

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

**Katedra antropologie a zdravotní vědy**

**Diplomová práce**

Bc. Monika Hýžová

Učitelství sociálních a zdravotních předmětů pro střední

a vyšší odborné školy

**Poporodní deprese u mladých matek**

Olomouc 2017

Vedoucí práce- Doc. PhDr. Josef Konečný CSc.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedenou literaturu a zdroje.

V Olomouci dne 15.5. 2017

.....

Bc. Monika Hýžová

Děkuji vedoucímu práce Doc. PhDr. Josefu Konečnému CSc. za pomoc, odborné vedení, cenné rady a čas, kterými mi ke tvorbě práce věnoval.

Děkuji své rodině, která mě počas studií podporovala. Především pak děkuji své mamince, která mi při plnění studijním povinností hlídala děti a bez jejíž pomoci bych nevystudovala.

V neposlední řadě také mnohokrát děkuji respondentkám, které se na mém výzkumu podílely.

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>6</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>7</b>
<b>1 CHARAKTERISTIKA POPORODNÍCH DEPRESÍ .....</b>	<b>7</b>
1.1 Historie.....	7
1.2 Klasifikace psychických poruch .....	8
1.2.1 Poporodní blues.....	9
1.2.2 Poporodní deprese.....	9
1.2.3 Poporodní psychóza .....	10
1.3 Úzkostné poruchy v těhotenství a po porodu.....	10
1.4 Psychické změny v těhotenství a po porodu .....	11
1.5 Rizikové faktory a příčiny vzniku psychických poruch.....	11
1.5.1 Negativní životní události .....	12
1.5.2 Stres.....	12
1.5.3 Změny statusu – sociální role.....	13
1.6 Léčba psychických poruch v těhotenství a po porodu .....	14
<b>2 POPORODNÍ DEPRESE- definice, vznik a výskyt, projevy a typy, terapie a léčba.....</b>	<b>16</b>
2.1 Definování poporodní deprese .....	16
2.2 Vznik a výskyt poporodní deprese .....	16
2.3 Projevy a typy poporodní deprese.....	17
2.3.1 Insuficientní typ .....	18
2.3.2 Nutkavý typ.....	18
2.3.3 Panický typ.....	18
2.4 Terapie a léčba poporodních depresí.....	19
2.4.1 Hormonální antikoncepce v léčbě.....	20
2.4.2 Psychoterapeutická léčba .....	20
2.4.3 Farmakologická léčba .....	22
2.4.4 Alternativní léčba.....	22
<b>3 SCREENING POPORODNÍCH DEPRESÍ .....</b>	<b>25</b>
<b>4 PSYCHOHYGIENA .....</b>	<b>26</b>
4.1 Odpočinek, kojení, podpora partnera a rodiny, relaxace.....	26
4.1.1 Odpočinek .....	26

4.1.2 Kojení.....	26
4.1.3 Podpora partnera a rodiny .....	28
4.2 Pomoc a kde ji hledat .....	28
4.2.1 Zdravotnický personál.....	28
4.2.2 Předporodní kurzy a kurzy péče o kojence .....	29
4.2.3 Mateřská centra .....	29
<b>PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>30</b>
<b>5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....</b>	<b>30</b>
5.1 Formulace problému a stanovení cíle .....	30
5.2 Základní výzkumné otázky .....	31
5.3 kvalitativní výzkum.....	31
5.3.1 Metody kvalitativního výzkumu .....	32
5.4 Cílová skupina (Výzkumný vzorek) .....	36
5.5 Sběr dat .....	37
<b>6 ANALYTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>39</b>
<b>7 VÝSLEDKY PRÁCE.....</b>	<b>68</b>
6.1 Zodpovězení výzkumných otázek:.....	68
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>73</b>
<b>SUHRN.....</b>	<b>75</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>76</b>
<b>ANOTACE.....</b>	<b>79</b>

## ÚVOD

Ve své diplomové práci se pokouším přiblížit široké veřejnosti rozdíly ve vnímání mladých matek po porodu svých dětí. Žena za celý svůj život prochází celou řadou změn, jak změnami fyzickými, tak i psychickými. K těm nejvýraznějším změnám pak patří období první menstruace a dospívání, které je těžké hlavně po psychické stránce, období těhotenství a porodu. Žena se za celý život musí vypořádat s psychickými vlivy prostředí, ve kterém žije. Jsou na ni kladeny požadavky, společnost diktuje, jaká musí být žena matka podle nejnovějších trendů. Pro mnohé ženy pak bývá náročné, když nedokážou očekávání společnosti a co hůř, rodiny, naplnit. K psychické nepohodě ženy negativně přispívá i tíživá životní událost, stres nebo například zdravotní problémy, se kterými se v těhotenství musela potýkat. Ženy pak po porodu pocítují obavy, strach, mají v sobě psychický blok. Bojí se na dítě sáhnout, mají pocit, že to dítě ani není jejich. K těmto pocitům se velmi brzy přidružují i další pocity, kterými jsou obavy, zoufalství a pocit méněcennosti nebo neschopnosti postarat se s láskou o své novorozené dítě. Jedná se pouze o část příznaků poporodní deprese, o kterých pojednává má diplomová práce.

Ženy, které poporodní depresí trpí, prožívají peklo. Jen málo kdo si dokáže představit, co musí takové ženy prožívat a jak se mohou cítit. Proto jsem se rozhodla pro sepsání diplomové práce a nastínění této problematiky veřejnosti, aby nebyla tolik tabuizovaná a maminky, aby netrpěly následky předsudků, které jsou proti nim zaujaté, z důvodu nevědomosti veřejnosti.

Cílem diplomové práce je tedy objasnit vznik, průběh a faktory, které se na vzniku poporodních depresí mladých maminek podílejí a informovat veřejnost o existenci poporodních depresí a jejich závažnosti, které by mohly mít zvláště u mladých maminek tragické následky.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 CHARAKTERISTIKA POPORODNÍCH DEPRESÍ

Poporodní deprese se obvykle objevují za 6-12 týdnů po porodu, ale není výjimkou, že se objeví do jednoho roku poté. Poporodní deprese je zařazen v MKN pod psychiatrickou diagnózou se zkratkou F53. Jedná se o duševní poruchy a poruchy chování související se šestinedělím, nezařazené jinde.

Pro většinu matek se stává den porodu jejich šťastným dnem. Narodí se jim jejich vytožené miminko a začne tak další etapa života rodičů. Málo kdo ale ví, že mezi vším štěstím a radostí, který s sebou porod a přivedení nového člověka na svět přináší, jsou i matky, které toto štěstí nesdílí. V poporodním období se objevuje krátká epizoda, která s sebou vnáší zhoršení nálady, pláčivosti, kterou prožívá ohromné procento žen. Udává se 50-80% žen. Tyto epizody se projevují nejčastěji 3. – 4. den po porodu. Matky svírá pocit beznaděje, mají pocit, že k dítěti nechovají žádné city, že nebudou dobrými matkami a nebudou schopné své dítě vychovat. Těmto pocitům beznaděje, podrážděnosti a frustrace se v anglosazských zemích říká „maternity blues“ (Praško, 2003, s. 4).

### 1.1 Historie

Že je těhotenství a porod velkou psychickou a fyzickou zátěží pro každou ženu, nemusíme připomínat. Vliv těhotenství a porodu na psychiku ženy se v historii zkoumá odedávna.

Poporodní deprese se vyskytovaly již ve Starověku, kde byly uznány jako běžné onemocnění a byly také popisovány pod různými jmény. Mnoho náboženských a mytologických textů popisuje projevy, které se shodují se současným chápáním deprese. Příznaky deprese byly popsány řeckými a římskými lékaři, kteří používali termíny jako „mánie“ či „melancholie“. Řecko-římská medicína si začala všimnout zvláštností chování žen po porodu jejich dětí a melancholii vysvětlovala jako strach, agresi a sebevražedné sklony. Důkazem byl životní příběh mladé matky, která po porodu svého prvního dítěte popsala, jak se cítila zoufale, z roku 1436 (Resnick, 2000 in Runyion, 2011 p.4).

Hippokrates ve 4. Století př. n. l. popisoval příznaky deprese jako melancholii, kterou vylíčil jako „strach a deprese, pocit nenávisti všech lidí, nespokojenost se svým životem“ (Khandelwal, 2001, p. 10).

V 19. Století se o poporodní deprese začali zajímat dva francouzští lékaři. Dr J.E.D. Esquirol zkoumal 90 žen, které trpěly citovými problémy a depresemi a rozdělil je do tří typů dle jejich vzniku na nemoci vzniklé v průběhu porodu, ihned po porodu a ty, které se u žen objevily až po šestinedělí. Mnoho ze sledovaných žen trpěly v naprosté tichosti, protože se báli nejen odsuzování a nepochopení, ale i zavrnutí ze strany rodiny (Misri, 1995 in Runyion, 2011, p. 4).

Dr. L.V. Marce v roce 1858 pozoroval 300 žen, kdy vycházel ze tří kategorií, které stanovil Dr. Esquirol. Závěrem zkoumání bylo, že jisté druhy emocionálního onemocnění se objevují v poporodním období. Marce si byl jist, že spouštěčem emocionálního onemocnění po porodu ženy byl prvek fyzikálního mechanismu, který však nemohl přesně identifikovat. Svým objevem se však stal velmi uznávaným lékařem a také průkopníkem, který položil základní pilíře moderního myšlení o poporodních depresích a endokrinního systému (Misri, 1995 in Runyion, 2011, p. 4).

V U.S.A. v roce 1926 dva vědci prohlásili, že poporodní deprese není jiná, než jakákoli jiná deprese. V té době termín „poporodní“ nebyl používán, dokonce nebyl použit v žádné z učebnic, které by se depresemi u žen zabývaly. Častější pojem, který byl uznáván a hojně používán především porodními asistentkami, byl termín „blues“, který se v dnešní době spojuje se zasmušilou náladou žen po porodu. V roce 1964 Dr. Pitt, původem Angličan, zjišťoval u sta žen jejich psychický stav v období mezi 7.-10. dnem od porodu. Z jeho zjištění vyplývá, že 50% ze sta pozorovaných žen, bylo v tomto období plačtivých nebo trpělo depresí. Šest z nich dokonce trpělo depresí měsíc i delší dobu (Dalton and Horton, 2001 in Runyion, 2011, p. 4). Teprve v osmdesátých letech začaly být žen uznávány a chápány a jejich úzkostné stavy a neschopnost postarat se o své novorozené dítě, se začaly řešit v podobě poradenství a pomoci (Sichel and Driscoll, 1999 in Runyion, 2011, p. 5).

Praško uvádí, že až 10-15% žen pociťuje v poporodním období stále přetrvávající pocity paniky a zhoršující se nálady různé intenzity a délky trvání. Plnou depresivní příhodu pak prožije zhruba 8-15% rodiček, kdy největší rizikovou skupinu tvoří adolescentní matky (Praško, 2002, s. 39-44).

## **1.2 Klasifikace psychických poruch**

Čerňanová rozděluje poporodní psychické poruchy na poporodní nepsychotické poruchy, kde řadíme poporodní blues a poporodní depresi, a deprese psychotické. Mezi zásadní příčinu, která vyvolává v rodičkách psychotické poruchy, řadíme prudký pokles vysokých

hladin gonadálních hormonů během porodu a těsně po něm, z nichž nejvýznamnější roli hraje pokles antidopaminergního vlivu estrogenů (Čerňanová, 2009 s. 19-20).

### **1.2.1 Poporodní blues**

Poporodní blues je přechodnou poporodní dysforickou reakcí, která se vyskytuje až u 60-80% rodiček a objevuje se v prvním týdnu po porodu. Trpí jí mnoho žen nezávisle a jejich kultuře či rasy. Může trvat několik hodin až dnů (Honzák 1999, s. 51).

