

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PROBLEMATIKA PERINATÁLNÍ DEPRESE
Z POHLEDU PROŽITÉ ZKUŠENOSTI

THE ISSUE OF PERINATAL DEPRESSION
FROM THE PERSPECTIVE OF LIVED EXPERIENCE



Magisterská diplomová práce

Autor: Bc. Markéta Slaninová
Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Olomouc
2021

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Problematika perinatální deprese z pohledu prožité zkušenosti“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

Vdne

Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a cenné připomínky, které mi pomohly při zpracování této diplomové práce. Rovněž bych chtěla poděkovat pracovníkům Rodinného, manželského a osobního poradenství v Opavě za možnost realizace mého výzkumu. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat osloveným respondentkám za důvěru, ochotu a vstřícný přístup při poskytování rozhovorů.

OBSAH

ÚVOD	6
1 TĚHOTENSTVÍ, POROD A ŠESTINEDĚLÍ JAKO ŽIVOTNÍ OBDOBÍ ŽENY	8
1.1 FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY ŽEN V TĚHOTENSTVÍ.....	8
1.1.1 Změny v životě těhotné ženy.....	8
1.1.2 Psychika těhotných žen.....	9
1.2 FÁZE TĚHOTENSTVÍ.....	11
1.2 FÁZE PORODU.....	14
1.3 FÁZE ŠESTINEDĚLÍ.....	16
2 PROBLEMATIKA DUŠEVNÍCH PORUCH V OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ, PORODU A ŠESTINEDĚLÍ	19
2.1 VYBRANÉ DUŠEVNÍ PORUCHY V OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ.....	19
2.2 VYBRANÉ DUŠEVNÍ PORUCHY V OBDOBÍ PORODU.....	21
2.3 VYBRANÉ DUŠEVNÍ PORUCHY V OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ.....	22
3 PERINATÁLNÍ DEPRESE A VÝVOJ DÍTĚTE	26
3.1 CHARAKTERISTIKA PERINATÁLNÍ DEPRESE.....	26
3.1.1 Těhotenská deprese.....	28
3.1.2 Poporodní deprese.....	29
3.2 DŮSLEDKY PERINATÁLNÍ DEPRESE.....	31
4 PÉČE O ŽENY S PERINATÁLNÍ DEPRESÍ	33
4.1 DIAGNOSTICKÉ MOŽNOSTI A LIMITY DIAGNOSTIKOVÁNÍ PERINATÁLNÍ DEPRESE.....	34
4.2 PSYCHOTERAPEUTICKÉ MOŽNOSTI A LIMITY LÉČBY PERINATÁLNÍ DEPRESE.....	36
4.3 FARMAKOLOGICKÉ MOŽNOSTI A LIMITY V LÉČBĚ PERINATÁLNÍ DEPRESE.....	40
4.4 ALTERNATIVNÍ MOŽNOSTI A LIMITY V LÉČBĚ PERINATÁLNÍ DEPRESE.....	43
3.3 DALŠÍ MOŽNOSTI LÉČBY PERINATÁLNÍ DEPRESE.....	48
4.5 PSYCHOHYGIENA ŽENY V PERINATÁLNÍ DEPRESI.....	50
5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	54
5.1 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	55
5.2 ĚTIKA VÝZKUMU.....	57
5.3 VÝZKUMNÉ METODY A METODY ZPRACOVÁNÍ DAT.....	58

5.3.1	Metoda zpracování dat.....	59
6	PREZENTACE VÝSLEDKŮ.....	64
6.1	VÝSLEDKY ANALÝZ JEDNOTLIVÝCH ROZHovorŮ.....	69
6.1.1	Analýza rozhovoru č. 1	69
6.1.2	Analýza rozhovoru č. 2	73
6.1.3	Analýza rozhovoru č. 3	77
6.1.4	Analýza rozhovoru č. 4	81
6.1.5	Analýza rozhovoru č. 5	85
6.1.6	Analýza rozhovoru č. 6	89
6.1.7	Analýza rozhovoru č. 7	93
6.1.8	Analýza rozhovoru č. 8	97
6.1.9	Analýza rozhovoru č. 9	101
6.1.10	Analýza rozhovoru č. 10.....	104
6.2	SPOLEČNÁ ANALÝZA ZÍSKANÝCH TÉMAT	108
6.2.1	Období před vznikem perinatální deprese	108
6.2.2	Období počátku perinatální deprese a její prožívání	110
6.2.3	Období zvládnání perinatální deprese.....	113
6.2.4	Období po perinatální depresi.....	115
7	DISKUZE.....	120
8	ZÁVĚRY	127
	SOUHRN	129
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	133
	ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE.....	141
	ABSTRACT OF THESIS	142
	PŘÍLOHY	143

ÚVOD

Tématem této diplomové práce je problematika perinatální deprese z pohledu prožité zkušenosti. Těhotenství a mateřství je většinou obdobím krásným, pozitivním a naplňujícím, ne vždy to tak ale nutně musí být. Je to především období složité, plné změn, emocí a nových pocitů.

Dopředu nejsme nikdy schopni určit, jak dané období bude určitá žena prožívat, ale v současnosti už jsme aspoň schopni určit faktory, které mohou vést ke vzniku perinatální deprese. Toto téma není v současné společnosti nijak masově medializováno, naopak vnímám, že negativní pocity spojené s těhotenstvím a mateřstvím jsou všeobecně považovány za nenormální, za něco, o čem se nemluví, co je pro budoucí matku a její rodinu nepřijatelné. Přesto až 30 % žen prožívá negativní pocity spojené s těhotenstvím či mateřstvím.

Teoretická část této diplomové práce si klade za cíl popsat období těhotenství, jeho úskalí a duševní poruchy, které mohou ženy v tomto období ovlivnit. Další kapitola definuje problematiku perinatální deprese. V neposlední řadě se široce věnuje možnostem péče o ženy s perinatální depresí.

Výzkumná část si klade za cíl popsat zkušenosti s depresí žen v perinatálním období, které jsou v péči rodinné poradny. Výzkum se tak postupně věnuje čtyřem okruhům: období před vznikem perinatální deprese, období počátku perinatální deprese a její prožívání, období zvládnutí perinatální deprese a období po perinatální depresi. Jako respondentky byly zvoleny ženy s prožitou zkušeností s perinatální depresí. Výzkum probíhal prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Při realizaci výzkumu byly dodrženy všechny etické zásady.

Zkoumané téma perinatální deprese mne velmi zaujalo a chtěla bych se mu věnovat i nadále. Ve své budoucí praxi bych se chtěla zaměřit na prevenci a zmírnění dopadů perinatální deprese na matku, ale také na její dítě, neboť dopady deprese matky na dítě jsou, dle různých výzkumů, jednoznačné a dlouhodobé. Získané poznatky své práce určitě využiji k informovanosti budoucích matek o předcházení, rozpoznání a možnostech léčby perinatální deprese. Mým cílem je vnést do povědomí budoucích matek fakt, že perinatální deprese není nic, za co by se měly stydět, co by se měly snažit skrýt a samy překonat. Ale že je to nemoc, která je poměrně běžná, normální – a především, že existují nejrůznější formy pomoci.

Dále bych se ráda v budoucnu zaměřila na děti matek, které v těhotenství depresi prodělaly a jsou tam zřejmé dopady této deprese na vztah mezi matkou a dítětem, dopady na psychický stav dítěte nebo jsou díky depresi narušeny vztahy v rodině všeobecně. Dle mého názoru jsou prevence a včasné rozpoznání problému klíčové – pro budoucí fungování rodiny, pro psychickou pohodu jejich jednotlivých členů a pro pozitivní klima v rodině jako celku. Těhotenství a porod jsou důležitým a mnohdy i rozhodujícím začátkem toho, jakým směrem se naladění rodiny bude dále ubírat. Výzkum perinatální deprese v této práci mi ukázal, že řešení je možné.

1 TĚHOTENSTVÍ, POROD A ŠESTINEDĚLÍ JAKO ŽIVOTNÍ OBDOBÍ ŽENY

Období těhotenství je životním stavem ženy, který zásadně mění její dosavadní způsob života. Změnou prochází nejen po fyzické, ale také po psychické stránce. Dle mého názoru jde o velmi náročné období, které může být spojeno jak s očekáváním a nadšením, ale také s obavami a strachy z nového a neznámého. Všechny tyto změny, se kterými se žena v těhotenství setkává, jí mohou ovlivnit pohled na blížící se porod, první chvíle s novorozencem i celý nadcházející život.

V této kapitole se zprvu budu zabývat prožíváním a změnami, které fyziologicky postihují ženy v těhotenství. Následně popíšu psychické prožívání žen v jeho jednotlivých fázích, které dělím na první, druhý a třetí trimestr. Dále v kapitole budu uvádět prožívání jednotlivých fází porodu a zakončím ji popisem psychických změn v období šestinedělí.

1.1 Fyziologické změny žen v těhotenství

V případě, že žena otěhotní, nezávisle na jejím chtění zažije spoustu nevyhnutelných a velmi pozoruhodných změn. Nejde o „pouhé“ nabírání na váze zakončené narozením dítěte, jak si mnoho lidí představí. V této podkapitole bych ráda uvedla i další důležité, zejména psychické aspekty, které mohou ženě ovlivnit pohled na své těhotenství.

1.1.1 Změny v životě těhotné ženy

Přestože je zplození potomstva považováno za základní biologickou potřebu, její síla je velice individuální. Pro některé může rodičovství být uspokojením základních psychických potřeb, jiným může rodičovství jejich uspokojování bránit. Na jedné straně rodičovství přináší emoční a sociální zisky, zodpovědnosti a změnu dosavadních rolí, na straně druhé ztrátu volnosti. **Role matky** je většinou velmi úzce spojena s pozastavením kariérního růstu, izolací v domácnosti, se změnou stylu života a s omezením svobody rozhodování. Zároveň však dochází u ženy k uspokojení potřeby mateřství a touhy o někoho pečovat (Vágnerová, 2000).

Nároky, jež jsou kladeny na matky, mohou být tedy velmi často protichůdné. Což potvrzuje i to, že na jednu stranu se od nich očekává, že se stanou matkami

v tu správnou chvíli, tedy v odpovídajícím věku a ve vhodném vztahu a v řádně naplánovaném životě, ale zároveň má pro ně být mateřství něčím přirozeným (Wolletová & Marshallová, 2001).

Je otázkou každé ženy, jak se s tímto složitým životním obdobím vyrovná. Významnou měrou to je ovlivněno její samotnou osobností, věkem, přístupem k těhotenství, připraveností přijmout mateřskou roli, dále záleží na jejím sociálním, ekonomickém statusu, ale také na prostředí, ve kterém žije (Ratislavová, 2008).

Žena si v tomto období utváří svou **představu o úloze matky**, což je ovlivněno jejími vlastními názory a zkušenostmi, ale také – a to významně – charakterem společnosti, ve které žije. Starší generace měla přístup k výchově dětí zcela důsledný, který velmi málo vycházel vstříc individuálním citovým potřebám dítěte. Postupem času, s poznáním, že vedle fyzických potřeb má každý člověk i neméně důležité potřeby psychologické a sociální, došlo postupně k uvolnění výchovných přístupů, někdy až k úplné absenci jakýchkoliv výchovných přístupů – takzvaná volná výchova. I tyto protichůdné názory ve způsobu výchovy mohou vést ke znejistění budoucí matky, k pochybám o tom, jaký styl by měla při výchově uplatnit, aby nebyl příliš tvrdý a ani příliš volný. Tím pádem může u ženy docházet, ve snaze dát svému dítěti to nejlepší, k pocitům strachu a úzkosti, jak se s touto rolí vypořádat (Prekopová, 2014).

1.1.2 Psychika těhotných žen

Těhotenství je období, které je charakteristické zvýšenou psychickou i fyzickou zátěží. V těhotenství nejčastěji dochází ke změnám emotivity, postojů a jednání. Toto období je charakteristické větší vzrušivostí, hádavostí, většími výkyvy nálad a pocity úzkosti. Příčiny vzniku této nestability mohou být různé. U neurotických poruch se jedná nejčastěji o psychosociální faktory. Těhotná žena mívá v tomto období strach ze ztráty společenského postavení, ze zhoršení finanční situace, z komplikací v období těhotenství a při porodu anebo z odmítnutí ze strany partnera. Rovněž se může obávat, že nebude schopna přijmout a zvládnout roli matky (Pařízek, 2012).

Po celé těhotenství je u mnoha těhotných žen typická určitá **emocionální labilita**, jež je způsobená intenzivnějším prožíváním objektivně stejných podnětů. Obecně bývají těhotné ženy, zejména v prvním a třetím trimestru, více přecitlivělé, podrážděné, náladové, mívají pocity stísněnosti, utrápenosti. **Negativní emoce** jsou v tomto období častější.

Avšak dochází i k rychlému střídání těchto negativních emocí s emocemi pozitivními. Střídá se tak často radost a smutek, smích a pláč, klid a vzrušení, lhostejnost a hyperaktivita a jiné (Čechová et al., 2014). Ve druhém trimestru **převažují spíše pocity pozitivní**. Není to ale tak, že by se všechny špatné pocity úplně vytratily. I přestože jde o nejvyrovnanější období v těhotenství, stále se ženy potýkají s přecitlivělostí, větší dráždivostí i změnami nálad. Neobvyklé nebývají ani pocity deprese, úzkostí či narušení kognitivních funkcí a magického myšlení (Pečená, 1999).

V těhotenství dochází u žen také k větší **zranitelnosti jejího ega**. Dochází k vytváření nového sebepojetí samotné ženy, a to v důsledku přijímání nové role těhotné ženy a budoucí matky, což také souvisí s přerušением pracovní kariéry. Pokud je role matky u ženy vyvrcholením v jejím životě, pak se jedná o změnu pozitivní, pokud však žena vnímá mateřství jako „oběť“, pak je tato změna negativní. Všechno ale souvisí především s osobností ženy, s jejím sociálním postavením a s podporou partnera (Pečená, 1999).

V období druhého trimestru se žena potýká také s fyzickými změnami, kdy musí čelit výraznému přehodnocení svých osobních přesvědčení, priorit a sebeobrazu. V závislosti na psychických i fyzických změnách se žena potýká s tzv. **psychosociální adaptací**, která je klíčovou součástí při přechodu k mateřství. Pro tuto adaptaci je typické například přijetí těhotenství, motivace k přijetí role matky, vztah s partnerem a následná poporodní adaptace (Lederman & Weis, 2009).

Je třeba zdůraznit, že těhotenství je **proces ireverzibilní**, žena se tedy po všech těchto zkušenostech nemůže vrátit do původního stavu. Všechny tyto změny a odpovědnost za život a vývoj plodu způsobují, že žena vnímá těhotenství často jako stresovou situaci, a proto je toto období vnímáno jako období psychofyziologické krize a nestability (Pečená, 1999).

To, jak se bude žena vyrovnávat s těmito změnami, závisí na mnoha aspektech. Jedná se o bio-psycho-sociální i ekonomické podmínky těhotné ženy. Dále se jedná o míru identifikace těhotné ženy s ženskou rolí, o její vztah k nenarozenému dítěti a o její motivaci k těhotenství (Čechová, 2014).

V průběhu těhotenství dochází k celkové změně chování, k reorganizaci dosavadního způsobu života a k přestavbě celého rodinného systému. Mohou se tak dostavit pocity úzkosti, zmatku a smutku po starém způsobu života.

„*Celé těhotenství lze chápat jako období přípravy a postupné adaptace na rodičovství*“ (Vágnerová, 2000, str. 350).

Všechny psychické změny těhotných žen zahrnují **zvýšenou potřebu pozornosti** od svých blízkých lidí. Toto sebestředné nastavení těhotné ženy je zcela přirozené a umožňuje ji naladit se na své potřeby a později na potřeby svého dítěte, což je důležitou a nezbytnou podmínkou pro připoutání se (Ratislavová, 2008).

Čepický (1999) zároveň dodává, že v těhotenství jsou ženy více náchylné k hypochondrickým rysům osobnosti, k nozofobii (chorobný strach z nemoci), k depresím a neuroticismu (disponovanost k neurotickému onemocnění). Navíc u žen, které mají za sebou předchozí těhotenskou ztrátu nebo úmrtí dítěte, může být přítomné potlačení či popření běžných mateřských pocitů, fantazií a plánů. Vážnější následky pak může mít otěhotnění před doběhnutím fáze truchlení.

Těhotenství je sice fyziologickým stavem, ale může být **rizikovým obdobím** z důvodu vzniku nových či již dříve diagnostikovaných psychických poruch. Nejčastěji se jedná o citové poruchy, deprese a úzkosti. Velmi důležité je tedy při práci gynekologa znát rizikové faktory, diagnostiku a postupy léčby (Takács, Sobotková & Šulcová, 2015).

Přičemž zvýšená pozornost by měla být věnována ženám negativně vyladěným na mateřství, mladším 20 nebo starším 35 let a ženám po neúspěšném těhotenství. Dále také ženám sociálně či ekonomicky znevýhodněným, drogově závislým či jinak psychologicky a fyzicky rizikovým (Ratislavová, 2008; Šulová, 2005).

1.2 Fáze těhotenství

Žena si projde v těhotenství několika fázemi. Každá fáze se vyznačuje svými specifiky, která pro ženu znamenají různá více či méně náročná psychická nebo fyzická zatížení. V této podkapitole jednotlivé fáze těhotenství blíže specifikuji. Rámcové seznámení s fázemi těhotenství považuji za vhodné pro utvoření bližší představy náročnosti tohoto období a kvůli přímé souvislosti s tématem této práce.

Těhotenství neboli prenatalní období je stav trvající okolo 40 týdnů s přihlédnutím plus minus 2 týdny, který začíná procesem oplodnění vajíčka spermií a končí porodem dítěte. Tento stav je složen ze tří třetin nazývaných trimestry. **První trimestr** začíná oplodněním a končí 12. týdnem těhotenství, **druhý trimestr** trvá od 13. týdnu do 28. týdnu

a **třetí trimestr** je obdobím od 28. týdne do porodu, kdy přerušením pupečníku už začíná postnatální život (Klíma, 2016).

V další části se podíváme na charakteristiky jednotlivých trimestrů.

PRVNÍ TRIMESTR

První trimestr je obdobím **velkých hormonálních změn** a nového začátku. V tomto období se žena zaměřuje více na sebe, je více introvertní, sleduje změny na svém těle a tím vnímá a dokazuje si, že je opravdu těhotná. Ženy tak bývají více rozladěné, náladové a nejisté (Roztočil, 2017).

První týdny těhotenství jsou obdobím, kdy žena zjišťuje, že se nachází v jiném stavu. Na toto zjištění mohou ženy reagovat různě – zažívají pocity dokonalého štěstí, nebo se jim naopak může začít hroutit celý život. Hlavním úkolem, který žena musí v tomto období zvládnout, je **přijetí těhotenství** a přizpůsobení se pocitu „dva v jednom“ (Pečená, 1999). Některé ženy mají zpočátku o svém těhotenství pochyby, často také ještě úplně nevěří, že jsou doopravdy těhotné, nechávají si tak tuto informaci pro sebe, aby ji náhodou nezakřikly (Pečená, 1999). Další ženy novinku o těhotenství utajují klidně i v dalších týdnech, kdy ještě není těhotenství na první pohled patrné, a užívají si pocitu samoty ve dvou. Po čase na toto období vzpomínají jako jedno z nejhezčích (Stadelmann, 2009).

Po přijetí nové situace a skutečnosti se začínají objevovat myšlenky týkající se nadcházejícího života a s tím spojené opuštění života dosavadního (Ratislavová, 2008). Zde se začínají objevovat i první protichůdné pocity, kdy je žena šťastná, ale zároveň se u ní objevují pocity strachu, nejistoty a obav z možných komplikací (Pečená, 1999).

S prvním trimestrem jsou spjaté také **fyzické nepříjemnosti** – závratě, nevolnost, zvracení a únava. Typické jsou také těhotenské chutě, na jejichž základě ženy tvoří mnohdy velmi prapodivné kombinace jídel (Michelena, 2006).

DRUHÝ TRIMESTR

V období druhého trimestru se již většinou žena cítí lépe a snaží se o bezproblémové tři měsíce. Mnohé tělesné nepříjemnosti, se kterými se potýkala v trimestru prvním, se již vytratily a vesměs nastává **emocionálně „klidné“ období** (Michelena, 2006).

V tomto trimestru, kdy žena už přijala své těhotenství, začíná také vnímat pohyby plodu a uvědomovat si jeho existenci. Plod nyní považuje za nezávislého a samostatného jedince (Roztočil, 2017). Pohyby dítěte jsou neodmyslitelnou částí pro vyvíjející se vztah mezi matkou a dítětem. Nastávající matka přestává vnímat těhotenství „jen“ jako výsledek testu nebo lékařského vyšetření a začíná si představovat, jak bude dítě vypadat a jaké bude mít vlastnosti. Díky citelným kopnutím přes břicho se dítě dostává poprvé do kontaktu s otcem a společností (Michelena, 2006).

V období druhého trimestru může také docházet ke změnám temperamentu. Žena se posouvá nejčastěji směrem k introverzi, což je způsobeno tím, že se žena více soustředí na sebe, své tělo, své nenarozené dítě a svůj vnitřní stav než na své okolí (Čechová et al., 2014).

Je třeba zdůraznit, že těhotné ženy jsou v tomto období (mimo jiné) ohroženy **benigní těhotenskou encefalopatií**, která je spojená s poruchami učení, paměti a koncentrace, dezorientací, únavou, nespavostí a potížemi se čtením. Tento stav je však z velké části ovlivnitelný vůlí, protože inteligence porušená není. Ženy tento stav většinou za patologický nepovažují a po porodu se spontánně upravuje (Čepický, 1999).

Další problém, který může v tomto období nastat, je ten, že některé matky začnou vnímat **plod jako součást svého těla**, mluví o sobě v množném čísle a odmítají dítěti umožnit nezávislou existenci. S blížícím se porodem mohou mít zadržovací sklony, protože nechtějí rozbít pouto mezi sebou a dítětem. Tento stav je typický především pro ženy, které měly problém s přijetím dítěte – a po přijetí se od něj nemohou odloučit (Hučín, 2002).

Kromě psychických změn se ve druhém trimestru začínají objevovat také **změny tělesné**, které jsou mnohdy prioritní. Žena začíná nabírat na váze, s čímž je spojená také změna proporcí jejího těla. Tahle změna je ženami přijímána velmi individuálně, některé se považují za více atraktivní a nově nabyté křivky dávají rády na obdiv, jiné ženy zase změny spojené s nárůstem tělesné hmotnosti hodnotí negativně a objevuje se u nich strach ze ztráty kontroly nad svým vlastním tělem a ze ztráty atraktivnosti

(Ratislavová, 2008). Murkoffová et al. (2004) dodává, že v některých případech může být změna váhy považována za zdroj deprese.

TŘETÍ TRIMESTR

Třetí trimestr je – stejně jako první – označován za **období emoční lability a rozladěnosti**. Nyní tomu ale není z důvodů rozkolísané hladiny hormonů, jako tomu bylo na počátku těhotenství, ale kvůli počínající přípravě na porod.

Ženy v tomto období se vyznačují takzvaným „**stavěním hnízda**“. Více vnímají pocity zranitelnosti, pocítují obavy z komplikovaného porodu a z možného předčasného porodu. Zároveň ale pocítují nedočkavost, neboť těhotenství je pro ně ke konci už nepohodlné a vyčerpávající (Roztočil, 2017).

Okolo osmého měsíce se žena dostává do bodu, kdy se cítí nepříjemně a nepohodlně v jakékoliv spánkové poloze. Nastávající matky se cítí těžké a unavené. Toto období je rovněž spojeno s otáčením dítěte v děloze, ženy tak mohou začít zaznamenávat malé bolesti a kontrakce v podbřišku, tzv. **Braxton-Hicksovy kontrakce**. Po otočení dítě tlačí hlavičkou v oblasti pánve, což může běžně způsobit zácpu, hemeroidy, častější močení a pálení žáhy (sleepingbabyplay.com, 2008).

Ve třetím trimestru může znát těhotná žena i pohlaví svého dítěte, začíná se připravovat na jeho příchod pořizováním výbavičky, hledá si místo porodu a tvoří porodní plán. Žena více než kdy dříve potřebuje cítit oporu ve své rodině a partnerovi. Vyžaduje zvýšenou pozornost a dodávání víry ve vlastní schopnosti. Pozitivním aspektem je také kontakt s vybranou porodnicí, aby si mohla získat důvěru ve zdravotnický personál. Získané informace jsou velkou výhodou a mírní strach a obavy z porodu (Ratislavová, 2008).

1.2 Fáze porodu

Přirozeným ukončením těhotenství je porod. Jedná se o proces, na který se žena aktivně připravuje celé těhotenství. Jedná se o výjimečnou událost a pro nastávající matku to je okamžik, který se jí navždy vryje do paměti (Simkin, 2000).

Přirozený porod v podkapitole dělíme na první, druhou a třetí dobu porodní. Tyto doby provázejí momenty, které ženy prožívají intenzivněji a jsou považovány

za **emoční mezníky**. Celková emoční labilita provázející porod může mít za následek právě vznik deprese, kterou se v této práci zabývám. Proto jsem považovala za velice důležité tuto podkapitolu zde zařadit.

PRVNÍ DOBA PORODNÍ

První fáze porodní neboli fáze otevírací je až dvanáctihodinová doba, kdy se otevírají porodní cesty, odtéká plodová zátka, popřípadě i plodová voda. Přicházejí také první kontrakce, které jsou pro ženu velice intenzivní a bolestivé. Jde o stahování dělohy směrem k jejímu východu. První doba porodní se ukončuje rozšířením průchodu děložního krčku na 10 cm (Brenišin, 2018).

V této fázi se žena setkává s emočními mezníky, které se nazývají počátek porodu, aktivní počátek porodu a přechod mezi první dobou porodní k druhé době porodní.

Počátek porodu je doba, kdy se žena pokouší rozeznat samotný nástup porodu. Má už nějaké zkušenosti s přípravnými stahy, ale najednou jí dochází, že už se nejedná o přípravné stahy – „poslíčky“ a že nastává okamžik, na který se dlouho připravovala. Navíc si nemusí být úplně jistá, že už se opravdu jedná o porod, to bývá častější u prvorodiček (Simkin, 2000; Ratislavová, 2008).

V této fázi porodu se ženy často procházejí, sedí v křesle, na míči, využívají možnost být ve vaně s vodou. Tyto činnosti ovlivňují rychlost porodu. Chování rodičky může být ale velmi různorodé a variabilní, dle toho je třeba k ní přistupovat (Slezáková et al., 2007).

Při **aktivním počátku porodu** začínají být děložní kontrakce silnější, jsou víc ochromující a už od nich nejde odvrátit pozornost. Žena už může vnímat únavu, ale přesto má ještě velký kus cesty před sebou. Je ochromená bolestmi, ztrácí odhodlání a odvahu a může začít být odtažitá. Mohou se u ní objevit pocity, že to nezvládne. Žena v této chvíli potřebuje velkou podporu okolí, potřebuje vnímat pocit bezpečí (Simkin, 2000; Ratislavová, 2008).

Ve chvíli nástupu intenzivních kontrakcí se žena uchyluje k vodorovné pozici na lůžku. Obvykle jsou v této pozici jí i jejímu plodu monitorovány životní funkce, zejména za užití kardiokografu, který snímá srdeční akci plodu a monitoruje stav dělohy (Chmel, 2005).

Poté nastává fáze s názvem **přechod mezi první dobou porodní k druhé době porodní**. Zde porodní bolesti vrcholí, žena již vnímá vyčerpanost, chce, aby porod skončil. Ztrácí trpělivost, může pociťovat zoufalství z nekončícího porodu a z toho, co ji ještě čeká. Často se žena v těchto chvílích ptá, kdy už to skončí a jak dlouho to ještě bude trvat. Pokud není rodička rušena okolními vlivy, je schopna se soustředit na sebe a bývá ponořena do celého procesu natolik, že nevnímá, co se kolem ní děje (Simkin, 2000; Ratislavová, 2008).

DRUHÁ DOBA PORODNÍ

Druhá fáze porodní se nazývá vypuzovací a začíná roztažením děložního krčku na 10 cm. Je to fáze trvající od deseti minut až po jednu hodinu. Kontrakce jsou častější, intenzivnější, rodička začíná tlačit. Druhá fáze končí narozením dítěte (Brenišin, 2018).

Emočním mezníkem je zde tzv. **tlačení**. Při tlačení může být žena zmatená novými pocity bolesti, musí si osvojit způsob, jak má tlačit, nemusí si vědět rady, co má jak dělat, část svých myšlenek upíná k tomu, zda to dělá správně. Může v této chvíli ztratit odvalu, prohlubuje se u ní únava nebo právě odhodlání kvůli nedostatku sil (Ratislavová, 2008; Odent, 2000).

TŘETÍ DOBA PORODNÍ

Poslední fáze porodu je **třetí fáze porodní** neboli doba k lůžku, kdy má žena za úkol při dalších slabších kontrakcích vypudit placentu. Mírné kontrakce ještě nějakou dobu přetrvávají, stahují dělohu a cévy, které po odloučení placenty zůstaly otevřené (Brenišin, 2018).

1.3 Fáze šestinedělí

Okamžiky po porodu jsou často popisovány jako jedny z nejsilnějších chvil v životě. Krátce po porodu dochází k vyplavování hormonů, jako je endorfin, jež mají za úkol zajistit silné pouto mezi matkou a novorozencem. V této chvíli žena většinou zažívá stav euforie. Dostavuje se u ní pocit štěstí, lásky a něhy k dítěti.

„Šestinedělí (puerperium) je období do 42. dne od ukončení porodu. Je charakterizováno ústupem fyziologických změn spojených s adaptací organismu

na těhotenství a rozvojem laktace. Šestinedělí lze rozdělit na časné (rané) – prvních sedm dní po porodu, a pozdní, což je doba nutná k involuci těhotenských změn pohlavních orgánů“ (Čech et al., 2014, str. 208).

V této podkapitole fázi raného a pozdního šestinedělí dále popíšu pro bližší seznámení s průběhem tohoto období, které klade velké nároky na psychiku ženy.

RANÉ ŠESTINEDĚLÍ

V období raného šestinedělí zůstává matka s dítětem ještě v porodnici, kde je pravidelně kontrolována zdravotnickým personálem. Novopečená matka v této době poprvé přichází do kontaktu s dítětem. Dnes je již běžné být s dítětem na pokoji (systém rooming-in), což podporuje upevnění vazby mezi matkou a dítětem. Matka se při tomto pobytu učí s dítětem manipulovat a osvojuje si základní dovednosti a schopnosti při péči o novorozence za spolupráce porodních asistentek (Odent, 2000).

Psychika ženy je v tomto období výrazně ovlivněna náhlou **změnou hormonální rovnováhy**. Již v prvních 72 hodinách dochází k prudkému poklesu progesteronu a estrogeneru a do krve se z hypofýzy vyplavuje prolaktin a oxytocin, který má svůj význam při kojení. Na psychiku ženy má v tomto období i vliv vícero psychologických a sociálních faktorů. Matka se tak neustále v myšlenkách vrací k právě proběhlému porodu, porovnává celý proces s vlastním očekáváním a sebepojetím. Rovněž u ní dochází k přijetí novorozence a celou svou pozornost věnuje péči o něj. Běžně u ženy v šestinedělí vidíme zlepšení nálady v důsledku radosti, že se to všechno zvládlo, ale tento pocit může velmi rychle vystřídat pocit smutku, obav a úzkosti. Tyto pocity totiž mohou postupně vyústit do závažných psychických poruch (Ratislavová, 2008).

Ratislavová (2008) rovněž dodává, že žena v šestinedělí zpracovává všechny zážitky spojené s porodem, zároveň se musí přizpůsobit **nové životní situaci**. Dochází u ní k novému sebepojetí a sebehodnocení. Musí se vyrovnat s tím, že její dítě už je nezávislým jedincem. V tomto období se plně věnuje péči o novorozence a své mateřské roli. Najednou si uvědomuje svou zodpovědnost za dítě a objevuje se u ní strach z mateřské role. Může se tak u ní objevit pocit neschopnosti či selhání.

Raboch (2002) uvádí, že právě v období raného šestinedělí jsou ženy nejnáchylnější pro vznik duševní poruchy. Kdy některé studie ukazují, že kolísání emotivity,

kteře je běžné až u 80 % všech žen po porodu, se může v celé jedné čtvrtině rozvinout až do depresivní fáze.

POZDNÍ ŠESTINEDĚLÍ

Pozdní šestinedělí probíhá od sedmého dne po porodu, tudíž se většinou odehrává již v domácím prostředí a matka prvně pečuje o své dítě bez pomoci asistentek, problémy nemůže bezprostředně konzultovat a také se přidávají domácí práce (Ratislavová, 2008).

Příchod novorozence do rodiny mění zaběhlý rodinný systém a strukturu. Partnerský vztah tak prochází velkou zatěžkavací zkouškou. Muži mohou cítit křivdu v důsledku toho, že se partnerka více věnuje dítěti a péči o něj upřednostňuje. Vzhledem k tomu, že žena se na mateřství připravovala celé těhotenství, po porodu se nachází o několik kroků napřed, zatímco muž se se svou rolí teprve seznamuje. Z toho důvodu ho může trápit nadbytek práce a zároveň méně pohodlí, což může vést až k žárlivosti na novorozené dítě (Matějček, 1986).

Někteří muži mají také pocit, že se jim partnerka nevěnuje jako dříve. Na nové nároky také reagují mnohdy jinak, než ženy očekávají. Partnerova opora je ale pro ženu důležitější než kdy dříve. Ženy vyžadují po mužích plné **zapojení do péče** o dítě a emocionální podporu (Ratislavová, 2008).

V pozdním období šestinedělí velmi záleží na osobnosti ženy, na jejích zkušenostech při péči o dítě, na podpoře rodiny a partnera, ale také na samotném dítěti. Rysy osobnosti, jako je puntičkářství, potřeba mít vše pod kontrolou či vysoké nároky na sebe, můžou zapříčinit počátek psychické nestability. Pokud je matka nejistá ve své roli, může také znejišťovat své dítě, které je pak neklidné. Zde můžou nastat problémy v interakci matky s dítětem, kdy matka nedokáže vyhodnotit signály dítěte (Rohde & Dorn, 2007).

2 PROBLEMATIKA DUŠEVNÍCH PORUCH V OBDOBÍ TĚHOTENSTVÍ, PORODU A ŠESTINEDĚLÍ

Tato kapitola se věnuje období těhotenství, porodu a šestinedělí z pohledu problematiky duševních poruch a jejich bližšímu popisu. V kapitole vynechávám depresi těhotenskou a poporodní, které uvádím v kapitole 3. Perinatální deprese a vývoj dítěte.

V perinatálním období je velmi těžké rozlišit, kdy se jedná o poruchy nálad, jež jsou ještě v „normě“, a kdy už se jedná o psychopatologii. Příznaky těchto poruch se objevují v průběhu gravidity, velmi vzácně při porodu (Roztočil, 2017).

2.1 Vybrané duševní poruchy v období těhotenství

Těhotenství je obecně považováno za přirozenou součást života. U mnoha žen však těhotenství a mateřství zvyšuje jejich zranitelnost vůči psychickým stavům, jako jsou deprese, úzkostné poruchy, psychózy a poruchy příjmu potravy. Tyto stavy jsou často nedostatečně diagnostikovány, protože se připisují změnám v temperamentu nebo fyziologickým změnám v souvislosti s těhotenstvím. Kromě toho jsou duševní poruchy u těhotných žen často léčeny pouze omezeně z důvodu možných nežádoucích účinků (Carter, 2005).

Tato podkapitola se věnuje nejčastějším psychickým onemocněním, která se mohou vyskytnout v průběhu těhotenství. Uvádím nejčastěji vyskytované úzkostné poruchy, obsedantně kompulzivní poruchu, poruchy příjmu potravy a těhotenskou psychózu.

ÚZKOSTNÉ PORUCHY

Z duševních poruch v období těhotenství patří mezi nejčastější **úzkostné poruchy**, které se v těhotenství zhorší nebo se úplně projeví (Praško et al., 2010).

Úzkost je subjektivní zkušenost s řadou psychických i fyzických příznaků. Mezi příznaky patří především napětí, strach a podrážděnost. Existují důkazy, že v těhotenství se objevuje specifický typ úzkosti, který se vyznačuje třemi faktory, a to strachem z porodu, strachem z porodu postiženého dítěte a obavami o vzhled. Všechny tyto obavy mohou vést k různým komplikacím, jako je například předčasný porod (Martin, 2012).

Fobické úzkostné poruchy – v těhotenství se můžeme nejčastěji setkat s **tokofobií**. Mohr (2002) definuje tokofobii jako fobický strach a vyhýbání se těhotenství, a to navzdory silné touze dítě mít. Může se jednat o fobii primární již od dospívání, anebo sekundární jako následek traumatu spojeného s porodem. Nebo může být příznakem prenatální deprese.

Jiné úzkostné poruchy – zde se můžeme nejčastěji setkat s **poruchou panickou** neboli epizodickou záchvatovitou úzkostí. Průběh této poruchy během těhotenství může být velmi proměnlivý a zůstává poměrně nejasným. Z kazuistik je patrné, že ji mnohé ženy trpěly již před začátkem těhotenství, ovšem u některých z nich se poprvé objevila až po začátku těhotenství. Nejasné je také to, zdali se v těhotenství porucha zlepšuje, nebo zhoršuje, nebo zdali zůstává úplně beze změny (Hertzberg et. al., 1999). Pod jiné úzkostné poruchy řadíme také **generalizovanou úzkostnou poruchu**. Jedná se o opakované epizody strachů, jež se týkají všemožných aspektu života těhotné ženy. Tyto aspekty bývají spojeny s úzkostnými projevy, nervozitou, iritabilitou a neschopností odpočívat (Praško et. al., 2002).

OBSEDANTNĚ KOMPULZIVNÍ PORUCHA V TĚHOTENSTVÍ

Obsedantně kompulzivní porucha (OCD) je charakterizována myšlenkami, které nelze ovládat (obsesemi), a opakujícím se chováním nebo rituály (kompulzemi), které slouží k tlumení obsesí. Právě v těhotenství existuje zvýšené riziko vzniku OCD, po porodu mohou být obsese zaměřeny proti novorozenému dítěti (Praško et al., 2010).

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY V TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství se nevyhýbají ani poruchy příjmu potravy. Výskyt této poruchy mezi nastávajícími matkami je okolo 5 %. Při této poruše v těhotenství existuje mnoho negativních důsledků jak pro matku, tak pro její dítě. Hrozí vyšší riziko porodu císařským řezem a také vznik poporodní deprese. Poruchy příjmu potravy se pojí také s vyšší mírou potratů a nižší porodní hmotností kojenců (Franko et al., 2001).