Poporodní blues vzniká prudkým poklesem progesteronů a estrogenů (Praško, 2009, s. 44). Mezi hlavní příznaky patří neklid, podrážděnost, změny nálad, únava, úzkost, plačtivost. Ženy také pocítují záchvaty paniky, pocity nejistoty, samoty a vlastního selhání. Střídají se stavy plné euforie a radosti se stavy s úzkostným pláčem. Tento smutek však nevyžaduje léčbu, ale včasnou psychologickou pomoc matce a jejího partnera.

Poporodní blues se objevuje většinou u prvorodiček. Za hlavní příčiny mohou být považovány psychosexuální problémy, manželské dysharmonie, bolesti bradavek při snaze o kojení a neúspěšných pokusech o kojení dítěte, neplánovaná gravidita a tudíž psychická nepřipravenost na příchod vlastního dítěte či déletrvající úzkosti a deprese, které měly své počátky již v těhotenství. Na vzniku se může také podílet spánková deprivace (Čepický, 1999 in Ratislavová, 2008, s. 82).

Pokud by úzkostné stavy trvaly déle než 14 dní, může dojít k rozvoji mnohem závažnější poruchy, kterou nazýváme poporodní deprese.

### **1.2.2 Poporodní deprese**

Jedná se o velmi závažné, až život ohrožující psychické onemocnění, které můžeme definovat jako déletrvající zhoršení nálady, pocity méněcennosti, bezradnosti a smutku, ztráty zájmu a potěšení ze života, strach z budoucnosti (Kennedy, 2001 in Praško, 2002, s. 39-44).

Příčinou je momentálně špatný psychický stav matky, který jí nedovolí plnit svoje mateřské povinnosti. Tyto stavy se mohou vyskytovat již v období těhotenství, dokonce i u těhotenství, která byla dlouhou dobu plánována.

Projevy PPD, tedy postpartální deprese, kterými jsou nespavost, únava, sexuální nezájem či úbytek tělesné hmotnosti u matek, jsou pro šestinedělí zcela normální. Rozpoznat tak příznaky poporodní deprese není vůbec jednoduché (Ratislavová, 2008, s. 91).

Fertalová tvrdí, že se velká deprese může vyskytovat v těhotenství a přetrvávat u matky až do období po porodu. Obvykle se ale první příznaky poporodní deprese objevují nejčastěji

po příchodu do domácího prostředí, kdy si žena musí rychle zvyknout na nový systém, na roli matky a přijmout zodpovědnost za své dítě (Roztočil, 2008, s. 361).

Tomuto však matky trpící poporodními depresemi nejsou schopny. Především pak nejsou schopny péče o své narozené dítě, nedokáží jej milovat, nemají z něj radost. Dítě vnímají jako nechtěné. Pokud dojde k prohloubení těchto příznaků do podoby psychotických prožitků, hrozí, že matka své dítě zabije, či spáchá sebevraždu (Praško, 2002, s. 40).

Poporodní deprese se vyskytuje v rozmezí šesti až dvanácti týdnů po porodu, není však výjimkou, že se objeví až do jednoho roku (Praško, 2002, s. 40).

### **1.2.3 Poporodní psychóza**

Jedná se o velmi vážné psychotické onemocnění. Eliášová označuje poporodní psychózu starším názvem, laktační psychóza. Vyžaduje okamžitý lékařský zásah. Žena trpící tímto onemocněním musí být neodkladně hospitalizována na psychiatrickém oddělení (Eliášová in Simočková, 2010, s. 16).

Praško uvádí, že k rozvoji poporodní psychózy dochází nejčastěji během prvních tří dnů po porodu ženy, ale může se projevit až i několik týdnů po něm. Dle jeho názoru, těžké poporodní psychózy vznikají následkem těžkých a komplikovaných porodů, vnitřního konfliktu matky, který přímo souvisí s mateřstvím, tedy nechtěné těhotenství, hormonální výkyvy v poporodním období ženy či strach z mateřství obecně. Praško nabádá, abychom nebagatelizovali případné příznaky a ženy po porodu bedlivě pozorovali. Všimli si neklidu matky po porodu, emoční lability, pocitům podrážděnosti a spánkové deprivace. Po propuknutí prvních příznaků se téměř okamžitě začnou projevovat další, typické pro poporodní psychózu, tedy zmatenost, manické, psychotické nebo depresivní stavy, pocity úzkosti, halucinace a bludy, kdy žena není schopná rozpoznat realitu od bludů. V takovém případě je nutná okamžitá hospitalizace a následná léčba na psychiatrickém oddělení, jinak jsou matka i dítě přímo ohroženi na životě (Praško, 2010, s. 325).

### **1.3 Úzkostné poruchy v těhotenství a po porodu**

Praško uvádí, že těhotenstvím se většina úzkostných poruch zhorší nebo se úplně poprvé projevují. Nejčastější úzkostí, kterou ženy trpí je tzv. tokofobie, která je charakterizována tím, že se žena vyhýbá těhotenství, má z něj strach, i když těhotenství a děti v budoucnu chce.

Další poruchou, která se objevuje, je obsedantní kompulzivní porucha. Vyskytuje se velmi často již v těhotenství a jsou pro ni typické nutkavé agresivní myšlenky, které jsou po porodu zaměřeny proti novorozenému dítěti (Praško et al., 2010, s. 326). Čech uvádí, že úzkosti, které žena pociťuje, mohou být zakořeněny nedůvěrou k porodnici, kterou si žena vybrala a má strach zde porodit. Bojí se vlastního selhání, má strach, že porod nezvládne a skončí smrtí svou nebo jejího dítěte (Čech et al., 2006, s. 303).

#### **1.4 Psychické změny v těhotenství a po porodu**

Roztočil rozděluje psychické změny v těhotenství a po porodu do třech kategorií, nebo-li trimestrů. V první třetině Roztočil popisuje těhotnou ženu, která se zaměřuje na sebe samou, kdy se stává více introvertní, neboť sleduje každé změny na vlastním těle a dokazuje si tak, že je opravdu těhotná. Je to období přijetí těhotenství ženou a pro toto období je typická rozladěnost, náladovost a nejistota.

Pro druhou třetinu trimestru je charakteristické, že zhruba již po přiznání si těhotenství začíná pociťovat pohyby plodu a tím si uvědomuje jeho existenci. Žena se cítí dobře, snaží se, aby bylo těhotenství bezproblémové, žena tedy plod přijímá jako nezávislého a samostatného jedince. Období mezi druhou a třetí psychologickou třetinou je obdobím hranice. Žena má strach z možného předčasného porodu, následné smrti svého dítěte a obdobím, kdy by žena chtěla mít již po porodu. Typické chování žen v období před porodem je tzv. „stavění hnízda“. Během tohoto časového úseku cloumají se ženu různě silné pocity, především pak pocity zranitelnosti, obavy z komplikovaného porodu na jedné straně a nedočkavostí porodu na straně druhé, neboť se s přibývajícím měsíci těhotenství začíná těhotenství stávat pro ženu nepohodlné a vyčerpávající. Třetí fáze je pak samostatnou přípravou na porod a přijetí nového jedince. (Roztočil et al., 2001, s. 94).

#### **1.5 Rizikové faktory a příčiny vzniku psychických poruch**

Roztočil je přesvědčen, že při vzniku psychických poruch hraje významnou roli osobnost ženy, především pak její emocionální vyzrálost, schopnost adekvátních reakcí v těžkých životních situacích, jakým porod je (Roztočil in Dušová, Moniaková, 2010, s. 122).

Dušová na základě svého šetření uvádí, že největší pravděpodobnost ke vzniku poporodní deprese mají prvorodičky a mladé ženy s věkovým rozmezím 21-29 let a svobodné ženy bez partnera. S výsledky Dušové se ztotožňuje i Praško, který ale dodává, že další rizikovou skupinou žen pro vznik poporodní deprese mohou být ženy, které mají horší sociální zázemí, nechtěně otěhotněly, či řeší partnerské problémy (Praško, 2011, s. 23).

Spouštěcích faktorů poporodní deprese může být mnoho. Jedním z nich je například přerušení časného bondingu. Geisel považuje vztah matky a dítěte za velmi důležitý. Tento vztah se formuje již v prvních minutách po porodu, kdy matka své dítě uvidí úplně poprvé, může si dítě položit na břicho a nechat jej se poprvé přisát. Tento rituál by neměl být nikým narušován (Geisel, 2004, s. 49).

### **1.5.1 Negativní životní události**

Náročné životní události jsou spouštěči depresivní poruchy. Jsou stresory, které nás nutí změnit náš dosavadní způsob života, který je již zaběhlý. Jedná se o události, které vedou ke ztrátě partnera či dětí (odchod, smrt partnera, odchod dětí z domu), ztrátě důležité sociální role. Všechny tyto změny, všechny události, které překračují rutinu, se odehrávají v krátkém časovém období a snižují tak psychickou a tělesnou odolnost člověka. Následně pak pod tíhou starostí psychická odolnost člověka upadá a začíná se projevovat reakce na životní události. Ke zhroucení může dojít měsíc po těžké životní situaci či události, ale i půl roku po ní. Během roku se vliv negativních životních událostí sčítá. Zajímavostí je, že mezi stresory se řadí i radostné události, které se spolu s negativními stresory sčítají a na základě výzkumu byly událostem přiřazeny odpovídající indexy závažnosti. Rezervy organismu snesou skóre 25 bodů za rok, ale překročení hranice 250 bodů bývá následováno psychickým selháním, depresemi, či jinými onemocněními (Praško, 2009, s. 49).

### **1.5.2 Stres**

Člověk reaguje na stres a stresové události s nimi související negativně. Je ohroženo jeho tělesné a duševní blaho. Tyto události se nazývají stresory (Praško, 2002 in Herman, 2008, s. 9). Dle Katze a Wykese jsou události, které vnímáme jako stresové, charakteristické svou neovlivnitelností, nepředvídatelností a jsou to události, které jsou mimo rozsah běžné lidské zkušenosti (Katz and Wykes, 1985 in Herman, 2008, s. 9).

Stres vzniká jako reakce organismu na zátěž „stresor“, který může být fyzikální či psychické povahy. Jedná se o aktivaci sympaticko-adrenálního systému a hypotalamo-hypofyzárního systému, jehož výsledkem je vyšší produkce glukokortikoidů.

Reakce na stresor je rozdělena na tři fáze:

- Fáze poplachu, tzv. šok a protišok
- Fáze pokusu o zvládnutí stresoru, tzv. útok-útek
- Pokud se nám nepodaří stresor zvládnout, dochází postupně k úplnému vyčerpání organismu, tzv. rezignaci.

Při stresu reagují lidé různě, avšak doprovodné prožívání je pro člověka, který nyní prožívá stresovou situaci charakteristické, a zpravidla v člověku převažují pocity:

- Hněvu
- Úzkosti a strachu
- Deprese

Stres můžeme rozdělit na akutní a dlouhodobý. Akutní stres jedince doprovází. Nutí jej, aby stresovou situaci nejen lépe a nejrychleji zvládl, ale zvyšuje funkčnost a aktivitu imunitního systému. Na rozdíl od stresu dlouhodobého, který aktivitu a funkčnost imunitního systému snižuje (Vymětal, 2003, s. 329-332).

Při dlouhodobém stresu je velmi důležité najít pomoc u rodiny či přátel, kteří nám pomohou se se stresovými situacemi vypořádat. Pakliže je před námi určitá výzva a dochází tak ke zvýšení katecholaminů, vliv kortizolu je potlačen a imunitní reakce vyšší, mluvíme o tzv. „eustresu“. Pokud dochází v lidském těle ke zvýšení kortizolu, katecholaminy jsou potlačeny a imunitní reakce snižena, vnímá člověk stresor jako něco nepříjemného a negativního, mluvíme o tzv. „distresu“ (Vymětal, 2003, s. 333).