PSYCHÓZY V TĚHOTENSTVÍ

Výskyt nových psychotických epizod během těhotenství je extrémně vzácný. Ovšem u žen s psychotickým onemocněním v anamnéze může být míra relapsů vysoká. Bez ohledu na průběh nemoci vyžadují ženy pečlivé sledování zdravotníky, neboť psychóza může mít devastující důsledky jak pro matku, tak i pro její plod. Hrozí nízké porodní hmotnosti, předčasné porody i možnost sebevražedného chování (McNeil, 1987).

2.2 Vybrané duševní poruchy v období porodu

Období porodu je pro ženu velmi náročné, a to i v případě, že žena netrpí žádnými duševními obtížemi a poruchami. Bohužel se může právě u porodu vyskytnout celá řada komplikací. Z duševních poruch je to například porodní trauma, které uvádím níže.

PORODNÍ TRAUMA

K psychickému traumatu dochází na základě velmi silného, děsivého, život ohrožujícího zážitku, jež negativně postihuje naši osobnost a integritu. V traumatických situacích nefungují běžné zvládací strategie, neboť se nejedná o běžnou situaci. Jedinec zasažený traumatickou situací se cítí naprosto bezmocný, ztracený a bez naděje (Doležalová et al., 2017).

Pro některé ženy může právě porod traumatem být. Nejčastěji se jedná o porody komplikované a končící akutním lékařským zásahem, jako je vyvolání porodu, císařský řez, použití kleští či vakuoextraktoru, nástřih hráze nebo samotné tlačení. Rodičí ženy mohou trauma utrpět také v případě nedostatečné podpory nebo odloučení od dítěte (Killarová, 2020).

Důsledkem porodního traumatu následně bývá narušená důvěra v sebe, své tělo a své mateřské schopnosti a dovednosti. Ženy se také setkávají s flashbaky porodu, vtíravými myšlenkami a pocity, v důsledku čehož se obtížně koncentrují na současný život. Negativně ovlivněn může být také vztah k dítěti (Killarová, 2020).

2.3 Vybrané duševní poruchy v období šestinedělí

Poporodní období je doprovázeno i řadou nehormonálních změn. Tyto změny jsou velmi rizikové pro vznik psychických poruch nebo pro znovunavrácení poruch již získaných. U žen se tak může objevit poporodní blues, úzkost, poporodní deprese, ale i psychotická onemocnění (Takács, Sobotková & Šulová, 2015).

Uvedené poruchy dále popisují v samostatných oddílech. Tématem poporodní deprese, která mezi duševní poruchy v období šestinedělí rovněž spadá, se zabývám v kapitole 3. Perinatální deprese a vývoj dítěte.

V důsledku náročného porodu nemusí být žena schopna postarat se a pečovat o své dítě. Čím delší je pak odloučení mezi nimi, tím mohou u ženy vznikat větší pochybnosti o své roli matky. Může mít pocit, že v tomto zklamala (Holásková, 2004).

Pro čerstvou rodičku může dítě znamenat ztrátu řady věcí v jejich dosavadním životě. Žena si velmi často začne uvědomovat svůj nový status matky, přičemž u ní dochází ke ztrátě autonomie, identity, času, často i přátel a také ke ztrátě sexuality. Tyto ztráty jsou nenávratné a jsou první fází v tomto přechodovém období (Nicolson, 2001).

Pokud se tento rozpor mezi mateřskou a ženskou rolí začne hromadit, může to vyústit až v poporodní depresi. Vzniku poporodní deprese může napomáhat i pocit osamocení ženy v domácím prostředí, když partner ženy je málo nápomocný při péči o dítě, vážné mezi nimi komunikace – a v důsledku toho žena propadá panice z toho, zda se o své dítě dokáže vůbec postarat (Geisel, 2004).

POPORODNÍ BLUES

Přibližně 50–80 % žen prožívá **změny nálad** 3. až 6. den po porodu. Jedná se o změny, které jsou považovány za normální a postupně odeznívají. Poporodní blues se dotýká především emocí žen. Ženy jsou tak více úzkostlivé, plačtivé, podrážděné, trpí poruchami spánku, mívají pocity osamělosti, jsou neklidné, unavené či neschopné vnímat lásku k dítěti. Tyto stavy se vyskytují ve všech kulturách a nemají nic společného s psychiatrickou anamnézou, jak je tomu například u poporodní deprese. Není možné ale přesně stanovit příčinu vzniku poporodních blues (Ratislavová, 2008).

Poporodní blues je **několikadenní depresivní epizoda**, jež je tak častá, že už ji lze považovat za fyziologickou reakci na porod. A samovolně do 10. dne po porodu

odezní (Líbalová & Čepický, 2009).

Jedna z možných příčin je prudký pokles placentárních hormonů, které mají vliv na změny nálad. Ty potom přetrvávají tak dlouho, dokud se zase neobnoví funkce hypotalamo-hypofýzo-adrenokortikální osy (HPA), což trvá několik dní až několik týdnů (Sinclair, 2004).

Spouštěcím mechanismem je často problém s kojením a nástupem mléka. Mohou se také objevit příznaky, jako jsou bolesti zad a hlavy, ztížené polykání a bušení srdce (Líbalová & Čepický, 2009).

Větší pravděpodobnost vzniku poporodního blues mají především ženy, jež před porodem trpěly premenstruačním syndromem, strachem z porodu nebo nedostatkem spánku. Častější je také u prvorodiček, u žen s narušeným partnerským vztahem, s problémy v oblasti sexuality, s bolestí bradavek, neplánovaným těhotenstvím, neuroticismem, depresí a úzkostí v době gravidity. Autorka dokonce uvádí, že obdobný syndrom se vyskytuje i u některých otců (Ratislavová, 2008).

Každopádně v případě poporodního blues není vyžadována žádná léčba ani terapie. Pokud však příznaky neodezní a trvají déle než 14 dní, je už vhodná konzultace u odborníka. Může totiž dojít až k přechodu do poporodní deprese. Důležitá je však psychoprolaxe v rámci předporodní přípravy, jejíž součástí je i partner těhotné ženy, dále emocionální podpora a poskytnutí rad v období šestinedělí (Ratislavová, 2008).

POPORODNÍ PSYCHÓZA

Poporodní psychóza se může vyskytnout **v časném šestinedělí**. Symptomy se tak mohou objevit už třetí až čtvrtý den po porodu. V minulosti byla poporodní psychóza spojována s laktací, byla proto označována jako laktační. V současnosti je však už zřejmé, že to nesouvisí s laktací, ale s celou řadou dalších faktorů. Důležitou roli hraje již dříve prodělané psychiatrické onemocnění, komplikace v průběhu těhotenství, porodu nebo v šestinedělí, problémy v rodině či partnerském vztahu. Léčba poporodní psychózy zahrnuje podávání psychofarmak, což může mít za následek zastavení laktace. Důležitá při poporodní psychóze je podpora ženy rodinou, partnerem, porodní asistentkou a pomoc s péčí o dítě (Ratislavová, 2008).

Mezi hlavní příznaky poporodní psychózy tedy patří neklid, podrážděnost,

dezorientace, falešné představy, halucinace, paranoia, bludy ve vztahu k dítěti (např. dítě podstrčil ďábel), v nejhrošším případě to může skončit až poškozením sebe či dítěte (Praško, 2002).

Čech et al. (2014) uvádí několik forem poporodní psychózy:

- **Amentní forma** má náhlý začátek a náročný průběh. Vyznačuje se dezorientací, halucinacemi, bludy, neklidem a rozrušením. Hrozí i formy sebepoškození.
- **Manická forma** je charakteristická euforickou náladou, pocity štěstí a megalomanií. Může ale přejít v amentní formu.
- **Endogenní depresivní a schizofrenní forma** mají horší prognózy. Mezi příznaky patří plačtivost, apatie po ránu, poruchy laktace, pocity bezmoci, přehnaná starostlivost nebo právě neschopnost starat se o dítě a paranoia. Objevuje se časné po porodu nebo pár dní po propuštění z porodnice (Čech et al., 2014).

Riziko vzniku poporodní psychózy je 0,1 % na všechny porody. Pokud má však žena v anamnéze psychiatrický záznam, a to z jakýchkoliv důvodů, riziko vzniku se zvyšuje na 10 %. V případě poporodní psychózy je nutná hospitalizace (Koudelková, 2013 & Pařízek, 2008).

POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA

Posttraumatická stresová porucha vzniká s latencí týdnů až měsíců po prožití traumatické situaci, která překročila ženinu dosavadní zkušenost a je natolik nepochopitelná a katastrofická, že ji nedovede pochopit či zpracovat (MKN-10).

Posttraumatická stresová porucha se projevuje především tendencí k znovuprožívání traumatického obsahu, děsivými sny, opakujícími se obrazy a myšlenkami spojenými s událostmi, znovuprožívání těchto událostí a v úzkostech v situacích, které danou situaci připomínají (Mrowetz, 2011).

Posttraumatická stresová porucha se může rozvinout mimořádně také jako následek porodu, pokud má žena pocit, že věci týkající se porodu nemá pod kontrolou, pokud zažívá tak vyhrocené situace u porodu, že je není schopna pochopit a vnímá to celé tak, jako by na ni nebyl brán ohled. K dalším příčinám se řadí nouzový císařský řez, předčasný porod či nedostatek sociální opory. Tyto ženy se cítí pořád ve střehu,

podrážděně, vyděšeně, mají narušenou sebeúctu, cítí se zoufale v nové situaci či vnímají chorobný strach o dítě (Mrowetz, 2011).

3 PERINATÁLNÍ DEPRESE A VÝVOJ DÍTĚTE

Těhotenství a týdny bezprostředně následující po porodu jsou fyzicky i psychicky náročné. To, že vnímáme v období těhotenství změny nálad a pocitů, není nic neobvyklého. Bohužel v některých případech mohou značit počátek vážnějšího problému (Fishman, 2017).

Děti přicházejí na svět s vrozenou tendencí milovat své rodiče nebo pečovatele. Perinatální deprese může tento proces výrazně ztížit a přijetí dítěte matkou může být komplikované. Přesto pro dítě jeho matka stále zůstává středem světa a touží po její lásce. Matky by se neměly bát svůj problém řešit, dokázat vyhledat pomoc a stát se opět energetickými a šťastnými ženami pro sebe i pro své dítě (Fishman, 2017).

Depresi, která se objeví v těhotenství nebo po porodu, nazýváme perinatální depresí. Celá kapitola perinatální depresi charakterizuje a popisuje. V podkapitolách se věnuji specifickým deprese těhotenské a poporodní, které pod perinatální depresi spadají. Hlavním cílem je vyzdvihnout to, že přestože oba typy deprese spadají do jiného časového období, vyznačují se podobnými symptomy a rizikovými faktory. Na konci kapitoly jsou zmíněny dopady perinatální deprese na vývoj dítěte.

Zařazení samostatné kapitoly na toto téma považuji za vhodné vzhledem k tématu a cíli práce.

3.1 Charakteristika perinatální deprese

Perinatální depresí máme na mysli depresi, jež vzniká v období od viability plodu přes období porodu a šestinedělí. Pojmem **viabilita** chápeme období, kdy je plod schopen se narodit živý a po porodu přežít za daných podmínek lékařské a ošetrovatelské péče. Přičemž dolní hranice viability plodu se historicky vyvíjí a je určená dohodou odborné komunity. V České republice je viabilita plodu ohraničená hranicí 24. týdne těhotenství, což odpovídá šestému měsíci, ale Světová zdravotnická organizace dokonce doporučuje stanovení této hranice váhou novorozence 500 gramů, což odpovídá 22. týdnu těhotenství (Zlatohlávková, 2011).

Právě v tomto období podle Agency for Healthcare Research and Quality postihuje deprese 14–23 % těhotných žen a 11–32 % žen v prvních třech měsících po porodu (Luskin, 2008).

Depresivní poruchu můžeme obecně definovat jako období nejméně 2 týdnů s patologicky sníženou náladou, která obsahuje změnu chuti k jídlu nebo změnu hmotnosti, nespavost nebo hypersomnii, psychomotorické příznaky, jako jsou nepokoj, ztrátu energie, sníženou psychomotoriku, pocit viny nebo beznaděje či obtížné soustředění a rozhodování (Depression during Pregnancy, 2015).

Mezi další **projevy deprese v perinatálním období** patří také: pocity smutku, extrémní výkyvy nálad, apatie, zmatenost v úsudku, vleklé plačtivé nálady doprovázené neopodstatněnou úzkostí, pokles nálady doprovázený nezájmem o okolní dění i sebe samu, poruchy spánku – spavost i nespavost, poruchy jídelních návyků – odmítání jídla i přejídání se či patologické upnutí se k jednomu jídlu, potravině, dále nechut' rozhodovat se o základních věcech, nezájem v péči o sebe, změny v hygieně – zvýšení i absence, nezájem o očekávané dítě a pocity spojené se sebeobviňováním, případně myšlenky na sebevraždu a sebepoškození (Lindberg, 2019).

Prenatální deprese a úzkost je spojená se zvýšeným rizikem deprese po porodu. Pokud má těhotná žena velké množství depresivních příznaků v pozdním těhotenství, je u ní vysoká pravděpodobnost, že ji deprese bude doprovázet i v šestinedělí či po dobu dalších měsíců nebo let. Deprese a úzkost v těhotenství velmi výrazně negativně ovlivňují mateřskou péči (Petr & Marková, 2014).

Perinatální deprese může postihnout ženy jakékoliv rasy, věku a socioekonomického původu. Může postihnout ženy, u kterých bylo těhotenství plánované a probíhalo bezproblémově, ale také i ty, u nichž se nikdy žádné psychické problémy dříve neobjevily (Fishman, 2017).

Existují ale faktory, které vznik perinatální deprese ovlivňují častěji než jiné. Tyto **rizikové faktory** je potřeba definovat, aby se předešlo vzniku perinatální deprese a jejím negativním důsledkům na matku i dítě. Mezi tyto faktory patří především nežádoucí životní události, stres, anamnéza duševních chorob, neplánované nebo nežádoucí těhotenství, komplikace v těhotenství nebo předešlá perinatální ztráta. Důležitým faktorem je také neexistující sociální opora a nefunkční partnerský vztah (Lindberg, 2019).

Deprese se také častěji vyskytují u žen mladších a adolescentních (26 %), z minoritního etnika, u samoživitelek, žen žijících ve znevýhodněných oblastech a u žen s dlouhodobými zdravotními problémy (Henderson & Redshaw, 2013).

V následujících podkapitolách jednotlivě rozvrhnu a budu charakterizovat těhotenskou depresi a depresi v těhotenství.

3.1.1 Těhotenská deprese

Těhotenská deprese je poměrně častým jevem u žen v očekávání. V mnoha případech je však zaměňována za výkyvy nálad. Některé z příznaků deprese zažije v průběhu těhotenství až 70 % žen. Ovšem prevalence žen, které splňují diagnostická kritéria pro depresi, je mezi 13–17 %. Průběh deprese se v období těhotenství liší: většina studií uvádí vrchol příznaků během prvního a třetího trimestru a zlepšení během druhého trimestru (Evans et al., 2001).

Za nejrizikovější období, co se týká vzniku deprese, můžeme považovat **třetí trimestr**, kdy se u ženy objevuje pocit nejistoty, jestli po porodu dokáže o dítě pečovat, uživit jej a být dobrou matkou (Čech et al., 2014).

V tomto období jsou u žen také typické živé sny o porodu. Porod je ženami vnímán jako magická událost spojená s krví, bolestmi a strachem ze smrti. Proto je velmi důležité, jaké informace o porodu žena získá a jakou sebedůvěrou disponuje (Hučín, 2000).

PŘÍZNAKY DEPRESE V TĚHOTENSTVÍ

Příznaky deprese v těhotenství jsou vesměs stejné jako u klasického typu deprese. Nejčastěji jde o pocity smutku, prázdnoty, otupělost, neschopnost se radovat ze života a těhotenství, poruchy spánku, poruchy příjmu potravy, neschopnost soustředit se, bolesti bez příčiny a myšlenky na sebevraždu. Deprese pak může zkomplikovat porod nebo vývoj vztahu mezi matkou a dítětem (Murkoffová et al., 2004).

RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK DEPRESE V TĚHOTENSTVÍ

Mezi rizikové faktory, jež zvyšují pravděpodobnost vzniku deprese v těhotenství, se řadí především depresivní porucha nebo jiná porucha nálad v anamnéze, špatná nebo omezená sociální podpora, mladší věk, partnerské konflikty nebo rozporuplné pocity spojené s těhotenstvím (Baďurová, 2005).

Dalšími faktory jsou finanční problémy, problémy ve vztahu, nedostatek citové

podpory, fobie z nemocničního prostředí, obavy o své zdraví a o zdraví svého dítěte (Murkoffová et al., 2004).

K rozvoji deprese u těhotných žen pak přispívají vážné životní události, které jsou spojené se ztrátou (Baďurová, 2005).

Za významnou životní událost Martin (2012) považuje i samotné těhotenství. Všechny životní události, ať pozitivní nebo negativní, jsou spojeny se zvýšeným rizikem relapsu afektivní poruchy. Relaps ve 43 % nastává právě u žen, které již dříve trpěly depresí. Mnoho žen se také rozhodne v těhotenství vysadit svou medikaci, což zvyšuje pravděpodobnost relapsu až na 63 %. V případě, že žena v medikaci pokračuje dál, nastává relaps v cca 26 % případů.

3.1.2 Poporodní deprese

Takács et al. (2015) definuje poporodní depresi jako nejčastější poporodní komplikaci. Poporodní deprese je přetrvávající zhoršení nálady různé intenzity a délky trvání. Příznaky poporodní deprese se mohou objevit 10 dní až 30 týdnů po porodu. Může se ale stát, že se objeví i v průběhu jednoho roku po porodu (Praško et al., 2010; Sinclair, 2004).

Poporodní deprese se vyskytuje v období šestinedělí zhruba u 10–19 % žen. Často je pak spojována s vysokým stupněm morbidit matky a novorozence a někdy i s letálními následky. Poporodní deprese se může objevit s projevy jako u poporodního blues nebo může mít i psychotické symptomy. První těžkou zkouškou novopečené matky je příchod domů z porodnice, kdy veškerá péče o novorozence je už pouze na ní a nemá tak dohled školeného personálu. Najednou si musí poradit sama. Dalším krizovým obdobím pak jsou 2–3 týdny po příchodu domů, kdy se postupně snižuje podpora rodiny (Ratislavová, 2008).

Existují tři typy poporodní deprese – insuficientní, nutkavá a panická.

- **Insuficientní typ poporodní deprese** je nejčastější. Pokud ženě s tímto typem poporodní deprese není včas poskytnuta pomoc odborníka, může to postupně přejít až k chronické formě. Žena má u tohoto typu pocity selhání, nepovažuje se za dobrou matku, má pocity viny. Dokonce i u žen, jež těhotenství chtěly, se mohou dostavit ambivalentní pocity. U tohoto typu se mohou objevit i sebevražedné myšlenky.

Tento typ je obvykle léčen medikací, hospitalizace ve většině případů není nutná. Avšak největší hrozbou u tohoto typu je právě sebevražda, přičemž žena v prvé řadě zabije své dítě, pak až sebe (Rohde & Dorn, 2007). Pokud by se tento typ poporodní deprese neléčil, mohlo být dojít k prohloubení příznaků a ke vzniku chronické deprese (Ratislavová, 2008).

- **Nutkavý typ poporodní deprese** je typický vtíravými myšlenkami, které ženu nabádají dítěti ublížit. Žena se pak za své pocity stydí a má pocity viny. Stává se uzavřenější, proto je velmi těžké tento typ včas odhalit a diagnostikovat. Zavčas by žena měla být předána do péče psychiatra, aby odlišil nutkavé myšlenky od halucinací (Rohde & Dorn, 2007).
- **Panický typ poporodní deprese** se projevuje záchvaty úzkosti a strachu. Ty jsou doplněny závratěmi, bušením srdce a svalovým třesem. Tyto záchvaty netrvaly příliš dlouho. Ženy u tohoto typu se bojí ztráty kontroly nad sebou nebo mají strach ze smrti. Tento typ poporodní deprese není častý (Rohde & Dorn, 2007). Pokud se vzácně vyskytne, je velmi zatěžující pro ženu i jejího partnera, neboť nemocná žena potřebuje neustálý dohled druhé osoby, která má za úkol kontrolovat její agresi k novorozenci. Velmi často je kombinovaný právě s typem nutkavým (Ratislavová, 2008).

PŘÍZNAKY POPORODNÍ DEPRESE

Mezi projevy poporodní deprese patří ztráta běžných zájmů a zvyků, pocity selhávání ženy jako matky, opuštěnost, beznaděj, ztráta radosti a potěšení z péče o novorozence, vidění věcí černě, ztráta pozitivismu, ztráta schopnosti své dítě milovat a ztráta z toho, že mu ublíží. Objevit se mohou fobie. Žena se uzavírá do sebe, ztrácí kontakt s lidmi, mívá strach z toho, že ji muž opustí (Praško, 2010; Fischman, 2017).

Poporodní deprese: „*od poporodního blues se liší tím, že sama od sebe nezmizí. Její příznaky jsou výraznější, a v krajním případě, když se neléčí, může ohrozit matku i dítě a přerůst do poporodní psychózy*“ (Geisel, 2004, str. 13).

RIZIKOVÉ FAKTORY PRO VZNIK POPORODNÍ DEPRESE

Existuje široké spektrum rizikových faktorů pro vznik poporodní deprese. Jedná se o faktory biologické, anamnestické, kulturní a psychosociální.

Největší riziko vzniku poporodní deprese hrozí u žen, u kterých se vyskytla nějaká psychotická porucha již dříve. Vznik ale také ovlivňují hormonální změny po porodu, poruchy funkce štítné žlázy, snížená úroveň progesteronu, nízký stupeň podpory ženy vlastní rodinou a sociálním okolím, problémy v partnerském vztahu, neplánované nebo nežádoucí těhotenství, ekonomická situace, nižší vzdělání rodičky, psychologická připravenost stát se matkou (Ratislavová, 2008; Takács et al., 2015).

Mezi kulturní faktory řadí míru religiozity ve společnosti, kde žena žije, či provedení a existenci rituálů spojených s šestinedělím a s péčí o novorozence, což odpovídá na otázku, proč se poporodní deprese vyskytují v jedné společnosti více než v druhé (Sinclair, 2004). Tyto rituály ženu utvrzují v její nové roli a snižují míru stresu a úzkosti. V některých společnostech dokonce novopečenou matku opečovávají starší ženy v rodině (Ratislavová, 2008).

LÉČBA POPORODNÍ DEPRESE

Poporodní deprese jsou léčeny podle typu a závažnosti příznaků. U lehčích forem se využívá psychoterapie, u závažnějších dochází k zastavení laktace a podávání antidepressiv nebo elektrokonvulze, jež se kombinuje s psychoterapií. Při velmi těžkém průběhu pak dochází k hospitalizaci a oddělení od dítěte (Praško, 2002).

Jednotlivým druhům léčby deprese se dále věnuji v kapitole 4. Péče o ženy s perinatální depresí.

3.2 Důsledky perinatální deprese

Neléčená deprese v těhotenství má významné důsledky pro tělesný i psychický stav matky i dítěte a její důsledky mohou být hluboké a celoživotní (Honzák, 2010).

U depresivních žen může častěji docházet k užívání drog, kouření nebo pití alkoholu (Baďurová, 2005). Tyto ženy mají obvykle problémy se spánkem, jsou uzavřené, pasivní a pomalu se rozvíjí jejich schopnosti a dovednosti. Hrozí také **větší riziko**

sebeпоškozování a ublížení dítěti (Canadian Paediatric Society, 2010).

Špatný psychický stav těhotné a rodící ženy má také **negativní vliv** na fyziologický průběh gravidity a porodu, který může být předčasný a dítě může mít nízkou porodní váhu kvůli vyššímu metabolickému výdeji. Psychický stav ženy také následně ovlivňuje psychosomatický stav novorozence (Zacharová, 2014; Větr, 2001).

Po narození dítěte může mít žena následně **problém pečovat** o něj, nedokáže být starostlivá a milující, což může vyústit až k narušení citové vazby mezi ní a dítětem. Narušená citová vazba pak může negativně ovlivnit psychiku a chování dítěte (Canadian Paediatric Society, 2010). Dítě může vykazovat méně často pozitivní projevy v obličeji a hlasové projevy, také je obtížnější jej uklidnit (Zuckerman et al., 1990).

Žena také není schopna se pozitivně projevit, hrát si s dítětem, číst mu nebo zpívat. Rovněž má **problémy s běžnou péčí**, což se pak dlouhodobě projevuje při vyžadování kázně či vytváření návyků. V případech, kdy matka nereaguje dobře na potřeby dítěte, nemůže dítě reagovat dobře na matku, což celé vede k vysoké úrovni agrese a dalších nepříznivých emocí (Honzák, 2010).

Canadian Paediatric Society (2010) je toho názoru, že dopad perinatální deprese matky na její dítě se vyvíjí **v závislosti na jeho věku**. Kojenec, který si nevytvoří blízký vztah s matkou, může mít potíže s interakcí, se spánkem, může u něj dojít ke zpoždění vývoje, může mít více koliky, může být tišší a pasivní. Batolata a děti předškolního věku zase mohou být méně nezávislé, bojácné, mohou mít potíže s kázní a mohou být agresivnější, destruktivnější. Děti ve školním věku mohou mít problémy s chováním, učením, je u nich větší riziko vzniku poruchy pozornosti a hyperaktivity, také se objevuje vyšší riziko úzkosti, deprese či jiné duševní poruchy. U dospívajících pak hrozí vysoké riziko deprese, úzkostných poruch, poruch chování, zneužívání návykových látek, ADHD a potíže s učením.

Jak je vidět v této kapitole, perinatální deprese má velké dopady na vývoj dítěte i jeho matku. Proto se neustále zdůrazňuje vhodná péče pro těhotnou ženu po celou dobu tohoto náročného období. Této péči se věnuje následující kapitola.

4 PÉČE O ŽENY S PERINATÁLNÍ DEPRESÍ

Těhotenství ženy vyžaduje zvýšenou péči a pozornost pokaždé, i tehdy, probíhá-li bezproblémově. V případě perinatální deprese by měla mít péče o matku intenzitu daleko větší, protože zatížení na ni i na dítě může mít velmi závažné a celoživotní důsledky.

Člověk má navzájem propojenou biologickou, sociální a psychologickou rovinu. Tyto roviny jsou zároveň ovlivňovány vnějším prostředím. Je prokázáno, že psychologické a sociální vlivy mohou měnit biologickou stránku člověka a naopak. I přes toto zjištění se medicína stále více zaměřuje na funkci orgánu, avšak ne na člověka celého, na jeho tělo, emoce a prostředí, ve kterém žije (Ratislavová, 2008).

Bohužel však v České republice je stále problematika psychických poruch v perinatálním období výrazně podceňována. Šebela (2019) k tomu uvádí, že *„duševní zdraví ženy v tomto období je přitom extrémně důležité pro komplexní vývoj dítěte. Nesmíme také zapomínat na to, že duševní onemocnění u ženy značně ovlivňuje i život jejího partnera a nejbližší rodiny. Výzkumníci z London School of Economics vyčíslili celospolečenský dopad duševních nemocí v těhotenství a po porodu, které se vyskytnou ve Velké Británii za jeden rok, na 8,1 miliard liber. U nás však dosud neexistuje systematická primární prevence perinatálních duševních poruch. Informace dostupné veřejnosti jsou minimální.“*

Pokud není perinatální deprese včas indikována a léčena, může dojít k silnému **narušení vztahu** mezi dítětem a matkou a může dojít i k situacím, které ohrozí život matky i dítěte. K ženám, jež trpí tímto druhem deprese, je třeba přistupovat individuálně, neboť na všechny neplatí obecný postup. Zohledňuje se v takovém případě závažnost stavu, trimestr těhotenství a předchozí léčba, pokud k ní došlo. Medikaci vždy předepisuje lékař, který tak vhodně volí kombinaci psychofarmak s psychoterapií (Strunzová, 2005).

Žena, která trpí perinatální depresí, může vyhledat lékaře, poradnu, terapii, navštívit svépomocné skupiny či manželskou poradnu.

Často se stává, že ženy, které se odhodlají a osloví krizové centrum, přicházejí s pocitem viny, že nejsou dobré matky nebo že nemají radost ze svého dítěte. Mívají pocity sklíčenosti a jsou nešťastné. Někdy stačí takový stav spravit několika sezeními psychoterapie, jindy je třeba zásah psychofarmak (Vodáčková, 2007).

Čtvrtá kapitola se věnuje právě oblasti péče o ženy s perinatální depresí. Zaměřuje se tak na možnosti péče a pomoci ženám v období těhotenství, porodu a šestinedělí. V podkapitolách uvádím možnosti diagnostiky perinatální deprese, psychotherapeutické možnosti, farmakologické možnosti, také možnosti alternativní a psychohygienické.

4.1 Diagnostické možnosti a limity diagnostikování perinatální deprese

Včasná a správná diagnostika deprese v perinatálním období představuje základ pro úspěšnou léčbu. Ke stanovení diagnózy je třeba, aby její příznaky odpovídaly diagnostickým kritériím pro depresivní poruchu. Tu můžeme diagnostikovat dle dvou hlavních diagnostických systémů MKN a DSM (WHO, 2013).

K **prvnímu zhodnocení depresivních symptomů** u žen v perinatálním období by mělo být využito klinického vyšetření, které by až následně mělo být doplněno o screeningové metody.

Vyšetření by mělo začínat diagnostickým rozhovorem, který dokáže provést i diferenciální diagnostiku, na jejímž základě lze stanovit přesnou diagnózu a vyloučit především bipolární poruchu, poporodní psychózu, poruchu přizpůsobení, posttraumatickou stresovou poruchu a úzkostnou poruchu (Mohr et al., 2017).

Ratislavová (2008) dodává, že psychologické testy, které jsou vhodné k odhalení depresivní poruchy, není dobré užívat u žen v šestinedělí, neboť v nich často dosahují falešně pozitivních výsledků.

V této kapitole uvádím nejčastěji využívané testy pro diagnostiku perinatální deprese. Jedná se o Edinburskou škálu poporodní deprese, Poporodní depresivní screeningovou škálu, Bromleyovu poporodní depresivní škálu a Beckovu škálu deprese.

Existují i další screeningové nástroje depresivních poruch, ty ale neměly u žen trpící perinatální depresí příliš vysokou míru senzitivity a specifity, a proto se v praxi příliš nevyužívají (Zubaran, 2010). Ve své práci se jimi tedy nezabývám.

EDINBURSKÁ ŠKÁLA POPORODNÍ DEPRSE (EPD)

Pro screening depresí v těhotenství se nejčastěji používá dotazník EPD (Edinburgh Postnatal Depression Scale), který byl vytvořen ve Skotsku ve zdravotních

střediscích v Livingstonu a Edinburghu a má za úkol zjistit, zda matky trpí perinatální depresí. Tento dotazník byl široce testován a použit ve 23 zemích. V identifikaci osob, jež jsou ohroženy nebo potencionálně trpí perinatální depresí, má významnou úroveň senzitivity (86 %) a specifity (78 %). Dotazník je mezinárodně platný a dostupný v mnoha jazycích. Nejvyšší skóre dotazníku je 30, avšak při dosažení 10 a více bodů poukazuje na možnou depresi různé závažnosti. Pro prokázání existující diagnózy deprese musí však dojít k pečlivému zhodnocení. Dotazník neprokáže úzkostné poruchy, fobie či poruchy osobnosti (Cox et al., 1987).

POPORODNÍ DEPRESIVNÍ SCREENINGOVÁ ŠKÁLA (PDSS)

Pro diagnostikování poporodních depresí se nabízí screeningová metoda s názvem poporodní depresivní screeningová škála – PDSS, která se zaměřuje více na vnitřní pocity a prožitky ženy v šestinedělí. Tento screeningový nástroj obsahuje sedm diagnostických oblastí: poruchy spánku a nechutenství, úzkost nebo nejistota, emoční labilita, poruchy kognice, ztráta sebevědomí, pocity viny a studu, sebevražedné myšlenky. Každá oblast se skládá z pěti symptomů, které mohou ženy v šestinedělí mít. Tento hodnotící nástroj hodnotí stav ženy po porodu a za poslední dva týdny. K hodnocení se používá pětibodová stupnice a nejméně může žena získat 35 bodů. Senzitivita a specifita tohoto nástroje je 94 % a 98 % (Zubaran, 2010).

BROMLEYOVA POPORODNÍ DEPRESIVNÍ ŠKÁLA (BPDS)

Bromleyova poporodní depresivní škála – BPDS – provádí diagnostiku současné a předchozí depresivní metody. Je tvořena deseti položkami a jeho senzitivita a specifita je 62 % a 94 %. Poměrně nízkou míru senzitivity lze objasnit tím, že tento nástroj je schopen odhalit i závažnější formy depresivních poruch (Zubaran, 2010).

BECKOVA ŠKÁLA DEPRESE (BDI-II)

Beckova škála deprese je běžně užívaná sebeposuzující škála expresivity, která se řadí mezi nespecifické diagnostické metody, jež často nebývají validizovány na ženách těhotných nebo v období šestinedělí. Škála tedy u populace žen v perinatálním období

může vykazovat falešně pozitivní výsledky, je proto méně využívaná (Ratislavová, 2018; Mohr et al., 2017).

4.2 Psychoterapeutické možnosti a limity léčby perinatální deprese

Jako nejúčinnější léčbou perinatálních depresí se zatím jeví **psychoterapie**, která může pomoci nejen samotné ženě, ale i celé rodině. Psychoterapie nezatěžuje ani ženu, ani dítě – a má trvalejší výsledky než farmakoterapie (Talová et al., 2014).

„Psychoterapie pomáhá hlouběji porozumět, co se s člověkem v depresi děje. Učí, jakým způsobem zacházet s příznaky a s problémy v životě, a posléze trénuje dovednosti, které mohou do budoucna bránit rozvoji nové fáze. Psychoterapeutický přístup poskytuje určitý ochraňující prostor, ve kterém se nemocný může projevit a vyjádřit, co ho trápí. Pro většinu depresivních nemocných, u kterých deprese probíhá pod lehkým nebo středně závažným obrazem, je psychoterapie velmi účinnou metodou“ (Praško et al., 2010, s. 63).

Psychoterapie využívá řadu **psychoterapeutických metod a prostředků** k léčbě nemoci. Přičemž psychoterapeutický vztah je vytvářen samotným terapeutem, čemuž odpovídá i jeho chování, osobnost a přístup, který zastává. Terapeut může hrát roli direktivní, neosobní, nebo naopak může konat svou práci v rovině osobního setkání, kdy se staví spíše do role průvodce než experta (Vymětal, 2003).

Mezi psychoterapeutické prostředky patří **psychoterapeutický rozhovor**, prostřednictvím kterého jsou ženy ovlivňovány řečovou aktivitou. Dále **relaxační a psychofyziologické postupy**, prostřednictvím kterých je změna navozována vegetativní aktivací, svalovým a psychickým napětím. Cílem je uvolnění. Relaxaci můžeme navodit autogenním tréninkem, progresivním svalovým uvolněním, meditací a biologickou zpětnou vazbou (biofeedback). Terapeut se zaměřuje na koncentraci a imaginativní cvičení. Skrz ně zjišťuje subjektivní významy důležitých prožitků a obsahu našeho vědomí. Dále zde patří **expoziční terapie**, která se snaží vystavit pacienty situacím, které jim jsou nepříjemné. Další metodou jsou **sugestivní postupy a hypnóza**, které svým působením obcházejí vědomou kontrolu pacienta. Další metodou je **psychodrama**, jehož prostřednictvím si pacienti představují různé scénky s cílem odreagovat se a porozumět svým vlastním problémům. Další metodou je **psychogymnastika**. Ta obsahuje především neverbální projevy, jako jsou gesta, pohyby a mimika. Jejím cílem

je získat nadhled. V psychoterapii se jednotlivé metody kombinují, ale vždycky v určité fázi jedna z nich dominuje (Vymětal, 2003).

Psychoterapie však může být kombinovaná i s farmakoterapií. Může být prováděna individuálně i skupinově. **Individuální terapie** je ženě přínosem proto, že jí nabízí individuální péči a přizpůsobivost. Z výzkumu vyplývá, že ženy častěji upřednostňují léčbu, která se zaměřuje na souvislosti, jež respektují jejich postoje, zkušenosti, postavení ve společnosti a nabízí jim pomoc při zvládnání požadavků mateřství. Naopak **skupinová terapie** umožňuje ženám skupinovou komunikaci, dává jim společenskou podporu, pomáhá jim navazovat sociální kontakty a začlenit se do společnosti (Horowitz & Goodman, 2005).

Mezi nejúčinnější přístupy v této oblasti patří kognitivně behaviorální terapie, interpersonální psychoterapie, podpůrné poradenství, psychoedukace a psychodynamická terapie (Horowitz & Goodman, 2005). Tyto psychoterapeutické směry a postupy dále uvádím v podkapitolách.

KOGNITIVNĚ BEHAVIORÁLNÍ TERAPIE (KBT)

KBT pomáhá ženě verbalizovat své pocity, i ty negativní. Při této terapii mohou být přítomni i otcové a partneři. Protože právě přítomnost někoho blízkého má velmi důležitou roli a přímý dopad na všechny účastníky (Camp, 2013). Tato terapie obvykle trvá dvanáct až čtrnáct týdnů a klade důraz především na přemýšlení o tom, co pacientka cítí a jak se chová. Cílem je pomoci ji odhalit zkreslený pohled na svět a na sebe samu, překonat to a pomoci ji nalézt nové modely chování (Horowitz & Goodman, 2005).

Kognitivní behaviorální terapie je používána jako **alternativa medikamentózní léčby** u lehčích a středně závažných depresivních epizod. Z behaviorálního hlediska je deprese reakcí na ztrátu pozitivního ocenění z okolí. Ztráta nemusí být reálná, ženě tak stačí jen pocit, že je víc kritizována, než je chválena. Zranitelný člověk pak reaguje naučenou bezmocí, kdy bezmoc je považována za volání o pomoc. Kognitivní složka tvrdí, že podkladem poruchy nálady je kognitivní postižení. Tedy žena, která trpí depresí, se dívá na sebe a své okolí negativně (Praško, 2002).