Existuje velká škála různých stresových situací, které mohou vyvolat v člověku mnoho pocitů, od veselé nálady, až po úzkost, smutek, vztek, sklíčenost až depresi (Herman, 2008, s.11). O ' Hara tvrdí, že mírné poporodní depresivní poruchy, tedy poporodní blues, jsou ovlivněny právě prožitím negativních životních událostí v minulosti (O ' Hara et al., 1991 in Herman, 2008, s. 18).

### **1.5.3 Změny statusu – sociální role**

Sociální role představuje v životě člověka významnou funkci. Každý člověk je nositelem sociální role. Jde o funkční a odzkoušený vzorec chování, který odráží očekávání členů ve společnosti. Za svůj život přijímáme několik rolí, které se vzájemně překrývají, ovlivňují a doplňují. Pozice, kterou ve společnosti zaujímáme je vymezena sociálním statutem. Od žen se očekává, že budou plnit role bezproblémových rodiček, skvělých matek a své dítě

budou bezmezně milovat a chránit. Ovšem pro matky, které si prošly velice komplikovaným a několik hodin trvajícím porodem, se tato představa může zdát nereálná. V těchto situacích se v hlavě matky objevuje vnitřní konflikt. Matka touží po kontaktu se svým dítětem, ale vzhledem ke svému fyzickému a psychickému vyčerpání, nemůže vzít dítě do náručí a touží pouze po odpočinku a regeneraci po těžkém porodu.

Žena není schopná se postarat a pečovat o své dítě. A čím delší je odloučení mezi dítětem a matkou, tím má žena větší pochybnosti, že ve své roli matky zklamala (Holásková, 2004). Pokud se vnitřní rozpor mezi mateřskou a ženskou rolí začne kumulovat, může vyústit až v poporodní depresi (Geisel, 2004, s. 25). Pro čerstvé matky mít dítě znamená celou řadu ztrát ve svém životě. Žena si začíná uvědomovat, začíná chápat, že je v novém statusu matky a ztrácí svou autonomii, identitu, přátele, práci, čas i svou sexualitu. Tyto ztráty jsou nenávratné a jsou první fází přechodné změny (Nicolson, 2001, s. 90).

Dalším z projevů poporodní deprese může být ztráta sexuálního libida, avšak sama o sobě se za nemoc nepovažuje (Geisel, 2004, s. 146). Vzniku poporodní deprese může napomáhat i fakt, že se žena v domácím prostředí cítí osamocená. Partner ženy je málo nápomocný při péči o novorozence, mezi oběma partnery vážne komunikace a žena propadá panice z toho, že se sama o své dítě nedokáže postarat (Geisel, 2004, s. 132).

## **1.6 Léčba psychických poruch v těhotenství a po porodu**

Praško tvrdí, že se léčba poporodních depresivních stavů odvíjí od toho, jak jsou symptomy, které matka má, závažné. Je toho názoru, že poporodní blues se dá zvládnout běžným psychologickým přístupem, není proto nutné, aby matka nastoupila na léčbu na psychiatrické oddělení. U matky s poporodním blues je důležité vysvětlení celé situace, pomoc s novorozencem a jeho péčí do doby, než se matka o dítě postará automaticky sama. Praško se domnívá, že pro potlačení vzniku poporodního blues a závažnější poporodní deprese je nutné, aby nemocniční personál rodičku edukoval a nabádal ji k tomu, že pokud na sobě pocítí příznaky závažnějšího a déletrvajícího charakteru, musí vyhledat okamžitě lékaře, který zahájí adekvátní psychiatrickou léčbu.

U lehčích stavů, kterými poporodní blues bezpochyby je, se doporučují psychoterapie. Pokud jsou však příznaky natolik závažné, že by psychoterapie neměla význam, je nutná hospitalizace s nasazením antidepresiv (Praško, 2002, s. 41). Mnoho matek má k léčbě poporodních depresí mylné informace. Jak samotné matky, tak i široká veřejnost si myslí, že antidepresiva mohou poškodit vývoj plodu nebo kojeného dítěte a je

tedy nežádoucí, aby je matka užívala. Tato informace je však pochopitelně zcela mylná. Proto se není čeho bát a zdůrazňuje, že pokud není poporodní deprese včas indikována a léčena, může dojít k silnému narušení vztahu dítěte a jeho matky, dokonce to může vést k životu ohrožujícím situacím, jak pro matku, tak pro její dítě.

K ženám trpícím těmito depresemi se musí přistupovat individuálně. Na všechny ženy nebude platit stejný obecný postup. Musíme tedy, zohlednit závažnost stavu, trimestr těhotenství či předchozí léčbu, pokud ji absolvovala. Medikaci předepisuje lékař, určuje ji uváženě a kombinací vhodných psychofarmak s psychoterapií, je přínos léčby znatelný (Strunzová, 2005, s. 119).

## **2 POPORODNÍ DEPRESE- definice, vznik a výskyt, projevy a typy, terapie a léčba**

### **2.1 Definování poporodní deprese**

Jedná se o závažný stav, kdy psychická nepohoda matky přetrvává nebo se dokonce zhoršuje. Giesel definuje poporodní depresi následovně: „Deset procent matek po porodu zažívá poporodní depresi, která vyžaduje léčbu a patří do rukou lékaře. Od poporodního blues se liší tím, že sama od sebe nezmizí. Její příznaky jsou výraznější, a v krajním případě, když se neléčí, může ohrozit matku i dítě a přerůst do poporodní psychózy“ (Geisel, 2004, s. 13). Poporodní deprese tedy můžeme definovat jako déletrvající zhoršení nálady různého stupně a délky trvání (Jedličková, 2008/08, s. 86).

Mnoho odborníků se shoduje, že za vznikem poporodních depresí stojí porod v tom smyslu, že porod a následné šestinedělí jsou spouštěči těchto poruch u žen, které mají k psychickým chorobám sklony. Touto problematikou se zabývali odborníci odedávna, ve všech kulturách světa. Ale až od roku 1992 byla poporodní deprese uznána Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a stala se tak samotnou diagnózou označenou k datu 1.1.2012 dle WHO, kódem F53.0 (Nicolson, 2001, s. 30 ; World Health Organization, 2008, s. 231). Od té doby prošel přístup k poruchám v šestinedělí velkým a dlouhým vývojem.

### **2.2 Vznik a výskyt poporodní deprese**

Poporodní deprese postihuje ženy, nejčastěji prvorodičky a je tomu u zhruba 10-15% žen (Altshuler et al., 2001 in Seifertová, 2009/18, s. 1). Objevuje se nejčastěji v období mezi 6.-12. týdnem po porodu, Zde se názory různí, neboť někteří uvádějí výskyt poporodní deprese až do jednoho roku od porodu. Poporodní deprese se pojí převážně s porodem, ale málo kdo ví, že určité formy poporodní deprese mohou postihnout i ženy po potratu. Jedná se o tzv. postaborční syndrom nebo po prodělaném mimoděložním těhotenství (Seifertová, 2009/18, s. 14-15).

Nejrizikovějším obdobím pro vznik poporodní deprese je příchod matky z porodnice domů, V porodnici mohla žena všechnu svou pozornost upoutat na novorozence, ale při příchodu domů, se na ni sesype tíha povinností spojená s domácností, nemožností konzultovat své problémy ohledně zdraví svého či dítěte s lékařem, mnohdy je žena na vše sama, jelikož její partner chodí do práce a v tu chvíli si žena začíná

uvědomovat, že na jejich bedrech je tíha odpovědnosti za své dítě a začne o svých schopnostech být dobrou matkou, pochybovat.

Dalším krizovým obdobím pro vznik poporodní deprese je období mezi 2. až 3. týdnem od příchodu domů. Žena si začíná zvykat na svou novou roli matky, ale je vyčerpaná, okolí si ženy příliš nevšímá, protože jsou všechny pohledy ubírány směrem k dítěti, a žena se tak může cítit osamoceně (Ratislavová, 2008/16, s. 2).

Příčin pro vznik poporodní deprese může být mnoho. Z psychosociálních faktorů jsou to problémy především s partnerem, nedostatečného sociálního zázemí, nepřipravenosti na mateřství, s tím souvisejícím nechtěným těhotenstvím, nižším vzděláním, finančními potížemi. Zajímavostí je, že v různých kulturách bývá zvykem dodržovat ochranné rituály šestinedělí u novorozence, kdy příbuzní a ženy blízkého okolí chodily ženu po porodu navštěvovat a pomáhat jí s domácností, předávali jí mateřské životní zkušenosti a rady v oblasti péče o novorozence. Díky těmto rituálům je výskyt poporodních depresí v těchto kulturách výrazně nižší než v kultuře naší doby. Dnešní rodiny žijí poměrně separovaným způsobem života. Od své rodiny, přátel a známých žijí daleko a nemají tak možnost dovolat se pomoci (Ratislavová, 2008, s. 91 ; Seifertová, 2009/18, s. 15).

Poporodní deprese se také mohou objevit u žen, které již v minulosti depresi prodělaly. Až u 30% žen se tak poporodní deprese rozvine i v dalším těhotenství. Rizika poporodních depresí také stoupá, pokud je výskyt depresí u pokrevních příbuzných (Kennedy, 2001 in Praško, 2002, s. 40). Australská studie prokazuje, že ke vzniku poporodní deprese je sedmkrát vyšší riziko, pokud žena prodělala urgentní cisařský řez (Ratislavová, 2008, s. 91).

### **2.3 Projevy a typy poporodní deprese**

Příznaky počínající deprese po porodu ženy se objevují postupně a mají skrytý charakter a není jednoduché je rozeznat od normálních poporodních obtíží v šestinedělí, kterými jsou poruchy spánku, únava, úbytek váhy či snížení libida. V případě, se skutečně jedná o počínající poporodní depresi, přidružují se k těmto příznakům s postupem času i pocity nedostatečnosti, neschopnosti, strach ze samoty, neschopnost radovat se, ztrát zájmů a obav z budoucna (Ratislavová, 2008/16, s. 3 ; Jedličková, 2008/8, s. 86).

Rohde, Dorn člení poporodní deprese na tři základní typy, které se od sebe rozlišují různými symptomy.

### **2.3.1 Insuficientní typ**

V praxi se jedná o nejčastější typ poporodní deprese, pro který je typický pocit insuficience a nejistota ohledně zvládnutí své mateřské role. U matky se mohou vyskytovat pocity ambivalence vztahu k dítěti, které se mohou rozvinout v pocity neschopnosti milovat své dítě. Matka je tak často zoufalá, trápí se, trpí pocity provinění a myšlenkami, že není dobrou matkou. Sucidiální myšlenky jsou u tohoto typu deprese poměrně časté, proto nesmíme tyto myšlenky brát na lehkou váhu a měli bychom se snažit problém řešit. Žena je předána k léčbě na psychiatrické oddělení, kde začnou s neprodlenou terapií. Nezbytností je také užívání antidepresiv, které je ale možné brát i ambulantní formou. V případě, že by se tento typ poporodní deprese včas neléčil, mohlo by dojít k prohlubování příznaků, nárůstu pocitu zoufalství a vzniku chronické formy deprese (Ratislavová, 2008, s. 3).