Prvním krokem v této terapii je **poučení ženy** o depresi, terapii a jejich krocích. Hlavním problémem je tedy depresivní prožívání a chování. Žena terapeutovi popíše svou denní činnost, na základě toho sestaví denní harmonogram – dle toho, co je aktuálně

schopna zvládnout. Dalším krokem léčby je **práce s depresivními myšlenkami**. Žena trpící depresí má katastrofické představy o svém selhání, pochybuje o své roli matky, o vztahu k dítěti či o své přitažlivosti. Všechny tyto představy jsou založeny na neznalosti vlastních schopností a vnější skutečnosti. Při jednotlivých terapeutických sezeních se žena učí zvládat jednotlivé situace a rozvíjet své komunikační dovednosti. V následujících fázích se **terapie zaměřuje na jednotlivé oblasti**, jako je manželský nesoulad, změna způsobu života a adaptace na ni, sexuální dysfunkce, nedostatek příjemných aktivit, problémy v péči o novorozence a v jeho výchově a rovněž osamělost. Dochází k důkladné behaviorální funkční a kognitivní analýze problému a v následném brainstormingu jsou probrána všechna možná řešení problému. V závěru spolupráce dojde k **rekapitulaci**. Terapeut je v této terapii v roli učitele, ženu vede k tomu, aby si sama hledala řešení (Praško, 2002).

INTERPERSONÁLNÍ PSYCHOTERAPIE

Interpersonální psychoterapie je určena především pro ženy, které trpí depresí v mírném až těžkém spektru. V současnosti je to navíc nejlepší ověřená metoda, která by měla být zvolena jako první zejména u kojících žen. Interpersonální psychoterapie je omezená terapie, která se zaměřuje na zmírnění příznaků pacientky a na zlepšení jejich mezilidských vztahů. Po zahájení léčby se sezení konají jednou týdně a po stabilizování stavu se mohou konat co dva týdny (Stuart, 2012).

Interpersonální terapie je **krátkodobá** a zaměřuje se především na **současné vztahy**, na změnu role ženy po porodu a interpersonální konflikt. V první fázi léčby se interpersonální psychoterapie zaměřuje na přímé depresivní symptomy, které se posléze při sezeních snaží redukovat a zároveň zvýšit sebehodnocení ženy. Terapeut v této chvíli zjišťuje současné vztahy s manželem, k dítěti, s rodiči aj., přičemž se zaměřuje na konkrétní problémové oblasti. V této fázi je vytvořen konkrétní léčebný plán. V prostřední fázi celé léčby je zjištěn konkrétní primární problém a žena je informována o svém zdravotním stavu a o depresi, kterou trpí. Terapeut není ve své roli neutrální, je na straně pacientky, radí jí, podporuje a ujišťuje. Vztah mezi terapeutem a pacientkou je zaměřen na rozvoj efektivní strategie v jednání a řešení problému. Terapeut je realistický a snaží se zabránit ženě upadnout do závislosti nebo regrese (Praško, 2002).

Žena nejčastěji v tomto období řeší **neshody v interpersonálních rolích**, kdy ona i její blízké okolí mají od svého vztahu rozdílná očekávání. Dále pak řeší změnu v interpersonálních rolích, kdy se po porodu musí velmi rychle adaptovat na novou situaci spojenou s péčí o dítě a ztrátou svého dosavadního života. Mezi další problémy, které se mohou vyskytnout, patří zármutek nebo interpersonální deficit (Praško, 2002).

Terapeut by měl být ženě k dispozici i po skončení léčby pro případ, že by došlo k obnově problému. U pacientek, kde se předpokládá vysoké riziko relapsu, se doporučuje sezení jednou měsíčně, u těch s nízkým rizikem pak jednou za šest měsíců. Cíle této léčby jsou psychiatrické symptomy, oblast mezilidských problémů (konflikty, změny, partnerské soužití) a sociální podpora. V rámci této terapie by měl být kladen důraz především na vztah ženy s dítětem, jejím partnerem, rodinou a přáteli. Jednou z technik v rámci této terapie je analýza komunikace, jež je založena na diskuzi o konkrétních sporech a incidentech, a to včetně opakování dialogů. To pomáhá jak terapeutovi, tak ženě nalézt situace v komunikaci, které mohou být nejednoznačné či zavádějící. Další technikou využívanou při této terapii je technika hraní rolí. Tato technika je užitečná především kvůli získání nadhledu v komunikaci s partnerem. Žena má v první řadě hrát roli svého partnera, terapeut pak její roli. Ženě to má posloužit k zjištění pohledu svého partnera a k uvědomění si, že i on prochází důležitým životním obdobím a ani on to nemá jednoduché (Stuart, 2012).

Interpersonální psychoterapie využívá také techniku **psychoedukace**, která se považuje za jeden z psychoterapeutických přístupů v léčbě perinatální deprese. Psychoedukace poskytuje pacientce informace o aktuálním problému a zdravotním stavu. Diskutuje se s ní o problémech, které jsou spojené s péčí o kojence, o vztazích, změnách rolí a dalších specifických obtížích v tomto období. Psychoedukace se tak snaží najít optimální řešení daného problému, a to nejčastěji v kombinaci s podpůrnou terapií (Horowitz & Goodman, 2005).

PSYCHODYNAMICKÁ TERAPIE

Psychodynamická terapie je založena na vytažení pocitů na povrch tak, aby jim pacientka mohla porozumět. Pracuje s myšlenkou, že každý má podvědomí a pocity v něm ukryté a ve chvíli, kdy se vytáhnou na povrch, musí jim daná osoba čelit (Horowitz & Goodman, 2005).

PODPŮRNÁ PSYCHOTERAPIE

Podpůrná psychoterapie neřeší příčinu daného problému, ale snaží se pacientce pomoci s jejími každodenními obtížemi (Horowitz & Goodman, 2005). Podpůrná psychoterapie je založena především na laskavém a spíše direktivním vedení ženy a její rodiny. Informuje ji dopodrobna o způsobu léčení, mechanismu účinků léků, možnostech vedlejších příznaků. Smysl podpůrné psychoterapie je v hledání toho pozitivního v léčbě i v okolnostech, které vedou ke zlepšení stavu (Honzák, 1999).

4.3 Farmakologické možnosti a limity v léčbě perinatální deprese

Léčba závisí na závažnosti deprese, na tom, zda matka kojí, také na tom, co sama preferuje (Horowitz & Goodman, 2005). Léčba psychofarmaky je výhodná v tom, že mají rychlejší nástup účinků, jsou více spolehlivé ve snížení atak a jejich prevenci (Kosová, 2010).

Mírnější a středně těžké formy depresí se léčí psychoterapeuticky, u těch více závažných je pak třeba podávat antidepresiva v kombinaci s intenzivní psychoterapií. Příznaky pak odeznívají za 3 až 14 měsíců (Ratislavová, 2008).

Farmakologická léčba se aplikuje nejčastěji u těžkých forem depresí, při přítomnosti sebepoškozování či sebevražedných sklonnů, tedy v případech, kdy nelze využít nefarmakologická cesta (Sušilová, 2017).

Při nasazení medikace u těhotných a kojících žen je vždy nutné myslet jak na matku, tak i na nenarozené dítě. Lékař musí zvážit přínosy i rizika farmakologické léčby a snažit se dodržovat co nejnižší možnou dávku a počet léků, které těhotné nebo kojící ženě předepisuje. Důležitá je také spolupráce mezi gynekologem a psychiatrem ženy, kteří by měli stav ženy sledovat a pravidelně kontrolovat (Orel et al., 2016).

Vzhledem k tomu, že farmakologická léčba je dnes zřejmě nejrozšířenější metodou léčby nejen tělesných, ale i psychických onemocnění, považuji za důležité se tomuto tématu ve své práci věnovat. V této kapitole uvádím možnosti farmakologické léčby deprese. Popisuji nejčastěji užívaná antidepresiva, následně méně užívaná antipsychotika, thymoprofylaktika a anxiolytika.

ANTIDEPRESIVA

Antidepresiva jsou jednou z možností farmakologické léčby perinatální deprese. Jejich medikace v těhotenství bývá často nezbytná, nicméně s sebou přináší jistá rizika. Ač jsou tato rizika dle studií relativně malá, je potřeba je brát v úvahu. Výběr antidepresiv by měl být důkladně individuálně zvážený (Sušilová, 2017).

Nejvíce studií, co se týče bezpečnosti, bylo provedeno se skupinou léků **selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (SSRI)**, proto je jejich působení na plod nejlépe prozkoumáno. Co se týče vývoje nervového systému dítěte po narození, nebyla prokázána škodlivost těchto léků (Seifertová et al., 2007).

Selektivní inhibitor zpětného vychytávání (SSRI) se dá naordinovat i během období kojení a většinou není nutné ho přerušit nebo úplně ukončit (Davano et al., 2011 in Kašpárek, 2013). Z této skupiny antidepresiv je vhodné zvolit **sertralin a paroxetin**, protože doposud v žádné studii nebyly uvedeny žádné nežádoucí účinky na kojence a v séru kojenců byly nalezeny buď žádné, nebo minimální hodnoty. U léků **citalopram a escitalopram** byly výjimečně popsány negativní účinky. Vůbec se nedoporučuje lék **fluoxetin**, neboť jeho hodnoty v mateřském mléce jsou při jeho užívání vyšší než u jiných SSRI. Mezi nežádoucí účinky u kojenců patří průjemy, koliky, dráždivost, menší váhové přírůstky a nadměrná spavost. Celkově je velmi důležité při užívání SSRI sledovat stav kojenců (Kašpárek, 2013).

Při užití psychofarmak patří mezi limity rizika pro plod a novorozence zejména úmrtí plodu, kongenitální malformace, prematurita, neonatální toxicita, abstinenci příznaky, zhoršená poporodní adaptace, celkový útlum, opožděný vývoj centrálního nervového systému a útlum dechu (Dušek & Večeřová-Procházková, 2010).

Seifertová et al. (2007) k tomu dodává, že při užívání antidepresiv při **kojení** je vhodné vždy upřednostnit užívání jen jednoho léku s co možná nejnižším dávkováním, které bude ještě zároveň účinné. Vždy při zahájení léčby se zvažuje zastavení laktace. Pokud však zůstane zachována, volí se antidepresivum s nízkým množstvím metabolitů a krátkým poločasem vylučování. Zároveň je třeba podat lék před nejdelsí spánkovou dobou kojeného dítěte. Za nejbezpečnější farmaka při kojení jsou považována SSRI, nortriptylin, amitriptylin, clomipramin a desipramin.

Podat či nepodat kojící matce antidepresivum je vždy rozhodnutí, které je založeno na zvážení poměru zisku a ztrát nejen pro ženu, ale i pro kojence (Llewellyn & Stowe, 1998 in Bareš, 2002).

ANTIPSYCHOTIKA

Antipsychotika jsou léky, které pozitivně ovlivňují psychickou integraci. Mají široké množství využití. Používají se zejména při léčbě příznaků schizofrenie. Své místo mají ale také při léčbě těžkých afektivních poruch – hlubokých mánií a depresí, dále pak u delirií, demence a mentální retardace. Využívají se také při terapii úzkostných poruch a obsedantně kompulzivní poruchy. Při léčbě hluboké deprese se v kombinaci s antidepresivy nejčastěji užívají **atypická antipsychotika**, jež bývají vesměs dobře snášena (Orel et al., 2016).

Dle Šebely et al. (2017) antipsychotika stejně jako antidepresiva nemají teratogenní povahu, takže nezvyšují riziko pro těhotenské komplikace a nenarušují vývoj plodu. Antipsychotika užívaná v těhotenství mohou zvyšovat riziko předčasného porodu, samovolného potratu či nízké porodní váhy dítěte. Nicméně však ne více než samotné psychické onemocnění. Po porodu může být dítěti ztížená poporodní adaptace a může se potýkat se „syndromem z vysazení“, který se většinou projevuje dechovou tísní. I přestože se riziko pro zdravý vývoj plodu zdá být relativně malé, s rostoucí dávkou a současně užívanými psychofarmaky se může zvyšovat.

ANXIOLYTIKA

Anxiolytika jsou léky předepisovány na úzkost, tíseň i strach s tělesným doprovodem. Jde o velmi často užívaná farmaka, která se při léčbě deprese užívají – zejména zpočátku – společně s antidepresivy. Anxiolytika mají v mnoha případech velký potenciál pro vznik závislosti a tolerance. Zejména z tohoto důvodu by měla být užívána maximálně několik týdnů (Orel et al., 2016).

Tato farmaka jsou předepisována i těhotným ženám, a to i přes možná potenciální rizika pro plod spojená s jejich užíváním. Ač anxiolytika nemají jako skupina jasně prokázaný teratogenní efekt a mohou se jevit jako relativně bezpečná, při možné zvyšující se dávce může docházet k narušení vývoje plodu. Ten je nejvíce ohrožen především

ve třetím trimestru, s nímž se pojí riziko pro komplikovanou poporodní adaptaci dítěte a jeho kognitivní funkce. Z tohoto důvodu se farmakoterapie anxiolytiky volí pouze u těžkých případů spojených s úzkostí, kde rizika neléčeného onemocnění převyšují rizika spojená s užíváním léků (Šebela et al., 2017).

THYMOPROFYLAKTIKA

Thymoprofylaktika neboli stabilizátory nálad při dlouhodobém užívání snižují frekvenci i intenzitu depresivních i manických epizod a vyrovnávají poruchové kolísání nálad. Thymoprofylaktika se pro vhodný efekt účinku musí užívat pravidelně, dlouhodobě a musí být kontrolována hladina medikamentu v krevní plazmě (Orel et al., 2016).

Mezi nejčastěji užívaná thymoprofylaktika patří lithium, kyselina valproová a karbamazepin. Nicméně i přes to, že je lithium považováno za vysoce účinný stabilizátor nálad, může vést k řadě nežádoucích účinků. U těhotných žen může způsobit **teratogenní poškození plodu**, což znamená, že se u plodu mohou vyvinout abnormity, vrozené vady a celková poškození. S těmito nežádoucími účinky se může těhotná žena setkat také u karbamazepinu a kyseliny valproové, proto by v nejlepším možném případě měla žena tyto farmaka plánovaně vysadit již před otěhotněním (Orel et al., 2016).

Z produktů radících se ke stabilizátorům nálad těhotné ženy mohou užívat látky zvané **lamotrigin** a **olanzapin**, jež dle studií nezvyšují riziko vzniku vývojových vad a v současnosti nejsou považovány za teratogeny (Šebela et al., 2017).

4.4 Alternativní možnosti a limity v léčbě perinatální deprese

V případě, že nastane situace, kdy žena odmítá farmakologickou léčbu, neboť se obává nepříznivých účinků na dítě nebo jakéhokoliv jiného rizika, se nabízí také řada alternativních metod léčby.

Alternativní léčba může být pro nemocnou ženu přínosem, ale může také uškodit, proto je třeba například byliny užívat s velkou opatrností, neboť jejich síla nemusí být pro nás vždy známá a regulovaná. Alternativní léčbu by žena měla volit vždy ve spolupráci se svým lékařem, který by měl vědět, jaké alternativní terapie žena využívá během těhotenství, porodu i kojení (Gossler, 2010).

Mezi alternativní léčbu řadíme hypnózu, ajurvédskou medicínu, čínskou medicínu, holistickou léčbu, terapii světlem, masáže, akupunkturu, aromaterapii, byliny, potravinové doplňky a léčbu přírodním progesteronem a placentofagií, jež v této podkapitole uvádím.

HYPNÓZA

Jednou z možností alternativní léčby je hypnóza. Jde o typ terapie, který uvádí osoby do stavu podobného transu – a právě v tomto soustředěném stavu může být člověk vnímavější k návrhům a sugescím, které se jej snaží ovlivnit. Hypnoterapie umožňuje lépe kontrolovat stav vědomí a dosáhnout stavu relaxace. V relaxovaném stavu klient dokáže diskutovat o svých pocitech a emocích, aniž by zvýšil hladinu stresu a úzkosti (Legg, 2019).

Hypnoterapie se také může zaměřit na nežádoucí a nezdravé návyky, které dokáže nahradit chováním zdravějším. Zde patří například úprava negativních myšlenkových vzorců, které zhoršují příznaky deprese. Hypnoterapie deprese také pomáhá člověku naučit se snižovat a lépe ovládat pocity úzkosti, stresu a smutku (Legg, 2019).

Bohužel je doposud velmi málo důkazů účinnosti hypnózy na perinatální depresi (Crasilneck & Hall, 1985 in Yexley, 2007). Jeden z případů uvádí Yexley (2007), který popisuje případ hypnózy matky dvojčat, u které se deprese rozvinula pět dní po porodu. Hypnózou byla léčena celkem dvakrát v rozmezí 14 dnů. Etapa transu se skládala z indukční fáze, prohlubování, intervence a ukončení. Cílem první hypnózy bylo zlepšit její náhled a poskytnout alternativní citovou odpověď na dětský pláč, který byl nejspíš hlavní příčinou utrpení. Už po prvním setkání pacientka prohlásila, že byla schopna se o své dítě postarat bez pomoci, a i když pořád vnímala běžnou frustraci z péče o dvě děti, nepomyslela už na to, že by jim ublížila. Od druhého setkání pak byla již bez obtíží (Yexley, 2007).

Hypnoterapie má ale určitá **rizika**, mezi která patří například potenciál k tvorbě falešných vzpomínek (tzv. konfabulací). V některých případech hypnoterapie vedla ke zhoršení příznaků. Doporučená není ani hypnóza člověka trpícího bludy, halucinacemi nebo psychotickými příznaky. Pro některé osoby nemusí být hypnoterapie efektivní vůbec z důvodu nesuggestibility, což je stav, kdy člověk nedokáže vstoupit do transového stavu hypnózy (Legg, 2019).

AJUVÉRDSKÁ MEDICÍNA

Ajurvédská medicína je založena na učení, že v těle jsou **čtyři hlavní typy toxinů**, které způsobují choroby. Ama je složena z částečně natrávené potravy v zažívacím traktu, jež zpomaluje trávení a umožňuje tvořit toxiny. Visha je pak reaktivní forma Amy a nastane, když tělo není očištěno od toxinů. Gara Visha toxiny jsou různé léky, přísady, umělé chemikálie a jiné, které znečišťují tělo. Čtvrtý toxin Indra Varjra Bjijanya Visha je vystavení se elektromagnetickému zařízení (Posmontier & Teitelbaum in Gossler, 2010).

Celá léčba je pak postavena na tom, které aspekty těla jsou nevyvážené. Na začátku léčby jsou doporučeny především dietní změny jako jíst čerstvé a snadno stravitelné potraviny nebo vyhýbání se mraženým a v mikrovlnné troubě upraveným jídlům. Také se doporučuje jemná masáž ke snížení stresu a zlepšení krevního oběhu a probírá se i cesta k dosažení regeneračního spánku. Do plánu léčby perinatální deprese bývají zapojeny i osoby žijící s ženou v domácnosti (Posmontier & Teitelbaum in Gossler, 2010).

TRADIČNÍ ČÍNSKÁ MEDICÍNA

Tradiční čínská medicína se pokouší depresi léčit vhodnou kombinací metod, kam se řadí akupunktura, fytotherapie, dietetika, masáže a cvičení. Snaží se především mírnit nežádoucí účinky léků a projevy nemoci. Svou povahou je čínská medicína holistická, což znamená, že se zaměřuje na široké spektrum komplexních problémů těla i duše (Tranta, 2019).

Při depresi v těhotenství a při kojení se většinou vynechává bylinná léčba. V tomto období čínská medicína nejčastěji využívá **akupunkturu**, která je už dlouhodobě součástí asijské medicíny a vychází z vnímání těla jako celku složeného z energetické rovnováhy. Udržování rovnováhy je považováno za nedílnou součást optimálního zdraví, naopak nerovnováha je spojena s nemocí a blokováním vitální energie. Akupunktura stimuluje anatomické body na těle tenkými kovovými jehlami, což má vést k obnovení zablokovaného toku vitální energie. Dosavadní výzkumy potvrdily účinnost akupunktury při léčbě deprese obecně, existuje ale jen málo údajů o bezpečnosti a účinnosti perinatální akupunktury. Může se tak jednat o atraktivní způsob léčby, který se může stát součástí léčebného plánu, nikoliv ale jako primární způsob léčby (Deligiannidis & Freeman, 2014).

TERAPIE MASÁŽÍ

Terapie masáže byla velmi široce studována i z pohledu přínosu při onemocněních depresí. Masáže snižují množství slin, moči a hladiny kortizolu, naopak zvyšují hladinu serotoninu a dopaminu v moči. Předporodní masáže jsou účinné při léčbě depresivních příznaků, dále snižují výskyt nedonošených dětí a dětí s nízkou porodní hmotností. Navíc v kombinaci s psychoterapií mají velmi dobré výsledky (Deligiannidis & Freeman, 2014).

Field et al. (2004) se zabýval vlivem masáže na těhotných ženách trpících depresí. Ve studii byly ženy ve druhém trimestru těhotenství rozděleny náhodně na ty, které přijímají 2krát týdně masážní terapii po dobu 16 týdnů, a na ty, které dostávají běžnou perinatální péči. Při závěrečném porovnání bylo zjištěno, že masírované ženy ihned po masáži pociťovaly sníženou úroveň úzkosti a depresivních nálad. Také měly prokazatelně vyšší míru hodnot hormonů štěstí, dopaminu a serotoninu, a nižší míru stresových hormonů, kortizolu a norepinefrinu.

Field (2008) svůj další výzkum vlivu masáže na prenatální depresi zaměřil na ženy, které dostávaly masáž 2krát týdně od svých partnerů od 20. týdne těhotenství do porodu, a ženy, jež dostávaly opět pouze běžnou prenatální péči. Z výzkumu je opět patrné snížení depresivních projevů, úzkosti i hněvu oproti ženám v kontrolní skupině. Stejný výsledek byl zaznamenán také u partnerů masírovaných žen. Masírované ženy i jejich partneři zaznamenali zlepšení depresivních nálad i zlepšení vzájemného vztahu.

TĚHOTENSKÉ CVIČENÍ

Lidé, kteří cvičí, jsou více odolní vůči stresu, stresové situace lépe zvládají a jsou odolnější proti onemocněním (Křivohlavý, 2001). Při cvičení se vyplavují také hormony štěstí, které dokážou těhotným ženám zlepšit náladu a udržet si ji (Wessels, 2006).

Zejména proto je těhotenské cvičení v běžné praxi s oblibou využíváno jako přídatná terapeutická metoda. Cvičení má minimum nežádoucích účinků (při správné volbě parametrů a indikace) a zároveň pozitivně ovlivňuje i další komorbidní somatická onemocnění. Navíc šetří náklady na léčbu (Pastucha, 2007).

Sportující ženy mají také vyšší sebehodnocení. S přibývajícím kily se těhotné ženy často potýkají s pocitem ztráty přitažlivosti, při pravidelném cvičení se s tímto faktem

ale vyrovnávají snáze. Sport napomáhá rozpouštět i svalové napětí, které těhotné ženy trpící depresí prožívají, a to zejména díky správnému dýchání při něm (Pravdová, 2006).

AROMATERAPIE

Aromaterapie využívá při léčbě vysoce koncentrované esenciální oleje. Tyto látky mají uvolnit, navodit pocit pohody nebo přímo řešit určitý problém. Mechanismus léčby není přesně znám, ale nejpravděpodobněji olej pracuje absorbováním kůží nebo vdechováním (Cavanagh, 2002 in Weier & Beal, 2004). Provedená studie naznačuje pozitivní vliv aromaterapie jako doplňkové léčby s minimálními riziky.

FYTOTERAPIE A POTRAVINOVÉ DOPLŇKY

Další možností alternativní léčby jsou byliny a potravinové doplňky. Nejznámější rostlinou je **kávovník**. Provedená studie prokázala, že v některých případech může být káva účinnější než benzodiazepiny. Využít se dá při léčbě středně závažných nepsychotických poruch. Problém nastává u kojících žen, ty by kávu užívat neměly (Weier & Beal, 2004).

Další bylinou je **třezalka tečkovaná**, která se pro své léčivé vlastnosti využívá už od starověku. I v tomto případě proběhly výzkumné studie a vysoký účinek byl pozorován u jedinců s mírnými až středně těžkými depresivními symptomy. Navíc se třezalka ve srovnání s jinými antidepresivy vylučuje do mléka na nezjistitelně nízké úrovni (Deligiannidis & Freeman, 2014).

Velmi důležitou roli hrají **omega-3 mastné kyseliny**, které se nacházejí v rybách. Doporučuje se jíst především tučné ryby aspoň 2krát týdně. Tyto mastné kyseliny mají významný antidepresivní přínos, ale využívají se spíše jako podpůrná léčba (Deligiannidis & Freeman, 2014).

PŘÍRODNÍ PROGESTERON

Léčba přírodním progesteronem může být efektivní alternativní možností v léčbě poporodní deprese, a to v případech, kdy jsou na vině vzniku deprese hormonální výkyvy. V takových případech totiž nemusí antidepresiva fungovat efektivně a léčba přírodním

progesteronem může pomoci až v 95 % případů. Progesteron se podává jako lokálně aplikovaný krém nebo injekční formou (Hilgers, 2010 in Valenzuela, 2012).

PLACENTOFAGIE

Placentofagie se řadí mezi další hormonální léčebné metody. Jedná se o konzumaci placenty a doposud v této oblasti nebyly provedeny žádné výzkumy, takže nelze zhodnotit, zda pomáhá při léčbě perinatální deprese. Mnoho matek však potvrzuje její schopnost předcházet vzniku deprese nebo ji mírnit (Friess, 2007 in Valenzuela, 2012).

3.3 Další možnosti léčby perinatální deprese

Při péči o ženu trpící perinatální depresí lze využít i další metody, které nelze zařadit mezi způsoby léčby, které uvádím v předchozích kapitolách. Patří sem především elektrokonvulzivní terapie, holistická péče a terapie světlem.

ELEKTROKONVULZNÍ TERAPIE (ECT)

U těhotných žen trpících depresemi je stále velká pravděpodobnost rezistence na určité léky, extrémně vysoké riziko sebevraždy, psychotické příznaky doprovázené somatickými příznaky. Mezinárodní směrnice elektrokonvulzivní terapie nemá jasné prohlášení o tom, že by těhotenství bylo kontraindikací. Volba této léčby v těhotenství tedy není neobvyklá. Elektrokonvulzivní terapie má velmi pozitivní odezvu u těhotných žen spolu s velmi nízkým počtem fetálních nebo novorozeneckých abnormalit (Leiknes et al., 2015).

Jedná se o vhodnou volbu léčby především v situacích, kdy selhala předchozí medikace (Forray & Ostroff, 2007). Také v případech, kdy je žena rezistentní na psychofarmaka nebo její zdravotní stav nepovoluje podávání antidepresiv (Honzák, 1999).

Léčba za pomoci ECT je založena na principu vyvolání stavu podobného epileptickému záchvatu, ke kterému dochází po průchodu elektrického proudu mozkovou tkání (Radimský, 2001). Patří mezi nejefektivnější terapeutické metody v psychiatrii, a to zejména díky rychlému nástupu účinků a širokému terapeutickému zaměření.

Může zkrátit i délku hospitalizace. Tuto léčbu je možné provádět 2krát až 3krát týdně a ke zlepšení dochází zpravidla po 3. až 4. konvulzi (Dušek, 2010).

Než je elektrokonvulzivní terapie provedena, je žena důkladně interně vyšetřena, aby se vyloučily některé choroby, jež by bránily této léčbě (Radimský, 2001).

HOLISTICKÁ PÉČE

Holistická péče zahrnuje vzdělání o onemocnění a jeho léčbě, podporu chování zlepšující duševní zdraví a celkový zdravotní stav. Tělesné zdravotní problémy mohou mít spojitost s perinatální depresí (Horowitz & Goodman, 2005).

V léčbě perinatální deprese je vhodné využívat holistický a rodinně soustředěný pohled, který je koordinován interdisciplinárním týmem. V praxi jsou to právě sestry a porodní asistentky, které se s ženami v tomto období nejčastěji setkávají a mohou tak jako první detekovat depresi i u těch žen, které nechtějí vyhledat pomoc (Horowitz & Goodman, 2005).

Proto je třeba podpořit fyzické zotavení, neboť to bude mít vliv na zlepšení nálady. Tento přístup pomáhá ženám získat adekvátní spánek, správně se stravovat, cvičit a vyhnout se alkoholu a kofeinu. Žena může rovněž požádat o pomoc v domácnosti nebo při péči o dítě. Porodní asistentky by měly ženy vést k využívání sociálních služeb k tomu nastavených (Horowitz & Goodman, 2005).

TERAPIE SVĚTLEM

Terapie světlem neboli **fototerapie** je další alternativou při léčbě perinatální deprese.

Již před dvěma tisíci lety byl znám a užíván vliv světla na lidskou psychiku a emotivitu, kdy se letargičtí pacienti pokládali na slunce. Posléze byl tento způsob léčby zapomenut a teprve nedávno se začal znovu využívat, a to zejména při léčbě sezónních depresí. Odchytky v množství spánku a jeho načasování spojené s ranními pesimy v náladě se ovšem vyskytují také u pacientů trpících depresí bez sezónního vzorce. Fototerapie se prokázala prospěšnou i při předporodní a poporodní depresi – buď samotná, nebo v kombinaci s antidepressivy (Praško et al., 2011).

V rámci malé studie, jež proběhla u těhotných žen, dostaly ženy jednu hodinu ranního jasného světla. Po třech týdnech terapie došlo ke zlepšení deprese o 49 %, po pěti týdnech o 59 %. Neobjevily se ani žádné významné vedlejší účinky kromě nevolnosti. V další studii bylo účastníkům přiděleno na 30 minut 10 000 luxů jasného světla nebo 600 luxů tlumeného světla placebo, a to po dobu šesti týdnů. U obou skupin došlo k výraznému zlepšení. Světelná terapie tak může být pro některé atraktivní volbou. Zpočátku se doporučuje 30 minut po probuzení. Po zahájení léčby je důležité u žen sledovat případné další příznaky, jako je hypománie nebo mánie, poruchy spánku a neklid (Deligiannidis & Freeman, 2014).

Praško (2010) dodává, že světlo se k léčbě deprese využívá především kvůli jeho účinku na biologické rytmy člověka.

4.5 Psychohygienu ženy v perinatální depresi

Perinatální období je období náročné pro psychiku i fyzický stav ženy. Existují však možnosti, jak toto psychické vypětí zmírnit. Psychohygienu je jednou z těchto možností.

Psychohygienu se zabývá tím, co ženě může ulevit od příznaků únavy, úzkosti, depresivních stavů po porodu a následně v šestinedělí a jak správně pečovat o svou psychiku.

Pojem psychohygienu je pojmem relativně mladým, začala se objevovat až posledních 20–30 let minulého století. Postupným vývojem lidstva se totiž ukázalo, že je třeba pečovat nejen o to zdraví fyzické, ale také o zdraví psychické, tedy právě psychohygienu. Psychohygienu se zaměřuje na možnosti, jak si zachovat fyzické a duševní zdraví, ale také jak harmonicky rozvíjet osobnost člověka, a to v souladu s přírodními a sociálními podmínkami, jež člověka obklopují (Bedrnová, 2010).

Jednoznačně do psychohygieny ženy po porodu a v šestinedělí patří odpočinek, relaxace, pohyb a opora.

ODPOČINEK

Odpočinek je velmi důležitý, neboť u žen, které trpí perinatální depresí, se trvalá únava zhoršuje. Proto je nezbytné, aby si žena stanovila priority, co se týče domácnosti, a dobře si promyslela, co od sebe očekává. Zvláště po porodu se toho ženě nahromadí, péče o dítě ve dne i noci, domácnost, to vše vede k velké zátěži a organizace času pro ni může být obzvláště náročná. Příchod dítěte do domácnosti je jistě velkou změnou pro všechny její obyvatele, kteří se musí aktivně přizpůsobit. Celá situace je navíc pro ženu zhoršená nočním vstáváním k dítěti a kojením, neboť právě při kojení spotřebuje tělo na tvorbu mléka velké množství energie (Geisel, 2004).

Je třeba si uvědomit, že žena se v tomto období vzdává své kariéry, koníčků a přátel a vše podřizuje péči o dítě a domácnost. Navíc některé ženy si na sebe kladou až přehnané nároky (Ratislavová, 2008). Proto je nezbytné, aby žena efektivně využívala čas, to znamená, aby se věnovala sama sobě ve chvílích, kdy dítě spí nebo se o něj starají příbuzní.

RELAXACE

Relaxace je skvělý způsob pro psychické i tělesné uvolnění. Relaxovat by ženy měly nejen v období celého těhotenství, ale především v období šestinedělí, kdy nároky na ženy enormně vzrostou. Vhodným způsobem relaxace může být například zpěv, poslech hudby, tanec a jiné. Geisel (2004, s. 206) doslova říká: *„Nebojte se, vezměte dítě do náruče a zpívejte pro sebe i pro něj, vyzpívejte se ze své bolesti a touhy...“*

Relaxovat ale může žena v tomto období i procházkami v přírodě či sportovní aktivitou. Vhodná je i střídavá koupel, střídání tepla a chladu. Prostřednictvím těchto aktivit se srdeční tep zrychlí, změní se rytmus dechu a pročistí se hlava. Na psychiku ženy působí i barvy a samozřejmě světlo. Oranžová barva má například antidepresivní účinky a ještě napomáhá k tvorbě mléka. Žlutá barva zase stimuluje nervový systém. Je tedy vhodné, aby si ženy volily takové barvy, které jsou v dané chvíli třeba a dlouho se na ně dívaly. Světlo má vliv na spánek, náladu i libido. Protože má sluneční svit pozitivní vliv na psychiku ženy, je třeba na to pamatovat především v zimních měsících (Geisel, 2004).

Dle Praška (2003) je relaxace jednoduchý způsob, jak může žena zvládat stres. Právě při relaxaci totiž dochází k uvolnění těla a mysli, zvyšuje se pocit sebedůvěry a optimismu a dochází k harmonizaci psychiky a tělesného stavu ženy.

POHYB

Tělesné a duševní zdraví je úzce propojeno a je známo mnoho situací, kdy špatný tělesný stav vedl ke zhoršení duševního stavu a naopak. Pohyb pozitivně ovlivňuje obě složky – tělesnou i duševní. Pro celkové zdraví člověka je pohyb a vnímání vlastního těla velmi důležitý. Ženy, ale i muži, kteří se pravidelně věnují pohybové aktivitě, mají lepší náladu, sebehodnocení, nižší míru stresu a úzkostí (Fialová, 2001).

Pohyb krátkodobě snižuje depresivní i úzkostné stavy a napomáhá uvolňovat svalové napětí, do kterého se psychický stav promítá. Při depresi je vhodný tzv. antidepresivní pohyb, který napomáhá vyplavovat endorfiny a aktivizovat člověka. Těhotné ženy mohou využít také těhotenskou jógu. Ta napomáhá ženám bojovat proti depresi i strachům jak v těhotenství, tak i po porodu (Stackeová, 2004).

SOCIÁLNÍ OPORA

Partner by měl být ženě přítelem, oporou i vrbou po celou dobu těhotenství, během porodu i šestinedělí. Může totiž velmi výrazně ženě pomoci s přijetím nové role, s péčí o dítě a starostí o domácnost. Tím jí vytvoří prostor pro odpočinek a relaxaci. Naopak konflikty s partnerem, jeho nezájem a nedostatečná pomoc mohou umocnit psychické problémy (Geisel, 2004).

Partner může ženě pomoci i v období příprav na příchod dítěte, při lékařských vyšetřeních, ve správné životosprávě, při dodržování vhodné fyzické kondice a může se také zapojit při masáži hráze (Simkin, 2000).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Následující část práce se věnuje výzkumu v oblasti perinatální deprese, konkrétně zmapování zkušeností rodiček s depresí v období těhotenství, porodu a šestinedělí. Postupně tato kapitola definuje výzkumný problém, výzkumné metody i výzkumný vzorek. Následně interpretuje jednotlivé výsledky získané samotným výzkumem a logicky je setřídí a vyvodí z něj závěry.

CÍL VÝZKUMNÉ ČÁSTI

Hlavním cílem výzkumné části je popsat zkušenosti s depresí žen v perinatálním období, které jsou v péči rodinné poradny. Zároveň může tato práce dále posloužit jako podklad pro další výzkumy v této oblasti, které by ještě více tuto problematiku probádaly.

Aby výzkum zahrnul opravdu většinu prožitých zkušeností žen v perinatálním období, bylo stanoveno několik okruhů:

- **Okruh 1:** Období před vznikem perinatální deprese.
- **Okruh 2:** Období počátku perinatální deprese a její prožívání.
- **Okruh 3:** Období zvládání perinatální deprese.
- **Okruh 4:** Období po perinatální depresi.

Po stanovení cílů výzkumu došlo k vytvoření jednotlivých výzkumných otázek, které nám pomáhají zaměřit výzkumnou činnost na konkrétní problém a fungují jako prostředník, který nás má vést k naplnění stanovených cílů.

V rámci výzkumu byly stanoveny tyto **výzkumné otázky** (dále VO).

- **VO1:** Jak ženy prožívaly těhotenství před nástupem perinatální deprese?
- **VO2:** Jak ženy popisují počátek perinatální deprese?
- **VO3:** Jaké formy pomoci ženy trpící depresí v perinatálním období vyhledaly?
- **VO4:** Jakým způsobem ovlivnila ženám deprese v perinatálním období následný život?

5.1 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl zvolen pomocí **nepravděpodobnostních metod výběru výzkumného souboru**. Hranice mezi nepravděpodobnostními metodami je tenká a je tedy běžné, že jednotlivé metody se v praxi prolínají a doplňují (Miovský, 2006).

V této práci jde o kombinaci metody záměrného výběru přes instituci a samovýběru. **Záměrný výběr přes instituci** spočívá ve využití služeb instituce, jež je určena pro cílovou skupinu našeho zájmu. Respondenti jsou přímo osloveni a následně souhlasí/nesouhlasí s účastí ve výzkumu. Tato metoda byla doplněna **samovýběrem**, který si zakládá na principu dobrovolnosti. Respondenti přímo vyjadřují zájem o účast ve výzkumné studii, nejedná se tedy pouze o souhlas s účastí (Miovský, 2006).

REALIZACE VÝBĚRU RESPONDENTEK V DANÉM VÝZKUMU

Při realizaci byly respondentky dle záměrného výběru přes instituci vybírány přímo přes poradenské pracovníky, kteří oslovili své klientky, u kterých věděli o prožité zkušenosti s perinatální depresí. Souhlasící respondentky poté předaly kontaktní údaje poradci, který je následně předal výzkumníkovi, aby s respondentkami mohl domluvit termín rozhovoru a aby mohly být informovány o jeho podrobnostech. Tímto způsobem bylo osloveno 7 respondentek.

Samovýběr probíhal prostřednictvím propagačního letáčku (příloha č. 2) na webových stránkách poradny a v čekárně poradny. Na tomto letáčku byly uvedeny kontaktní údaje na výzkumníka, kde mohly respondentky na základě dobrovolnosti a vlastního zájmu výzkumníka oslovit. Tímto způsobem byly osloveny 3 respondentky.

CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Výzkumu se zúčastnilo celkem 10 respondentek. Níže jsou přehledně uvedeny základní charakteristiky výzkumného souboru.

- **Věk**
 - 4 respondentky ve věku 26–30 let
 - 5 respondentek ve věku 31–40 let a
 - 1 respondentka ve věku nad 40 let
- **Vzdělání**
 - 5 respondentek má střední školu s maturitou
 - 3 respondentky mají vysokou školu
 - 1 respondentka má vyšší odbornou školou
 - 1 respondentka je vyučena
- **Bydliště**
 - 8 respondentek bydlí v rodinném domě
 - 2 respondentky bydlí v bytě
- **Rodinný stav v perinatálním období**
 - 6 respondentek bylo vdaných
 - 4 respondentky byly svobodné, ale ve vztahu s partnerem
- **Počet dětí**
 - 6 respondentek mělo 2 děti
 - 2 respondentky měly 3 děti
 - 2 respondentky měly jedno dítě

Pro lepší přehlednost uvádím základní charakteristiky výzkumného souboru v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Základní charakteristika výzkumného souboru.

	VĚK	VĚK V TĚHOTENSTVÍ*	VZDĚLÁNÍ	BYDLENÍ	RODINNÝ STAV	POČET DĚTÍ
<i>Respondentka č. 1</i>	42	20	SOU	dům	svobodná	1
<i>Respondentka č. 2</i>	34	33	SŠ	dům	vdaná	3
<i>Respondentka č. 3</i>	36	32	VŠ	dům	vdaná	3
<i>Respondentka č. 4</i>	30	23	VOŠ	dům	vdaná	2
<i>Respondentka č. 5</i>	29	24	SŠ	dům	svobodná	2
<i>Respondentka č. 6</i>	36	28	VŠ	dům	vdaná	2
<i>Respondentka č. 7</i>	40	38	VŠ	dům	vdaná	2
<i>Respondentka č. 8</i>	26	25	SŠ	byt	svobodná	2
<i>Respondentka č. 9</i>	28	26	SŠ	byt	svobodná	1
<i>Respondentka č. 10</i>	36	28	SŠ	dům	vdaná	2

*Jedná se o věk respondentky v těhotenství, ve kterém probíhala perinatální deprese.

5.2 Etika výzkumu

V průběhu získávání dat byly dodrženy všechny etické zásady výzkumu. Respondentky byly seznámeny s cílem výzkumu, s průběhem dotazování a s nahráváním jejich odpovědí. Výzkumem nebyly respondentky ohroženy a údaje, které byly získány o jejich osobních informacích, byly použity v souladu se zachováním anonymity respondentů.

Na respondentky nebyl vyvíjen nátlak a jejich účast ve výzkumu byla zcela dobrovolná. Respondentky se zařazením do výzkumu i s nahráváním jejich odpovědí souhlasily. Respondentky podepsaly informovaný souhlas, který je přiložen v práci jako příloha č. 1.

Nejsem si vědoma žádného pochybení stran etiky.

5.3 Výzkumné metody a metody zpracování dat

Pro získání dat a zodpovězení výzkumných otázek byl zvolen **kvalitativní výzkum**. Předností tohoto typu výzkumu je získávání podrobného popisu a vhledu při zkoumání jedince, skupiny nebo určité události a fenoménu, dále zkoumání fenoménu v přirozeném prostředí, studium procesů, navrhování teorií, reakce na místní situace a podmínky, hledání lokálních souvislostí aj. (Hendl, 2005).

Cílem kvalitativního výzkumu není získat obrovské množství numerických dat a jejich následné zevšeobecnění, ale právě naopak. Kvalitnější mohou být data, která nám přinesou informace o daném člověku a dané situaci a budou vytvářet obsáhlejší přehled o zkoumané oblasti. Kvalitativní výzkum je obecně souborem nejrůznějších přístupů ke zkoumání pedagogických jevů, kdy do popředí nevstupuje kvantifikace získaných dat, ale jejich detailní kvalitativní analýza. Kvalitativní výzkum jde do hloubky zkoumaných jevů, které se ale současně snaží zařadit do širšího kontextu. Cílem tohoto výzkumu je porozumění chování lidí v přirozeném prostředí (Maňák, Švec & Švec, 2005).

Z hlediska formy dle metodologie se jedná o **vícepřípadovou studii**. Vícepřípadová studie se zaměřuje na případy, které jsou objektem výzkumného centra zájmu. Tato strategie umožňuje popsat komplexnost celého případu, vysvětlit vlivy jednotlivých faktorů a souvislostí (Miovský, 2006).

Jako metoda pro sběr dat byl zvolen **polostrukurovaný rozhovor**. Metoda rozhovoru je založena na přímém dotazování, tedy na verbální komunikaci výzkumného pracovníka s respondentem nebo s více respondenty. Polostrukurovaný rozhovor nabízí respondentovi alternativní odpovědi, ale výzkumník má možnost klást doplňující a upřesňující otázky (Švarcová, 2005).

REALIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ V DANÉM VÝZKUMU

Před realizací výzkumného šetření byly všechny respondentky seznámeny s podrobnostmi výzkumu – dobrovolností, možností odstoupení, časovou náročností či okruhy otázek, které výzkum zahrnuje. Respondentky byly po úvodních informacích vyzvány k dotazům v případě, že mají jakékoliv nejasnosti. Před zahájením samotného rozhovoru byl všem respondentkám předložen informovaný souhlas. Následně byly výzkumníkem

požádány k jeho přečtení a podepsání.

Všechny rozhovory probíhaly v samostatné a nerušené místnosti Rodinné, manželské a osobní poradny v Opavě. Podmínky pro všechny respondentky byly tedy stejné a nemusely se tak obávat jakéhokoliv vyrušování při realizaci rozhovorů. Po proběhnutí rozhovorů čtyř hlavních okruhů byly respondentky dotázány na pocity z rozhovoru, aby se případně předešlo jakémukoliv nepříjemnému stavu. Pokud by tento stav u některé z respondentek nastal, byla ve vedlejší místnosti připravena poradkyně, která by se respondentky ujala. K tomuto nicméně při žádném rozhovoru nedošlo.

Na konci rozhovoru byla domluvena možnost zpětného oslovení respondentek pro případ potřeby cokoliv vyjasnit nebo položit doplňující otázky.

Rozhovory s respondentkami byly uskutečněny v období od 1. 11. 2020 do 18. 12. 2020. V té době byl dle nařízení vlády ČR protiepidemický systém (PES) na třetím stupni, což umožňovalo provádět rozhovory osobně. Při rozhovoru byly dodržovány veškeré hygienické zásady.

Rozhovory s jednotlivými respondentkami trvaly v průměru 40 minut, přičemž nejkratší měl 20 minut a nejdelší rozhovor trval 60 minut.

Získaná data byla poté přepsána do písemné podoby a následně uspořádána a analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

5.3.1 Metoda zpracování dat

Interpretativní fenomenologická analýza (dále IPA) byla zvolena pro analýzu dat především proto, že umožňuje efektivní popsání a pochopení životní reality účastníků výzkumu. Snaží se o zachycení respondentovy zkušenosti, ale také o to, jak je tato zkušenost utvářena a jaký význam jí je přikládán (Smith, 2011).

Dle IPA se považuje za klíčový přepis rozhovorů. Rozhovory by měly být přepsány přesně dle formulace respondentů, a to včetně dodatečných forem vyjádření, a to v takovém rozsahu, aby se neztratily nuance rozhovoru (Koutná, Kostínková & Čermák in Řiháček et al., 2013).

Jednotlivé rozhovory byly vytištěny s širokými okraji, aby bylo možné si vpisovat jednotlivé poznámky, které se budou hodit v další fázi analýzy. Přepis rozhovorů proběhl za použití počítačového programu Microsoft Word.

Postup následné analytické práce s daty probíhal dle doporučeného postupu IPA a jeho výkladu českými autory, a to následujícími kroky 0–6:

0. Reflexe výzkumníkovy zkušenosti s tématem výzkumu

Reflexi je dobré brát jako nutnou fázi v celém procesu analýzy tak, abychom si zachovali transparentnost v celém výzkumném procesu a byli schopni reflektovat, jaký vztah mám k tématu daného výzkumu (Koutná, Kostínková & Čermák in Řiháček et al., 2013).

Jako způsob této reflexe byl zvolen dialog sama se sebou. Jednalo se o vnitřní dialog, v jehož závěru byly poznamenány hlavní body sebereflexe.

Následují poznatky z autorčiny sebereflexe:

„Těhotenství, porod, to vše mě naplňuje radostí a zároveň obrovským strachem. Velká změna, chtěná změna, očekávaná cesta. Jsem připravená? Zvládnou to? Změní mi to život, nám to změní život. Mně víc? Budu se muset spolehnout na sebe, nebo mi někdo pomůže? Partner? Rodina? Jako máma budu vědět, co dělat. Aspoň doufám. Tuším, že budou i těžké chvíle. Budu si muset říct o pomoc, jestli budu vědět jak. Bude to těžké, ale hezké, aspoň myslím.“

1. Čtení a opakované čtení

Tento krok je nutný, abychom podnítili ještě víc zájem o data, je třeba, aby respondent byl ten, na koho je primárně zaměřena výzkumníková pozornost. Je rozvíjena takzvaná insider's perspective, tedy vcítění se do respondentovy kůže s cílem dívat se na problém jeho očima. Text byl opakovaně čtený včetně opakování nahrávek rozhovoru s cílem se ještě více vcítit do respondenta.

2. Počáteční poznámky a komentáře

V této fázi analýzy došlo k zachycení všeho, co je v textu významné a zajímavé. Tyto poznámky a komentáře jsou zaznamenány v přepsaném textu po stranách, zároveň jsou v textu zdůrazněné podstatné věci. Text je čtený opakovaně. V následující obrázku je vidět, jak vypadá takový poznámkový aparát na získaných datech při vyhodnocování provedených rozhovorů. Tato činnost byla provedena u všech rozhovorů.

Obrázek č. 1: Analýza textu.

- **Bylo Vaše těhotenství chtěné/ plánované?**
„Nebylo plánované.“
- **Jak byste popsala své emoce, když jste se dozvěděla, že jste těhotná?**
„To bylo naproste zdešení, cítila jsem bezradnost a pocit nejistoty.“
- **A jaká byla reakce Vašeho partnera/ rodiny?**
„Ten měl velkou radost, byl starší než já, tak už mu to připadalo přirozené a moc se těšil.“
- **Napadá Vás něco, co jste v období těhotenství řešila?**
„No asi Vás nejdříve musím uvést do kontextu. Já jsem hned po škole odjela do Ameriky. Situace doma nebyla moc příznivá, tak jsem s prvním klukem sedla na letadlo a jela za lepším životem. No tam jsme si oba našli práci na hotelu, ale už to nějak nebylo ono, tak jsme se rozešli a já si začala konečně začala užívat. Žila jsem na Floridě, užívala si večírky a samozřejmě jsem si našla i nového přítele, kterým byl můj nadřízený. No a asi po šesti měsících, co jsem konečně okusila život, jsem se dozvěděla, že jsem těhotná. No a mě to úplně izolovalo, už jsem nikam nemohla, jen jsem tloustla, tloustla, připadla jsem si odporná a navíc jsem byla hrozně sama. Začala mi chybět i rodina, od které jsem s takovou radostí prchala. Tam jsem byla jen já a spousta špinavého prádla od tlustých američanů, ze kterých mě pravidelně popadala nevolnost.“
- **Kdy poprvé jste na sobě pocítila psychické změny?**
„Ty jsem pocítila ihned po zjištění a následně po celou dobu těhotenství. Přepadaly mne takové emoční vlny strachu z toho, kde chci být, s kým chci být a zároveň pocit odevzdání a beznaděje.“
- **Co konkrétně se Vám dělo? Jak byste tyto stavy popsala?**

neplánované

zdešení, bezradnost,
pocit nejistoty

radost partnera, který je
věkově starší

špatná rodinná situace,
odchod do zahraničí
s klukem a následný
rozchod

začátek užívání si
životu – vnímá jako
hezké období v životě

nový partner
(nadřízený)

po 6 měsících vztahu
přišlo těhotenství

pak už je vnímá izolaci,
tloušťnutí, pocit
odpornosti a samoty,
chybí ji rodina

Ihned po zjištění
těhotenství – emoční
vlny strachu, ztráta
identity, pocit
odevzdání a beznaděje

3. Rozvíjení vznikajících témat

V této fázi analýzy má dojít k redukci objemu dat a našich poznámek prostřednictvím formulování takzvaných rodičích se témat. V této fázi se pracuje především se vzniklými poznámkami a komentáři než s původním textem. Dochází k organizaci dat a jejich interpretaci.

„Cílem této fáze je přetavit předchozí poznámky do výstižných témat, která zachytí esenciální kvalitu respondentovy zkušenosti“ (Koutná, Kostínková & Čermák in Řiháček et al., 2013, str. 19).

Vytvořené počáteční poznámky jsou spíše volnými a otevřenými asociacemi, které nás napadly při prvním čtení textu. Témata pak jsou už pokus o zřetelnější zachycení zkušeností respondenta a zároveň zhodnocením našeho porozumění.

Názvy témat jsou konkrétní a mají své zakotvení v textu. V této fázi se nemusí jednat o definitivní pojmenování, ale mělo by vyjadřovat esenci témat, která jsme identifikovali (Smith, Jarman & Osborn in Řiháček et al., 2013).

Po vytvoření jednotlivých témat a komentářů byla postupně vytvořena jednotlivá témata, která byla postupně upravována podle dalšího vývoje výzkumu. V průběhu analýzy byl text několikrát čtený včetně vytvořených poznámek a komentářů s cílem najít vzniklá témata a následně najít i vzájemné souvislosti.

4. Hledání souvislostí napříč tématy

Ve chvíli, kdy došlo ke zformulování témat, bylo možné se pustit do mapování jejich vzájemného propojení, to znamená způsobu, jakým se k sobě vztahují.

Všechna témata byla sepsána chronologicky, tedy v pořadí, v jakém se objevila v textu. Poté byla témata přesunována a vytvářely se tematické shluky podle dílčích témat.

Na základě tohoto byla vytvořena síť, která vzájemně propojuje jednotlivá témata. Avšak tato původní síť byla velmi složitá a nepřehledná, ale přesto posloužila v další analýze, jejímž cílem je vytvořit individuální analýzy témat jednotlivých respondentů. Poté došlo ke zjednodušení a vytvoření přehledné verze, která znázorňuje vzájemné vztahy dílčích témat.

Síť, která znázorňuje vzájemné vztahy, byla vytvořena v programu ATLAS.ti.

Hledání vzájemných vztahů mezi jednotlivými tématy byla práce náročná, ale ku prospěchu věci, neboť došlo k vytvoření sítě, která nám propojuje jednotlivá témata. Tato síť bude v následující části představena u analýzy každého rozhovoru.

5. Analýza dalšího případu

Postupně byly analyzovány jednotlivými kroky 1–4 ostatní rozhovory. Přičemž byly stále zachovány principy IPA týkající se originality každého rozhovoru, aniž bychom vycházeli z předešlých analýz. Každý rozhovor byl analyzován výše představenými kroky.

6. Hledání vzorců napříč případy

Po analýze jednotlivých rozhovorů došlo k propojení jednotlivých analýz. Kladeny byly otázky typu: Jaká je mezi zkušenostmi našich respondentů souvislost? Jak téma z jednoho případu osvětluje jiný případ či které téma napříč analýzami vystupuje jako nejsilnější? V podstatě až v kontextu všech případů jsme schopni vidět to, co jsme doposud neviděli.

6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

V následující části budou nejprve prezentovány výsledky výzkumu v podobě analýz jednotlivých rozhovorů, následně bude prezentována souhrnná analýza témat a podtémat společných pro všechny rozhovory.

Na úvod analýzy každého rozhovoru jsou uvedeny základní anamnestické údaje dané respondentky jako vhled do jejího dosavadního života. Poté jsou prezentována jednotlivá témata, která se při analýze projevila jako hlavní a nejvíce se blížíci struktura výzkumných otázek, a to abychom zachovali přehlednost u všech respondentů. Zároveň pro lepší přehlednost je u každého respondenta grafické znázornění témat a podtémat.

Při postupné analýze rozhovorů postupným přesunováním a redukcí témat a podtémat vznikla zjednodušená a přehledná síť vzájemných vztahů dílčích témat, která je uvedena v následujícím grafu.

Pro přehlednost uvádím samostatně na další straně síť (viz Graf č. 1), která ukazuje vzájemné vztahy mezi jednotlivými tématy.

V následující části jsou přehledně uvedena jednotlivá témata a podtémata u všech čtyř okruhů:

- V okruhu Období před vznikem perinatální deprese byla nalezena tato **TÉMATA:** volba rodičovství, pocity, partner/rodina a osobní život, **PODTÉMATA:** plánované, neplánované, strach, radost, problémy.
- V okruhu Období počátku perinatální deprese a její prožívání byla nalezena tato **TÉMATA:** emoce, **PODTÉMATA:** beznaděj, spánek/únava, pláč, úzkost.
- V okruhu Období zvládání perinatální deprese byla nalezena tato **TÉMATA:** využitá pomoc, **PODTÉMATA:** péče psychiatra/psychologa, léky, pomoc rodiny.
- V okruhu Období po perinatální depresi byla nalezena tato **TÉMATA:** osobní vztahy, **PODTÉMATA:** ovlivnění rodiny, dopady na dítě.

V tabulce, která je pro lepší přehlednost a čitelnost uvedena na další straně, jsou uvedena jednotlivá podtémata a jejich přítomnost u jednotlivých respondentek (Tabulka č. 1).

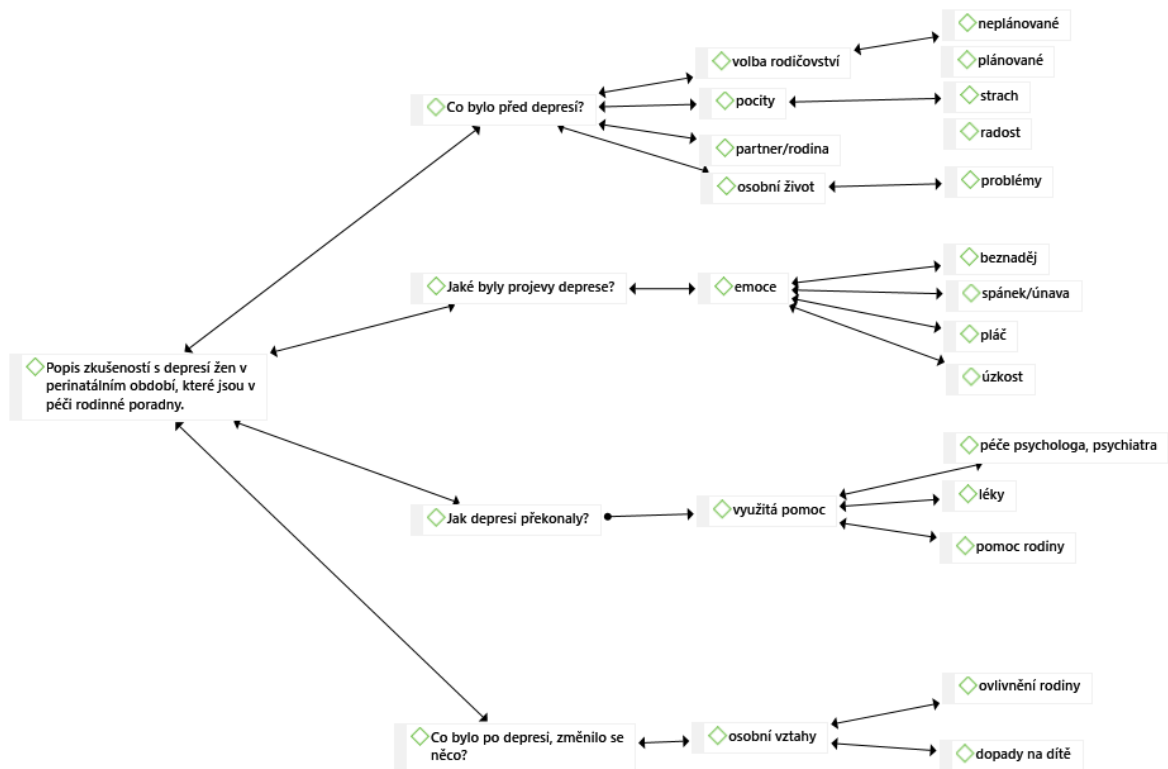
Tabulka č. 2: Přítomnost podtémat u jednotlivých respondentek.

Respondentky č. 1–10

<i>Podtémata</i>	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
<i>Volba těhotenství</i>	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO
<i>Radost z těhotenství</i>	NE	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
<i>Strach z těhotenství</i>	ANO	NE	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE
<i>Radost rodiny/partnera</i>	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
<i>Strach</i>	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	NE	ANO
<i>Beznaděj</i>	ANO	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO
<i>Pláč</i>	ANO	ANO	NE	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE	ANO
<i>Spánek, únava</i>	NE	NE	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE
<i>Úzkost</i>	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	NE	ANO
<i>Svěřeni se do péče psychiatra, psychologa</i>	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO
<i>Medikace</i>	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	NE	ANO
<i>Pomoc rodiny</i>	NE	NE	NE	NE	NE	ANO	NE	NE	NE	NE
<i>Ovlivnění rodiny</i>	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO
<i>Změna postoje k dítěti</i>	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO
<i>Dopady na dítě</i>	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO
<i>Změnila by něco na svém jednání</i>	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO

Následující graf č. 2 znázorňuje, jak jednotlivá témata a podtémata navazují na výzkumné otázky a cíl výzkumu. První sloupec tvoří výzkumný cíl této práce, ve druhém sloupci najdeme výzkumné oblasti a ve třetím pak témata, která vyplynula z rozhovorů. Čtvrtý sloupec je tvořen ještě podtématy, která jsou společná pro zkoumané rozhovory.

Graf č. 2: Návaznost témat a podtémat na výzkumný cíl.



6.1 Výsledky analýz jednotlivých rozhovorů

V této části jsou uvedeny jednotlivé analýzy získaných rozhovorů. V úvodu je každá respondentka představena vybranými údaji z anamnézy, které uvádějí do kontextu jejího příběhu. Následně jsou uvedeny jednotlivé tematické okruhy, na které se výzkum zaměřoval. Tematické okruhy jsou prezentovány interpretací či popisem výzkumníka a doplněny jsou přímými výpověďmi respondentek, aby byla maximalizována sdělnost a výtěžnost interpretovaných výsledků výzkumu.

6.1.1 Analýza rozhovoru č. 1

Vybrané údaje z anamnézy

Respondentka č. 1 má v současnosti 42 let a pracuje v administrativě.

V nukleární rodině ji trápily četné konflikty mezi rodiči, které umocňovala výrazná záliba v alkoholu obou rodičů. Má také jednu starší sestru, se kterou udržuje pozitivní vztah. S rodiči se v současnosti stýká pouze výjimečně.

Respondentka č. 1 má ukončené střední odborné učiliště a před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako pokojská v hotelu v USA. Do USA odjela ihned po dokončení školy, považovala to za východisko z rodinných problémů. Respondentka č. 1 otěhotněla ve 20 letech. V perinatálním období byla svobodná, ale žila ve vztahu s přítelem, který byl jejím nadřízeným. Společně žili v rodinném domě.

Respondentka č. 1 má 1 dítě a perinatální depresi trpěla od začátku tohoto těhotenství. Nemá žádná dřívější psychická onemocnění a rovněž se žádná neobjevují ani v její rodině.

Analýza získaných témat

TÉMA 1: PROŽÍVÁNÍ PRVNÍHO OBDOBÍ V TĚHOTENSTVÍ

Respondentka č. 1 těhotenství neplánovala, s přítelem otěhotněla již po 6 měsících vztahu. Těhotenství pro ni bylo velkým překvapením, prožívala pocit naprostého zděšení: „*To bylo naprosté zděšení, cítila jsem bezradnost a pocit nejistoty.*“ Naopak partner byl z těhotenství nadšený, věkově byl starší, mít dítě mu připadalo naprosto přirozené a moc se na něj těšil. Respondentka č. 1 ihned po škole odjela do zahraničí pracovat s tehdejším partnerem, později se však rozešli a ona si začala konečně užívat života.

„(...) *A já si konečně začala užívat. Žila jsem na Floridě, užívala si večírky a samozřejmě jsem si našla i nového přítele, kterým byl můj nadřízený.*“ Následně si našla nového přítele, svého nadřízeného, dál si však užívala života, dokud nepřišlo po 6 měsících těhotenství. Najednou měla pocit naprosté izolace, nikam už nemohla: „(...) *Jen jsem tloustla, tloustla, připadla jsem si odporná a navíc jsem byla hrozně sama.*“ Začala jí chybět i rodina – a to od ní s radostí tenkrát odcházela.

TÉMA 2: PROJEVY DEPRESE – EMOCE, POCITY

První psychické změny ucítila v podstatě ihned, jakmile zjistila, že je těhotná. A pak už se jí držely po celou dobu těhotenství. Uvádí, že se jednalo o emoční vlny strachu z toho: „(...) *kde chci být, s kým chci být a zároveň pocit odevzdání a beznaděje.*“

Respondentka č. 1 se cítila chvílemi úplně rezignovaná, pak se zase snažila si najít něco, co by jí pomohlo se z těhotenství radovat, ale bohužel se jí nikdy nic takového nepovedlo najít.

Projevovaly se u ní velké výkyvy nálad, výrazné emoční reakce. Pořád kvůli něčemu brečela nebo byla zase hrozně podrážděná a našťvaná.

TÉMA 3: POMOC/LÉČBA

Ačkoli trpěla obrovskými depresemi, nemohla se bohužel nikomu svěřit, neboť se domnívala, že by ji nikdo blízký nepochopil. „*Nesvěřila jsem se nikomu, nikdo blízký, kdo by to pochopil, nebyl.*“ Nakonec jí pomohl partner, aniž by tušil, co si prožívá a čím trpí. Pomohl jí zejména svým přístupem. „*Pomohl mi partner a jeho přístup, ale ten o mém stavu vlastně nevěděl, tudíž ani netušil, že mi od něčeho pomáhá.*“ Dále uvádí, že jí pomáhala hlasitá hudba a dlouhá samotná jízda v autě.

Velmi ji trápilo, že má rodinu a kamarády tak daleko, protože si myslí, že by jí mohli v tomhle stavu pomoci. „*Mohla by mi pomoci moje rodina a kamarádka, ani jedno ovšem nebylo v tu dobu možné. Byli daleko a nemohli mne navštívit ani si se mnou o tom popovídat.*“

I po porodu u respondentky č. 1 tento stav stále přetrvával. Stále vnímala projevy deprese (střídání nálad, smutek, únava, neklid). Rodila císařským řezem, což znamenalo, že byla v nemocnici déle a tam si gynekolog všiml jejího psychického stavu a zajistil jí patřičnou pomoc. Nejen medikace, ale i mluvení o tom, co se děje, jí výrazně pomáhalo. S partnerem neměla tolik možností mluvit kvůli velkému pracovnímu vytížení.

Po příchodu z nemocnice začala vnímat první změny k lepšímu, neboť ji dítě zaměstnávalo a necítila se už tolik sama.

TÉMA 4: DOPADY DEPRESE

Co se týče dopadů deprese na rodinu, tak se uvedená respondentka domnívá, že její změny nálady působily tenkrát na rodinu ve velkém. *„Těžko posoudit, zřejmě změny nálad působily na všechny, plačtivost, nedostatek uvolnění a pohody. (...) Takže to se mnou vydržel a se synem mi hodně pomáhal, za což jsem mu moc vděčná. Já už bych to sama asi nezvládla.“* Avšak má štěstí v tolerantním partnerovi, který její stavy nijak výrazně nehrotil. *„Naštěstí partner byl takový tolerantní a nijak to nehrotil.“* Navíc jí výrazně pomáhal i při péči o dítě.

Sama nevnímá, že by se kvůli depresi změnil její postoj k dítěti. Měla jej od začátku ráda, chápe, že za nic nemůže. Ba naopak sebe nemá ráda za to, jak se chovala a co se jí dělo. *„Nemyslím si, nevybavuji si. Mimiňko jsem měla od začátku ráda, to za nic nemohlo. Neměla jsem spíš ráda sebe. Byla jsem husa.“*

Domnívá se, že prožitá deprese zanechala na dítěti stopy, a to v podobě emočního nevyrovnání a toho, že je citově chladnější. *„Možná je díky tomu citově chladnější, emočně nevyrovnaný.“*

Doplnění

Respondentka č. 1, když se zpětně dívá na celou tu situaci a dané období, tak uvádí, že teď by vše udělala jinak. Zejména to, že by byla zodpovědnější a dítě by si naplánovala, až by se na to cítila. *„No patrně bych byla zodpovědnější a nic z toho by se nestalo, dítě bych si naplánovala, až bych se na to cítila. To bych udělala jinak.“*

Mluvit o tomto období pro ni nebylo vůbec lehké, a to i přesto, že už uběhl dlouhý čas.

Všem ostatním ženám, které trápí perinatální deprese, radí, aby se obklopily lidmi, se kterými mohou svůj neradostný stav sdílet a povídat si o něm.

Následuje graf č. 4., který znázorňuje síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondentky č. 2. Dílčí témata vyplynula z rozhovoru a v grafu jsou vidět jejich vzájemné vztahy.

6.1.2 Analýza rozhovoru č. 2

Vybrané údaje z anamnézy

Respondentce č. 2 je v současnosti 34 let. Má vystudovanou střední školu s maturitou a před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako osoba samostatně výdělečně činná.

Respondentka č. 2 je jedináčkem. Do svých 4 let byla vychovávána babičkou, a to z důvodu pracovního vytížení obou rodičů. V adolescentním věku se její matka psychicky zhroutila a respondentka byla nucena převzít vedení domácnosti a o matku s otcem se postarat. Obstarávala veškeré domácí práce. S oběma rodiči si nikdy nevytvořila vřelý vztah. Matce dodnes vyčítá, že ji opustila.

V manželství životní oporu také nenašla. Má pocit, že se svými problémy se musí neustále potýkat sama. S manželem má momentálně 3 děti a společně žijí ve dvougeneračním domě.

Perinatální depresí trpěla při posledním těhotenství ve věku 33 let. Příznaky se u ní objevily v druhém měsíci těhotenství.

Respondentka č. 2 byla už dříve léčena s úzkostnou poruchou a depresí. Také její matka trpí depresemi.

Analýza získaných témat

TÉMA 1: RODIČOVSTVÍ – TĚHOTENSTVÍ

Respondentka č. 2 těhotenství neplánovala. Měla za sebou již 2 těhotenství. Bylo to pro ni překvapením, ale radost se u ní dostavila. Rovněž u partnera tomu bylo tak. S dalším dítětem nepočítal, ale radost měl. *„Partner s dalším dítětem nepočítal, byl taky překvapený, ale myslím si, že nakonec byl rád.“*

Respondentka č. 2 uvádí, že v průběhu tohoto těhotenství řešila řadu osobních problémů. V první řadě řešila to, že těhotenství nebylo plánované, k tomu se navíc přidaly rodinné problémy. Hovořila především o výrazných problémech se svým otcem, který s těhotenstvím nesouhlasil a byl čím dál více agresivní a násilnický. *„(...) Jednak jsme řešili problém s mým otcem, který je čím dál víc agresivní, začíná být i násilnický, napadl mého manžela a s mým těhotenstvím od začátku nesouhlasil.“* S otcem pracuje ve stejné firmě, takže se dostavily i výčitky, že mu s ničím nepomůže a že bude vše na něm. Zároveň bydleli s otcem v jednom domě, takže začala řešit i bydlení. Nabízel

se firemní byt, ale respondentka č. 2 tam nemohla odejít, neboť by se tam bez svých koček utrápila. „(...) *Chtěli jsme se od otce odstěhovat pryč, protože bydlíme v jednom domě, ale jediné, co se nabízelo, byl malý firemní byt, ve kterém bych se sama bez svých koček utrápila.*“ V neposlední řadě řešila zdravotní problémy, protože jí hrozil předčasný porod. „(...) *Kdy mi doktor ve třetím trimestru řekl, že se mi zkracuje čípek – a hrozil mi tak předčasný porod.*“

TÉMA 2: PROJEVY DEPRESE – EMOCE, POCITY

Respondentka č. 2 užívala cca do 2. měsíce těhotenství léky na depresi, poté je vysadila a vše bylo v pořádku až do 4. měsíce. Objevily se problémy v rodině a deprese se vrátila. Hovoří především o tom, že když deprese udeřila, měla stavy, kdy se jí hůře dýchalo, rozbušilo se jí srdce. Vnímala návaly paniky, strachu a smutku. „*Je to hrozný pocit, to potom jdu a jenom pláču a nevím, co mám dělat.*“

Velmi se bála, aby její stav neublížil dítěti.

TÉMA 3: POMOC/LÉČBA

Vzhledem k tomu, že se velmi bála o své dítě, tak se svěřila psychiatrovi a psychoterapeutce. Velkou snahu vyvíjela na tom, aby problém od sebe odsunula, aby se tím nestresovala, ale ne vždy se to dařilo. „*Svěřila jsem to svému psychiatrovi a psychoterapeutce, jinak se snažím to tak nějak odsunout od sebe, nemyslet na to, zbytečně se nějak jako tím nestresovat. Ne vždycky to samozřejmě funguje že.*“

Za pozitivní pomoc v tomto stavu považuje kontakt s kočkou – mazlení. Dále využívala aromaterapii, procházky v přírodě a především rozhovor s psychoterapeutkou.

Nejvíce jí v tomto stavu přitěžoval otec se svými názory na její život a těhotenství.

V braní antidepresiv nepokračovala, ačkoli věděla, že by jí bylo líp – bála se dopadů na dítě. Rozhodla se tedy překonat to bez medikace. „*No vím, že kdybych pokračovala v braní těch antidepresiv, tak by mi bylo asi líp, ale zase na druhou stranu bych se cítila špatně, protože bych věděla, že to může ublížit miminku. Tak nevím, co je horší. Já jsem se rozhodla vydržet to bez té chemie.*“

TÉMA 4: DOPADY DEPRESE

Bohužel i po porodu – v šestinedělí – musela stále řešit rodinné problémy. K tomu se jí ještě přidaly dvě aktivní děti a malé miminko. Velmi brzy tedy přestala kojit

a nechala si opět předepsat antidepresiva a léky na úzkost. „*Tak vzhledem k tomu, že situace doma se nezměnila, problémy zůstaly. Navíc mám dvě další velmi aktivní děti k miminku, takže hned poté, co jsem přestala kojit, což trvalo asi 14 dní, jsem si opět nechala předepsat antidepresiva a léky na úzkost.*“

Celý tento stav vedl k tomu, že úplně přestala mluvit s otcem. Její matka, jež rovněž trpí depresemi, s ní v tomto období také nekomunikovala. A dále se ochladila i její konverzace s manželem.

Sama teď není schopná posoudit, jestli se nějak změnil její postoj k dítěti nebo jestli měla deprese na něj nějaký vliv. „*No je to teď docela krátce po porodu, zatím nemám odvalu to nějak posuzovat, nemám na to ještě ani sílu.*“ V současnosti má hodně práce se třemi dětmi, takže toto období je pro ni spíše stres. Miminko je navíc velmi uplakané. Doufá, že si to začne brzy užívat. Nyní je spíše pořád unavená. Rozhodně si však těhotenství neužívala a porod vnímá také negativně.

Doplnění

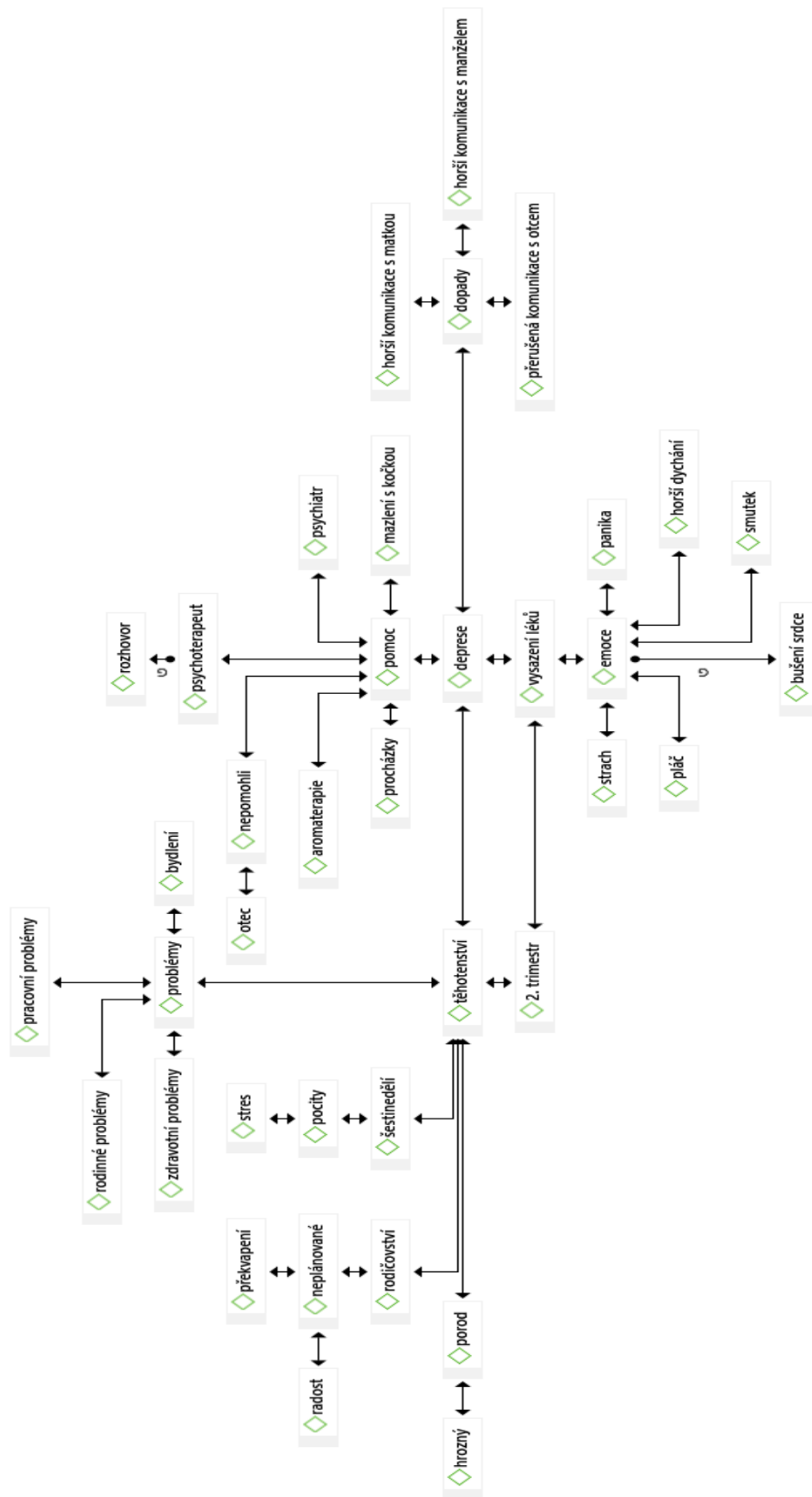
Respondentka č. 2 se domnívá, že v dané situaci udělala vše pro to, aby toto období překonala. „*No nevím, ono se nic moc jinak udělat nedalo, situace byla taková, jaká byla. Myslím, že jsem udělala maximum.*“

Mluvit o tomhle jí stále připadá jako hrozné, neboť ji velmi mrzí, že se to stalo, ale prostě to nešlo jinak. Stále doufá, že to na dítěti nezanechá následky. „*No, je to hrozné, protože celá ta situace mě hrozně mrzí, protože to nešlo nijak jinak. A vím, že teď musím vymyslet spoustu věcí, abych se třeba mohla cítit líp.*“

Dalším ženám, které něco takového řeší, by ráda vzkázala, že psychická pohoda je důležitá nejen v těhotenství. A pokud se necítí dobře, tak ať to řeší včas.