### **2.3.2 Nutkavý typ**

Jedná se o poměrně nebezpečný typ poporodní deprese, jelikož matku její vlastní myšlenky nabádají často proti její vůli, aby svému dítěti ublížila. Tyto ženy jsou plné strachu, zoufalství, viny a stydí se, jak před svým okolím, tak před sebou samými. Vzhledem k tomu, že jsou pro matky tyto myšlenky velmi těžké říct nahlas, neboť se bojí studu a opovržení, je pro lékaře velmi složité depresivní stavy odhalit. S ženami se proto, abychom zjistili jejich skutečný psychický stav, snažíme mluvit a jsou doporučeny tyto otázky: „*Několik maminek se mi svěřilo, že je vždy napadají myšlenky, že nějak ublíží svému miminku. Stalo se Vám to také?*“ Takto formulovaná otázka je velmi vhodná, neboť žena pocítí, že s takovými pocity není na světě jediná a pocit studu a viny se mohou zmírnit, což pro ženu může působit úlevou a povzbuzujícím způsobem. Zde je pak na lékaři psychiatrovi, aby dokázal rozlišit, zda se u ženy jedná pouze o myšlenky nebo o halucinace se skutečným obsahem, které ženu nabádají a přímo jí nakazují, aby své myšlenky provedla, jak tomu u psychóz bývá (Ratislavová, 2008/16, s. 3).

### **2.3.3 Panický typ**

Tento typ bývá nejzávažnější, jelikož se u něj objevují panické záchvaty hrůzy a úzkosti, které velmi často doprovází i somatické symptomy, kterými mohou být svalové napětí, zrychlený dech nebo palpitace aj. Panický záchvat trvá minuty, při nichž prožívá žena strach ze smrti, ztráty sebekontroly a sebeovládání, má strach, že ublíží svému dítěti. U poporodních depresí se tato forma vyskytuje vzácně, ale je pro matku i jejího partnera velmi zatěžující, neboť je důležité, aby u matky byla neustále druhá osoba, která by ji

kontrolovala a případné agresí vztahující se k novorozenci, zabránila, jelikož je tato forma velmi často kombinovaná právě s typem nutkavým, kdy ženu napadají nutkavé myšlenky na fyzické ublížení vlastního dítěte, které si racionálně uvědomuje (Ratislavová, 2008/16, s. 3).

## **2.4 Terapie a léčba poporodních depresí**

Freud se domnívá, že deprese je zlost, která v člověku kumuluje, protože není ventilována. Tato síla, vnitřní napětí z nevyřešeného konfliktu se v nich prohlubuje a na člověka působí negativně.

U léčby poporodních depresí záleží na závažnosti příznaků u daného typu deprese. Zajímavostí je, že největší překážkou pro časné zahájení léčby poporodní deprese jsou samy nemocné ženy, neboť je stále společností vnímáno navštívení psychologa či psychiatra jako jedno velké společenské stigma, tedy něco, co je pro společnost nežádoucí a pobuřující. Psychiatr Radkin Honzák říká, že propuknutí deprese či pouhým podezřením na ni, je nutné, aby všichni táhli za jeden provaz a je důležité, snažit se přesvědčit pacientku o nutnosti včasného vyšetření a zahájení odpovídající léčby (Hamplová, 2009).

Problém nastává, když jsou příznaky poporodní deprese bagatelizovány a zlehčovány okolím ženy. Na matku se dívají skrze prsty jako na neschopnou a línou a to psychice ženy ještě více ublíží.

Hamplová udává několik rad pro okolí pacientky postižené poporodní depresí:

- Je důležité stav matky nezlehčovat.
- Dávat si pozor na to, co jí říkáte. Psychice ženy totiž nepomůže, když od svého okolí uslyší, že je neschopná a líná matka a má se vzchopit.
- V případě, že máte podezření na poporodní depresi, je důležité, zajistit lékařskou pomoc.
- Snažte se matce s péčí o novorozence a domácností v prvních týdnech pomoci, neodsuzujte ji.
- Buďte s ní, nepřestujte v ní pocit samoty.

Pokud je poporodní deprese včas podchycená, je poměrně dobře léčitelná a dá se zvládnout. Je-li léčba včas zahájena, stav matky se začne rychle zlepšovat a bude schopna postarat se sama o své dítě. Při lehkých depresích není nutné nastupovat na léčbu na psychiatrii. Zde se léčí pouze těžké deprese. Lehké deprese už léčí obvykle praktičtí lékaři,

kdy postačí ambulantní léčba s tím, že pacient chodí na pravidelné kontroly a užívá předepsanou psychofarmatickou léčbu (Hamplová, 2011).

### **2.4.1 Hormonální antikoncepce v léčbě**

Před tím, než se lékař rozhodne pro nasazení léčby hormonální antikoncepcí, je důležité zhodnotit screening onemocnění štítné žlázy, diabetu a chudokrevnosti, neboť mohou tyto nemoci ovlivnit nebo dokonce imitovat poruchy nálad (Sichel, 2000 in Horowitz and Goodman, 2005, p. 267).

Názory na užívání perorální antikoncepce se různí. Konkers, Bradshaw tvrdí, že existují pouze omezené důkazy, kdy by perorální antikoncepce mohla vyvolat příznaky deprese a úzkosti (Yonkers, Brandshaw, 2000 in Horowitz and Goodman, 2005, p. 267). Jejich tvrzení dokazují i závěry studie, která se konala na 119 zdravých ženách užívajících perorální antikoncepci a u žen, které tuto antikoncepci neužívají. Výsledkem studie bylo, že by ženy, které si perorální antikoncepci nevzaly, měly velký nárůst negativních příznaků typických pro poporodní deprese, než ty, které si perorální antikoncepci vzaly (Abraham, Luscombe and Soo, 2003 in Horowitz and Goodman, 2005, p. 267).

### **2.4.2 Psychoterapeutická léčba**

K léčbě poporodních depresí se užívá psychoterapeutické léčby nebo psychoterapie. Léčba si zakládá na komunikaci s pacientem, která má pozitivně ovlivnit pacientovi postoje a navodit tak žádoucích změn. Komunikaci rozlišujeme na komunikaci verbální a neverbální. Terapeut, který psychoterapie provádí, si se svými pacienty buduje psychoterapeutický vztah. Někteří terapeuti využívají spíše direktivního, neosobního způsobu chování, jiní si zakládají na osobním setkání, při kterém je terapeut v roli průvodce, nikoli experta (Vymětal, 2003, s. 301-305).

Cílem psychoterapie by tedy mělo být snížení či úplné odstranění příznaků poporodních depresí a dosažení pozitivních změn v pacientově osobnosti (Malá, 2010, s. 106).

Prostředky psychoterapie:

- psychoterapeutický rozhovor
- relaxační a psychofyzické postupy
- expoziční terapie
- sugestivní postupy a hypnóza

- psychologická gymnastika

Při psychoterapeutickém rozhovoru jsou pacienti ovlivňováni řečovou aktivitou. Velice dobře působí na pacientky, trpící různými typy depresí i relaxační a psychofyziologické postupy, při kterých dochází ke změně úrovně svalového a psychického napětí. U pacientů relaxací navozujeme svalovým uvolněním, meditací, autogenním tréninkem. Tyto metody působí anxiolyticky a terapeut se za pomoci navození uvolněného stavu snaží vyvolat v pacientech příjemné pocity a dostat se tak k pacientovým osobně důležitým prožitkům a obsahům jejich vědomí.

Protikladnou terapií, jejíž důležitou roli hraje vystavení pacientů situacím, které v nich vyvolají nepříjemné pocity, jsou tzv. expoziční terapie a jsou velmi účinným nástrojem při léčbě depresí. Sugestivní postupy a hypnózy pro změnu využívají obcházení vědomí pacienta zcela záměrně. Pokud chceme, aby se pacienti odreagovali a svým pocitům porozuměli, jistě bychom do léčebného programu zařadili metodu psychodramatu, při které si pacienti představují různé scénky navzájem. Poslední metodou, která akceptuje nonverbální projevy jako mimiku, gestikulaci či pohyby, je tzv. psychogymnastika.

V terapii se všechny typy metod kombinují, aby se dosáhlo co nejpozitivnějšího vlivu na pacienta (Vymětal, 2003, s. 317-319). Při psychoterapeutických metodách se snažíme, aby bylo navozeno přátelské atmosféry, ve které by se pacienti cítili dobře, a dosáhlo se tak vytvoření potřebné důvěry mezi pacientem a terapeutem, která je pro léčbu důležitá (Honzák, 1999, s. 88).

Principem psychoterapeutického přístupu je, že terapeut a celý jeho zdravotnický tým, pacienta i přes jeho obtíže, přijímá jako člověka. Před terapeutem stojí nelehký úkol. Z pacienta musí odstranit předsudky, se kterými na terapii přichází, musí umět pojmenovat věci pravými jmény, měl by být trpělivý a empatický, ale především by měl disponovat dostatkem času. Při celé antidepresivní léčbě by měl působit vyrovnaně, pozitivně a motivačně (Honzák, 1999, s. 90). Je tedy důležité, zapojit při léčbě pacienty, i její rodinu, což má za cíl depresi nepřekonávat, ale vrovnat se s ní a pacientku podporovat ke zdárnému vyléčení. Podpůrná psychologie je tedy založena na laskavém, direktivním vedení nemocného. Snaží se zaměstnat psychiku pacienta, aby odvedla pozornost od negativních myšlenek. Smyslem je tedy hledání všeho pozitivního, jak v léčbě, tak i okolnostech, které ke zlepšení stavu vedly. Typické při léčbě depresí, je bagatelizování mezi depresivní fází a fází, kdy deprese ustupují. Při těchto změnách jsou pacienti na pokraji svých psychických sil a mohou se vyskytovat myšlenky na sebevraždu. Zde je

nutné, obrnit se trpělivostí a vytrvat. Pomůžou také rozhovory s pacientem, kde budeme společnými silami hledat další řešení (Honzák, 1999, s. 90-91).

### **2.4.3 Farmakologická léčba**

Návštěva psychologa či psychiatra je ve společnosti tabu. O to více, když by je musela navštívit těhotná žena, či kojící matka po porodu. U veřejnosti převládají názory, že při léčbě antidepresivy a psychofarmaky, dochází u těhotných žen ke vzniku vývojových vad plodu a u žen kojících, ke špatnému vývoji jejich dětí. Je to však nesmysl.

Léčba antidepresivy před nebo po porodu je přísně sledována a má svá specifika. Při zahájení léčby depresí psychofarmaky, se kontaktuje jak pediatr, tak gynekolog. U žen v poporodním období je tedy nutné snížit dávku psychofarmak o 1/3 oproti běžně podávaným dávkám, aby tak došlo zabránění zvýšené koncentrace antidepresiva v krevním séru. Tímto krokem by mělo být užívání psychofarmak pro matku i dítě bezpečné. Při léčbě antidepresivy je nejrizikovějším obdobím pro kojence do desátého týdne věku, stejně tak je to i u předčasně narozených dětí. Ačkoli bylo dokázáno, že se žena užíváním antidepresiv nemusí obávat o zdravý vývoj dítěte, je důležité ženu poučit, aby lék užívala zásadně po kojení, nejlépe před nejdélší spánkovou periodou dítěte (Seifertová, 2009/18, s. 15 ; Seifertová, 2007, s. 118-120).

### **2.4.4 Alternativní léčba**

Hlavním důvodem, proč dává mnoho žen přednost alternativním způsobům léčby před léčbou medicínskou, je ten, že mají obavy z účinků psychofarmak a antidepresiv na vývoj kojícího dítěte (Kennedy and Beck, 2002 in Weier and Beal, 2004, p. 97). V České republice se při terapiích deprese používají nejvíce homeopatie, masáže, aromaterapie, akupunktura či požívání různých bylin a léčebných doplňků.

#### **2.4.4.1 Masáže**

Masáže jsou pro člověka velmi přínosné. Snižují stres a pocit svalového napětí, zlepšují trávení a vylučování toxinů z organismu, zlepšují prokrvení organismu či snižuje vnímání bolesti. Existuje mnoho masáží, z nichž každá je dobrá na jiné neduhy. Rozeznáváme masáže lehké, hluboké a relaxační, které pomáhají navodit příjemné pocity.