V následujícím grafu č. 4 jsou uvedena dílčí témata a jejich vzájemné vztahy, jak vyplynuly z rozhovoru s respondentkou.

Graf č. 4: Síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondentky č. 2.



6.1.3 Analýza rozhovoru č. 3

Vybrané údaje z anamnézy

Respondentce č. 3 je v současné době 36 let. Má vystudovanou vysokou školu a než nastoupila na mateřskou, pracovala jako psychologka ve školském zařízení a jako soukromá terapeutka.

Respondentka č. 3 vyrůstala v rodině spolu se starším bratrem. Dle jejích slov veškerá pozornost rodičů byla upíraná právě na něj a ona, přestože v sobě cítila potenciál v mnoha směrech, nikdy nebyla rodiči podporovaná. Už od dětství se cítila frustrovaná nedostatkem příležitostí. Ty si začala naplňovat po odstěhování od rodičů, vystudovala vysokou školu a začala vést úspěšnou kariéru.

S manželem má stabilní, podporující vztah. Společně mají 3 děti a bydlí v rodinném domě.

Respondentka č. 3 během všech tří těhotenství trpěla perinatální depresí. V prvním těhotenství byly její projevy nejmírnější, ve třetím jí bylo nejhůř. Při rozhovoru mluví o třetím těhotenství. V období tohoto těhotenství jí bylo 32 let.

Ona ani nikdo v její rodině se neléčí s žádnými psychickými onemocněními.

Analýza získaných témat

TÉMA 1: RODIČOVSTVÍ – TĚHOTENSTVÍ

Respondentka č. 3 třetí těhotenství s manželem plánovala. Další miminko chtěli. Když se o těhotenství dozvěděla, měla velkou radost, časem se ale objevil strach z porodu. *„No nejprve jsem měla obrovskou radost, časem se ale začal objevovat strach z porodu.“* Rovněž rodina se na dítě těšila.

V průběhu těhotenství se věnovala běžným domácím činnostem – přípravě jídla, péči o sebe, o dvě děti a o celkovou údržbu domácnosti. Bohužel to moc nezvládala, a proto ji musel zastoupit manžel. Jiné problémy neměla. *„No řešila jsem toho hodně, hlavně přípravu jídla, péči o sebe, o mé dvě děti, celkovou údržbu domácnosti, ale moc jsem toho nezvládla, musel mě zastoupit manžel. Žádné jiné zátěžové situace jsem nevnímala.“*

Problémy s depresí vnímala už i u obou předešlých těhotenství, ve třetím se tento stav vrátil v mnohem větší míře. *„Ve druhém těhotenství jsem si přiznala, že mi není mizerně jen z nevolností a únavy, ale že jsem na tom špatně psychicky. Ve třetím*

těhotenství se tento stav vrátil, a to ještě v mnohem větší míře. Takže jsem ho dobře poznávala.“

TÉMA 2: PROJEVY DEPRESE – EMOCE, POCITY

Respondentka č. 3 vnímala především to, že je naprosto vyřízená, že má minimum energie. Pořád trpěla nevolnostmi, trápilo ji nechutenství, únava a velké břicho. *„Naprosto nic mě nebavilo, nic mi nechutnalo.“* Respondentka č. 3 uvádí, že se na nic netěšila, jen chtěla spát a všechno zaspat. Měla pocit, že vnímá jen to utrpení, *„(...) ty ztracené měsíce, kdy jsem nemohla normálně žít.“* Velmi se těšila, až to skončí, zároveň se hrozně bála porodu.

Vnímala jen to, že její život nemá smysl, že to nemá řešení a že už nechce trpět.

TÉMA 3: POMOC/LÉČBA

Ze začátku se snažila řešit především nevolnosti, avšak nenašla nic, co by skutečně zabralo. Dále zkoušela homeopatika, meditace, procházky, konzultaci s psychologem.

Když se svěřila manželovi a gynekologovi, tak ti její problém spíše zlehčovali. Ani praktický lékař jí v této situaci nepomohl. Stavěli se proti medikaci, že to prostě musí vydržet.

„Pak jsem zkoušela homeopatika, meditace, procházky, taky jsem byla na konzultaci u psychologa. Svěřila jsem se manželovi a gynekologovi, ale oba můj problém brali spíše na lehkou váhu.“

Nakonec se rozhodla navštívit psychiatra a nechat si napsat antidepresiva. Ačkoli zkoušela i jiné varianty, vše mělo jen krátkodobou účinnost. Chvíli dokonce přemýšlela i o tradiční čínské medicíně, ale vsadila na jistotu – vzhledem k opakovaným potížím. *„Nejvíce mi pomohlo rozhodnutí jít k psychiatrovi a nechat se medikovat, všechno jiné mělo jen malý dopad. Až poté, co mi zabrala antidepresiva, se můj stav začal jakž takž stabilizovat.“*

TÉMA 4: DOPADY DEPRESE

Ihned po porodu se jí ulevilo, nevolnosti ustoupily a cítila se jako znovuzrozená. *„Okamžitě po porodu se mi nesmírně ulevilo, nevolnosti zmizely a já se cítila jako znovuzrozená.“*

Deprese se v rodině podepsala především na tom, že se manžel musel většinou

sám starat a obě starší děti začaly chodit dříve do školky. Zároveň se rozhodla, že další těhotenství nepřichází v úvahu. „*Manžel se musel starat o děti, děti musely začít chodit dřív do školky, byla jsem se o ně schopna postarat tak maximálně 4 hodiny denně. A taky už jsem si slíbila, že nikdy těhotná nebudu. Tři děti stačí!*“

Její postoj k dítěti nebyl nijak depresí poznamenán a rovněž nevnímá ani nějaké dopady na dítěti, jen se obává, jak bude prožívat těhotenství svých dcer, neboť na to své nemá dobré vzpomínky a nechce je nijak ovlivnit. „*Pořád přemýšlím a nevím, jak budu prožívat těhotenství svých dcer; já sama mám na ně akorát negativní vzpomínky, tak se bojím, abych je nějak neovlivnila.*“

Doplnění

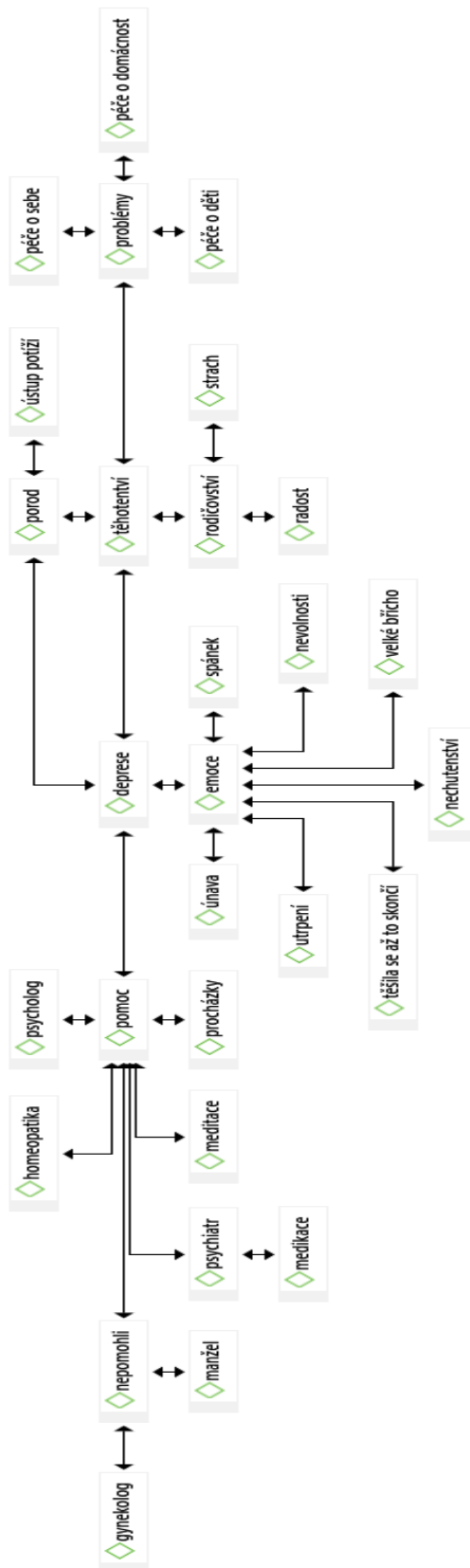
Když se respondentka č. 3 zpětně dívá na to, co prožila, je toho názoru, že příště by šla pro léky dříve a po negativních zkušenostech s depresí by neplánovala více těhotenství. „*Asi bych šla dřív pro léky a neplánovala bych po první negativní zkušenosti více těhotenství, prostě bych se smířila s tím, že moje tělo není na těhotenství vhodné a měla bych jen jedno dítě.*“

Bylo pro ni náročnější o tom mluvit, je zvyklá o tom spíše psát, celé období se jí tak úplně vrátilo.

Ostatním maminkám s těmito problémy by ráda řekla, ať se obrátí na odborníky a nenechají se odradit od prvotního neúspěchu.

Pro lepší přehlednost a čitelnost je graf č. 5 znázorňující síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondentky č. 3 uvedený na další stránce.

Graf č. 5: Síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondentky č. 3.



6.1.4 Analýza rozhovoru č. 4

Vybrané údaje z anamnézy

Respondentce č. 4 je 30 let. Vystudovala vyšší odbornou školu a před nástupem na mateřskou dovolenou pracovala jako servírka.

Respondentka č. 4 vyrůstala ve velmi nestabilním rodinném prostředí s matkou a mladší nevlastní sestrou. Měla ještě mladšího nevlastního bratra, který byl matce po porodu odebrán. Matka trpěla paranoidní poruchou osobnosti, neustále měnila partnery a místa bydliště. Z toho důvodu si ji i její sestru vzala do pěstounské péče babička z matčiny strany. Respondentka č. 4 si ve svých 18 letech vzala do pěstounské péče svého mladšího bratra.

Respondentka č. 4 nenašla spokojenost ani v manželském životě, manžel je kariérista a rodině nevěnuje potřebný čas. Společně mají 2 děti (dvojčata) a bydlí ve dvougeneračním domě. Těhotná byla ve 23 letech.

Perinatální depresí trpěla v těhotenství cca od 4. do 5. měsíce. Dříve netrpěla žádnými psychickými onemocněními. Matka se léčí s paranoidní poruchou osobnosti.

Analýza získaných témat

TÉMA 1: RODIČOVSTVÍ – TĚHOTENSTVÍ

Respondentka č. 4 měla těhotenství plánované, s partnerem se oba radovali a na miminko se těšili. Těhotenství se jim podařilo na první pokus, takže to bylo překvapení. *„Partner měl taky radost. Těhotenství se povedlo hned na první pokus, takže jsme z toho byli překvapení, ale šťastní.“*

Po otěhotnění se s manželem k sobě sestěhovali do domu, který zdědila po babičce. Společně vychovávali bratra, kterého měla v pěstounské péči. Chodila do práce na částečný úvazek a manžel budoval firmu. *„V období těhotenství jsem neřešila nic zvláštního. Manžel se přestěhoval za mnou do mého domu, který jsem zdědila po babičce, kde jsme ještě vychovávali dítě, které jsem měla v pěstounské péči. Chodila jsem na částečný úvazek do práce a manžel budoval firmu.“*

TÉMA 2: PROJEVY DEPRESE – EMOCE, POCITY

Deprese se u ní projevila v druhém trimestru, kdy zjistila, že čeká dvojčata. Dolehl na ni strach ze zodpovědnosti. Bála se, jestli je na to připravená. Na všechny své obavy

byla sama, manžel trávil hodně času v práci. „(...) Kdy na mě dolehl strach ze zodpovědnosti, protože jsem zjistila, že čekáme dvojčata. Najednou mě přepadl pocit, jestli jsem na to vůbec připravená. Manžel trávil většinu času v práci a já jsem byla na své pocity a strachy sama.“

Před porodem se její úzkosti zhoršily, když se dozvěděla, že jí hrozí předčasný porod.

Často vnímala záchvaty paniky, strachu, že to nezvládne, brečela, nespala, pořád přemýšlela o tom, „jestli mít dítě tak brzy ve vztahu nebyla chyba.“ Cítila se velmi osamělá, plná strachu, obav, vzteku, nechápala, co se jí to děje a bála se, že dopadne jako její matka.

TÉMA 3: POMOC/LÉČBA

Své problémy svěřila gynekologovi, ten ji poslal k psychiatrovi, který jí předepsal léky na mírnění těchto stavů. Léky však nebrala, bála se, že dětem ještě víc ublíží, už tak jí hrozil předčasný porod. „(...) Který mi předepsal nějaké tabletky na mírnění těch stavů, ale já jsem je nebrala, protože jsem měla strach, že to ublíží dětem. Už tak hrozil předčasný porod a nechtěla jsem jim ublížit ještě víc.“

Nejvíce jí pomáhala babička a kamarádky. „Hodně mi pomáhala moje babička, která mě v podstatě vychovala a která se mnou bydlí ve stejném domě, taky mám dobré kamarádky, se kterými jsem se často scházela a ty mě díky bohu vždycky vyslechly.“

Po porodu se však definitivně zhroutila a pak jí pomohl psychiatr a medikace.

Vůbec jí však nepomohli lékaři a sestry v porodnici, kde porodila dříve a děti tam zůstaly v inkubátoru. Navíc se u syna už objevovaly příznaky nějakého postižení. Odjížděla tenkrát z porodnice bez dětí, tento okamžik vnímá jako moment, kdy se jí deprese rozjela nejvíc. „(...) Nejhorší můj pocit byl, když jsem jela po týdnu domů z porodnice a já si nevezla své děti domů. Přístup lékařů a sester nebyl vůbec vstřícný a tenkrát se mi naplno rozjely ty deprese a úzkosti. Byla to úplná bezmoc.“

Domnívá se, že kdyby věděla dřív, co se jí to děje, navštívila by nějakou terapii, kde by mohla mluvit.

TÉMA 4: DOPADY DEPRESE

Deprese měla zásadní vliv na jejich rodinné vztahy. Respondentka č. 4 si uvědomila, že nemá v manželovi žádnou oporu a nikdy mít nebude. Jejich vztah se narušil.

„(...) Nedokázal mi pomoci, když je mi nejhůř. Práce je pro něj přednější než rodina, a to mému psychickému stavu moc nepomáhalo. Od té doby náš vztah už nebyl nikdy jako dřív.“

Co se týče změny vztahu k dětem, vnímá především vztek na sebe, že děti nedokázala donosit, že to, jak jí bylo psychicky špatně, jim ubližovalo. Tento pocit u ní přetrvává doteď. *„O děti jsem měla pořád jen obrovský strach a hrozně jsem pochybovala o sobě jako o dobré matce, když jsem nedokázala děti donosit.“*

Není si jistá, jestli to je vlivem deprese, ale u syna je diagnostikováno ADHD a porucha autistického spektra – Aspergerův syndrom. *„Nevím, jestli to je vlivem deprese nebo vlivem předčasného porodu nebo vlivem strašného přístupu v porodnici nebo všechno dohromady.“* Prodělal i epileptický záchvat a péči o něj považuje za náročnou, žije nyní v neustálém strachu o jeho život.

Doplnění

Respondentka č. 4 uvedla, že si je vědoma, že toto období vůbec nezvládla. A to především proto, že neměla patřičné informace, že nevěděla, co jí je a co má dělat – a hlavně, že neměla oporu ve svém manželovi. *„Myslím, že jsem ho nezvládla vůbec, a to jenom díky tomu, že jsem neměla potřebné informace k tomu, abych věděla, co mám dělat – a hlavně jsem neměla podporu ve svém manželovi, který všechno, co jsem řekla, zlehčoval.“*

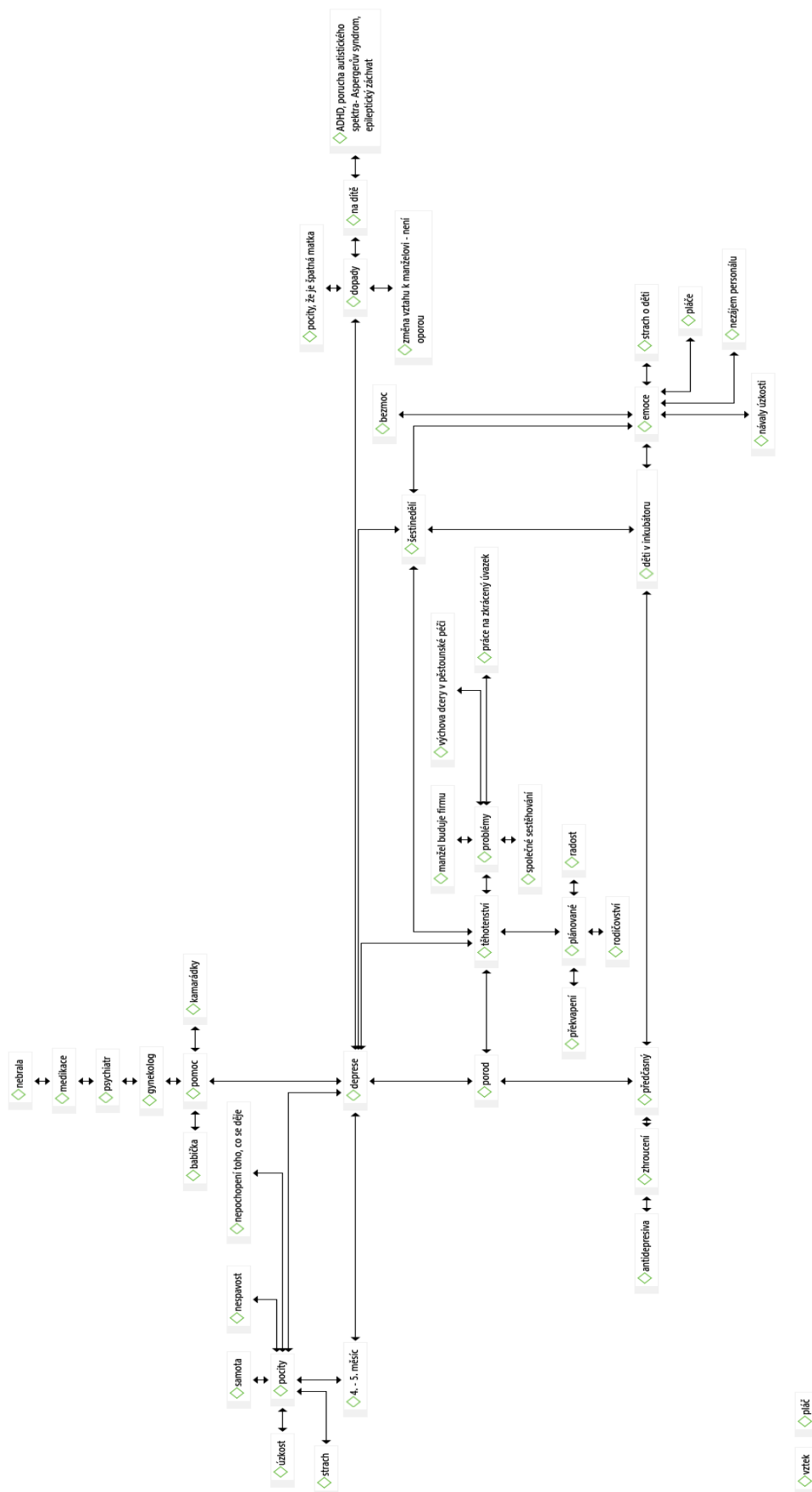
O tématu jí nedělalo problém mluvit, protože na jeho zpracování aktivně pracovala na terapiích, nyní je to pro ni spíše osvobozující.

V současnosti je znovu těhotná s jiným partnerem a bez úzkosti. Problémy řeší hned, jak přichází, a přímo s partnerem. *„(...) Teď jsem těhotná podruhé s jiným partnerem, úzkosti už nemám a snažím se všechny problémy řešit hned, jak přijdou, společně se svým partnerem, abych zabránila opakování situace.“*

Ostatním ženám by ráda vzkázala, ať se nebojí problém řešit a mluvit o něm.

Následující graf č. 6 znázorňuje síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondentky č. 4.

Graf č. 6: Síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondentky č. 4.



6.1.5 Analýza rozhovoru č. 5

Vybrané údaje z anamnézy

Respondentka č. 5 má v současnosti 29 let. Má středoškolské vzdělání a před mateřskou dovolenou pracovala jako prodavačka.

Respondentka č. 5 vyrůstala do 11 let pouze se svou matkou, otce nikdy nepoznala. V 11 letech byla matce odebrána a následně svěřena do pěstounské péče. Matce byla diagnostikována schizofrenie. Na své dětství vzpomíná velmi nerada, považuje ho za velmi depresivní období.

Společně s přítelem žijí v domě a mají dvě děti.

Depresí trpěla při prvním těhotenství ve 24 letech. Příznaky deprese se u ní projevíly už v začátku těhotenství.

Od střední školy se respondentka č. 5 léčí s úzkostnými stavy, které v menší míře přetrvávají dodnes. Dříve byla medikovaná anxiolytiky a antidepresivy. Nyní už díky terapiím zvládá úzkosti a strachy překonávat pouze bylinnými přípravky.

Analýza získaných témat

TÉMA 1: RODIČOVSTVÍ – TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství respondentky č. 5 bylo plánované. Ve chvíli, kdy zjistila, že je v jiném stavu, měla obrovský strach o svůj život i o život dítěte. „*Měla jsem obrovský strach o svůj život i o život dítěte.*“ Partner naopak vnímal velkou radost.

Respondentka č. 5 od začátku řešila velké vnitřní konflikty, byla si hrozně nejistá. Nevěřila si, že to zvládne. Zároveň se snažila působit na ostatní, že je všechno v pořádku. „*Trápily mě obrovské vnitřní konflikty, vnitřně jsem si byla hrozně nejistá. Nevěřila jsem si, že to zvládnou. A zároveň jsem se snažila hrát na okolí, že je všechno v pohodě.*“

TÉMA 2: PROJEVY DEPRESE – EMOCE, POCITY

Celé těhotenství vnímala obrovské obavy o dítě i o svůj život. Myslela si, že to nepřežijí. „*Celé těhotenství jsem měla takové pocity. Obavy, pořád jsem se bála o dceru i o svůj život. Myslela jsem si, že to nepřežijeme.*“

Vnímala otupělost. Nejhůře jí bylo před porodem. Od 6. měsíce vnímala úzkosti, které se nejvíce zhoršily po porodu. Euforie po porodu se nedostavila a ona pociťovala jen chuť jít spát. „*Když malá brečela, tak se mi úplně svíralo srdce a chtěla jsem,*

aby to přestalo.“

Intenzivně vnímala stres, nervozitu – a vše to přenášela na dítě. Chovala se jako v ohrožení života, byla zoufalá a miminko pak bylo velmi uplakané. Později se objevily i halucinace, myslela si, že jí dítě vezmou, protože je neschopná jako její matka. *„(...) Podle mě jsem měla i halucinace, myslela jsem si, že mi dcerku vezmou, protože jsem stejně neschopná, stejně jako moje maminka.“*

Pocity, emoce, které v tu dobu prožívala, popisuje jako hrozné, bylo to pro ni velmi intenzivní a náročné, blouznila a byla velmi dezorientovaná.

TÉMA 3: POMOC/LÉČBA

Nakonec se svěřila manželovi, ten to řekl své mamince a respondentku č. 5 odvezli na psychiatrii, kde ji hospitalizovali a dávali jí velké množství léků. Ulevilo se jí a po týdnu šla domů. V medikaci a návštěvách psychiatra však pokračovala. *„Nakonec mě ale na popud tchýně manžel odvedl na psychiatrii, kde mě hospitalizovali a první dva dny do mě sypali velké množství prášků, takže jsem jen spala.“*

Velmi negativně na ni působil fakt, že se bála, že bude jako svá matka. *„Hodně mi nepomáhalo to, že vím, jaká byla moje maminka. Kvůli tomu jsem měla strašný strach, že budu stejná.“* Navíc při hospitalizaci trpěla tím, že nemůže své dítě chránit.

Nepomohlo ani to, že když se svěřila své sestře se svým problémem, řekla jí, že je to v šestinedělí běžné. Manžel rovněž úplně nechápal její stavy.

TÉMA 4: DOPADY DEPRESE

Respondentka č. 5 uvádí, že deprese na její život a rodinu měla velký vliv. *„Obrovský. Já sama jsem vyrostla v jedné velké depresi už od mého útlého dětství.“* V dětství respondentka č. 5 zažívala zneužívání v pěstounské péči, scházel jí pocit ochrany a musela se spoléhat jen sama na sebe. To vše ji dovedlo k tomu, že nedůvěruje v život a ani v sebe. Po porodu se pak tyto pocity znásobily.

Její postoj k miminku se změnil. Uvádí, že se v těhotenství docela těšila, ale pak už bylo vše naprosto jiné.

Navíc si myslí, že dcera je teď v důsledku deprese velmi úzkostlivá, a dává si to tak za vinu.

Doplnění

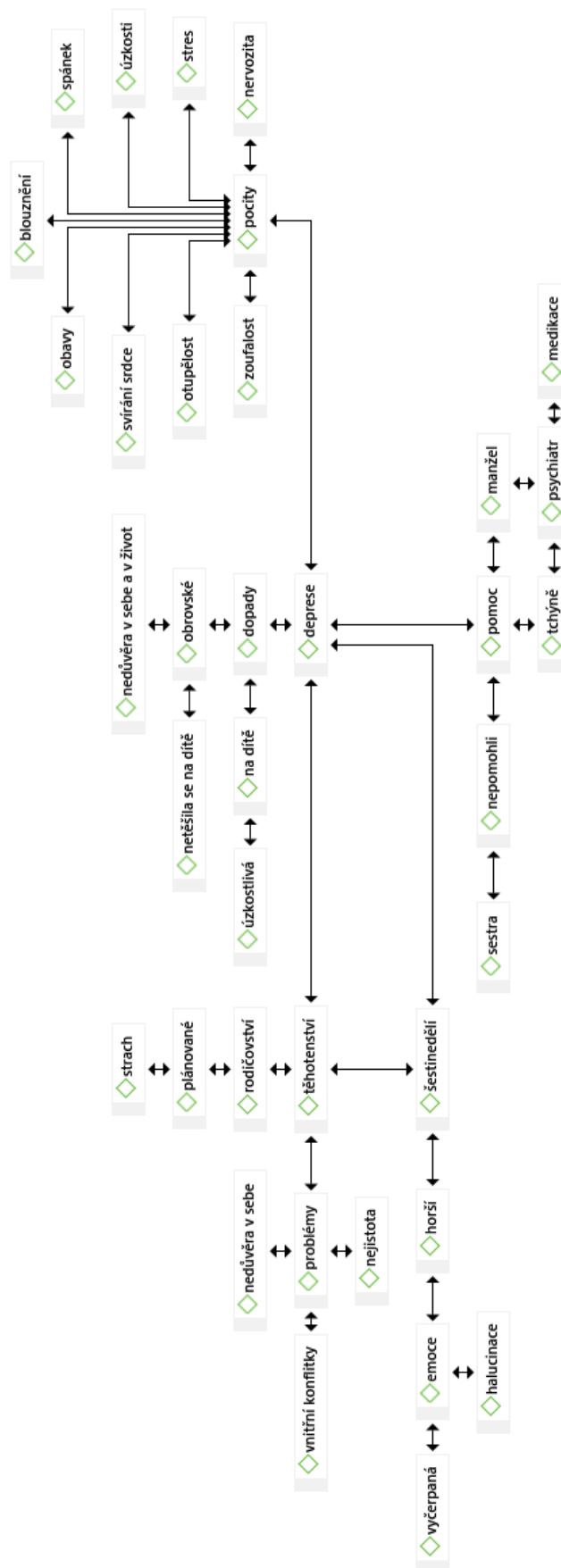
Respondentka č. 5 dále uvedla, že kdyby mohla vrátit čas, začala by to řešit už dříve, avšak kvůli jejím negativním zkušenostem je extrémně nedůvěřivá ke svému okolí. „(...) *Začala bych tyto problémy řešit už v těhotenství nebo alespoň v porodnici, ale bohužel jsem extrémně nedůvěřivá k okolí a personál v nemocnici se zdál nepříjemný, takže bych se jim stejně asi nesvěřila.*“

O tomto tématu se jí nyní mluví už jednodušeji, ale celkově to zvládnout bylo náročné.

Maminkám radí, ať tyto emoce řeší kdekoliv, protože ten dopad na dítě je nevratný. Měly by tedy navštívit odborníka a nechat si pomoc.

Pro lepší přehlednost a čitelnost je graf č. 7 znázorňující síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondentky č. 5 uvedený na další stránce.

Graf č. 7: Síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondentky č. 5.



6.1.6 Analýza rozhovoru č. 6

Vybrané údaje z anamnézy

Respondentka č. 6 má v současnosti 36 let a vysokoškolské vzdělání.

Respondentka č. 6 vyrůstala v rodině s úzkostnými rodiči a starší sestrou. Celé své dětství se, dle jejích slov, snažila vyrovnat své úspěšnější a oblíbenější sestře. S pocitem méněcennosti a nedostatečnosti trpí v podstatě dodnes.

Manžel je podporující a dává jí potřebnou stabilitu a jistotu. Společně mají dvě děti a žijí ve dvougeneračním domě. Perinatální depresí trpěla při obou těhotenstvích, v rozhovoru mluví o svém prvním těhotenství, kdy jí bylo 28 let.

Respondentka č. 6 už za studií na vysoké škole trpěla častými úzkostnými stavy až mdlobami, závratěmi, nevolnostmi a střevními potížemi. V těhotenství jí byla diagnostikována deprese a byla hospitalizována 2 měsíce na psychiatrii. Brala antidepressiva, která byla vysazena až po zahájení terapií, což bylo až 7 let po porodu. V rodině má matka diagnostikovanou depresi, je úzkostlivá a v péči psychiatra. Otec je rovněž velmi úzkostlivý, mívá časté žaludeční potíže, ale svůj stav neřeší.

Analýza získaných témat

TÉMA 1: RODIČOVSTVÍ – TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství respondentky č. 6 bylo plánované. Na začátku cítila obrovské štěstí, později přišly pochyby. Radovali se i všichni z rodiny, docházeli do centra asistované reprodukce, kde se pokoušeli o početí miminka. „*Nepopsatelné. Jako v té chvíli to byla nevýslovná radost štěstí a až potom později přišly takové ty pochyby. Ze začátku jsem si nepřipouštěla nějaké. Tak prostě miminko a ten pocit, že ve vás něco roste. No prostě štěstí.*“

V období těhotenství byla velmi zaujatá rekonstrukcí domu, kterou dělali. Žili ve stísněných podmínkách, což bylo zrovna v období, kdy se jí objevily zažívací potíže – cca 3. měsíc. Žili v té době v jedné tmavé místnosti, kde se pracovalo a všude prášilo.

TÉMA 2: PROJEVY DEPRESE – EMOCE, POCITY

První projevy se objevily už v práci (cca 3. měsíc), kdy se cítila velmi unavená, pořád chodila na záchod. Velmi se trápila tím, že už nezvládne pracovat na sto procent, velmi brzy byla vyčerpaná. „*(...) Že už jsem to nebyla já, taková, jak jsem byla zvyklá, být stoprocentní a pracovat na sto procent.*“ Zvažovala, zda jít na nemocenskou, ale bála se

sociální izolace a toho, že když zůstane doma, bude hodně přemýšlet a hledat na internetu. „*Neumím moc dobře třídit informace, takže nad tím, co si přečtu, příliš přemýšlím a potom jsem vystrašená.*“

Začalo to u ní pocity únavy, ale postupně to gradovalo v úzkosti, kdy měla pocit, že se dusí. Jela dokonce kvůli tomu na ORL, ale na nic nepřišli. V té chvíli přemýšlela, že by měla zpomalit.

Mívala pocit, že ztrácí kontrolu nad svým tělem, nad tím, co se s ní děje. Koktala a měla pocit, že je pořád v presu, napětí. „*Ztrácíte kontrolu nad svým tělem, nad tím, co se s vámi děje, a to vás ještě víc jakoby, tu depresi, nebo to, co se děje, prohlubuje, no.*“

Nejhorší situace pro ni byla asi do půl roku od narození dcery, kdy nevěděla, jak jí pomoci, byla nejistá a připadala si jako špatná matka. „*No, nejhorší byla situace asi do půl roku dcery, kdy se ještě nevyjadřovala a já nevěděla, co se s ní děje, když plakala. Tady tohle mě strašně znejišťovalo. Nevěděla jsem, jak jí pomoci, protože hodně trpěla na břicho a já si připadala jako špatná matka, když jí nedokážu porozumět s tím, co se jí děje.*“

Často se sama sebe ptala, zda vůbec dítě chtěla. Vnímala pocity, že se dlouho snažili a pak si to vůbec neužívala – místo toho se trápila a chtěla utéct.

TÉMA 3: POMOC/LÉČBA

Svěřila se partnerovi a své mamince. Navíc to na ní později šlo vidět. Její stav se zhoršoval, byla schopná už jen ležet a spát. „*No nepomáhalo mi vlastně nic, ta situace se neustále zhoršovala, protože tím, že jsem potom už jakoby nebyla schopná chodit do práce, ležela jsem doma a snažila jsem se to vždycky zaspát.*“

Nakonec šla za psychiatrem, byla hospitalizována a medikována. „*(...) Takže vlastně úleva přišla hned potom, kdy jsem nastoupila na tu psychiatrii. Přestala jsem najednou koktat. Takové to nejhorší ze mě opadlo, protože jsem konečně věřila, že mi někdo pomůže.*“

Nejvíce ale jejímu stavu nepomáhal internet. Nejen, že tam četla velmi špatné příběhy žen se stejnými problémy, ale na stranu druhou všude psali, jak je těhotenství krásné a žena by si ho měla užívat – což necítila a stresovalo ji to. „*(...) Já jsem tam samozřejmě chtěla najít to, co se se mnou děje, a člověk tam najde fakt jakože hrozné*

příběhy, které si na sebe okamžitě nabalíte.“

Dále jí vůbec nepomohl její praktický lékař, prostě to neřešil. Navíc uvádí, že vůbec nevěděla, kdo by jí mohl pomoci, že by třeba jen stačil rozhovor, s někým si promluvit. Když už se rozhodla oslovit psychologa, bojovala s nedostupností léčby, všude byly dlouhé čekací lhůty.

Medikaci, která jí byla stanovená, brala až do porodu, těsně před ním prášky musela vysadit. Tím pádem se její situace po porodu zhoršila.

TÉMA 4: DOPADY DEPRESE

Co se týče dopadů deprese na rodinu, vnímá, že vztah mezi ní a jejím manželem je nyní bližší. Sice neuměl v některých situacích reagovat, ale chápe, že je úzkostlivější a nemá brát na lehkou váhu, když jí není dobře. *„Tak manžel možná, když to tak vezmu s odstupem, tak nás to možná sblížilo.“*

Respondentka č. 6 uvádí, že neví, jestli je to tou depresí, ale že jí to *„(...) vzalo svým způsobem svobodu. To, že si můžete dělat, co chcete.“*

Kvůli prožité depresi dceru více sleduje a každému jejímu chování přisuzuje nějakou diagnózu a vyčítá si, že to způsobila tím, že měla depresi. *„To je právě těžké. Já mám výčitky z toho všeho, co se dělo. Z toho, že jsem skončila na psychiatrii – a jak mám výčitky, tak víc sleduju tu dceru, tak pořád mám strach o to, že jsem jí nějakým způsobem tím ublížila.“*

Doplnění

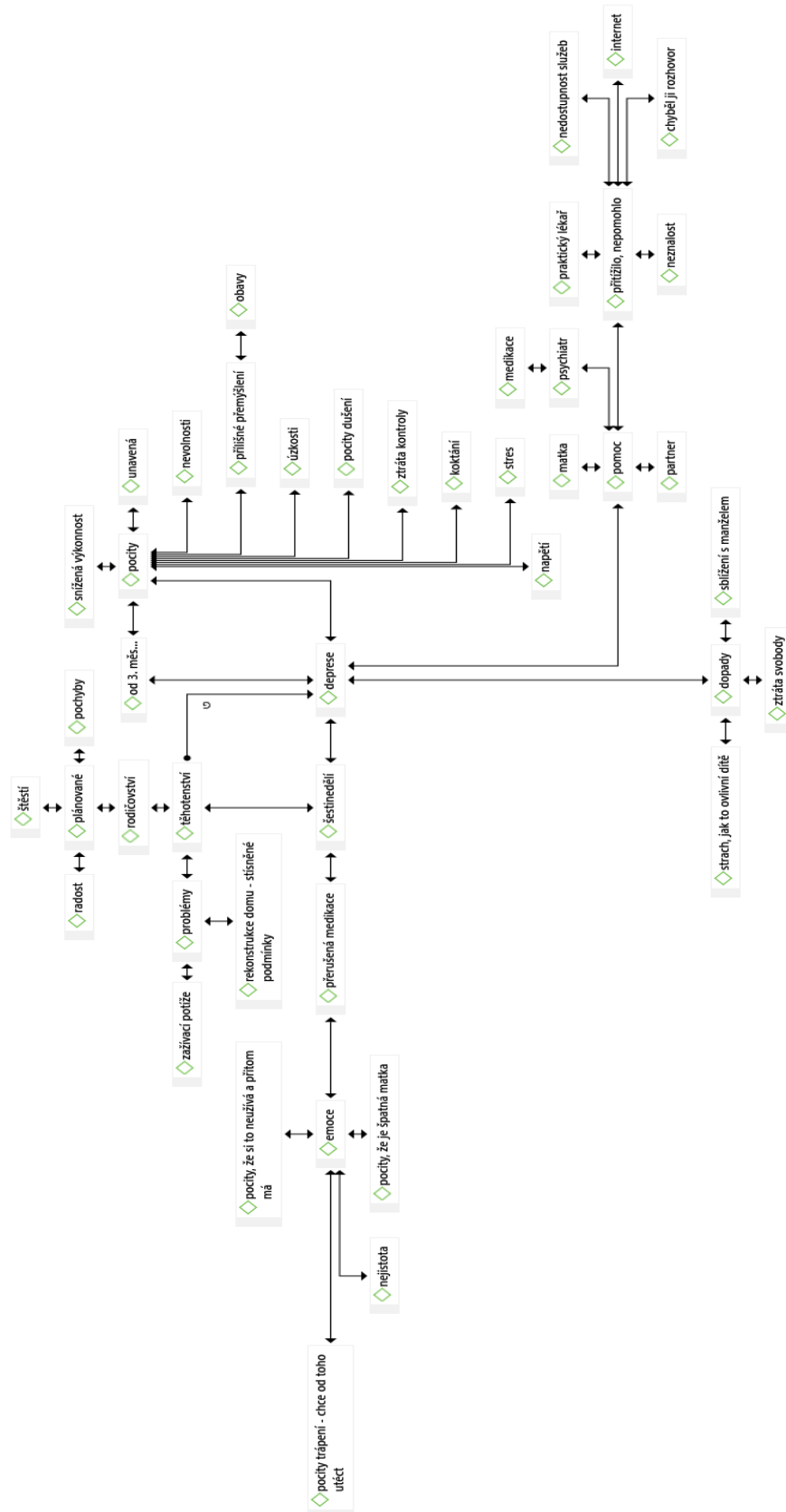
Respondentka č. 6 sdělila, že nyní by už celou situaci řešila jinak, rozhodně by o tom více mluvila.

Díky terapiím se jí o prožitých událostech hovořilo již lépe.

Maminkám radí, ať o svém problému mluví a nesledují Facebook, kde maminky sdělují, jak si těhotenství a život s miminkem náramně užívají. *„Hlavně bych ale ženám s depresí poradila, aby nekoukaly na Facebook. Tam jenom vidíte, jak si maminky to těhotenství užívají, jak si užívají to miminko, ale zkuste prostě se pobavit s lidmi ve svém okolí, to měli všichni takhle a neměli nějaké negativní pocity, nepochybovali o sobě.“*

Dále jsou v grafu č. 8 uvedena dílčí témata a jejich vzájemné vztahy, jak vyplynuly z rozhovoru s respondentkou č. 6.

Graf č. 8: Síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondentky č. 6.



6.1.7 Analýza rozhovoru č. 7

Vybrané údaje z anamnézy

Respondentka č. 7 má v současné době 40 let a vysokoškolské vzdělání.

Respondentka č. 7 vyrůstala jako jedináček, otec byl alkoholik a problémy v rodině řešil agresivitou a násilím. Matka byla výrazně submisivní a nedokázala v manželství ochránit sebe ani své dítě.

První manželství nebylo úspěšné právě z důvodu domácího násilí. Současný manžel se jí snaží dát klidné domácí prostředí. Společně mají dvě děti, žijí v rodinném domě. V době těhotenství žili u rodičů manžela. Depresí trpěla při obou těhotenstvích, v rozhovoru mluví převážně o druhém těhotenství, kdy jí bylo 38 let.

Respondentka č. 7 je od roku 2010 v psychologické péči po domácím násilí, v roce 2012 jí byla na psychiatrii diagnostikována sociální fobie a deprese. Navštěvuje psycholožku 1krát měsíčně a jednou za čtvrt roku má kontrolu u psychiatra. V rodině je otec závislý na alkoholu a babička z matčiny strany trpí specifickou fobií a emocionální labilitou.

Analýza získaných témat

TÉMA 1: RODIČOVSTVÍ – TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství bylo u této respondentky plánované. Po zjištění, že je těhotná, byla velmi šťastná, ale zároveň se velmi bála, aby znovu nepotratila. V minulosti opakovaně potratila (dohromady 3krát). Nakonec podstoupila umělé oplodnění, nejprve porodila první dítě, které se narodilo o 6 týdnů dříve. Pak znovu 2krát samovolně potratila. Až nakonec porodila v termínu a přirozeně druhé dítě. *„Byla jsem šťastná, že se podařilo otěhotnět, a zároveň jsem měla velký strach, abych o dítě zase nepřišla.“*

I partner se na jednu stranu radoval, i když to nedával tolik znát, protože se bál, jestli dítě donosí. Jeho rodiče žádné nadšení neprojevali. Tchýně se jí dokonce ptala, jestli si myslí, že tohle dítě donosí. Její rodina byla ráda, ale bála se o ni, aby vše dobře dopadlo. *„Partner byl rád, jen už tolik nedával najevo radost. Asi se také bál a nevěřil, zda dítě donosím. Jeho rodiče už žádné nadšení neprojevovali. Tchýně mi dokonce říkala otázky typu ‚myslíš, že tohle dítě už donosíš?‘ ...“*

Od začátku se intenzivně bála, zda je uvnitř ní vše v pořádku, od 3. měsíce musela ležet. *„(...) Velké obavy, zda je uvnitř vše v pořádku. Zda dítě prosperuje, zda se hýbe,*

jestli může dýchat, zda nekrvácím... Měla jsem velký strach, pořád jsem se pozorovala.“ Řešila výbavičku a jak to všechno zvládne a zda má vůbec výbavičku pořizovat. Následně se u ní ještě objevila těhotenská cukrovka, tak řešila jídelníček a správné načasování jídla. U druhého dítěte to byla rovněž těhotenská cukrovka a navíc péče o první dítě, se kterým cvičila Vojtovu metodu a Bobath. Vše se snažila dělat z lehu.

TÉMA 2: PROJEVY DEPRESE – EMOCE, POCITY

U prvního dítěte vnímala tyto pocity ihned, u druhého těhotenství to bylo horší až před porodem a po porodu, což trvá až dodnes.

Z projevů deprese vnímala úzkosti, strachy, pláč, nespavost, pocity, že nemůže dýchat, točila se jí hlava, měla pocity bezmoci. Na veřejnosti se jí pak ještě přidal třes a pocení. Velmi se bála o dítě, aby přežilo a bylo zdravé. Uvědomovala si, že další selhání už nezvládne, že pokud to nevyjde, už nechce žít a že je k ničemu. *„Měla jsem hlavně obavy o dítě, aby přežilo a narodilo se zdravé. Měla jsem v hlavě to, že další selhání už nezvládnou. Pokud se něco nepovede, už nechci žít. Že jsem k ničemu.“*

Po porodu byla stále velmi plačtivá, mívala pocity beznaděje, že už ji nikdo nepotřebuje, že je unavená a že nechce žít. Ale pak se snažila zase sama sebe přesvědčit, že tady musí být pro děti.

TÉMA 3: POMOC/LÉČBA

Své problémy sdělila psychologce a u druhého těhotenství pak později i manželovi. U prvního těhotenství psychologka mluvila telefonicky s manželem, aby mu vysvětlila situaci, poté ji začal trochu chápat a podporovat. U druhého těhotenství už byla schopna s manželem mluvit o svých pocitech, ale domnívá se, že to nechápal a pořád nechápe. *„(...) I když si myslím, že to moc nechápal a nechápe dodnes.“*

V její situaci jí vůbec nepomohla tchýně svými narážkami na to, zda dítě vůbec donosí nebo proč čeká kluka a ne holku. Velmi ráda ji poučovala a zdůrazňovala, že jenom leží a je lenivá. *„(...) Jako bych si mohla vybrat, že? Já vím, dnes se při té vzpomínce už usmívám, ale tenkrát mě do smíchu nebylo. Ještě to její poučování o tom, co mám a nemám dělat. To, že jenom ležím a nic nedělám, že ona dělala vše a já jsem shnilá.“*

U druhého těhotenství ještě vnímá negativní postoj sester v porodnici. *„Ale některé zdravotní sestry se na mne dívaly skrz prsty, dokonce mi vzaly kliku od balkónových dveří, že mám diagnostikovanou sociální fobii a vše kolem měly od psychologky a psychiatricky,*

dokonce to bylo v porodním plánu... že nejsem sobě ani okolí nebezpečná atd. Ale stejně se chovaly hnusně.“

TÉMA 4: DOPADY DEPRESE

Nikomu se v širším okolí nesvěřovala. *„Kromě manžela a mého nevlastního otce o tom nikdo neví. Spíš nechápu a diví se, že jsem jiná a divná. To je můj pocit.“* Vnímá, že manžel je její depresí ovlivněn, neboť tomu moc nerozumí a nechápe, co prožívá. I přesto, že s ním o tom mluví. *„Chtělo by to, aby jednou za čas i s ním někdo promluvil, aby i někdo jiný mu vysvětlil, co se se mnou děje. Proč jsem smutná, plačtivá, proč je toho na mě moc, že někdy už nemůžu a chci vše vzdát.“*

Obě děti má velmi ráda. Ale u prvního měla přehnaný ochranný způsob péče, což bylo způsobeno i jeho předčasným narozením a následnými kontrolami u specialistů, cvičením a zvýšenou péčí o něj. U druhého dítěte už je to horší. Nevytvořila si k němu pouto. Je s ním stále nejistá, bojí se jeho reakcí. Neumí si s ním hrát, nemazlí se tolik, často ji otravuje péče o něj a pak si to vyčítá. *„(...) Tak nějak se ho bojím, jeho reakcí. Má 13 měsíců a jsem nejistá. To, že ho nějak chytanu, obleču a ták. To je ok. Toho se nebojím a zvládám to. Jen tam chybí ten náboj, že jsem správná matka.“*

Za následek deprese u prvního syna považuje, že se neumí zabavit sám, dát najevo to, co cítí. U druhého pak chybí pouto mezi matkou a dítětem. Je s ní velmi plačtivý.

Doplnění

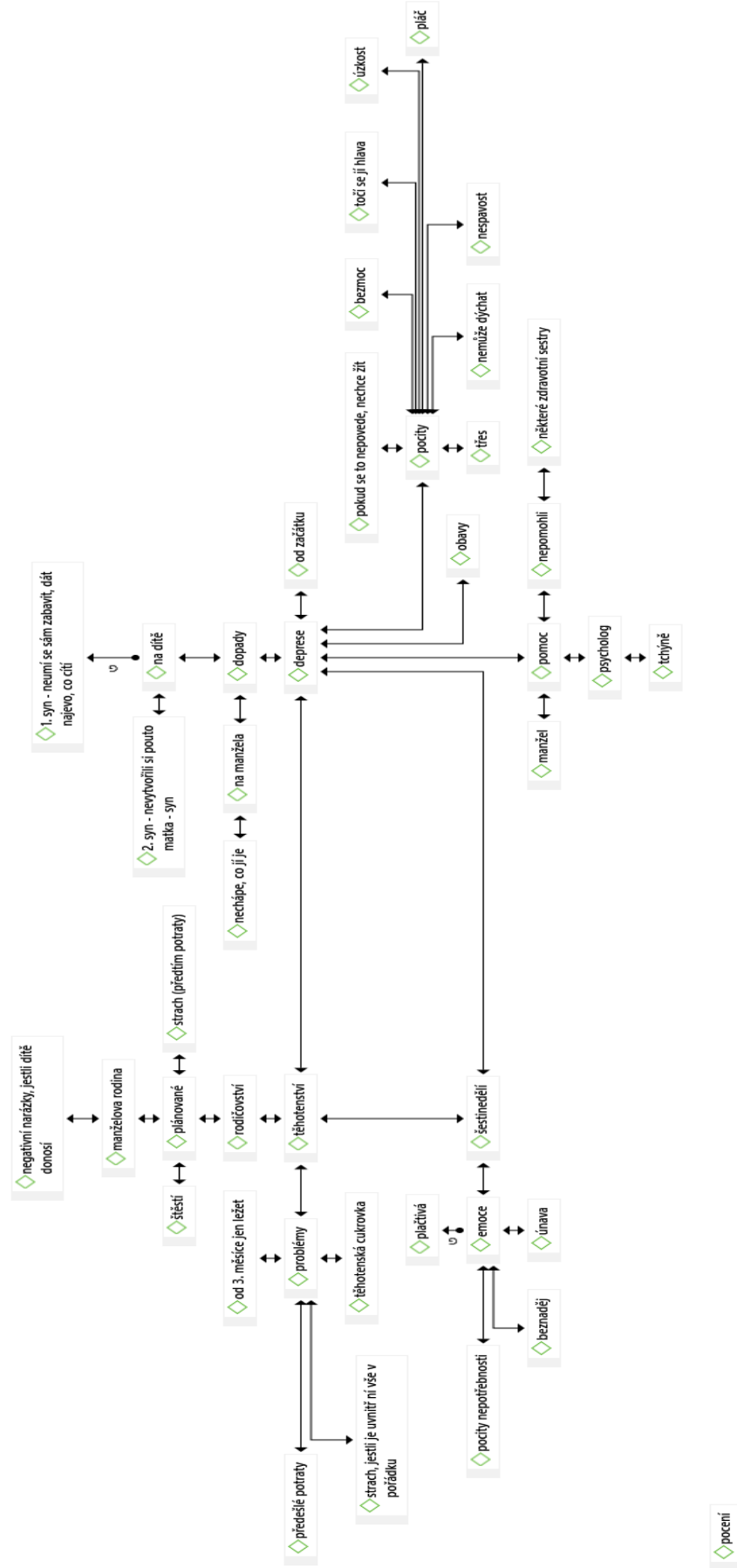
V současnosti by na svém jednání v tomhle těžkém období změnila především to, že by o tom více mluvila s manželem.

Dnes už jí problém nedělalo o tom mluvit.

Pro další maminky by ráda vzkázala, že je třeba mít opravdu dobrého psychologa, že je třeba mluvit s partnerem nebo prostě mít jen možnost někomu zavolat, mluvit s ním nebo *„(...) jenom bouchat do polštáře.“*

Graf č. 9 na následující stránce blíže uvádí síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondentky č. 7. Jednotlivá dílčí témata a jejich vztahy vyplynuly z rozhovoru s respondentkou.

Graf č. 9: Síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondentky č. 7.



6.1.8 Analýza rozhovoru č. 8

Vybrané údaje z anamnézy

Respondentka č. 8 má středoškolské vzdělání s maturitou. V současné době má 26 let.

Respondentka č. 8 vyrůstala pouze s matkou, otec je opustil, když jí byly 2 roky. Matka se snažila, aby měla pěkné dětství, ale sama se s odchodem partnera nikdy nevyrovnala.

V perinatálním období byla svobodná, ale žila s přítelem v bytě, momentálně společně vychovávají společnou dceru a dceru z předchozího vztahu.

Perinatální depresí trpěla při druhém těhotenství ve 25 letech. První příznaky se u ní objevily už ve druhém měsíci těhotenství. Netrpí žádnou psychickou nemocí a ani nikdo z její rodiny.

Analýza získaných témat

TÉMA 1: RODIČOVSTVÍ – TĚHOTENSTVÍ

Respondentka č. 8 se s přítelem o miminko snažila delší dobu, bylo tedy plánované. Žili spolu krátce, přesto si ale miminko moc přáli. Oba se na něj velmi těšili, a to včetně jejich rodin. „(...) Žili jsme spolu sice krátce, ale oba jsme miminko moc chtěli.“

Respondentka má pocit, že nic výrazného v těhotenství neřešila. Než potkala současného partnera, rozešla se s partnerem, se kterým měla dceru. To období pro ně nebylo hezké, a proto byly obě velmi rády, že si našly nového tatínka. Uvádí, že začátky byly těžké, ale nakonec si zvykly. Takže byla opravdu přesvědčená, že dělá dobře, když s ním plánuje další dítě, což jí jen potvrdila jeho reakce na těhotenství. Po pár týdnech už začala uvažovat jinak. „Začátek vztahu byl sice trošku těžší, ale všichni jsme si zvykli a malá dokonce začala říkat příteli tati. Tak jsem byla opravdu přesvědčená, že dělám dobře, když s ním plánuji další dítě. O tom mě utvrdila i jeho reakce na těhotenství, bohužel po pár týdnech jsem začala uvažovat úplně jinak.“

TÉMA 2: PROJEVY DEPRESE – EMOCE, POCITY

Ihned v prvním trimestru, cca okolo 2. měsíce, jí začalo být špatně, vnímala špatný pocit v puse, únavy – tedy klasické příznaky v těhotenství. Kvůli těmto příznakům přestala zvládat svou prvorozenou dceru, jen ležela a začala si připadat úplně k ničemu.

Těhotenství vnímala jako otravu. Až postupně začala uvažovat o potratu, brala jej jako únik z toho věčného trápení.

„Přítel mi furt jenom říkal, že jsem pořád hnusná, že nejsem normální. To samé máma říkala, že tohle v těhotenství ještě neviděla a podobně.“

Toto období vnímá velmi negativně a mrzí ji to. Byla to pro ni největší zoufalost a deprese. I přesto, že věděla, že má vše, pořád měla pocit, jako by jí něco chybělo. *„Ale v tom těhotenství jsem se prostě denně trápila, a to si myslím, že jsem měla snad úplně všechno, určitě mnohem víc než při prvním těhotenství.“*

Navíc nebyla schopná si vytvořit žádný vztah k dítěti v břiše. Vnímala sama sebe jako blázna a měla pocit, že se pohybuje v začarovaném kruhu. Začala nenávidět úplně všechny včetně přítele.

TÉMA 3: POMOC/LÉČBA

Začala hledat na internetu podobné příběhy a ztotožňovat se s nimi. Tehdy také zjistila, co to deprese v těhotenství je. Tyto příběhy a ženy, co je vyprávěly, vnímá jako největší pomoc. *„No nejvíce mi asi pomohly ty holky na internetu, co zažily podobné stavy. Vůbec jsem nečekala, že jich bude tolik.“* Díky tomu se objednala k psychiatrovi a ten jí předepsal prášky. Po porodu pak začala docházet na terapie. *„Ty mi pomohly nejvíc, přestala jsem se konečně cítit jediná na světě, co prožívá těhotenství jinak, než by měla. Díky tomu jsem si to dokázala přiznat, protože namísto negativní odezvy, kterou jsem čekala, přišla jen podpora a pochopení.“*

Naopak vůbec jí nepomohla rodina – maminka a přítel. Vůbec se jí nesnažili pochopit a celou situaci ještě zhoršovali.

TÉMA 4: DOPADY DEPRESE

V šestinedělí se snažila vytvořit vztah s dcerou. Díky léčbě jí začalo být lépe až tak 3 měsíce po porodu.

Na rodinu to mělo obrovský vliv, protože ztratila důvěru v partnera, který jí nebyl oporou v nejtěžších chvílích. Dokonce hovoří o tom, že kdyby neměla děti, odešla by od něj. *„Na rodinu to mělo obrovský vliv. V partnerovi jsem ztratila důvěru, protože mi nepomohl v nejhorších chvílích, a asi kdybych neměla dvě děti, tak bych od něj odešla.“*

Co se týče vztahu k dítěti, tak tam rovněž vnímá problém. Kvůli tomu, že v těhotenství k miminku neměla vztah, nenašla si jej ani doposud. *„No jak už jsem*

říkala, v těhotenství jsem k miminku žádný cit neměla, chtěla jsem jen potrat. Vztah si hledáme doted’.“

Dcera je navíc velmi plačtivá a úzkostná, velmi na ní visí. Respondentku to dost rozčiluje, a to i přesto, že ví, že jí to brání ve zlepšení vzájemného vztahu. Je jí velmi líto, co dceři způsobila, ale nemůže si pomoci. *„Cítím, že s dcerou to bude asi na delší dobu. Věřím ale, že to zvládneme.“*

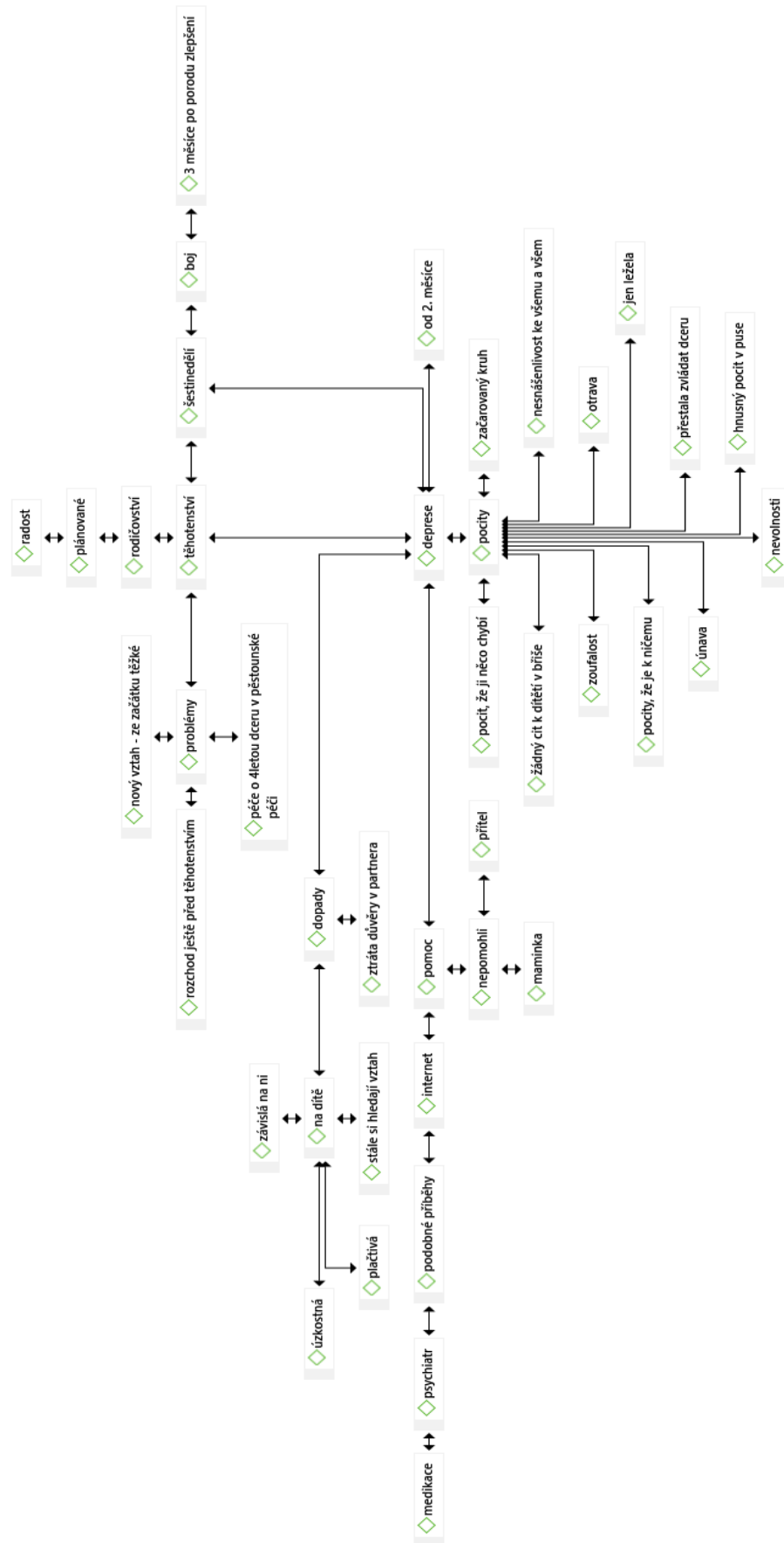
Doplnění

Velmi ji mrzí, že nevyhledala pomoc dříve nebo že se někomu nesvěřila. *„Je pro mě hrozně těžké o tom mluvit, pořád to беру jako selhání a stydím se za sebe, že jsem to nezvládla a začala jsem to řešit moc pozdě. Vlastně jsem kvůli tomu přišla o partnera, novou rodinu a vztah k oběma dcerám.“*

Mluvit o tomto tématu bylo pro ni těžké, pořád to vnímá jako osobní selhání a stydí se za sebe. Dalším ženám, které trápí tyto problémy, radí, aby vyhledaly pomoc ihned.

Pro lepší přehlednost a čitelnost je graf č. 10 znázorňující síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondentky č. 8 uvedený na další stránce.

Graf č. 10: Síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondenty č. 8.



6.1.9 Analýza rozhovoru č. 9

Vybrané údaje z anamnézy

Respondentka č. 9 má v současnosti 28 let. Vystudovala střední školu s maturitou.

Uvedená respondentka vyrůstala v úplné rodině spolu s dvěma staršími sourozenci. Dětství považuje za normální. S oběma rodiči měla hezký vztah, zvláště s otcem, kterého považovala za vzor. V jejích 24 letech zemřel otec na rakovinu a ona se psychicky zhroutila poté, co se o něj 3 roky společně s matkou staraly. Od té doby je v péči psychologa.

Vztah s partnerem považuje za komplikovaný, ale snaží se jej řešit. Společně mají jedno dítě. Žijí v bytě.

Perinatální depresí trpěla cca od 6. měsíce. V tomto období jí bylo 26 let. Nikdo v její rodině netrpí žádným psychickým onemocněním.

Analýza získaných témat

TÉMA 1: RODIČOVSTVÍ – TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství respondentka neplánovala. Bylo to tedy překvapením, ale radostným. Rovněž partner byl rád. Ihned tedy začali řešit společné bydlení, partner už má dítě z prvního vztahu. Byla velmi ráda, že se k situaci postavil takto. *„Partner byl taky rád, má ještě syna z předchozího vztahu, o kterého se stará moc hezky. Takže hned jakmile jsem mu oznámila tu novinku, začal řešit společné bydlení. Postavil se k tomu fakt moc pěkně, tak jsem byla spokojená.“*

Řešila v tomto období především vztahové problémy. Po sestěhování se jejich vztah nevyvíjel úplně dobře. Chvilí měli pohodu, pak zase hádky. Dokonce se jednou rozešli. Časem vznikaly konflikty, které spolu z důvodu rozdílných povah nedokázali řešit. Což ale zjistila právě až při společném bydlení.

TÉMA 2: PROJEVY DEPRESE – EMOCE, POCITY

Respondentka č. 9 měla pocit, že to vůbec nezvládá, že jen pořád brečí, což připisovala splašeným hormonům. *„(...) To už jsem měla pocit, že to vůbec nedávám. Furt jsem jen brečela a brečela. Rozbrečelo mě snad úplně vše, každá blbost, třeba i placení nájmu. Tenkrát jsem to ale připisovala spíše hormonům.“*

Dále vnímala podrážděnost, nervozitu, smutek, nespavost, vyčerpání. Byla totálně

zoufalá. „(...) *Jen jsem seděla jako hromádka neštěstí. Přítel navíc nemá úplně v povaze někoho utěšovat. Všechny mé projevy smutku mu extrémně vadily, takže jsem na to byla vlastně úplně sama.*“

TÉMA 3: POMOC/LÉČBA

Už nějakou dobu docházela k psycholožce, které se svěřila. Ta jí sdělila, že se jedná o depresi, ale ne nijak závažnou. Začala tedy pátrat po možnostech. „(...) *Ta mi ale tvrdila, že to sice deprese je, ale ne nijak závažná, protože mám ještě nějaké radosti. Třeba z jídla nebo tak. To jsem byla sice ráda, ale i tak jsem z toho chtěla ven, tak jsem začala pátrat dál po nějakých možnostech.*“

Využila například akupunkturu a tradiční čínskou medicínu. Velmi jí pomáhalo i povídání si s lékařem a pozitivní příběhy žen se stejným problémem.

Nepomáhal jí v dané situaci její přítel. Nechápal ji a vnímal to tak, že si zase vymyslela nějaký rozmar. Takže na vše byla sama. „*No patrně to byl ten partner, který místo pomoci a útěchy jen chodil okolo a byl spíš naštvaný, co jsem si to zase vymyslela. On je takový naprosto neempatický.*“

TÉMA 4: DOPADY DEPRESE

Po porodu jí zaměstnávala péče o dítě, partner se rovněž zapojil a po šestinedělí se už dostala do běžného rytmu. „*Po tom porodu jsem už neměla čas nad tím vším tolik přemýšlet a rýpat se ve vztahu a v mých pocitech. Přítel se začal věnovat dítěti, což mě taky uklidnilo.*“

Deprese jejich vztah ovlivnila především v těhotenství, kdy se často hádali.

Její vztah k dítěti se vlivem deprese nezměnil, těšila se na něj a spíše ji mrzí, že si těhotenství neužila. Dopad na dítě nevnímá žádný. „*Zatím žádný vliv nevnímám, dcera je ještě malinká. Jen jak jsem řekla, mě mrzí, že jsme si to moc ze začátku neužívali.*“

Doplnění

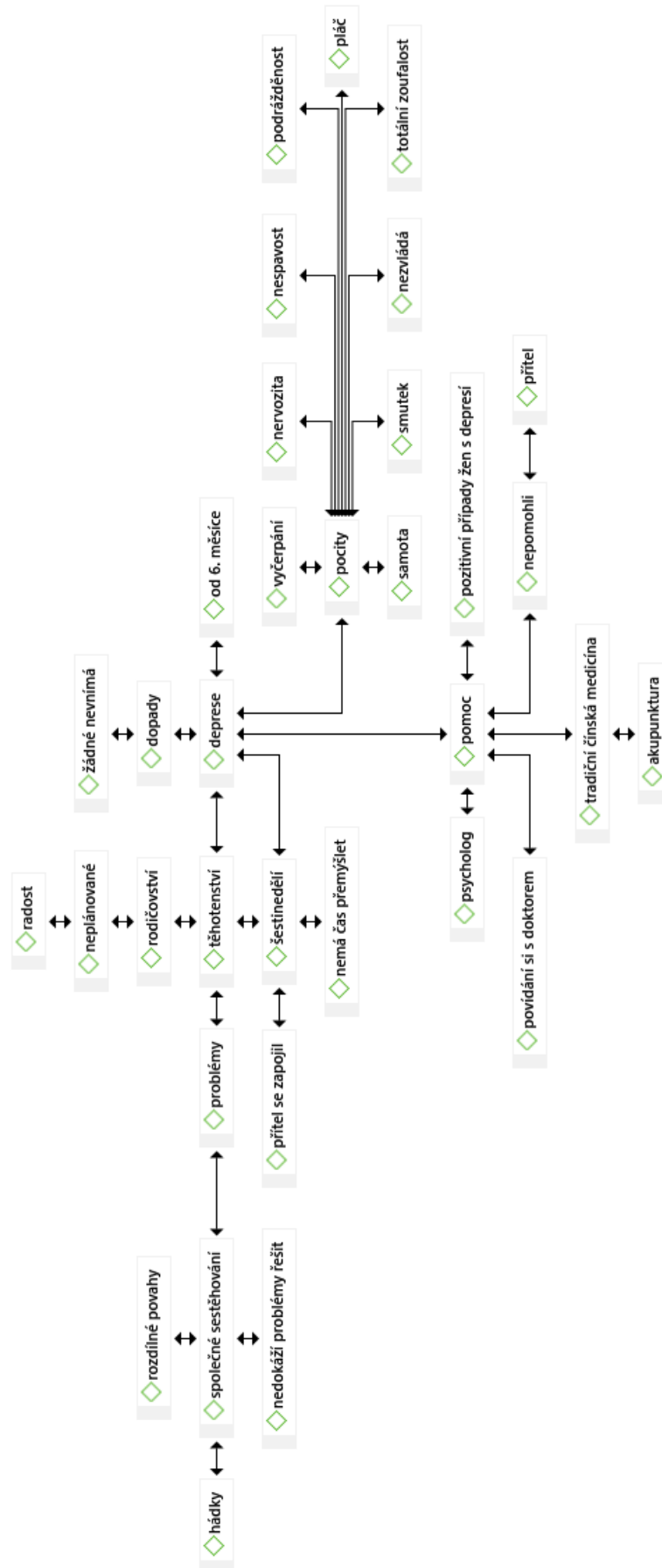
Z celé situace má pocit, že udělala maximum, aby to zvládla, jen by se příště tolik nezabývala vztahem s partnerem a jeho chybami.

Mluvit o tom pro ni nebyl problém, je ráda, že její zkušenosti někomu pomohou.

Ostatním ženám by ráda vzkázala, ať využívají možnosti, že existují. „*No, že možnosti existují, tak jich využívejte!*“

Následující graf č. 11 přehledně ukazuje jednotlivá dílčí témata a jejich vztahy.

Graf č. 11: Síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondentky č. 9.



6.1.10 Analýza rozhovoru č. 10

Vybrané údaje z anamnézy

Respondentka č. 10 má v současné době 36 let, je středoškolsky vzdělaná a než nastoupila na mateřskou dovolenou, živila se jako osoba samostatně výdělečná činná.

Respondentka č. 10 vyrůstala jako jedináček s výrazně profesně orientovanými rodiči, kteří jí nevěnovali tolik času, kolik by potřebovala. Většinu svého dětství strávila s prarodiči. Její největší zálibou byla péče o slepice, kterým věnovala veškerý svůj čas.

Ve vztahu s manželem ji trápí komunikační problémy. Má pocit, že jí nerozumí a není dostatečně empatický.

V perinatálním období jí bylo 28 let. Společně s manželem mají dvě děti a žijí ve dvougeneračním domě. Depresi trpěla pouze při prvním těhotenství. Od roku 2014 je léčena s úzkostmi a depresemi. Rovněž její matka má diagnostikovanou depresi a úzkostnou poruchu, otec navíc paranoidní poruchu osobnosti.

Analýza získaných témat

TÉMA 1: RODIČOVSTVÍ – TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství respondentky č. 10 bylo plánované, vnímala především radost a štěstí, stejně jako její rodina.

Celé těhotenství u ní probíhalo standardně až do 26. týdne, kdy jí začal hrozit předčasný porod. Nastoupila tedy na mateřskou dovolenou a zvolnila. Od 28. týdne pak už musela jen ležet. „(...) *Celé těhotenství probíhalo naprosto standardně až do nějakého 26. týdne, tím, že mi začalo tvrdnout břicho a začal hrozit předčasný porod, jsem musela nastoupit předčasně na mateřskou a zvolnit a od nějakého tuším 28. týdne jsem musela jako striktně ležet bez jakýchkoliv procházek a takových věcí.*“

TÉMA 2: PROJEVY DEPRESE – EMOCE, POCITY

Začalo to ve třetím trimestru vlivem hrozby předčasného porodu. Byla i týden hospitalizovaná. „*Byla jsem týden hospitalizovaná v nemocnici a poté jsem musela doma ležet v podstatě dva měsíce bez jakéhokoliv pohybu. To jsem poprvé na sobě pocítila, že mi není dobře, často jsem plakala, cítila jsem se úplně bez energie a chutě k životu. Vlastně jsem ani pořádně nejedla a nespala.*“

Začala často plakat, cítila se bez energie, chuti do života, pořádně nejedla, nespala.

Byla bezradná, nevěděla, co se jí děje.

TÉMA 3: POMOC/LÉČBA

Nevěděla, že to, co jí je, je problém. Neměla se komu svěřit, manžel by ji nepochopil. A tak když jí bylo nejhůř, prostě to zaspala. *„Nepomohlo mi vůbec nic, protože jsem nevěděla, že je to nemoc a že by se to dalo nějak řešit.“* *„Když mi bylo nejhůř, snažila jsem se to zaspát.“*

Celá rodina ji vůbec nechápala, divili se, že si miminko neužívá a nemá radost.

Jednou se při návštěvě lékaře svěřila a ten jí řekl, že se to po porodu zlepší, že musí vydržet. *„Při jedné návštěvě jsem mu řekla, že je mi psychicky špatně, ale on řekl, že po porodu se to všechno zlepší, tak to musím vydržet.“*

Pomoc našla až po porodu, kdy byla se synem u lékařky, svěřila se jí a ta ji poslala za psychiatrem, který jí předepsal antidepresiva. *„(...) To už jsem byla opravdu v šíleném stavu a péči o dítě jsem skoro nezvládala. No a tenkrát mi psychiatr předepsal antidepresiva s tím, že trpím depresí. Škoda, že jsem ho nevyhledala už dřív, asi bych to všechno zvládla lépe.“*

TÉMA 4: DOPADY DEPRESE

Deprese měla vliv na vztah především v tom, že respondentka č. 10 byla vyčerpaná a protivná, a tak to s ní manžel neměl jednoduché. *„No, tak vliv asi možná jo. Během toho šestinedělí jsem byla taková vyčerpaná a protivná, takže myslím, že to se mnou manžel doma neměl jednoduché. Takže atmosféra doma po narození Damiána nebyla úplně radostná.“*

Vnímá, že deprese se podepsala na jejich vztahu, vliv mělo i to, že dítě bylo velmi ukřičené a náročné. Má pocit, že mu nerozumí, že neví, jak s ním mluvit. Vnímá jej jako problematické dítě. Nenašla si k němu tu pravou cestu. Dítěti je diagnostikováno ADHD a porucha autistického spektra. Sama neví, zda to zavinila, ale vnímá, že jejich vztah to poznamenalo. *„No, já mu prostě nerozumím. Nevím, jak s ním mluvit. On je takový náročný a v hodně směrech problematický, že vůbec nevím, jak na něj. Byl od malička takový nějaký jiný, takže nejenom já, ale ani manžel jsme si k němu nenašli asi tu správnou cestu. To mě dodneška mrzí.“*

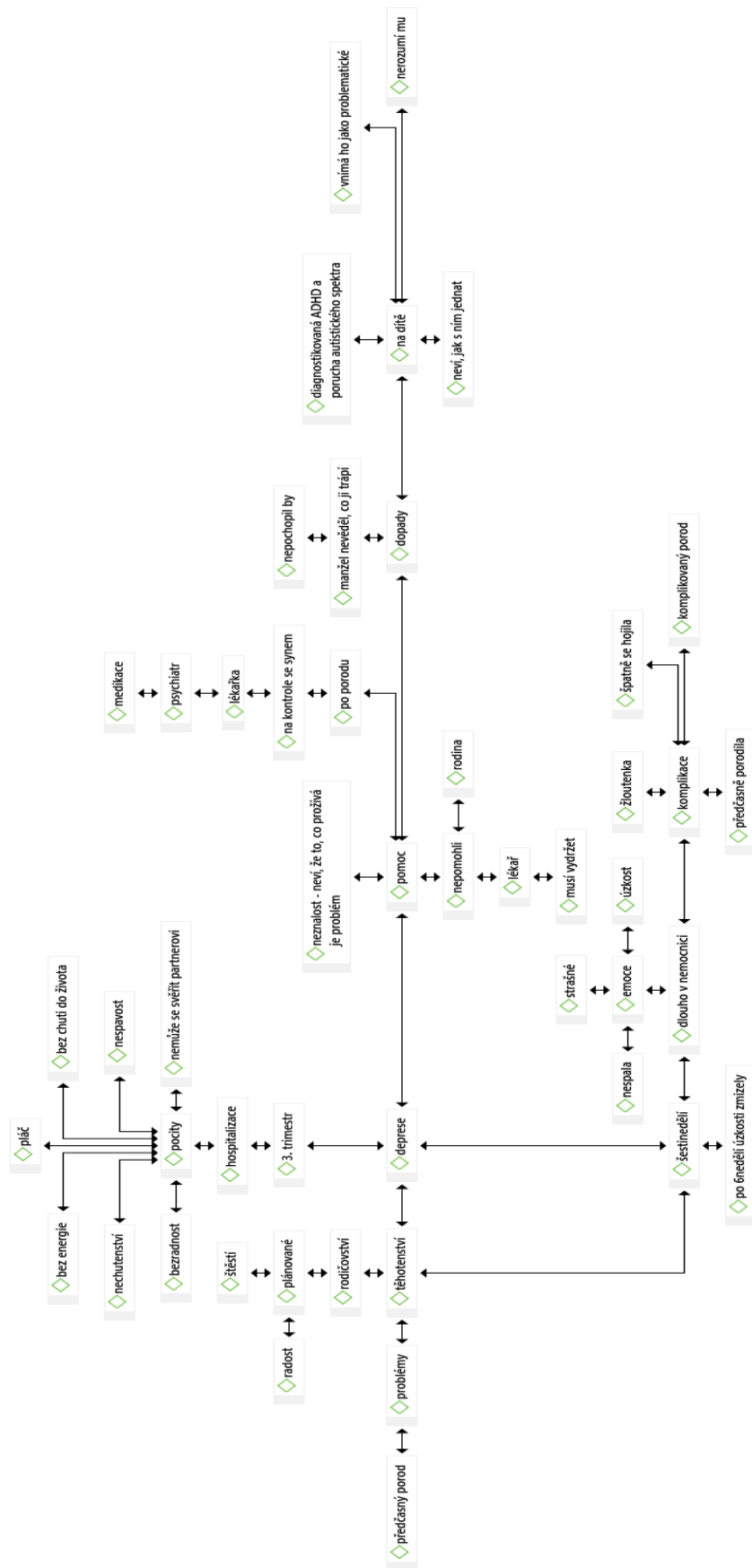
Doplnění

Respondentka č. 10 by své problémy určitě příště řešila dříve, kdyby věděla, co se jí děje. *„No kdybych tenkrát věděla, že jsou to ty deprese, tak bych to určitě řešila dřív přes nějakého lékaře nebo psychologa.“*

Mluvit o tom pro ni nebylo jednoduché a ráda by, aby ostatní ženy svůj problém řešily včas.