Pro matku a dítě jsou pak vhodné dvě speciální masáže, které se nazývají mateřská a kojenecká masáž. Tyto masáže jsou velmi přínosné při léčbě poporodní deprese (Weier and Beal, 2004, p. 100).

#### 2.4.4.2 Mateřská masáž

V roce 1996 byla provedena studie, která měla za úkol srovnat působení masáže a relaxace u 32 žen, které trpěly depresemi. Účastnice byly rozděleny do dvou skupin po deseti ženách. Jedna skupina docházela na mateřské masáže, druhá skupina pak absolvovala deset relaxačních terapií. Před a po každém sezení, měřili u všech účastnic skóre deprese a úzkosti, hladinu kortizolu a míru specifického chování. Výsledkem bylo, že obě skupinky depresivních žen měly po svých sezeních skóre úzkosti nižší, ale pouze masážní skupina jevila významně vyšší skóre úzkosti, stresu a deprese při celém průběhu studie. Masáže jsou tedy výborným způsobem, jak ženám trpícím depresemi nabídnout krátkodobé zlepšení nálady a stresu v poporodním období (Field et. al., 1996 in Weier and Beal, 2004, p. 100)

#### 2.4.4.3 Kojenecká masáž

Kojenecká masáž má pozitivní vliv nejen na dítě, ale i na samotnou matku, jelikož při masáži dochází k prohlubování citového pouta mezi matkou a dítětem (Glover et. al., 2002, p. 495).

Studie prokázaly, že děti, které byly masírovány, více a lépe spaly a pozitivně působily na depresivní úzkost matky. U kojenců dochází při této stimulaci ke zlepšení sociality a emocionality, ke zvýšení hmotnosti a klidnosti dítěte. Dítě dotyky vnímá pozitivně, působí na něj relaxačně a podporuje spánek (Geisel, 2004, s. 198).

#### 2.4.4.4 Akupunktura

Akupunktura se používá po tisíce let a je nejvíce používána ve všech asijských zemích, především v Číně. V dnešní době jde o lékařsko disciplínu, která se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou různých funkčních poruch organismu, bolestivých stavů, psychosomatických onemocnění, poruch imunity, poruch motorických funkcí či návykových chorob.

Akupunktura využívá soustavy tzv. akupunkturních bodů. Ve tkáních pak dojde k podráždění citlivých receptorů a dochází k rychlým reakcím organismu. Výhodou léčby je, že není známá žádná kontraindikace či jiné negativní reakce. Vědci zjistili, že je akupunktura zcela bezpečná a účinná při problémech s depresemi. Akupunktura navozuje pocity uvolnění, kdy mnoho lidí vstoupí do stavu hluboké relaxace a nezdá se, že při terapii usnou. Spánek je jedním z vedlejších účinků, ze kterých by mohly těžit právě

ženy s poporodními depresemi a nespavostí, neboť by si tak mohly odpočinout (Weier and Beal, 2004, p. 101).

#### 2.4.4.5 Aromaterapie

Jedná se o cílené využívání esenciálních olejů, které se získávají z rostlin, tudíž jsou přírodními, neškodlivými produkty. Oleje jsou koncentrované používají se běžně pro zvýšení pocitu relaxace. Dle Tirana se esenciální oleje používají při léčbě a úzkosti, z nichž nejpoužívanějšími vůněmi jsou růže, jasmín, levandule či například yin-yang. Nejenže tyto oleje nádherně voní a cítíme se díky nim uvolněnější, ale některé druhy olejů mají i svalově relaxační účinky (Tiran, 2000 in Weier and Beal, 2004, p. 101). Esenciální oleje spolu s aromaterapií jsou využívány i při masážní terapii, kdy jejich příjemná vůně navodí pocit uklidnění a doplní zážitek z relaxace.

### 3 SCREENING POPORODNÍCH DEPRESÍ

Screening se využívá k rychlému odhalení poporodních depresí. Dvěma rychlými metodami můžeme tuto depresi odhalit a včas léčit. Poporodní depresí trpí až 22% všech žen, které měly po porodu. Ačkoli toto číslo není nikterak nízké a je možnost screeningového vyšetření pro odhalení poporodních depresí, matkami je spíše cizí a nemají o něj zájem. Proto byly osloveny ženy a poproseny o spolupráci.

V praxi se jedná o dotazník, který ověřuje dvouotázkový filtr a devítipoložkový dotazník, PHQ-9, tedy Patient Health Questionnaire k identifikaci poporodních depresí. Tyto dotazníky byly předkládány matkám na sedmi klinikách, které zde své dítě registrovaly od narození do jednoho měsíce. Tento dotazník vyplňovaly opakovaně. První dotazník dostaly po narození dítěte, další pak ve 2, 4, 6 a 9 měsících od porodu dítěte. Každý z dotazníků zahrnoval dvouotázkový filtr i PHQ-9. Při prvním kontaktu s matkou se mimo dotazníku vyplňovalo také strukturované interview, které bylo při další návštěvě v případě pozitivního výsledku pro deprese, zopakováno. Celkem se výzkumu účastnilo 506 žen. U 8,9% z nich byla na základě pozitivních výsledků diagnostikována závažná deprese.

Po celou dobu trvání studie měl dvouotázkový filtr 100% senzitivitu a 44% specifitu. Senzitivita testu PHQ-9 dosáhla úctyhodných 82% a specifity 84%. Komplexním skórováním byla senzitivita dotazníku 67% a specifita 92%. Vyplňování dotazníků se odehrávalo z 29% mailem, z 38% při vyšetřování dětí a z 33% telefonicky.

Na základě vysoké senzitivity u dvouotázkového dotazníku a specifity u PHQ-9, můžeme říci, že je tento dotazník vysoce specifický pro rozpoznání poporodních depresí u matek (Ann Fam Med, 2009 in Psychické-zdraví.cz).

## **4 PSYCHOHYGIENA**

### **4.1 Odpočinek, kojení, podpora partnera a rodiny, relaxace**

#### **4.1.1 Odpočinek**

Za poporodní deprese, které ženy postihují, stojí mimo jiné i permanentní únava, příznaky poporodní deprese ještě více prohlubuje. Pro zvládnutí takových stavů je velmi důležité, aby si ženy po porodu uvědomily své priority a více relaxovaly, měly na sebe čas. Ženy jsou už po porodu vystavovány velké fyzické a psychické zátěži. Oto více se jejich narušená psychika projeví, pokud prodělaly dlouhý, bolestivý porod, ukončený akutním císařem, kdy byly v ohrožení života jak matka, tak dítě.

Ženy tyto traumatizující porody mohou poznamenat a dále negativně ovlivnit vztah matky s dítětem. Žena je tedy „vhozena“ do situace, kdy se ihned po porodu musí starat o své dítě. Situaci o to ještě více zhoršuje, pokud žena kojí a během noci musí k dítěti několikrát vstávat. Při kojení lidské tělo vyprodukuje velké množství energie, neboť se produkce mléka neustále obnovuje (Geisel, 2004, s. 203-205).

Po psychické stránce může představovat mateřská dovolená pro ženu věkou psychickou i fyzickou zátěž, neboť po narození dítěte se dostává do situace, kdy se musí vzdát své kariéry, koníčků, někdy i přátel a jejím celodenním programem je péče o dítě. Tyto ženy se pak cítí osamělé, neboť veškerý svůj čas tráví ve společnosti svých dětí a žena tak začne postrádat kontakt s dospělými, se kterými si mohla alespoň popovídat. Hlavní náplní dne tedy zůstává péče o dítě a o domácnost (Ratislavová, 2008, s. 93).

V těchto těžkých životních situacích, pokud nemá žena rodinu či přátele, kteří by ji mohli v prvních týdnech pomoci, může pomoci i porodní asistentka, která by měla ženě poskytnout cenné rady, měla by se zajímat o to, jak se cítí, jak zvládá svou novou roli, zda není příliš vyčerpaná nebo jak tráví svůj volný čas, když dítě zrovna spí.

#### **4.1.2 Kojení**

Kojení je jedním z nejdůležitějších a nejpřirozenějších procesů, se kterými se žena po porodu setkává. Kojení pro matky i dítě velice prospěšné. Nejen že po porodu následkem vyplavovaného hormonu oxytocinu stahuje dělohu do své původní velikosti, ale má i blahodárny vliv na upevňování pouta mezi matkou a dítětem. Někdy se ale stane, že se kojení nepodaří rozjet. Nestihne se první přísátí, matka má vpáčené bradavky, či je rozjezd kojení pomalejší než u jiných matek a dochází k tomu, že je dítě plačtivé, protože má hlad. Tato situace se pro matku stává frustrující a velmi často dochází k psychickému bloku

matky. Poté se už objevuje jedna komplikace za druhou. Matka si vyčítá, že není schopná ani nakrmit své dítě, jak se pak o něj může vůbec postarat? Dojde k tomu, že se vzdá. Je zničená, rozzlobená, unavená. Objevují se u ní pocity deprese, viny a nejistoty. Stojí pod velkým tlakem své rodiny a přátel, kteří jí vtoukávají do hlavy, že kojení je pro dítě naprosto nezbytné, je nejlepším a hlavně nejlevnějším způsobem obživy. Padají otázky na matku. „Copak nevíš, kolik stojí sunar?“ (Simkin, 2000, s. 220).

Zde by opět měla být oporou porodní asistentka, která by jak ženě samotné, tak i její rodině měl vysvětlit, že není hanbou, když se ženě laktace nerozjede. A měla by zdůraznit, že pro ženu nebylo vůbec lehké se kojení vzdát, ale nebylo jiného řešení. Proto by jí rodina měla poskytnout patřičnou psychickou pomoc, aby se s tím sama smířila.

Problém s kojením mohou mít i maminky, které prodělaly císařský řez. Je to z toho důvodu, že se do krve maminky nevyplaví dostatečné množství hormonu oxytocinu, který pomáhá utváření vztahu mezi matkou a dítětem a rovněž podporuje kojení. Po císařském řezu bývá novorozenec k prsu poprvé přiložen až několik hodin či dní a během této doby je dokrmován umělým mlékem nebo roztokem glukózy, který je dítěti podáván v nejčastějších případech lahví. Lahev se savičkou však kazí techniku kojení a správného přisátí miminek k prsu. Takové miminko může po delším odloučení od matky a dokrmování umělým mlékem z lahve ztratit zájem o kojení a nástup laktace se buďto zpomalí nebo úplně zastaví. Negativně na nástup laktace působí i stres maminky po porodu ukončeném císařským řezem.

Pravděpodobnost kojení po císařském řezu lze zvýšit následujícími kroky:

- Umožnit novorozenci co nejdříve kontakt kůže na kůži a kojení
- Neseparovat maminku od dítěte
- Zajistit správné přisátí miminka k prsu
- Neomezovat délku a frekvenci kojení
- Kojit v polohách vhodných po císařském řezu
- Věřit ve svou schopnost kojit a v případě potřeby vyhledat pomoc
- Nedávat dítěti umělé náhrady místo prsa (dudlíky, lahve, kloboučky)
- Pokud je maminka od dítěte oddělena, je nutné začít odstříkávat nebo odsávat kolostrum (Modrý koník, Kojení po císařském řezu, online citováno: 2017-17-05).

### **4.1.3 Podpora partnera a rodiny**

Je samozřejmé, že rodina a partner by měli být pro ženu oporou. Partneři, ačkoli je to pro ně svobodnou volbou, by měli ženu psychicky podporovat již během porodu, kdy s ní porod prožívají od začátku až do úplného konce, kdy spolu poprvé uvidí své dítě. Ne vždy to tak ale partner cítí a někteří u porodu být nechtějí, či je tam nechce žena, neboť to pro ni není příjemné. O to více by pak měli ženě pomáhat po porodu s přijetím její nové mateřské role, podílet se na péči o dítě, nebo ji alespoň v prvních pár týdnech více pomáhat v domácnosti.