Pro lepší přehlednost a čitelnost je graf č. 12 znázorňující síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondentky č. 10 uvedený na další stránce.

Graf č. 12: Síť vzájemných vztahů dílčích témat u respondenty č. 10.



6.2 Společná analýza získaných témat

V následující části bude provedena společná analýza získaných témat, a to ze všech uskutečněných rozhovorů. Výsledky budou prezentovány pod jednotlivými výzkumnými otázkami.

Veškerá data, která jsou použita v této části, vychází výhradně ze získaných rozhovorů. Výzkumníkovy interpretace a vysvětlení jednotlivých jevů pak budou součástí diskuse.

Každé téma je nejprve shrnuto na základě získaných rozhovorů a potom doplněno jednotlivými podtématy, jež doplňují dané informace. Vše je navíc ještě doloženo vlastními odpověďmi jednotlivých respondentek.

6.2.1 Období před vznikem perinatální deprese

Níže uvedené výstupy nám zároveň odpovídají na výzkumnou otázku č. 1 (VO1): **Jak ženy prožívaly těhotenství před nástupem perinatální deprese?**

Výzkum zapojených respondentek doložil, že u oslovených žen jsou často prvotní pocity protichůdné, nebo naopak velmi kladné a následované prudkým obratem opačným směrem.

Výzkum nám dále osvětlil, jaké potíže, problémy či situace musely dotázané respondentky během těhotenství řešit. Z výzkumu vyplynulo, že nejčastěji řešily různé vztahové problémy, bydlení, rodinné problémy či zdravotní problémy. Často se potýkaly s úbytkem energie, s péčí o domácnost či o další děti. Každá z nich si v daném období prožívala něco, co ji v už tak emočně náročném období mohlo rozhodit.

Mezi podtémata, která se objevovala napříč rozhovory, patří volba těhotenství, radost a strach z těhotenství, reakce rodiny/partnera.

Výzkum prokázal, že u většiny oslovených žen bylo těhotenství plánované. Celkem 7 dotazovaných respondentek těhotenství plánovalo a dítě si moc přálo. Samy si tedy zvolily těhotenství. Ať už se jedná o těhotenství přirozenou cestou, nebo prostřednictvím centra asistované reprodukce. Ať už se těhotenství podařilo na první pokus, nebo to trvalo déle.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 3: „*Ano, všechna těhotenství byla plánovaná a chtěná.*“
- Respondentka č. 7: „*Ano, po dohodě s partnerem jsme dítě plánovali.*“
- Respondentka č. 8: „*Ano, snažili jsme se delší dobu. Žili jsme spolu sice krátce, ale oba jsme miminko moc chtěli.*“

Pouze tři oslovené respondentky (respondentky č. 1, 2 a 9) těhotenství neplánovaly. Samotné tedy o této možnosti neuvažovaly a musely ji přijmout, když se o ní dozvěděly.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 2: „*Vzhledem k tomu, že dítě bylo neplánované, byli jsme velmi překvapeni, ale radost jsem samozřejmě měla.*“

Výzkum prokázal, že jednou z prvotních reakcí u dotázaných žen na těhotenství je radost. Pocity euforie, štěstí, že ve vás roste dítě, že se stanete matkou. Radost a jiné kladné pocity vnímaly i dotazované respondentky. Radost nevnímaly pouze respondentky č. 1 a 5.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 4: „*Jó, radost. Hrozně jsme se těšili.*“
- Respondentka č. 6: „*Nepopsatelné. Jako v té chvíli to byla nevýslovná radost štěstí a až potom později přišly takové ty pochyby. Ze začátku jsem si nepřipouštěla nějaké. Tak prostě miminko a ten pocit, že ve vás něco roste. No prostě štěstí.*“
- Respondentka č. 8: „*Já i přítel jsme měli maximální radost.*“
- Respondentka č. 10: „*Určitě radost a štěstí.*“

Výzkum doložil, že strach se později objevil i u dotázaných respondentek, které zpočátku reagovaly pozitivně (jedná se o respondentky č. 3, 6, 7). Jednalo se u nich o reakci, kdy se bály porodu a aby vše dobře dopadlo. Strach z těhotenství se u respondentek č. 1 a 5 objevil jako prvotní pocit. Po zjištění, že jsou těhotné, nevnímaly žádné kladné pocity a objevil se ihned strach.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 1: „*To bylo naprosté zděšení, cítila jsem bezradnost a pocit nejistoty.*“
- Respondentka č. 5: „*Měla jsem obrovský strach o svůj život i o život dítěte.*“

Výzkum dále potvrdil, že reakce rodin či partnerů dotazovaných respondentek byly většinou kladné, doprovázené radostí a štěstím (u všech respondentek, vyjma respondentky č. 7). Pouze v jednom případě se oslovená respondentka (č. 7) setkala s negativní, nebo spíše pochybující reakcí. Vše bylo bohužel ovlivněno tím, že už vícekrát potratila.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 7: „*Partner byl rád, jen už tolik nedával najevo radost. Asi se také bál a nevěřil, zda dítě donosím. Jeho rodiče už žádné nadšení neprojevovali. Tchýně mi dokonce říkala otázky typu „myslíš, že tohle dítě už donosíš?“ Moje rodina byla ráda, ale bála se také, měla strach, aby vše dobře dopadlo.*“

6.2.2 Období počátku perinatální deprese a její prožívání

Níže uvedené výstupy nám zároveň odpovídají na výzkumnou otázku č. 2 (VO2):
Jak ženy popisují počátek perinatální deprese?

Výzkum doložil, že doba vzniku perinatální deprese u dotazovaných respondentek byla pokaždé jiná. Nelze přesně z rozhovorů vysledovat jednotný nástup deprese či určit okamžik, který je rizikový v období těhotenství pro vznik perinatální deprese. Dále výzkum prokázal, že perinatální deprese nemusí vzniknout ve všech těhotenstvích ženy. Respondentky č. 2, 7, a 9 prožívaly mírnější stavy deprese bez medikace, ostatní respondentky byly medikovány, neboť jejich depresivní stavy byly těžší.

Napříč všemi rozhovory bylo možné vysledovat pocity a emoce, které dotazované respondentky prožívaly. Jedná se především o pocity strachu, beznaděje, častý pláč, spánek a únava, úzkost, které dotazované respondentky v tomto období naprosto ochromovaly. Jedná se o pocity, které měly dotazované respondentky stejné.

Strach je jedna z emocí, která se u oslovených respondentek objevovala

už od prvopočátku. Ať už strach o dítě, z toho, jak mateřství zvládne, nebo z porodu. Strach jako jeden z převažujících pocitů neuvedly respondentky č. 3, 8, 9.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 1: *„Přepadaly mne takové emoční vlny strachu z toho, kde chci být, s kým chci být a zároveň pocit odevzdání a beznaděje.“*
- Respondentka č. 2: *„Cítila jsem takové jakoby návaly paniky a strachu, smutku.“*
- Respondentka č. 4: *„Kdy na mě dolehl strach ze zodpovědnosti, protože jsem zjistila, že čekáme dvojčata. Najednou mě přepadl pocit, jestli jsem na to vůbec připravená.“*
- Respondentka č. 5: *„Obavy, pořád jsem se bála o dceru i o svůj život.“*
- Respondentka č. 7: *„(...) Velké obavy, zda je uvnitř vše v pořádku. Zda dítě prosperuje, zda se hýbe, jestli může dýchat, zda nekrvácím... Měla jsem velký strach, pořád jsem se pozorovala.“*

Dle výzkumu respondentky č. 1, 3, 7, 8, 9, 10 uváděly jako převažující pocity beznaděj, pocit bezvýchodnosti, neřešitelnosti. Často nevěděly, co jim je, co se to děje, proč se to děje jim. Neuměly si pomoci a nevěděly, komu a jak si o pomoc říct. Prožívaly pocity beznaděje.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 7: *„Strašná bezmoc.“*
- Respondentka č. 9: *„Jen jsem seděla jako hromádka neštěstí.“*
- Respondentka č. 10: *„No byla to jednoznačně bezradnost, protože jsem vůbec nevěděla, co se mi děje.“*

Výzkum prokázal jako jednu z výrazných emocí projevů perinatální deprese pláč. Konkrétně respondentky č. 1, 2, 4, 7, 10 uváděly, že často velmi plakaly.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 1: *„Neustále jsem kvůli všemu brečela nebo jsem byla taková podrážděná a naštvaná.“*

- Respondentka č. 2: „*Je to hrozný pocit, to potom jdu a jenom pláču a nevím, co mám dělat.*“
- Respondentka č. 4: „*Poslední tři měsíce jsem v podstatě probrečela (...).*“
- Respondentka č. 7: „*Úzkosti, pláč, nespala jsem.*“
- Respondentka č. 10: „*(...) často jsem plakala (...).*“

Výzkum doložil, že dalším projevem perinatální deprese u oslovených respondentek je častý spánek, chuť vše zaspat. Dále velká únava, nedostatek energie, pocity vyčerpanosti.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 3: „*Byla jsem naprosto vyřízená, měla jsem minimum energie (...). (...) Myslela jsem jen na to, jak moc se mi chce spát, a všechno jsem to chtěla zaspat (...).*“
- Respondentka č. 5: „*(...) Jsem chtěla jen spát.*“
- Respondentka č. 6: „*(...) kdy jsem se začala cítit více unavená.*“
„*(...) strašně vyčerpaná.*“
- Respondentka č. 9: „*(...) Takže k tomu všemu ještě vyčerpání.*“

Dále z výzkumu vyplývá, že pocity úzkosti jsou rovněž projevem perinatální deprese. Výzkum ale dokladuje, že pocity úzkostí se objevují až postupně s gradací problému. Úzkosti se tak objevily u poloviny dotazovaných respondentek (konkrétně č. 4, 5, 6, 7, 10).

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 4: „*Nejvíce na mě dolehly úzkosti v době před porodem.*“
- Respondentka č. 5: „*Asi od 6. měsíce, to už jsem začala mít znova občas i úzkosti.*“
- Respondentka č. 6: „*A potom to většinou vyústilo v takovou úzkostnou... nevím, jak to přesně říct.*“
- Respondentka č. 10: „*(...) A ty úzkosti se ještě zhoršily.*“

6.2.3 Období zvládání perinatální deprese

Níže uvedené výstupy nám zároveň odpovídají na výzkumnou otázku č. 3 (VO3):
Jaké formy pomoci ženy trpící depresí v perinatálním období vyhledaly?

Výzkum doložil, že se jedná o období, kdy si dotazované respondentky naplno uvědomily, co jim je. A že je to problém, který je třeba řešit. Jejich stav se natolik zhoršil, že si byly vědomy toho, že to jen tak nepřejde a samotné se to nevyřeší. Dle výzkumu se pak nejčastěji uchýlily k hledání na internetu nebo svěřením se někomu blízkému. Ne vždy se však v rodině setkaly s pochopením. Často byly lynčovány za to, že si těhotenství neužívají a že to, co prožívají, není normální. Výzkum ale také bohužel potvrdil, že řada lékařů, ať už praktických nebo odborných, jejich problém bagatelizovala a nezabývala se jím. Každopádně výzkum potvrdil, že obrátit se na psychologa či psychiatra považují dotazované respondentky za nejlepší řešení. Mohou tak využít nejen léčbu léky, ale také terapie či jiné/alternativní metody. Co ale výzkum podpořil, je to, že většině žen pomáhal už samotný rozhovor, tedy mít tu možnost se svěřit někomu, kdo je odborník a kdo jim dá pocit, že jim může pomoci.

Společná témata, která se objevovala napříč všemi rozhovory, jsou svěřením se do péče psychiatra nebo psychologa, medikace a pomoc rodinných příslušníků a partnera.

Všechny dotazované respondentky využily pomoc psychologa nebo psychiatra při hledání pro ně vhodné léčby. Navíc jejich zásah do léčby hodnotily velmi kladně. Ve chvíli, kdy jim svěřovaly svůj problém, tak je nebagatelizovali, ale naopak jim vysvětlili, o co se jedná – a zvolili pro ně vhodnou léčbu.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 1: *„(...) A poslal za mnou psychologku nebo psychiatricku. Přesně nevím, kdo to byl. A ta se mnou o tom mluvila a vysvětlila mi, co se mi to vlastně děje a že mám tu depresi.“*
- Respondentka č. 2: *„Svěřila jsem to svému psychiatrovi a psychoterapeutce.“*
- Respondentka č. 3: *„Nejvíce mi pomohlo rozhodnutí jít k psychiatrovi a nechat se medikovat, všechno jiné mělo jen malý dopad.“*

- Respondentka č. 5: „(...) Tím, že mě odvezli na psychiatrii.“
- Respondentka č. 6: „Takže vlastně úleva přišla hned potom, kdy jsem nastoupila na tu psychiatrii.“
- Respondentka č. 8: „U něj jsem to konečně všechno někomu na plno přiznala.“
- Respondentka č. 9: „Už půl roku předtím jsem chodila k psychologce, takže jsem se na sezení svěřila jí.“
- Respondentka č. 10: „No a tenkrát mi psychiatr předepsal antidepresiva s tím, že trpím depresí.“

Návštěva psychiatra u většiny dotazovaných respondentek (konkrétně respondentky č. 1, 3, 4, 5, 6, 8, 10) doprovázela také medikace, tedy stanovení patřičné léčby. Respondentky, které využívaly pomoci psychologa, trpěly slabší formou deprese, kterou byly schopné zvládat i jinými léčebnými postupy. Jednalo se o respondentky č. 2, 7 a 9. Výzkum potvrdil, že medikace v těhotenství vzbudila u některých dotázaných žen strach o dítě, tedy o to, zda mu tím nemohou ublížit. Proto třeba léky přestaly brát. Jedná se o respondentku č. 4. Naopak před porodem bylo respondentce č. 6 doporučeno medikaci vysadit.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 2: „No vím, že kdybych pokračovala v braní těch antidepresiv, tak by mi bylo asi líp, ale zase na druhou stranu bych se cítila špatně, protože bych věděla, že to může ublížit miminku.“
- Respondentka č. 3: „Až poté, co mi zabrala antidepresiva, se můj stav začal jakž takž stabilizovat.“
- Respondentka č. 4: „(...) Co mi nejvíc pomohlo, byl po porodu, kdy už jsem se úplně zhroutila, psychiatr a antidepresiva.“
- Respondentka č. 5: „Tam mi asi nejvíce pomohly ty prášky.“
- Respondentka č. 8: „Doktor mi potvrdil, že mám depresi, a předepsal léky.“

Výzkum doložil, že ačkoli dotazované respondentky chtěly v boji s perinatální depresí pomoc od své rodiny, partnerů či manželů, bohužel se jim této pomoci moc

nedostávalo. Pouze respondentka č. 6 uvedla, že měla dostatek podpory ze strany rodiny a partnera/manžela.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 3: *„Svěřila jsem se manželovi a gynekologovi, ale oba můj problém brali spíše na lehkou váhu.“*
- Respondentka č. 4: *„Hodně mi pomáhala moje babička, která mě v podstatě vychovala a která se mnou bydlí ve stejném domě, taky mám dobré kamarádky, se kterými jsem se často scházela, a ty mě díky bohu vždycky vyslechlly.“*
- Respondentka č. 5: *„(...) Doufala jsem si, že by mi mohla pomoci má sestra, ale ta mi řekla, že je to v šestinedělí v pořádku. A manžel, kterému jsem se svěřila, vůbec nechápal mé stavy.“*
- Respondentka č. 7: *„Tchýně! Ještě to její poučování o tom, co mám a nemám dělat.“*
- Respondentka č. 8: *„Nejhorší byla rodina, která mě absolutně nechápala a spíš mi ještě situaci zhoršovala, než aby mi nějak pomohli.“*
- Respondentka č. 9: *„No patrně to byl ten partner, který místo pomoci a útěchy jen chodil okolo a byl spíš našťvaný, co jsem si to zase vymyslela.“*
- Respondentka č. 10: *„Tak byla to vlastně celá moje rodina, která vůbec nechápala, že mi není dobře – a divila se, proč se na miminko netěším a nemám radost.“*

6.2.4 Období po perinatální depresi

Níže uvedené výstupy nám zároveň odpovídají na výzkumnou otázku č. 4 (VO4):
Jakým způsobem ovlivnila ženám deprese v perinatálním období následný život?

Obdobím po perinatální depresi máme na mysli, jak perinatální deprese ovlivnila život v dané rodině, její vztahy, vztah k dítěti a dítě samotné. Výzkum ukázal, že dotazované respondentky na své depresivní stavy nevzpominají v dobrém, ale jsou si vědomy, že jejich často špatné nálady a plačtivé stavy rodinu ovlivnily.

Jen respondentka č. 9 ovlivnění rodiny nevnímá. Některé z nich zaznamenaly i změnu ve vztahu k dítěti (respondentky č. 4, 5, 6, 7, 8, 10) a některé z nich na svých dětech vnímají i dopady deprese (respondentky č. 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10). Žádná z nich však neuvedla, že se opravdu jedná o následek perinatální deprese. Výzkum dále prokázal, že kromě respondentky č. 2 by všechny dotazované respondentky nyní jednaly jinak a perinatální depresi řešily dříve.

Výzkum tedy potvrdil, že perinatální deprese má u oslovených respondentek jistý vliv na rodinu a její vztahy. Z výzkumu vyplynulo, že se může jednat i o pozitivní vliv, jak je třeba vidět u respondentek č. 3 a 6.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 1: *„Těžko posoudit, zřejmě změny nálad působily na všechny. Naštěstí partner byl takový tolerantní a nijak to nehrotil.“*
- Respondentka č. 2: *„Ano, úplně jsem přestala mluvit se svým otcem, moje máma, která rovněž trpí depresí, se se mnou v té době úplně odmítala bavit. No a s manželem to bylo takové nějaké chladné.“*
- Respondentka č. 3: *„Manžel se musel starat o děti, děti musely začít chodit dřív do školky.“*
- Respondentka č. 4: *„Ano, měla zásadní vliv. Tenkrát jsem si poprvé uvědomila, že v manželovi oporu nemám a nikdy mít nebudu. Od té doby náš vztah už nebyl nikdy jako dřív.“*
- Respondentka č. 6: *„Tak manžel možná, když to tak vezmu s odstupem, tak nás to možná sblížilo.“*
- Respondentka č. 7: *„Vliv to má na manžela, moc tomu totiž nerozumí, nechápe, co prožívám.“*
- Respondentka č. 8: *„Na rodinu to mělo obrovský vliv. V partnerovi jsem ztratila důvěru, protože mi nepomohl v nejhorsích chvílích, a asi kdybych neměla dvě děti, tak bych od něj odešla.“*
- Respondentka č. 10: *„No, tak vliv asi možná jo. (...) Takže atmosféra doma po narození Damiána nebyla úplně radostná.“*

Co se týče změn postoje dotázaných respondentek ke svým dětem, tak většina

dotazovaných se domnívá, že k nějaké změně došlo. Jedná se konkrétně o respondentky č. 4, 5, 6, 7, 8, 10. Jako dopady uváděly problém si k dětem najít cestu, vytvořit si vztah, nedokážou se s dítětem napojit a vnímat jeho potřeby. Jsou schopny mechanicky se o ně postarat, ale i tak mívají pocit, že je tato péče otravuje, a to je ještě více frustruje.

Naopak respondentky č. 1, 2, 3, 9 nevnímají žádnou změnu svého vztahu k dítěti.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 4: *„O děti jsem měla pořád jen obrovský strach a hrozně jsem pochybovala o sobě jako o dobré matce, když jsem nedokázala děti donosit.“*
- Respondentka č. 5: *„V těhotenství jsem se docela i těšila, ale po něm bylo vše naprosto jiné.“*
- Respondentka č. 6: *„(...) vzalo svým způsobem svobodu. To, že si můžete dělat, co chcete. Přijdete domů a je všechno jinak a najednou jsem prožívala i ty pocity. Dcera začala řvát a já jsem prostě nemohla zavřít oči a jít spát. Já jsem si pak začala vyčítat, jestli jsem chtěla tu dceru vůbec.“*
- Respondentka č. 7: *„Oba syny mám ráda, dám za ně život... Ale... U prvního jsem měla strašně ochranný způsob pečování, než jsem se naučila to, že nemůžu pořád předvídat a být mu v patách. U druhého syna je to horší. Mám pocit, že s ním nemám to správné pouto. Tak nějak se ho bojím, jeho reakcí. Jen tam chybí ten náboj, že jsem správná matka. Je mi to líto, neumím si s ním hrát, neumím se odreagovat. Při hře s ním jsem uzavřená, stáhnutá celá do sebe, taková zkoprnělá. Nemazlíme se tolik, co bych měla.“*
- Respondentka č. 8: *„(...) V těhotenství jsem k miminku žádný cit neměla, chtěla jsem jen potrat. Vztah si hledáme doteď.“*
- Respondentka č. 10: *„(...) Celkově ty moje problémy a i to, že on byl takové to ukřičené a náročné dítě, takže se to podepsalo na našem vztahu. No, já mu prostě nerozumím. Nevím, jak s ním mluvit. On je takový náročný a v hodně směrech problematický, že vůbec nevím, jak na něj.“*

Dotazované respondentky č. 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10 vnímají dopady deprese

na svých dětech. Zmiňovaly, že jsou děti více plačtivé, nevyrovnané, citově chladnější nebo jsou u nich diagnostikovány poruchy autistického spektra (respondentky č. 4 a 10).

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 1: *„Možná je díky tomu citově chladnější, emočně nevyrovnaný.“*
- Respondentka č. 4: *„(...) Ale u syna se objevila ADHD a porucha autistického spektra, konkrétně Asperger. Je to s ním velice náročné, dokonce si prodělal i jeden epileptický záchvat a od té doby v podstatě žiju ve strachu o jeho život.“*
- Respondentka č. 5: *„Ano, dcera je teď velmi úzkostlivá a já si to velmi vyčítám.“*
- Respondentka č. 6: *„Z toho, že jsem skončila na psychiatrii a jak mám výčitky, tak víc sleduju tu dceru, tak pořád mám strach o to, že jsem jí nějakým způsobem tím ublížila.“*
- Respondentka č. 7: *„U prvního bych řekla, že se neumí sám zabavit, dát najevo to, co cítí, neumí to vyjádřit. U druhého chybí pouto matka/dítě. Asi to ze mě cítí, protože je se mnou plačtivý.“*
- Respondentka č. 8: *„Dcera je vlastně od narození hodně plačtivá, přijde mi i taková úzkostná. Pořád na mě visí, což mě docela rozčiluje a asi nám to brání, aby ten vztah byl lepší.“*
- Respondentka č. 10: *„Ale myslím si, že ten vztah to určitě poznamenalo. A vlastně byla mu diagnostikovaná ADHD a porucha autistického spektra.“*

Z výzkumu také vyplynulo, že kromě respondentky č. 2 by všechny ostatní nyní své jednání ohledně perinatální deprese změnily. Oslovené respondentky by dnes reagovaly na takové problémy dříve a vyhledaly pomoc ihned. Navíc by se zodpovědněji stavěly k depresi v těhotenství a zvážily další těhotenství. Zároveň zdůraznily, že by o problému mluvily dříve – a ne, až bude nejhůře.

Vybrané odpovědi:

- Respondentka č. 1: *„No patrně bych byla zodpovědnější a nic z toho by se nestalo, dítě bych si naplánovala, až bych se na to cítila. To bych udělala jinak.“*
- Respondentka č. 3: *„Asi bych šla dřív pro léky a neplánovala bych po první negativní zkušenosti více těhotenství.“*
- Respondentka č. 5: *„Ano, začala bych tyto problémy řešit už v těhotenství nebo alespoň v porodnici.“*
- Respondentka č. 8: *„Ano, mrzí mě, že jsem pomoc nevyhledala dříve a nesvěřila se někomu.“*
- Respondentka č. 10: *„No kdybych tenkrát věděla, že jsou to ty deprese, tak bych to určitě řešila dřív přes nějakého lékaře nebo psychologa.“*

7 DISKUZE

V rámci diskuse budou porovnány výsledky výzkumu s teoretickými zdroji, dále budou definovány limity výzkumu a přínos výzkumu a doporučení pro další praxi.

SROVNÁNÍ S TEORETICKÝMI ZDROJI

Wolletová & Marshallová (2001) uvádí, že nároky, jež jsou kladeny na matky, mohou být velmi často protichůdné. Což potvrzuje i to, že na jednu stranu se od nich očekává, že se stanou matkami v tu správnou chvíli, tedy v odpovídajícím věku a ve vhodném vztahu a v řádně naplánovaném životě, ale zároveň má pro ně být mateřství něčím přirozeným. Většina dotazovaných respondentek (konkrétně 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10) si těhotenství plánovala, tedy domnívala se, že k tomu má adekvátní věk, vhodný vztah i naplánovaný život – a považovala těhotenství za něco přirozeného. A přesto se u nich rozvinula perinatální deprese, vnímaly pocity strachu a úzkosti v souvislosti s těhotenstvím, porodem či péčí o dítě. Takže ačkoli se domnívaly, že jsou pro těhotenství po všech stránkách připravené, neochránilo je to před vznikem perinatální deprese. Na druhou stranu respondentky č. 1, 2 a 9 si těhotenství nenaplánovaly, přišlo neočekávané do vztahu, jaký měly, ve věku, ve kterém byly, a nebyla to přirozená součást jejich života – a přesto trpěly perinatální depresí.

Pečená (1999) říká, že po prvotní fázi přijetí nové situace se začínají objevovat i první protichůdné pocity, kdy je žena šťastná, ale zároveň se u ní objevují pocity strachu, nejistoty a obav z možných komplikací. Výzkum u dotazovaných respondentek toto potvrzuje (konkrétně respondentky č. 3 a 6).

Raboch (2002) píše, že v období raného šestinedělí jsou ženy nejnáchylnější pro vznik duševní poruchy. Kdy některé studie ukazují, že kolísání emotivity, které je běžné až u 80 % všech žen po porodu, se může v celé jedné čtvrtině rozvinout až do depresivní fáze. Zhoršení situace v šestinedělí potvrzují i respondentky č. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8.

Ratislavová (2008) sděluje, že je otázkou každé ženy, jak se s tímto složitým životním obdobím vyrovná. Významnou měrou to je ovlivněno její samotnou osobností, věkem, přístupem k těhotenství, připraveností přijmout mateřskou roli, dále záleží na jejím sociálním, ekonomickém statusu, ale také na prostředí, ve kterém žije.

Bohužel výzkum blíže nezkoumal důvody pro vznik perinatální deprese ani blíže nezkoumal osobnost zkoumaných respondentek či jejich připravenost pro mateřskou roli. Z výzkumu však můžeme konstatovat, že kromě respondentek č. 1, 2, a 9 si ostatní těhotenství plánovaly. Šest respondentek bylo vdaných a 4 žily ve vztahu s partnerem, osm jich bydlelo v rodinném domě a dvě v bytě. Neuváděly tedy žádné ekonomické problémy, které by tak mohly výrazně ovlivnit propuknutí perinatální deprese.

Pařízek (2012) se domnívá, že těhotenství je období, které je charakteristické zvýšenou psychickou i fyzickou zátěží. V těhotenství nejčastěji dochází ke změnám emotivity, postojů a jednání. Toto období je charakteristické větší vzrušivostí, hádavostí, většími výkyvy nálad a pocity úzkosti. Dotazované respondentky uváděly velké množství pocitů, které v těhotenství vnímaly. Kromě dvou respondentek (č. 1 a 5) měly všechny radost z těhotenství, avšak strach vnímaly i ty, které měly radost z těhotenství (jedná se o respondentky č. 3, 6, 7). Další časté emoce, které se u respondentek objevovaly, byly (kromě strachu) beznaděj, pláč, spánek, únava a úzkosti. Výzkum tedy potvrzuje, že se jedná o období, které je velmi emotivní a s většími výkyvy nálad a pocity úzkosti.

Rastislavová (2008) dále uvádí, že všechny psychické změny těhotných žen zahrnují zvýšenou potřebu pozornosti od svých blízkých lidí. Toto sebestředné nastavení těhotné ženy je zcela přirozené a umožňuje jí naladit se na své potřeby a později na potřeby svého dítěte, což je důležitou a nezbytnou podmínkou pro připoutání se. Bohužel dotazované ženy ve výzkumu neuváděly velkou oporu ve svých rodinách, partnerech/manželech. Výzkum dokonce potvrdil, že pouze u respondentky č. 6 došlo k výrazné pomoci rodiny a partnera/manžela. Ačkoli je tedy třeba zvýšená pozornost blízkých pro těhotnou ženu, dotazovaným respondentkám se jí nedostávalo.

Dle Takácse, Sobotkové & Šulcové (2015) může být těhotenství rizikovým obdobím z důvodu vzniku nových či již dříve diagnostikovaných psychických poruch. Nejčastěji se jedná o citové poruchy, deprese a úzkosti. Z dotazovaných respondentek mělo celkem 5 již dříve psychické obtíže či se léčily s depresemi nebo úzkostmi. Jedná se o respondentky č. 2, 5, 6, 7, 10. Výzkum tedy potvrzuje, že u poloviny dotazovaných žen došlo k rozvoji již dříve diagnostikovaných psychických poruch a u druhé poloviny došlo ke vzniku problémů nových. Výzkum tedy potvrzuje, že těhotenství je rizikovým obdobím z těchto důvodů.

Ratislavová (2008) a Šulová (2005) zdůrazňují, že zvýšená pozornost by měla být věnována ženám negativně vyladěným na mateřství, mladším 20 nebo starším 35 let a ženám po neúspěšném těhotenství. Dále také ženám sociálně či ekonomicky znevýhodněným, drogově závislým či jinak psychologicky a fyzicky rizikovým. Z výzkumu vyplynulo, že pouze tři respondentky (č. 1, 2, 9) neplánovaly těhotenství, ale přímo negativně vyladěné na mateřství nebyly. Žádná z dotazovaných respondentek nebyla mladší dvaceti let, jedna byla v perinatálním období ve věku 20 let (respondentka č. 1) a jedna ve věku 38 let (respondentka č. 38). Po opakovaných potratech byla respondentka č. 7. Drogově závislá nebyla ani jedna dotazovaná. Sociální a ekonomický status nebyl blíže zkoumán, ale z rozhovoru nevyplývalo, že by některá z nich výrazně ekonomicky strádala. Výzkum tedy potvrzuje, že rizikem je věk starší 35 let a opakované potraty.

Čepický (1999) dodává, že u žen, které mají za sebou předchozí těhotenskou ztrátu nebo úmrtí dítěte, může být přítomné potlačení či popření běžných mateřských pocitů, fantazií a plánů. Což potvrzují i výpovědi u respondentky č. 7.

Lindberg (2019) řadí mezi projevy deprese v perinatálním období: pocity smutku, extrémní výkyvy nálad, apatie, zmatenost v úsudku, vleklé plačtivé nálady doprovázené neopodstatněnou úzkostí, pokles nálady doprovázený nezájmem o okolní dění i sebe samu, poruchy spánku – spavost i nespavost, poruchy jídelních návyků – odmítání jídla i přejídání se či patologické upnutí se k jednomu jídlu, potravině, dále nechut' rozhodovat se o základních věcech, nezájem v péči o sebe, změny v hygieně – zvýšení i absence, nezájem o očekávané dítě a pocity spojené se sebeobviňováním, případně myšlenky na sebevraždu a sebepoškození (Lindberg, 2019). Výzkum potvrdil především to, že dotázané ženy vnímaly strach (respondentka č. 1, 2, 4, 5, 6, 7, 10), beznaděj (respondentka č. 1, 3, 7, 8, 9, 10), pláč (respondentka č. 1, 2, 4, 7, 10), spánek a únavu (respondentka č. 3, 5, 6, 7, 8, 9) a úzkost (respondentka č. 4, 5, 6, 7, 10).

Dle Strunzové (2005) je třeba k ženám, které trpí tímto druhem deprese, přistupovat individuálně, neboť na všechny neplatí obecný postup. Zohledňuje se v takovém případě závažnost stavu, trimestr těhotenství a předchozí léčba, pokud k ní došlo. Dotazované respondentky toto potvrzují, pokud jde o péči psychiatra, psychoterapeuta nebo psychologa.

Talová et al. (2014) považuje za neúčinnější léčbu perinatální deprese psychoterapii, která může pomoci nejen samotné ženě, ale i celé rodině. Psychoterapie nezatěžuje ani ženu, ani dítě a má trvalejší výsledky než farmakoterapie. Bohužel dotazované respondentky minimálně využily možnosti psychoterapie. Pouhé tři respondentky (č. 2, 7, 9) se pokusily zvládnout perinatální depresi jinými metodami, než je medikace. Ať už se jedná o terapii, či tradiční čínskou medicínu, akupunkturu a aromaterapii. Respondentky to omlouvaly tím, že chtěly problém rychle vyřešit. Takže psychoterapie, ačkoliv je z dlouhodobého hlediska léčby lepší, u dotazovaných respondentek nebyla zvolena jako možnost vhodné léčby.

Naopak Kosová (2010) potvrzuje výsledky výzkumu, když říká, že léčba psychofarmaky je výhodná v tom, že léky mají rychlejší nástup účinků, jsou více spolehlivé ve snížení atak a jejich prevenci. Většina respondentek (konkrétně č. 1, 3, 4, 5, 6, 8, 10) využila při léčbě a zvládnání svých problémů medikaci. Takže z výzkumu vyplývá, že oslovené respondentky volí především léčby psychofarmaky před ostatními zdoluhavějšími, ale šetrnějšími možnostmi.

Orel et al. (2016) zdůrazňuje, že je velmi důležitá spolupráce mezi gynekologem a psychiatrem ženy, kteří by měli stav ženy sledovat a pravidelně kontrolovat. Dotazované ženy se bohužel neseťkaly s tímto typem spolupráce. Například respondentky č. 3 a 10 se setkaly s názory, že musí vydržet – nebo byly jejich problémy zlehčovány. Výzkum mezi dotazovanými respondentkami tedy nepotvrdil takový typ spolupráce.

Geisel (2004) považuje partnera v době těhotenství za přítele, oporu i vrbu ženě po celou dobu těhotenství, během porodu i šestinedělí. Může totiž velmi výrazně ženě pomoci s přijetím nové role, s pomocí pečovat o dítě a starat se o domácnost. Tím ji vytvoří prostor pro odpočinek a relaxaci. Naopak konflikty s partnerem, jeho nezájem a nedostatečná pomoc mohou umocnit psychické problémy. Výzkum mezi dotazovanými respondentkami neprokázal, že by takovéto chování mužů bylo běžné. Naopak respondentky poukazovaly na nezájem mužů o jejich problémy. Pouze respondentky č. 1, 3 a 6 mají zkušenost s pozitivním přístupem partnera.

Petr & Marková (2014) se domnívají, že deprese a úzkost v těhotenství velmi výrazně negativně ovlivňují mateřskou péči. Dotazované respondentky (č. 4, 7, 8, 10) toto potvrzují a vnímají, že perinatální deprese ovlivnila jejich současnou mateřskou péči.

Dle Murkofové et al. (2004) může deprese zkomplikovat porod nebo vývoj vztahu mezi matkou a dítětem. O komplikacích při porodu se dotazované respondentky v důsledku perinatální deprese nezmiňovaly. Avšak u respondentek č. 8 a 10 došlo ke komplikacím ve vztahu mezi matkou a dítětem.

Honzák (2010) říká, že neléčená deprese v těhotenství má významné důsledky pro tělesný i psychický stav matky i dítěte a její důsledky mohou být hluboké a celoživotní. Výzkum tyto dopady u dotazovaných žen potvrdil (jedná se o respondentky č. 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10).

Canadian Paediatric Society (2010) uvádí, žena trpící perinatální depresí nemusí být starostlivá a milující, což může vyústit až k narušení citové vazby mezi ní a dítětem. Což potvrzují i respondentky č. 8 a 10. Narušená citová vazba pak může negativně ovlivnit psychiku a chování dítěte. Což potvrdily i respondentky č. 1, 4, 5, 6, 7, 8, 10.

LIMITY STUDIE

Nedílnou součástí diskuse je zamyšlení se nad limity a kritická sebereflexe autora.

Jedním z limitů studie je nízký počet respondentů, který nám sice poskytl velké množství bohatých dat, ale zároveň získané výsledky nejsou k použití pro širší vědeckou teorii, neboť výzkumný soubor nelze považovat za reprezentativní. Nerepresentativní je také proto, že respondentky nemají jednotný věk, je u nich odlišná doba od prodělání perinatální deprese a vůbec se jedná o nízký počet respondentů.

Co se týče platnosti výsledků, je vhodné je ověřit ještě jiným výzkumníkem, aby v důsledku nezkušenosti výzkumníka nedošlo k jejich špatné interpretaci.

Jedním z nedostatků práce je i regionalita. Vzhledem k tomu, že data byla získávána v rámci jednoho kraje, nelze výsledky generalizovat.

Další z limitů tohoto výzkumu je získávání respondentek v jednom jediném zařízení – rodinné poradně. Získávání dat i v jiných zařízeních by mohlo vnést do výzkumu více informací. Jiná zařízení mohou pečovat o ženy s těžšími průběhy, různými způsoby léčby a podobně.

Volba polostrukturovaného rozhovoru se jeví jako vhodná forma pro tento výzkum, avšak díky nezkušenosti výzkumníka nemusely být položeny všechny doplňující otázky

včas a nemusely být dostatečně zodpovězeny. Šíře tématu byla v tomto případě na obtíž, neboť opravdu pojmout celou oblast a zeptat se na všechny doplňující otázky bylo pro nezkušeného výzkumníka náročné.

Za nedostatek považuji také zvolené otázky polostrukturovaného rozhovoru, které neobsahuje žádná standardizovaná metoda. Zvoleny byly pouze na základě rešerše literatury. V průběhu rozhovoru mohlo také dojít k neporozumění otázky nebo odpovědi. Při každém rozhovoru jsem se snažila toto riziko co nejvíce minimalizovat ujišťováním, zdali respondentka položené otázky rozumí, případně byla otázka co nejvíce dovysvětlena.

Významným limitem tohoto výzkumu je výzkumník sám, neboť vstupuje do výzkumu se svými osobnostními předpoklady – motivace, zájem, studium dané problematiky, ale také se svým aktuálním naladěním. Svou roli hraje i věk, pohlaví, zkušenosti a status výzkumníka.

Určitým limitem tohoto výzkumu může být také samotné naladění respondentek, vnitřní vlivy (nálada, únava, fyzické potřeby, stres z rozhovoru), vnější vlivy (prostředí, časové schéma rozhovoru) či zásahy výzkumníka do rozhovoru.

PŘÍNOSY REALIZOVANÉHO VÝZKUMU

Jednoznačným přínosem tohoto výzkumu je detailní vhled do prožívání perinatální deprese dotazovaných žen. Získané výsledky tak mohou sloužit nejen pro další výzkumy v této oblasti, ale také jako podklad pro větší osvětu tohoto tématu. Mohou se vytvářet letáčky, brožurky, rozhovory do televizních pořadů pro ženy nebo reklamní spoty do čekáren u lékařů. Je třeba zacílit na ženy, které jsou perinatální depresí ohroženy, a také na personál, který o ně v tomto období pečuje.

Pro mne osobně je práce souborem velmi důležitých poznatků a zkušeností respondentek s tímto problémem. Navíc jsem se velmi obohatila samotným zpracováním teoretické části a získala další zkušenosti při práci s odbornou literaturou. Provedení samotných rozhovorů pro mne bylo významnou zkušeností a přínosem pro další práci s lidmi. Jsem velmi vděčná za aktivní a otevřený přístup všech respondentek.

Mým osobním záměrem je uplatnit získaná data v praxi, kde bych se já v těsné spolupráci s rodinnou poradnou chtěla zaměřit na dopady perinatálních depresí matek

u dětí narozených těmto matkám a v rámci komplexní rodinné terapie pomáhat eliminovat nežádoucí dopady perinatální deprese na děti.

Za stěžejní přínos považuji zmírnění předsudků a stereotypů vzájemných se k těhotenství, a to zejména vnímání těhotenství společností jako nutně šťastného, radostného a obohacujícího období. Zároveň bych chtěla postavit důraz na změnu pohledu ženy s perinatální depresí na sebe samotnou, kdy tato deprese nebude vnímána jako osobní selhání, ale jako řešitelný problém, za který se žádná matka nemusí stydět.

DOPORUČENÍ PRO DALŠÍ VÝZKUM

Další výzkumy zaměřené na problematiku perinatální deprese se mohou opřít o výše nastíněné oblasti či nedostatky tohoto výzkumu. Mohou se tak věnovat dalším tématům ve smyslu:

- Hluběji prozkoumat faktory ovlivňující ženy v době vzniku perinatální deprese.
- Zaměřit se na dobu prvních projevů deprese a určení nejrizikovějšího období v těhotenství.
- Zaměřit se na účinnost psychoterapie u žen s perinatální depresí.
- Více definovat dopady (dlouhodobé, krátkodobé) na vztah s partnerem/manželem, na dítě, osobnost ženy s perinatální depresí.

8 ZÁVĚRY

Cílem tohoto výzkumu bylo popsat zkušenosti s depresí žen v perinatálním období, které jsou v péči rodinné poradny. Jsem si vědoma toho, že vzhledem k počtu respondentek není možné generalizovat výsledky výzkumu, přesto analýza desíti polostrukturovaných rozhovorů přinesla společná témata a v závěru jsme tak schopni popsat zkušenosti s depresí dotázaných žen v perinatálním období.

ZÍSKANÉ ZKUŠENOSTI OD OSLOVENÝCH RESPONDENTEK

- Prvotní pocity po zjištění těhotenství u dotázaných respondentek jsou protichůdné, zpočátku kladné, následně negativní.
- Nejčastější reakcí na zjištěné těhotenství u oslovených respondentek byla radost.
- Reakce partnerů/rodin u zapojených respondentek na těhotenství byly kladné.
- Před nástupem perinatální deprese zkoumané respondentky nejčastěji řešily různé vztahové problémy, bydlení, rodinné problémy či zdravotní problémy. Často se potýkaly s úbytkem energie, s péčí o domácnost či o další děti.
- U sedmi dotázaných respondentek bylo těhotenství plánované. U tří respondentek nebylo.
- Perinatální deprese nevznikla u každého těhotenství oslovených respondentek.
- Doba vzniku perinatální deprese byla u všech zapojených respondentek rozdílná.
- Mezi emoce, které zkoumané respondentky při perinatální depresi prožívaly, patří: strach, beznaděj, častý pláč, spánek a únava, úzkost.
- Při potížích se dotazované respondentky nejčastěji obrátily na někoho blízkého nebo hledaly na internetu.
- Oslovené respondentky se ze strany svých příbuzných a partnerů nesetkaly s pozitivním přístupem k problému, který je trápil.

- Praktičtí či odborní lékaři často problém zapojených respondentek bagatelizovali a neřešili.
- Pomoc psychiatra či psychologa využily všechny zkoumané respondenty a jejich pomoc hodnotí velmi kladně.
- Minimálně využívaly jiné metody léčby, než je medikace antidepresivy.
- Antidepresiva považují za rychlé řešení daného problému.
- Rozhovor dotázané respondenty považují za tu nejlepší léčbu, která jim byla poskytnuta.
- Dotázané respondenty nevzpomínají rády na období, kdy prožívaly perinatální depresi.
- Perinatální deprese zanechala stopy na jejich rodinných vztazích.
- Perinatální deprese u větší části zapojených respondentek ovlivnila jejich vztah k dítěti.
- Většina zkoumaných respondentek vnímá dopady perinatální deprese na svých dětech.
- Dotázané respondenty by nyní reagovaly jinak při prvních příznacích perinatální deprese, než tomu bylo předtím.
- Projevy perinatální deprese se zhoršily v období šestinedělí.
- Těhotenství je obdobím s většími výkyvy nálad a pocity úzkosti.
- U poloviny oslovených žen došlo k rozvoji již dříve diagnostikovaných psychických poruch, u druhé poloviny došlo ke vzniku nového problému.
- Rizikem u dotázaných žen je věk nad 35 let a opakované potraty.

SOUHRN

Tato práce se věnuje zkušenostem žen s depresí v perinatálním období. Práce přináší informace o prožitcích a změnách, které nastaly u žen v období těhotenství či těsně po porodu.

Teoretická část pojednává o tom, že ve chvíli, kdy žena otěhotní, nezávisle na jejím chtění zažije spoustu nevyhnutelných a velmi pozoruhodných změn.

Role matky je většinou velmi úzce spojena s pozastavením kariérního růstu, izolací v domácnosti, se změnou stylu života a s omezením svobody rozhodování. Je otázkou každé ženy, jak se s tímto složitým životním obdobím vyrovná. Přičemž zvýšená pozornost by měla být věnována ženám negativně vyladěným na mateřství, mladším 20 nebo starším 35 let a ženám po neúspěšném těhotenství. Dále také ženám sociálně či ekonomicky znevýhodněným, drogově závislým či jinak psychologicky a fyzicky rizikovým.

Perinatální deprese je deprese, která vzniká v období od viability plodu přes období porodu a šestinedělí. Pojmem viability chápeme období, kdy je plod schopen se narodit živý a po porodu přežít za daných podmínek lékařské a ošetrovatelské péče. Dolní hranice viability je mezi 22. týdnem a 24. týdnem těhotenství.

Mezi projevy deprese v perinatálním období patří pocity smutku, extrémní výkyvy nálad, apatie, zmatenost v úsudku, vleklé plačtivé nálady doprovázené neopodstatněnou úzkostí, pokles nálady doprovázený nezájmem o okolní dění i sebe samu, poruchy spánku – spavost i nespavost, poruchy jídelních návyků – odmítání jídla i přejídání se či patologické upnutí se k jednomu jídlu, potravině, dále nechut' rozhodovat se o základních věcech, nezájem v péči o sebe, změny v hygieně – zvýšení i absence, nezájem o očekávané dítě a pocity spojené se sebeobviňováním, případně myšlenky na sebevraždu a sebepoškození.

Neléčená deprese v těhotenství má významné důsledky pro tělesný i psychický stav matky i dítěte a její důsledky mohou být hluboké a celoživotní. Po narození dítěte může mít žena následně problém pečovat o něj, nedokáže být starostlivá a milující, což může vyústit až k narušení citové vazby mezi ní a dítětem. Narušená citová vazba pak může negativně ovlivnit psychiku a chování dítěte.

Dopad perinatální deprese matky na její dítě se vyvíjí v závislosti na jeho věku. Kojenec, který si nevytvoří blízký vztah s matkou, může mít potíže s interakcí,

se spánkem, může u něj dojít ke zpoždění vývoje, může mít více koliky, může být tišší a pasivní. Batolata a děti předškolního věku zase mohou být méně nezávislé, bojácné, mohou mít potíže s kázní a mohou být agresivnější, destruktivnější. Děti ve školním věku mohou mít problémy s chováním, učením, mají větší riziko vzniku poruchy pozornosti a hyperaktivity, také se objevuje vyšší riziko úzkosti, deprese či jiné duševní poruchy. U dospívajících pak hrozí vysoké riziko deprese, úzkostných poruch, poruch chování, zneužívání návykových látek, ADHD a potíže s učením.

Žena, která trpí perinatální depresí, může vyhledat lékaře, poradnu, terapii, navštívit svépomocné skupiny či manželskou poradnu.

Mezi klasické možnosti léčby patří psychoterapie, léčba psychofarmaky. Mezi alternativní léčbu řadíme hypnózu, ajurvédskou medicínu, čínskou medicínu, holistickou léčbu, terapii světlem, masáže, akupunkturu, aromaterapii, byliny, potravinové doplňky a léčbu přírodním progesteronem a placentofagií, což vše v této podkapitole uvádím. Perinatální depresi můžeme také ovlivnit pomocí elektrokonvulzivní terapie, holistické péče, terapie světlem nebo psychohygienou.

Výzkumná část si klade za cíl popsat zkušenosti s depresí žen v perinatálním období, které jsou v péči rodinné poradny. Aby výzkum zahrnul opravdu většinu prožitých zkušeností žen v perinatální období, bylo stanoveno několik okruhů:

- **Okruh 1:** Období před vznikem perinatální deprese.
- **Okruh 2:** Období počátku perinatální deprese a její prožívání.
- **Okruh 3:** Období zvládnání perinatální deprese.
- **Okruh 4:** Období po perinatální depresi.

V rámci výzkumu byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

VO1: Jak ženy prožívaly těhotenství před nástupem perinatální deprese?

VO2: Jak ženy popisují počátek perinatální deprese?

VO3: Jaké formy pomoci ženy trpící depresí v perinatálním období vyhledaly?

VO4: Jakým způsobem ovlivnila ženám deprese v perinatálním období následný život?

Při realizaci byly respondentky dle záměrného výběru přes instituci vybírány přímo přes poradenské pracovníky nebo samovýběrem prostřednictvím propagačního letáčku.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 10 respondentek.

Pro získání dat a zodpovězení výzkumných otázek byl zvolen kvalitativní výzkum. Z hlediska formy se dle metodologie jedná o vícepřípadovou studii. Jako metoda pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor.

Získaná data byla poté přepsána do písemné podoby a následně uspořádána a analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

Pod jednotlivými okruhy byla nalezena společná témata a podtémata.

- V okruhu Období před vznikem perinatální deprese byla nalezena tato **TÉMATA:** volba rodičovství, pocity, partner/rodina a osobní život, **PODTÉMATA:** plánované, neplánované, strach, radost, problémy.
- V okruhu Období počátku perinatální deprese a její prožívání byla nalezena tato **TÉMATA:** emoce, **PODTÉMATA:** beznaděj, spánek/únava, pláč, úzkost.
- V okruhu Období zvládnání perinatální deprese byla nalezena tato **TÉMATA:** využitá pomoc, **PODTÉMATA:** péče psychiatra/psychologa, léky, pomoc rodiny.
- V okruhu Období po perinatální depresi byla nalezena tato **TÉMATA:** osobní vztahy, **PODTÉMATA:** ovlivnění rodiny, dopady na dítě.

Výzkum zapojených respondentek doložil, že u oslovených žen jsou často prvotní pocity protichůdné, nebo naopak velmi kladné a následované prudkým obratem opačným směrem. Výzkum nám dále osvětlil, jaké potíže, problémy či situace musely dotázané respondentky během těhotenství řešit. Z výzkumu vyplynulo, že nejčastěji řešily různé vztahové problémy, bydlení, rodinné problémy či zdravotní problémy. Často se potýkaly s úbytkem energie, s péčí o domácnost či o další děti. Každá z nich si v daném období prožívala něco, co ji v už tak emočně náročném období mohlo rozhodit. Výzkum prokázal, že u většiny oslovených žen bylo těhotenství plánované. Celkem 7 dotazovaných respondentek těhotenství plánovalo a dítě si moc přálo. Samy si tedy zvolily těhotenství. Ať už se jedná o těhotenství přirozenou cestou, nebo prostřednictvím centra asistované reprodukce. Ať už se těhotenství podařilo na první pokus, nebo to trvalo déle. Pouze tři oslovené respondentky těhotenství neplánovaly. Samotné tedy o této možnosti neuvažovaly a musely ji přijmout, když se o ní dozvěděly. Výzkum dále potvrdil, že reakce rodin

či partnerů dotazovaných respondentek byly většinou kladné, doprovázené radostí a štěstím. Pouze v jednom případě se oslovená respondentka setkala s negativní nebo spíše pochybnou reakcí. Vše bylo bohužel ovlivněno tím, že už vícekrát potratila.

Výzkum doložil, že doba vzniku perinatální deprese u dotazovaných respondentek byla pokaždé jiná. Nelze přesně z rozhovorů vysledovat jednotný nástup deprese či určit okamžik, který je rizikový v období těhotenství pro vznik perinatální deprese. Dále výzkum prokázal, že perinatální deprese nemusí vzniknout ve všech těhotenstvích ženy.

Mezi emoce a stavy, které dotazované respondentky prožívaly, patří především strach, beznaděj, častý pláč, problémy se spánkem, únava a úzkost. Tyto pocity měly dotazované respondentky společné.

Dotazované respondentky svůj problém zpočátku nejčastěji řešily tím, že hledaly na internetu informace nebo se svěřily někomu blízkému. Ne vždy se však v rodině setkaly s pochopením. Často byly lynčovány za to, že si těhotenství neužívají. A že to, co prožívají, není normální. Výzkum ale také bohužel potvrdil, že řada lékařů, ať už praktických nebo odborných, jejich problém bagatelizovala a nezabývala se jím. Každopádně bylo potvrzeno i to, že obrátit se na psychologa či psychiatra považují dotazované respondentky za nejlepší řešení. Mohou tak využít nejen léčbu léky, ale také terapie či jiné/alternativní metody. Důležitý je poznatek, že většině žen pomáhal už samotný rozhovor, tedy mít tu možnost se svěřit někomu, kdo je odborník a kdo jim dá pocit, že jim může pomoci.

Výzkum ukázal, že dotazované respondentky na své depresivní stavy nevzpomínají v dobrém, ale jsou si vědomy, že jejich často špatné nálady a plačtivé stavy rodinu ovlivnily. Některé z nich zaznamenaly i změnu ve vztahu k dítěti a dopady na svých dětech.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

1. Baďurová, R. (2005). Životní události, vnímaná sociální opora, somatické obtíže a nemoci během těhotenství jako predátory prenatální mateřské anxiety a deprese. *Československá psychologie*, 5, 399–409.
2. Bareš, M. (2002). Antidepressiva v léčbě depresivní poruchy v těhotenství a po porodu. *Psychiatrie*, 6, 9–16. Získáno 19. srpna 2020 z http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl_02/03_suppl_2002_02.pdf
3. Bedrnová, E. (2010). *Duševní hygiena a sebeřízení pro vysokoškoláky a mladé manažery*. Praha: Fortuna.
4. Brenišin, P. (2018) Nebojte se porodu – první doba porodní. *Máma a já*. Získáno 7. listopadu 2020 z <https://www.mamaaja.cz/porod/nebojte-se-porodu-prvni-doba-porodni/>.
5. Brenišin, P. (2018) Nebojte se porodu – druhá a třetí doba porodní. *Máma a já*. Získáno 7. listopadu 2020 z <https://www.mamaaja.cz/porod/nebojte-se-porodu-druha-a-treti-doba-porodni/>.
6. Camp, J., M. (2013). Postpartum Depression: Teaching and Supporting the Family. *International Journal of Childbirth Education*, 4, 45. Získáno 30. září 2020 z <https://search.proquest.com/docview/1445008831/fulltextPDF/33AE06563E>
7. Canadian Paediatric Society. (2010). Depression in pregnant women and mothers: How it affects you and your child. Získáno 4. května 2020 z http://www.caringforkids.cps.ca/handouts/depression_in_pregnant_women_and_mothers
8. Chmel, R. (2005). *Otázky a odpovědi o porodu*. Praha: Grada.
9. Cox, J., L., Holden, J., M. & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 6, 782–786.
10. Čech, E., Hájek, Z., & Maršál, K. (2014). *Porodnictví*. Praha: Grada Publishing.
11. Čechová, V., Mellanová, A. & Rozsypalová, M. (2014). *Speciální psychologie*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
12. Čepický, P. (1999). Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 8(3), 162–250.
13. Deligiannidis, K. M. & Freeman, M. P. (2014). Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 85–95.

14. *Depression during Pregnancy*. (2015). Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. Získáno 2. dubna 2020 z <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693415000723>
15. Doležalová, P., Orliková, B., Kážmer, L., Drbohlavová, B. & Csémy, L. (2017). *Trauma v dětství a adolescenci*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví.
16. Dušek, K. & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
17. Evans, J., Heron, J., Francomb, H. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. Získáno 7. října 2020 z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11485953/>
18. Fialová, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. 1. vyd. Praha: Karolinum.
19. Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S. & Kuhn, C (2004). Massage therapy effects on depressed pregnant women. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*. Získáno 7. října 2020 z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15715034/>
20. Field, T., Figueiredo, B., Hernandez-Reif, M., Diego, M., Deeds, O. & Ascencio. (2008). Massage therapy reduces pain in pregnant women, alleviates prenatal depression in both parents and improves their relationships. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*. Získáno 7. listopadu 2020 z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19083666/>
21. Fishman, J. (2017). Perinatal Depression: More than the Baby Blues. *Zerotothree*. Získáno 7. listopadu 2020 z <https://www.zerotothree.org/resources/1889-perinataldepression-more-than-the-baby-blues>
22. Forray, A. & Ostroff, R. B. (2007). The use of electroconvulsive therapy in postpartum affective disorders. *The Journal of ECT*, 23(3), 188–193. Získáno 1. října 2020 z <https://search.proquest.com/docview/68242877/4BBDEFB90807472DPQ/2>
23. Franko, D., Blais, M. & Becker, A. (2001). Pregnancy complications and neonatal outcomes in women with eating disorders. *Am J Psychiatry*. Získáno 6. října 2020 z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11532732/>
24. Geisel, E. (2004). *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press.
25. Gossler, S. (2010). Use of complementary and alternative therapies during pregnancy, postpartum, and lactation. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, 48(11), 30-36. Získáno 17. července 2020 z <https://search.proquest.com/docview/762450862/fulltextPDF/ECE967A2810>

26. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
27. Holásková, K. (2004). *Sociální status ženy – rodičky v české porodnici*. Pardubice: Sborník referátů z 12. celostátního kongresu k sexuální výchově.
28. Honzák, R. (1999). *Deprese: Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén.
29. Honzák, R. (2010). Léčení deprese matky má smysl nejen po porodu. *Psychosom*, 8, 81-83.
30. Horowitz, J. A. & Goodman, J. H. (2005). Identifying and Treating Postpartum Depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 2, 267–268.
31. Hučín, J. (2000). Jiný stav přináší i jiný svět. *Psychologie dnes*, 7/8, 8–10.
32. Kašpárek, T. (2013). SSRI v graviditě a laktaci. *Psychiatrie pro praxi*, 14, 37–38.
33. Killarová, M. (2020). Porodní trauma. Získáno 20. října 2020 z <http://killarova.cz/porodni-trauma/>
34. Klíma, J. (2016). *Pediatric pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada.
35. Kosová, J. (2010). Co opravdu funguje u úzkostných poruch: k terapeutickým kombinacím přidáme cvičení. *Psychiatrie pro praxi*, 11(1), 11–14.
36. Koudelková, V. (2013). *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton.
37. Lederman, R. & Weis, K. (2009) *Psychosocial adaptation to pregnancy*. New York: Springer.
38. Legg, T. J. (2019) Hypnotherapy. *Healthline.com*. Získáno 20. října 2020 z <https://www.healthline.com/health/depression/hypnotherapy>
39. Leiknes, K., Lieknes, A., Cooke, M., Jarosch-von Schweder, L., & Harboe, I. (2015). Electroconvulsive therapy during pregnancy: a systematic review of case studies. *Archives of Women's Mental Health*. Získáno 26. srpna 2020 z <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0389-0>
40. Líbalová, Z. & Čepický, P. (2009). Poporodní blues. *Bulletin Sdružení praktických lékařů ČR*, 19, 14–15.
41. Lindberg, S. (2019). An Overview of Perinatal Depression. *Verywellmind* [online]. Získán z: <https://www.verywellmind.com/overview-perinatal-depression-4768491>
42. Maňák, J., Švec, Š. & Švec, V. (2005). *Slovník pedagogické metodologie*. Brno: Masarykova univerzita.

43. Martin, C., R. (2012) *Perinatal Mental Health, A Clinical Guide*. Keswick: M K Updake Ltd.
44. Matějček, Z. (1986). *Rodiče a děti*. Praha: Avicenum.
45. McNeil., TF. (1987). A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. 3. Relationship to mental health characteristics during pregnancy. *Acta Psychiatr Scand*. Získáno 7. listopadu 2020 z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3407430/>
46. Mezinárodní klasifikace nemocí: *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decennální revize MKN-10 (1992)* Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky.
47. Michelena, M. (2006). *První rok pro celý život*. Brno: ERA.
48. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
49. Mohr P., Hnídek D., Hankka J. (2012). Psychofarmaka v těhotenství a laktaci. *Postgraduální medicína*, 14(1), 17–23.
50. Mohr, P., Kopeček, M., Brunovský, M. & Páleníček, T. (2017). *Klinická psychofarmakologie*. Praha: Maxdorf.
51. Mohr, P. (2002). Farmakoterapie úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci anxiolytiky a hypnotiky. *Psychiatrie*, 6, s. 22–28.
52. Mrowetz, M. (2011). *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* Praha: DharmaGaia.
53. Murkoffová, H., Eisenbergová, A. & Hathawayová, S. (2004). *Co čekat v radostném očekávání*. Praha: Nakladatelství Slováry.
54. Nicolson, P. (2001). *Poporodní deprese*. Praha: Grada.
55. Odent, M. (2000). *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo.
56. Orel, M. (2016). *Psychopatologie nauka o nemocech duše*. 2 vyd. Praha: Grada.
57. Pařízek, A. (2008). *Kniha o těhotenství a dítěti*. Praha: Galén.
58. Pařízek, A. (2012). *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén.
59. Pastucha, P. (2007). Pohybová aktivita v léčbě úzkostných a depresivních poruch. *Psychiatrie pro praxi*, 8(5), 206–207.
60. Pečená, M. (1994). Psychologie ženy – psychologie těhotenství. *Československá psychologie*, 5, 466.

61. Pečená, M. (1999). *Psychologie těhotenství*. In: P. Čepický (Eds.), Sborník prací celostátního kongresu ČGPS ČLS JEP „Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví“. Praha: EUROAGENTUR, LEVRET.
62. Petr, T., & Marková, E. (2014). *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada.
63. Praško, J., Doubek, P., Látalová, K., Grambal, A., Kamarádová, D. & Ticháčková, A. (2011) Fototerapie – léčba jasným světlem. *medicinapropraktixi.cz*. Získáno 20. října 2020 z <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/08.pdf>
64. Praško J, Kosová J. & Herman E. (2002). Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a poporodním období. Praha: 3. lékařská fakulta Univerzity Karlovy
65. Praško, J. (2002). Psychoterapie poporodních depresí. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*, 6. Získáno 3. dubna 2020 z http://www.tigis.cz/images/stories/psychiatrie/2002/suppl_02/09_suppl_2002_02.pdf
66. Praško, J., Buliková, B. & Sigmundová, Z. (2010). *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén.
67. Praško, J., Prašková, J. & Prašková, H. (2003). *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál.
68. Pravdová, E. (2006). Sport a fyzická aktivita v těhotenství. *Máma a já* (5) 10–12.
69. Prekopová, J. (2014). *Malý tyran*. Praha: Portál.
70. Radimský, M. (2001). *Psychiatrie II*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
71. Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area.
72. Rohde, A. & Dorn, A. (2007). *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie: das Lehrbuch*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
73. Roztočil, A. (2017). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada.
74. Řiháček, T., Čermák, Ivo. & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
75. Seifertová, D., Mohr, P., Strunzová, V. & Čepický, P. (2007) Léčba psychofarmaky v těhotenství a laktaci. *Psychiatria pre praxi*, 3, 118–124.
76. Shari I. Lusskin. (2008). *Gyneekologie po promoci*, 3, 34.
77. Simkin, P. (2000). *Partner u porodu: vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci*. Praha: Argo.
78. Sinclair, C. (2004). *A midwife's handbook*. St. Luis: Saunders.

79. Sleepingbabyplay. (2018). Pregnant: physical and psychic changes you will experience. Získáno 16. 10. 2020 z <https://www.sleepingbabyplay.com/en/pregnant-physical-and-psychic-changes-you-will-experience/>
80. Slezáková, L., Ostránská, A., Ošťádalová, A., Příkrylová, L., Přivřelová, I., Mazalová, L. & Stojčevová, M. (2007). *Ošetrovatelství pro zdravotnické asistenty II – pediatrie, chirurgie*. Praha: Grada.
81. Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis: a reply to the commentaries and further development of criteria. *Health Psychology Review*, 5(1), 55–61.
82. Stackeová, D. (2004). *Fitness: metodika cvičení ve fitness centrech*. 1. vyd. Praha: Karolinum.
83. Stadelmann, I. (2009). *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. Praha: One Woman Press.
84. Strunzová, V. (2005). Terapie deprese, úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci. *Psychiatrie pro praxi*, 1. 26–30.
85. Stuart, S. (2012). Interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 134. Získáno 30. září 2020 z <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/cpp.1778>
86. Sušilová, L. (2017). Léčba deprese v těhotenství. LF MU BRNO. Získáno 20. října 2020 z <https://www.praktickelekarenstvi.cz/pdfs/lek/2017/03/02.pdf>
87. Šulová, L. (2005). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
88. Šebela, A., Nosková, E., Goetz, M., & Mohr, P. (2017). Psychofarmaka během těhotenství – mírní, nebo zvyšují riziko pro plod? Část druhá: stabilizátory nálad, anxiolytika. *Solen*. 18(6) 352–355. Získáno 20. října 2020 z <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2017/06/04.pdf>
89. Šebela, A. (2019). Systematická péče o duševní zdraví nastávajících maminek v Česku zaostává. *Nudz.cz*. Získáno 20. října 2020 z <https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-pilotni-projekt-peco-o-dusevni-zdravi-matek.pdf>
90. Švarcová-Slabinová, I. (2005). *Základy pedagogiky*. Praha: Vydavatelství VŠCHT Praha.
91. Takács, L., Sobotková, D. & Šulová, L. (2015). *Psychologie v perinatální péči*. Praha: Grada.
92. Talová, B., Látalová, K., Praško, J. & Mainerová, B. (2014). Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu. *Česká a slovenská psychiatrie*, 110(1), 29–37.

93. Tranta, L. (2019) Jak pomoci v léčbě duševních poruch tradiční čínskou medicínou? *Tcm.cz*. Získáno 21. října 2020 z <https://www.tcm.cz/n/rozhovor-lecba-dusevni-choroby-tcm-lubos-tranta>
94. Vágnerová, M. (2000). *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál.
95. Valenzuela, S. K. (2012). The power of natural progesterone: Treating hormone-related postpartum depression. *Midwifery Today*, 12, 22–25. Získáno 12. září 2020 z <http://search.proquest.com/docview/1418416175/fulltextPDF/33AE06563E>.
96. Větr, M. (2001). Psychosociální rizika v těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 10, 115–127.
97. Vodáčková, D. (2007). *Krizová intervence. Krize v životě člověka*. Praha: Portál.
98. Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
99. Weier, K. M. & Beal, M. W. (2004). Complementary therapies as adjuncts in the treatment of postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(2), 96–104. Získáno 6. srpna 2020 z <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2003.12.013/pdf>
100. Wessels, M. (2006). *Cvičení v těhotenství a šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing
101. Woollett, A., & Marshall, H. (2001). *Motherhood and mothering*. In Unger, R. K. (Ed.) *Handbook of the Psychology of Women and Gender*. New York, NY: John Wiley & Sons.
102. Yexley, M. J. (2007). Treating postpartum depression with hypnosis: Addressing specific symptoms presented by the client. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 49(3), 219-23. Získáno 13. září 2020 z <http://search.proquest.com/docview/218777237/fulltextPDF/816EAC1F890>
103. Zacharová, E. (2014). Specifika psychosociálního přístupu v porodnictví. *Zdravotnictví a medicína*, 14(19), 5–6.
104. Zlatohlávková, B. (2011). Viabilita plodu a novorozence. *Aktuální Gynekologie a Porodnictví*, 3, 47–51.
105. Zubaran, C., Schumacher, M., Roxo, M. & Foresti, K. (2010). Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. *African Journal of Psychiatry*, 13(5), 357–365. Získáno 28. srpna 2020 z <https://www.ajol.info/index.php/ajpsy/article/view/63101>.

106. Zuckerman B, Bauchner H, Parker S. (1990). Maternal depressive symptoms during pregnancy, and newborn irritability Dev Behav Pediatr. Získáno 6. listopadu 2020 z <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2212032/>

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Problematika perinatální deprese z pohledu prožité zkušenosti

Autor práce: Bc. Markéta Slaninová

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Počet stran a znaků: 145, 204 082

Počet příloh: 3

Počet titulů použité literatury: 106

Abstrakt:

Tématem této diplomové práce je Problematika perinatální deprese z pohledu prožité zkušenosti. Teoretická část postupně definuje období těhotenství a možné duševní poruchy, které mohou ženy v tomto období ovlivnit. Blíže definuje problematiku perinatální deprese, a to včetně možností léčby a péče o ženy s perinatální depresí. Výzkumnou část tvoří kvalitativní výzkum realizovaný metodou polostrukturovaného rozhovoru s respondentkami, které jsou v péči rodinné poradny a mají za sebou prožitou perinatální depresi. Výzkum si klade za cíl popsat zkušenosti s depresí žen v perinatálním období. Výzkumný soubor byl získán kombinací záměrného výběru přes instituci a samovýběru. Celkově bylo analyzováno 10 rozhovorů pomocí interpretativní fenomenologické analýzy. Výsledky přinesly údaje o tom, že perinatální deprese negativně ovlivňuje průběh těhotenství, šestinedělí i následný život matky a dítěte. Výrazně poznamenává vztahy v celé rodině. Zvládnutí perinatální deprese nejvíce přispívá péče psychologa či psychiatra a následná medikace.

Klíčová slova: těhotenství, porod, šestinedělí, perinatální deprese, psychoterapie, psychofarmaka, alternativní léčba, psychohygiéna

ABSTRACT OF THESIS

Title: The issue of perinatal depression from the perspective of lived experience

Author: Bc. Markéta Slaninová

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Number of pages and characters: 145, 204 082

Number of appendices: 3

Number of references: 106

Abstract: The topic of this diploma thesis is the issue of perinatal depression from the perspective of lived experience. The theoretical part gradually defines stages of pregnancy and mental disorders that might affect women during pregnancy. This thesis closely defines the issue of perinatal depression including treatment and care of women with perinatal depression. The practical part is created by qualitative research method that was realized with semistructured interview with respondents that are in family consulting room care and went through perinatal depression. Practical part's aim is to describe experiences of women with depression in perinatal period. Research group was obtained with combination of intentional selection through institution and self - selection. All in all ten interviews were analysed with the aid of interpretative phenomenological approach. Results brought data about the fact that perinatal depression affects pregnancy, puerperium and further life of mother and child in negative way. It boldly affect relations in whole family. Care of psychologist, psychiatrist and further medication contribute the most in coping with perinatal depression.

Key words: pregnancy, birth, puerperium, perinatal depression, psychotherapy, psychopharmaceutical, alternative treatments, mental hygiene

PŘÍLOHY

Příloha č. 1:

Informovaný souhlas s účastí na výzkumu v rámci diplomové práce

Název práce: Perinatální deprese z pohledu prožité zkušenosti

Autor práce: Bc. Markéta Slaninová

Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Místo realizace: Rodinná a manželská poradna Opava

Cílem této práce je zmapování zkušeností s depresí žen v perinatálním období, jež jsou v péči rodinné poradny.

Podmínkou účasti ve výzkumu je provedení rozhovoru, který bude nahráván, následně doslovně přepsán a analyzován. Získaná data budou interpretována. Výsledná data budou zveřejněna v této práci a dalších případných vědeckých výstupech. Prezentace výsledků může být obohacena také o doslovné citace z poskytnutého rozhovoru.

Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s podmínkami účasti na výzkumu „Problematika perinatální deprese z pohledu prožité zkušenosti“ a že se jej chci dobrovolně zúčastnit. Beru na vědomí, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výzkumu jsou anonymní a nebudou použity jinak než k interpretaci výsledku v rámci diplomové práce. Rovněž beru na vědomí, že mohu z výzkumu kdykoli podle svého vlastního uvážení vystoupit.

Dne.....

Jméno a příjmení.....

Podpis.....

Příloha č. 2: Letáček.



Trpěla jste v těhotenství, nebo po porodu, depresí?

Připravuji diplomovou práci, kde bych chtěla poukázat na důležitost psychické pohody nastávajících maminek a maminek těsně po porodu.

Hledám dobrovolnice, které by rády přispěly svými zkušenostmi k vyzdvižení tématu, o kterém se moc nemluví, přesto je jeho propagování velice důležité.



ANONYMNÍ ROZHOVOR

Pokud jste maminkou, která by byla ochotná udělat anonymní rozhovor na toto téma, prosím kontaktujte mne.

Bc. Markéta Slaninová
Tel: 773 661 647
E-mail: m.slainova11@seznam.cz



Filozofická
fakulta

Práce je pod vedením MUDr. PhDr. Miroslava Orla, Ph.D.

Příloha č. 3: Okruhy, hlavní a doplňující otázky polostrukturovaného rozhovoru

Demografické údaje:

Věk:

Vzdělání:

Zaměstnání:

Bydliště: byt, dům, dvougenerační dům

Rodinný stav v perinatální období:

Počet dětí: – pokud více, při kterém těhotenství trpěla depresí:

Anamnestické údaje:

Osobní anamnéza

- Dřívější psychická onemocnění

Rodinná anamnéza

- Psychická onemocnění v rodině

Výzkumná otázka: Jak ženy prožívaly těhotenství před nástupem perinatální deprese?

Okruh: Období před vznikem perinatální deprese

1. Bylo Vaše těhotenství chtěné/plánované?
2. Jak byste popsala své emoce, když jste se dozvěděla, že jste těhotná?
3. A jaká byla reakce Vašeho partnera/rodiny?
4. Napadá Vás něco, co jste v období těhotenství řešila?

Výzkumná otázka: Jak ženy popisují počátek perinatální deprese?

Okruh: Období počátku perinatální deprese a její prožívání

1. Kdy poprvé jste na sobě pocítila psychické změny?
2. Co konkrétně se Vám dělo? Jak byste tyto stavy popsala?
3. Popíšete mi, prosím, své pocity z tohoto období?

Výzkumná otázka: Jaké formy pomoci ženy trpící depresí v perinatálním období vyhledaly?

Okruh: Období zvládnání perinatální deprese

1. Jak jste svou psychickou nepohodu řešila? Svěřila jste se někomu?
2. Co nebo kdo Vám nejvíce pomohlo?
3. Co nebo kdo Vám naopak ve Vaší situaci a stavu nepomohlo nebo dokonce přitížilo?
4. Dokážete si vybavit něco nebo někoho, o čem jste si myslela, že by mohlo pomoci, ale nedostalo se Vám možnost toho využít?

Výzkumná otázka: Jakým způsobem ovlivnila ženám deprese v perinatálním období následný život?

Okruh: Období po perinatální depresi

1. Popište prosím, jakým způsobem se vyvíjel Váš psychický stav po skončení šestinedělí?
2. Měla prožitá deprese nějaký vliv na rodinu? V čem?
3. Zaznamenala jste nějaké změny v postoji k dítěti v souvislosti s depresí v těhotenství a bezprostředně po něm?
4. Vnímáte ze své pozice matky nějaký vliv deprese na dítě?
5. Jak zpětně vnímáte zvládnutí tohoto psychicky náročného období? Udělala byste něco jinak?

Otázky na závěr

Jaké pro Vás bylo mluvit o tomto tématu?

Napadá Vás ještě něco, co byste chtěla k tomuto tématu dodat?

Vzkázala byste něco ženám, které trpí perinatální depresí, ze své vlastní zkušenosti?