Poporodní deprese se většinou vyskytují u žen, které s partnerem nemají dobré vztahy a vládnu mezi nimi rozepře, necítí dostatečnou oporu partnera, partner není nápomocný při péči o dítě, ženě v domácnosti nepomáhá, vážne mezi nimi komunikace (Geisel, 2004, s. 132-133).

Již v období gravidity může být partner pro ženu oporou. Může jí pomáhat a aktivně se připojovat do příprav na porod svého děťátka na svět. Může ženu podporovat ve správné životosprávě, spolu se mohou motivovat k udržení dobré fyzické kondice či se může připojit se cvičením a masáží hráže (Simkin, 2000, s. 19-33).

## **4.2 Pomoc a kde ji hledat**

Pokud se u ženy v období šestinedělí vyskytnou problémy, se kterými si neví rady nebo potřebuje informace či podporu, má několik možností koho o pomoc požádat.

### **4.2.1 Zdravotnický personál**

Pokud je žena v situaci, kdy si neví rady, má řadu otázek a pocity nejistoty, je dobré, aby se obrátila na porodní asistentku, lékaře či zdravotní sestru nebo dudu, která bude matce nápomocná a těžké životní období pomůže překonat (Geisel, 2004, s. 179).

Dále se také žena může kromě psychologické či psychiatrické pomoci využít služeb manželských poraden nebo telefonického poradenství, například linky důvěry nebo krizového centra psychologické pomoci, které jsou anonymní a pro mnoho žen, které pocítují stud mluvit o svých problémech osobně, je plně vyhovující.

### **4.2.2 Předporodní kurzy a kurzy péče o kojence**

Během těhotenství má žena svobodnou volbu rozhodnout se, jestli v rámci své přípravy na porod, navštíví kurzy předporodní přípravy, které jsou z velké části hrazeny zdravotními pojišťovnami. U těchto předporodních kurzů se ženy připravují na tělesné a psychické změny během těhotenství a těsně po porodu. Cílem těchto předporodních kurzů je především u žen zmírnit obavy s porodu a minimalizovat strach z porodních bolestí.

Předporodní kurzy vedou porodní asistentky. Jsou rozděleny na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se těhotná žena dozvídá spousty informací o těhotenství, porodu a šestinedělí. Praktická část je pak zaměřena na tělesné cvičení s nácviky správného dýchání při kontrakcích po celou dobu porodu (Geisel, 2004, s. 176-178).

### **4.2.3 Mateřská centra**

Pomoc a poradenství ženám realizují také mateřská centra, která fungují na principu rodinné svépomoci. Umožňují matkám vyjít ven z izolace do společnosti jiných matek s dětmi, do které se dostaly při celodenní péči o dítě. Nabízí pomoc, solidaritu, otevřenost, naslouchání a laické poradenství. Mají neformální charakter. Ženy zde využívají smysluplně svého volného času (Sít' mateřských center, 2009 in Co jsou mateřská centra).

## PRAKTICKÁ ČÁST

Narození děťátka by mělo být pro ženu a její rodinu nejradostnější dnem a začátkem něčeho nového, nepoznaného, ale přece nádherného. Pro ženu je porod prvního dítěte výjimečný, neboť dnem, kdy se jí narodí dítě, přijímá roli matky a začíná jí období nového života. Prožívání, průběh těhotenství, porod a období po něm mohou ovlivnit vztah matky ke svému dítěti, mohou do jisté míry ovlivnit i vztah matky se svým partnerem a rodinou.

Ve výzkumné části diplomové práce jsem se proto rozhodla podělit se s vámi o výsledky svého pozorování, které jsem zaměřila na mladé, adolescentní matky, u kterých jsem zkoumala jak psychickou vyzrálost, rodinné zázemí, pocitové změny v období před otěhotněním, v těhotenství a po porodu. Svou práci bych ráda ukázala, jaké mají mladé matky pocity, jak mateřství vnímají. Věřím, že bude má práce přínosná pro lepší detekci poporodních depresí u takto mladých matek.

## 5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 5.1 Formulace problému a stanovení cíle

Většina lidí má období těhotenství, porodu a období po něm spojeno s radostným očekáváním, kdy se celá rodina schází a debatuje, jakého pohlaví, pokud se chtějí rodiče nechat překvapit, to jejich děťátko bude, spekulují nad jmény, těhotenství své dcery či snachy si užívají a na nový přírůstek do rodiny se těší.

Problém však nastane, pokud tuto radost nesdílí i žena, která je těhotná. Žena v období těhotenství pociťuje rozporuplné pocity- ano, vím to, neboť mám sama dvě děti. Se ženou doslova hýbají emoce. Jednou je veselá, na příchod svého potomka se těší, najednou pláče a cítí, že na něj ještě není připravená. Tyto pocity jsou však v naprostém pořádku a k období očekávání patří, neboť se tak matka připravuje psychicky na narození svého dítěte. Některé maminky se však mohou cítit ještě hůře, zvláště potom, co otěhotní nečekaně, neplánovaně a dítě mít nechtěly. Strašákem maminek je nástup poporodní deprese, která je tak záludná, že se může objevit jak u maminek, které se s těhotenstvím a příchodem nového člena ještě nesmířily, ale i u maminek, které se na svého potomka těší.

**Cílem výzkumu své diplomové práce je tedy objasnit vznik a průběh poporodní deprese u mladých, adolescentních matek. Svou pozornost zaměřuji na prožívání matky v období těhotenství, porodu a šestinedělí, a na faktory, které jasně dokazují, že mají největší vliv na rozvinutí poporodních depresí u adolescentních matek.**

Výzkum, který budete číst, by měl sloužit k větší informovanosti jak laické, tak i odborné veřejnosti o existenci poporodních depresí, jejich průběhu a o závažnosti, které by zvláště u mladých matek, mohly mít fatální následky. Diplomová práce tedy informuje o možnostech léčby poporodních depresí a možnostech, jak toto nesmírně těžké období v životě ženy za pomoci rodiny zvládnout. **Cílem diplomové práce je také snaha pokusit se vidět svět očima depresivní matky a její situaci pochopit.**

V praktické části diplomové práce popisují životní příběhy mladých maminek, které si prožily plno strastí, bolesti, smutku, strachu a obav. Poukazují zde na faktory, které jsou spouštěčem poporodní deprese, a snažím se poukázat na to, jakým způsobem zvládnout překonat poporodní depresi matky, které jsou na dítě zcela samy, a které žijí ve společné domácnosti s partnerem a jejíž rodina ji plně podporuje. Největší pozornost ve svém výzkumu věnuji pocitům maminek, u kterých se poporodní deprese rozvinula naplno.

## **5.2 Základní výzkumné otázky**

Pro svůj výzkum jsem si stanovila šest základních výzkumných otázek, které mi pomohou cíle výzkumu naplnit.

1. Má průběh těhotenství, porodu, šestinedělí, rodinná či osobní anamnéza vliv na vznik poporodní deprese?
2. Má na emoční pohodu rodičky vliv přítomnost partnera u porodu?
3. Má chování zdravotnického personálu vliv na chování a prožívání šestinedělí u rodičky?
4. Jak je zajištěna psychologická pomoc maminkám s poporodní depresí?
5. Jaký vliv má věk rodičky na prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí?
6. Má průběh a zakončení porodu u adolescentních matek souvislost se vznikem poporodní deprese?

## **5.3 kvalitativní výzkum**

Pro řešení zkoumané problematiky jsem použila kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum můžeme definovat jako „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, 1997, s. 150 Citováno: 2017-10-05).

Kvalitativní výzkum jsem si zvolila z toho důvodu, že téma poporodních depresí je velmi těžce uchopitelné a srozumitelné. Poporodní deprese jsem nechtěla pouze popsat, ale snažila jsem se jim i porozumět. Snažila jsem se proniknout hlouběji do psychického a emočního stavu, ve kterém se mladé maminky nacházely nebo nachází.

Kvalitativní metoda je náročná na přípravu, čas, ale myslím si, že pokud chceme určitému problému opravdu porozumět, či ho nějak poodhalit, je tato metoda velmi vhodná a použila jsem ji z několika důvodů. Kvalitativní metody kladou důraz především na prožitek a interpretaci psychického stavu. Je tedy nezbytné, abychom vyhověli požadavkům otevřenosti, s respondenty navodili pocit důvěry a porozumění a dodali celému výzkumu hloubku. Pokud zkoumáme něčí prožitky, nějaké intenzivní, vnitřní zkušenosti, je pak z vědeckého hlediska nezbytné, použít tzv. introspekci, tedy zkoumání sebe sama a své vlastní mysli zvenku (Miovský et. al., 2004, s. 167).

### **5.3.1 Metody kvalitativního výzkumu**

#### **5.3.1.1 Polostrukturovaný rozhovor**

Pro svůj výzkum jsem použila polostrukturované interview, tedy rozhovor, který je nejrozšířenější metodou a patří mezi základní, stěžejní taktiky kvalitativního výzkumu. Při metodě rozhovoru je důležité vytvořit schéma, které bude pro tazatele závazné. Vedení kvalitativního rozhovoru je do jisté míry uměním, ale i vědou. Proto, aby byl rozhovor kvalitní, je potřeba i jisté kvality tazatele. Především pak jeho citlivost, empatie, disciplinovanosti a orientovanosti se v daném problému.

Schéma rozhovoru zajišťuje, že žádné z témat, která jsou pro náš výzkum důležitá, nebudou opomenuta, zároveň je však zcela na tazateli, jakým způsobem informace, kterými osvětlí daný problém, získá. Tazateli tak zůstává naprostá volnost při formulaci otázek, které si přizpůsobuje vzhledem k časovým rezervám, situaci nebo též atmosféře, která při rozhovoru panuje. Polostrukturované rozhovory jsou tedy na rozdíl od strukturovaných flexibilnější a volnější (Hendl, 2005, s. 174).

Předtím, než jsme začala své respondenty hledat, jsem si připravila schéma rozhovoru. Schéma obsahovalo seznam otázek, které byly děleny do kategorií, jež měly za úkol zjistit demografické údaje, kterými jsou věk, vzdělání, počet dětí, rodinný stav či bydliště, které jsem ale v rámci zachování identity, stejně tak jako jména účastníků, nezveřejnila. Další otázky jsem směřovala na zjištění rodinné anamnézy, část otázek zjišťovalo anamnézu gynekologickou. Dále jsem své otázky zaměřovala na prožívání období těhotenství, porodu a šestinedělí u mladých matek a prožívání poporodní deprese.

Poslední ze série otázek jsem zaměřila na změny ve vzájemném vztahu rodiny a partnera vůči mladé depresivní matce. Otázky jsem vždy formulovala tak, aby se odpovědi žen mohly plně rozvinout. Celkem tedy respondentky odpověděly na 37 otázek.

Schéma polostrukturovaného rozhovoru a stanovení otázek:

#### Demografické údaje:

1. Jaký je Váš věk?
2. Co studujete?
3. Kolik máte dětí a jak jsou staré?
4. Kolik máte dětí a jak jsou staré?
5. S kým žijete ve společné domácnosti?

#### Rodinná, osobní a gynekologická anamnéza:

1. Objevilo se někdy ve Vaší rodině psychologické či psychiatrické onemocnění?  
Léčila jste se někdy s depresemi? Máte sklony k plačtivosti?
2. Jak zvládáte stresové situace?
3. Jaký máte vztah se svými rodiči, sourozenci?
4. Kolikrát jste byla těhotná, kolik máte za sebou porodů, potratů či miniinterrupcí?

#### Těhotenství:

1. Bylo Vaše těhotenství, chtěné, plánované?
2. Jaká byla reakce Vaší rodiny, když jste otěhotněla v tak mladém věku?
3. Jaký průběh mělo Vaše těhotenství ze zdravotního hlediska?
4. Navštěvovala jste v těhotenství nějaký předporodní kurz a bylo absolvování tohoto kurzu pro Vás přínosné?

#### Porod:

1. V jaké porodnici jste rodila? Podle čeho jste porodnici vybírala?
2. Měla jste připravený porodní plán? Pokud ano, respektovala porodnice Vaše přání?
3. Jak byste popsala průběh Vašeho porodu od začátku?
4. Bylo něco, co Vás u porodu povzbuzovalo, na co jste upínala svoje myšlenky?
5. Byl s Vámi u porodu také partner?
6. Jak se k Vám choval zdravotnický personál. Byla jste s jejich profesionalitou spokojená?

7. Kdy jste poprvé od porodu uviděla své dítě a jaké jste při tom měla pocity?

Období po porodu a šestinedělí:

1. Za jak dlouho od porodu jste začala kojit?
2. Navštívila Vás během pobytu v nemocnici laktační poradkyně a ukázala Vám správnou techniku kojení a péči o dítě?
3. Jak působilo kojení na Váš vztah s miminkem?
4. Měla jste s kojením problém?
5. Byla Vás v porodnici navštívit rodina?
6. Po kolika dnech hospitalizace v porodnici Vás pustili do domácí péče?
7. Těšila jste se domů?
8. Pomáhal Vám manžel/partner nebo rodina s péčí o miminko a domácnost po propuštění z porodnice?
9. Co pro Vás bylo největším problémem, když jste se vrátila z porodnice domů?

Rozvoj poporodní deprese:

1. Za jakou dobu od porodu jste na sobě pocítila psychické změny, jako plačtivost, špatná nálada, podrážděnost, zlobu na dítě, partnera nebo pocit neschopnosti postarat se o své dítě či domácnost?
2. Pomyslela jste někdy nad sebevraždou?
3. Jak jste svoji psychickou nepohodu řešila? Svěřila jste se někomu se svými pocity?
4. Musela jste po porodu užívat nějaké léky na depresi?
5. Jak dlouho Vám trvaly příznaky a léčba poporodní péče či psychózy?
6. O kom byste mohla říct, že s Vámi byl v těch nejtěžších chvílích, podporoval Vás a díky němuž jste toto náročné období překonala?
7. Je něco, co byste chtěla vzkázat ostatním maminkám, které mají obdobné potíže, jaké máte Vy?

Vzájemný vztah matky s partnerem a rodinou po prodělané léčbě:

1. Změnil se po prodělané léčbě Váš vzájemný vztah mezi rodinou či partnerem?
2. Pomáhal Vám partner nebo rodina ve chvílích, kdy jste prožívala poporodní depresi nebo psychózu?

Celý proces rozhovoru jsem se snažila vést v duchu uvolněnosti, příjemně naladěné atmosféry, snažila jsem se získat si důvěru respondentek a myslím si, že to podařilo. Všechny respondentky byly před začátkem rozhovoru seznámeny s cílem výzkumu, kterého se účastní. Byly také seznámeny s obsahem otázek. Protože vím, že je toto téma osobní a pro maminky psychicky velmi náročné, rozhodla jsem se, že otázky připravím v takovém sledu, aby se pro ně rozhovor nestal hned od začátku stresujícím a nepříjemným.

Úvod rozhovoru jsem směřovala k otázkám o jejich osobě, životě, bydlení. Teprve potom, co jsem viděla, že se respondentky rozpovídaly, začala jsem klást otázky více k tématu a snažila jsem se tak dojít až k jádru problému.

### 5.3.1.2 Metoda sněhové koule – Snowball sampling

Základním východiskem pro aplikaci metody sněhové koule je setkání s první „generací“ účastníků výběru. Je taktéž určena k získávání nových respondentů na základě procesu postupného nominování dalších účastníků, kteří splňují daná kritéria. Proces vlastního výběru pak začíná u jednoho nebo více účastníků, s kterými provedu interview a které požádám o hlubší spolupráci při hledání či doporučení dalších osob, které by daná kritéria splňovaly a pokud s tím budou respondenti souhlasit, aby mi zprostředkovali s těmito osobami kontakt. Díky tomuto postupu se nám výzkumný vzorek rozrůstá připojením dalších osob k výzkumu.

Metodu sněhové koule jsem si vybrala z toho důvodu, že díky ní je možné navázat kontakt s rozsáhlejším výběrovým souborem, než jakého by se mi podařilo najít vlastními silami (Miovský, 2006, s. 31).

### 5.3.1.3 Obsahová analýza

Jedná se o analýzu souborů či textů, jejíž hlavním účelem je vyhledávání konkrétních slov a konceptů v analyzované komunikaci a stanovené četnosti jejich výskytů, významu či vzájemného vztahu (Miovský, 2006, s. 238). Samotnou obsahovou analýzu můžeme kombinovat s kteroukoli metodou získávání a analýzy dat. Například velmi vhodná je kombinace obsahové analýzy s metodou pozorování, rozhovorem atp. (Miovský, 2006, s. 238). Vzhledem k tomu že budeme pracovat pouze se základním rámcem, pro svůj výzkum užijí manifestní obsahovou analýzu.

Rozlišujeme tři fáze základního postupu při aplikaci obsahové analýzy:

1. Definice a identifikace dokumentů a informací pro obsahovou analýzu
2. Shromažďování základních jednotek
3. Tvorba kategorií a kódů

„V rámci analýzy dat se můžeme pohybovat v mezích daných několika analytickými metodami (například metodou vytváření trsů, kontrastů a porovnání, prostého výčtu), nebo se můžeme pustit do kvalitativní analýzy dle zakotvené teorie, případně jiného typu kvalitativní analýzy“ (Mioviský, 2006, s. 241 citováno: 2017-05-08). Pro svůj výzkum jsem si vybrala metodu vytvoření trsů.

#### 5.3.1.4 Metoda vytváření trsů

Metoda vytváření trsů slouží k seskupování a konceptualizaci určitých vzorků, ze kterých se pak vytváří trsy, například podle určitých jevů, případů či místa atp. Skupinky by měly vznikat na základě vzájemné podobnosti, mezi těmito jednotkami. Základní princip této metody je tedy srovnávání a seskupování dat (Mioviský, 2006, s. 221).

### **5.4 Cílová skupina (Výzkumný vzorek)**

Výzkum je zaměřen na mladé matky, adolescentního věku, tedy dívek ve věku 15-19 let, které prožily nebo prožívají poporodní deprese nebo psychózu různé intenzity. Na výzkumu se podílelo celkem 25 žen. Aktivně se na výzkumu podílelo 10 žen, se kterými jsem uskutečnila rozhovor. Výzkumu se zúčastnily matky, které měly 1-3 děti. Z deseti žen byly tři vdané, dvě žily ve společné domácnosti s partnerem, pět žije ve společné domácnosti s jedním nebo oběma rodiči.

Šest z mladých maminek rodilo císařským řezem, čtyři vaginálně. Pro výzkum jsem použila smyšlená jména pro zachování plné anonymity respondentek.

**Tabulka 1. Základní charakteristika výzkumného vzorku**

Jméno	Věk	Stav	Komplikace v těhotenství	Porod	Počet dětí	Domácnost
<b>Petra</b>	16	svobodná	ANO	CS	1	s rodiči
<b>Kamila</b>	18	Vdaná	NE	CS	1	s manželem
<b>Zuzana</b>	19	Vdaná	NE	Spont.	3	s manželem
<b>Jolana</b>	15	svobodná	NE	Spont.	1	s matkou
<b>Aneta</b>	15	svobodná	ANO	CS	1	s rodiči
<b>Hana</b>	16	svobodná	ANO	CS	1	s rodiči
<b>Eva</b>	16	svobodná	ANO	Spont.	1	s rodiči
<b>Jana</b>	16	svobodná	ANO	CS	1	partner
<b>Lenka</b>	17	svobodná	NE	CS	1	partner
<b>Lucie</b>	19	vdaná	NE	Spont.	1	s manželem

## 5.5 Sběr dat

Na výzkumu se aktivně podílelo 10 mladých žen. Výzkum trval od prosince 2015 do února 2017. Svou pozornost jsem zaměřila na maminky, které prožily či stále prožívají poporodní depresi nebo psychózu. Nebylo vůbec jednoduché zajistit odpovídající počet respondentek pro vytvoření svého výzkumu, neboť se jedná o velmi citlivé téma a mnoho žen se za své problémy stydí.

Pro sběr dat jsem použila metodu snowball sampling, tedy metodu sněhové koule. Účastníky výzkumu jsem se zpočátku snažila najít sama. Poté co jsem vyčerpala svoje možnosti, obrátila jsem se s pomocí na moje přátele a přátele svých přátel, kteří by mohli maminky trpící poporodní depresí znát. Díky jejich informacím jsem získala tři potencionální účastnice výzkumu. Oslovovala jsem i maminky na různých internetových serverech, kterými jsou například maminka.cz, mimibazar.cz nebo Facebook, zde jsem si vyhledala skupinky, ve kterých se maminky svěřují se svými starostmi, a přes zprávy jsem tyto maminky kontaktovala. Maminkám jsem se představila, nastínila jsem jim svůj výzkum a požádala je o pomoc při jeho realizaci. Možná jsem měla štěstí, možná za to může můj poměrně mladý věk (25 let), který tyto mladé maminky mohou akceptovat a navázat semnou hlubší důvěry. Za období osmi měsíců jsem kontaktovala celkem 25 maminek, z nichž 10 se na výzkumu aktivně podílelo.

Po získání všech údajů a příslibu spolupráce jsem si s každou maminkou domluvila schůzku na klidném místě. Výběr místa jsem nechala na respondentkách, protože jsem

chtěla, aby to bylo místo, kde by se cítily uvolněné. Schůzky proběhly povětšinou v dopoledních hodinách, pouze s jednou maminkou jsem se setkala po osmé hodině večerní. Samotný rozhovor trval zhruba dvě hodiny. Rozhovor jsem zaznamenala na telefon, a také jsem si dělala poznámky do sešitu. Následně jsem celé rozhovory přepisovala do elektronické podoby, abych se v textu lépe orientovala.

Výzkum probíhal v rámci Olomouckého kraje, konkrétně byly maminky z Olomouce, Prostějova, Lipníka nad Bečvou a Přerova. Za respondentkami jsem dojížděla. Ze setkání jsem měla smíšené, ale v konečném pohledu spíše dobré pocity, ačkoli bylo samozřejmě těžké poslouchat jejich životní příběhy. Překvapilo mě však, že se maminky o svém životě a svých starostech nestyděly mluvit. Naopak byly velmi otevřené a upřímné. Z rozhovorů jsem nabyla pocitu, že měl náš rozhovor do jisté míry i terapeutické účinky. Viděla jsem, že byly rády, že jsou najednou středem pozornosti, že se jim vůbec někdo věnuje a chce s nimi trávit čas a povídat si a upustit alespoň na chvíli od mateřských povinností. Ze schůzek jsem tedy odcházela opravdu s uspokojivými pocity. Maminky mi dokonce děkovaly, že jsou moc rády, že si mohly popovídat a z jejich pohledů bylo patrné, že i když se svěřovaly úplně cizímu člověku, nakonec i ony samy odcházely s pocity úlevy.

Komunikace s lidmi je pro mě velmi blízká. Jsem vystudovaným zdravotním asistentem, sociálním pedagogem a ráda naslouchám a pomáhám lidem v obtížných životních situacích.

## 6 ANALYTICKÁ ČÁST

Další část své diplomové práce věnuji analýze rozhovorů s mladými maminkami, které prožívají či prožily poporodní depresi nebo psychózu. Analyzuji celkem deset rozhovorů. Při analýze jsem pracovala se sedmnácti odpověďmi respondentek. Rozhovory byly zaznamenány, porovnány a vyčlenila jsem z nich podobné či protikladné jevy.

Ve výzkumné části diplomové práce pak zaměřuji svou pozornost na položené výzkumné otázky, na které v dalších kapitolách uvádím odpovědi.

### Vliv rodinné a osobní anamnézy

**Otázka číslo 1: Objevilo se někdy ve Vaší rodině psychologické či psychiatrické onemocnění? Léčila jste se někdy s depresemi, máte sklony k plačtivosti, jak zvládáte stresové situace?**

Vznik poporodní deprese může ovlivnit i rodinná či osobní anamnéza. V následujících odpovědích maminek uvádím ty maminky, u nichž se v rodině vyskytlo psychiatrické či psychologické onemocnění a ty maminky, které o sobě mluví jako o slabších a citlivějších povahách.

**Kamila:** „Že by měl někdo v rodině psychické problémy to nevím. Ale já sama jsem citlivá až běda. Rozpláče mě blbá reklama v televizi. Občas mám stavy, kdy bych bojovala jako lvice a to doslova, ale občas mm chuť být neviditelná, ztratit se, chce se mi křičet a nahlas, ale nemůžu, protože by mě stejně nikdo neslyšel...“

**Zuzana:** „Nevím, jestli se ptáte zrovna tohle, ale mama trpěla bulimií a já zas pro změnu anorexií. Že jsem byla anorektička, na smrtelné posteli, by mi teď, podle toho jak vypadám, asi nikdo nevěřil. Tím chci říct, že když něco opravdu chci, tak si za tím jdu. V mém případě jsem nechtěla umřít. Takže jsem doslova utekla hrobníkovi z lopaty. Ty pocity, o kterých jste ale mluvila, mám stále. Nejsem se sebou maximálně spokojená a asi ani nikdy nebudu. Mám se ráda, to ano, ale nikdy to nebude stoprocentní. Snažím se ale na sobě pořád pracovat. Zátěžové situace si myslím, že zvládám podle toho, o jakou situaci jde. Protože mi šlo o život, přestala jsem řešit v životě hlouposti. Když by se mi ale mělo stát něco hodně dramatického, tak se obávám, že bych se asi sesypala.“

**Hana:** „Pokud se nemýlím, tak nikdo z rodiny psychickými problémy netrpěl. Ale mamka mi vždycky říkala, že jsme magor a měla bych se jít léčit. Asi měla pravdu... (odmlkla se)

Proč by měla mít pravdu? Když se semnou přítel rozešel, čekala jsem s ním dítě. Měla jsem deprese a dlouhou dobu jsem se z toho nemohla dostat. Bydlela jsem u rodičů a neustále poslouchala kecy mojí mamy, jak si to jako představuju. Jak to jako budu dělat. Nechám si udělat děcko a ještě si nechám utéct chlapa. Beztak šel za jinou a ještě jim zůstanu na krku. Tady ty řeči mě fakt zadupávaly do země. V těhotenství jsem byla v šílené depresi, ale nikde jsem se s tím neléčila. Když nad tím ale přemýšlím, možná že kdybych se poradila s nějakým doktorem, tak bych si mohla ulevit už dávno.“

**Lucie:** „U nás je to trochu složitější. Vím, že antidepressiva bere teta. Říkala, že ji prý ničí ti fakani ve škole. Brácha v devatenácti odešel z domu. Nebo spíš musel odejít z domu, protože bral drogy, chytl se jakési party a rodiče mu řekli, že ho v tom podporovat nebudou, tak ať si jde. Asi je to u nás v rodině ta slabší povaha. Nebo spíš vůle? Já jsem poměrně dost výbušná, zároveň ale přecitlivělá. Vždycky vybuchnu, řeknu nebo udělám věci, kterých pak lituju a nacházím se ve stavu, kdy jen brečím a přemýšlím, že to šlo určitě udělat jinak a lépe. Ale jestli jsem zralá na nějakou diagnózu, o tom jsem nikdy nepřemýšlela (smích).“

**Aneta:** „Sestra bohužel ve vysokém stupni těhotenství potratila a musela porodit mrtvé miminko. Z toho se sesypala a musela se léčit na psychiatrii. Léčba zabrala a ona se vrátila k nám domů, protože ji opustil partner. Dva roky od porodu si na to všechno znova vzpomněla, když ji vyjela na Facebooku upomínková fotka jak byla těhotná a začalo to všechno odznova. Dokonce se chtěla zabít. Žádnou jinou zkušenost v rodině nemám. Já sama zvládám zátěžové situace celkem dobře, jenomže to si sestra myslela taky. Pravdou je, že nikdo nevíme, co v životě nás srazí na kolena. Na to se prostě nedá připravit a nemůžeme ani vědět jak budeme reagovat.“

**Jolana:** „Můj otec je notor, matku i mě bil a ta propadla depresím a strachu. Bylo to nejtěžší období pro nás obě. Sourozence žádné nemám. Jednou se ale mamka vzchopila, rychle nás sbalila a od otce odešla. Vůbec nevím, kde vzala ze dne na den tu sílu. Prostě se s tím ráno probudila a udělala to. Od té doby měla, dá se říct po depresích a začala normálně fungovat. S depresí se nikdy nikde neléčila. Když ale byla pod vlivem otce, byla chodící troskou. Já doma v podstatě nikdy nebyla, protože jsem to tam nesnášela. Po škole jsem se vždycky toulala dlouho do noci venku a domů jsem chodila jen na přespání. A ne, fakt mě nikdo nepostrádal. Samu sebe bych asi nazvala proměnlivou povahou. Zátěžové situace nezvládám příliš dobře. Jsem zvyklá, že když se něco podělá, uteču od toho.“

Zbylé čtyři respondentky uvedly, že jim nejsou známy žádné psychické či psychiatrické onemocnění v rodině, a že ony samy zvládají zátěžové situace velmi dobře.

### **Otázka číslo 2: Jaký máte vztah se svými rodiči?**

Jelikož vztah rodičů ke svému dítěti může mít zásadní význam pro psychickou pohodu jejich dítěte, rozhodla jsem se odpovědi respondentek o jejich vztazích s rodinou, zmínit.

**Petra:** „S rodiči, teda hlavně s mámou mám super vztah. Jsme jako dvě kamarádky, co se svěřují a nemají před sebou žádné tajnosti.“ Podobně odpověděly další čtyři respondentky.

**Eva:** „Já nevím, jak ten vztah mám popsat. (delší odmlka) My si k sobě s mamkou nikdy nenašly cestu. Byla na mě vždy až přehnaně přísná. Sama si hrála na perfekcionista, ale podle mě do toho měla hodně daleko. Byla na mě ale jako na psa. Furt měla nějaký problém. Nějak jsem z ní cítila ten nátlak, jakoby do mě vkládala nějaký naděje, abych byla lepší než byla ona, jelikož v životě nic zásadního nedokázala, tak si to chtěla tu svoji frustraci vykompenzovat na mě. Ránou pro ni bylo, když jsem přišla s tím, že jsem těhotná. V jejích očích jsem viděla, jak se jí najednou hroutí domeček postavený ze snů, které do mě vkládala.“

**Lucie:** „Mamka je svoje. Myslí všechno dobře, chce pomáhat, ale nikdy u toho neřekne pozitivního slova. Pak si vždycky připadám naprosto neschopně. S tatou mám dobrý vztah.“

**Jolana:** „Co byste asi řekla? Otec opilec, toho fakt nesnáším. S mamkou je to v pohodě a snažíme si pomáhat, jak to jen jde.“

**Zuzana:** „S mamou si lezeme na nervy. S tatou dobrý. A s u mamky mi připadá, že mi dělá určité věci snad naschvál a jindy, že si snad ze mě dělá srandu.“

### **Těhotenství, porod, šestinedělí**

#### **Otázka číslo 3: Bylo Vaše těhotenství chtěné, plánované?**

Sedm maminek odpovědělo, že jejich těhotenství bylo neplánované, dokonce s partnerem, kterého znaly pouze pár měsíců, většina z nich byla ale nakonec ráda. Jedna maminka přiznala, že chtěla dítě s novým manželem. Další maminka uvedla, že její těhotenství bylo plánované z důvodu špatného zdravotního stavu a rizikům možné neplodnosti.

**Lenka:** „V patnácti letech, když jsem si našla přítele, bylo to vážné a chtěla s ním spát, jsem šla na gyndu, aby mi doktorka předepsala prášky. Při důkladném vstupním vyšetření ale zjistila, že na děloze a vejcovodech mám nějaké změny nebo co. Prostě že vejcovody mám v podstatě neprůchodné a dělohu mám, už ani nevím, jak to lékařsky říkala. Prostě říkala, že kdybych chtěla v budoucnu otěhotnět, tak budu mít problémy. Jestli teda vůbec otěhotním. V opačném případě bych prý musela jít na umělé oplodnění. Takže jsme se domluvily, že prášky v mém případě nejsou potřeba. Nejdřív mi to bylo jedno, protože jsem si tu možnost nemít děti vůbec neuvědomovala. S přítelem jsme spolu byli dva roky a já cítila, že by to mohl být zrovna on, se kterým bych chtěla mít rodinu a tak mě začal hlodat pocit, že mu ji vlastně ani nemusím dát, protože jsem beztak neplodná. Ale nechala jsem to tak. On věděl, že mám se spodkem problém a nevadilo mu to, tak já byla taky v pohodě. Doktorka předtím říkala, že jsem teď na úrovni sterility, když si ženský nechávají podvazovat vaječníky, aby už nemohly otěhotnět. Ale zázraky se opravdu stávají. Zřídka, ale stávají a já otěhotněla. Vůbec jsem tomu nemohla uvěřit a byla jsem z toho nadšená.“

**Otázka číslo 4: Jaká byla reakce Vaší rodiny, když jste otěhotněla v tak mladém věku?**

**Aneta:** „Když jsem to řekla doma, tak chtěl tata přítele fakt zabít. Řval, že až mu přijde pod ruce, tak se nedožije druhého dne (smích). Po vychladnutí jsme všichni sedli ke stolu a promluvili si, jaké máme možnosti, i když jich moc nebylo, vyřešili jsme to a domluvili se, že to nějak zvládneme a na potrat jsem nešla.“

**Lucie:** „Maminka se z toho složila a tatovi přestal chutnat řízek, který jinak zbožňuje (smích). Teď se tomu už zasměju, ale věřte, že v ten moment to bylo fakt peklo.“

**Petra:** „Rodiče jsou oba fakt skvělí. Oba to vzali v klidu a snažili se mě nerozhodit. Jsem moc ráda, že je mám.“

**Hana:** „Matka mi na to řekla, sama sis to zavinila, sama si to taky vyžer.“

**Zuzana:** „Mama zuřila, tata vypadal, že je mu to úplně jedno. Na druhou stranu je to náš problém, však oni s námi v jedné domácnosti nežijí. Je pravda, že asi není úplně běžný, aby měla ženská v devatenácti tři děcka, ale my to tak prostě chtěli.“

**Lenka:** „Mamka mě vážně překvapila. Myslela jsem si, že na mě bude řvát, jak jsem nezodpovědná a blbá, ale bylo to vlastně úplně naopak. Byla úplně klidná.“

**Eva:** „Šla jsem domů s tím, že mě asi zabijou. Mamka mě měla sama v patnácti a pořád jsem slýchávala, že byla na dítě příliš mladá, nevybouřená a že měla studovat a ne se starat o dítě. Proto chtěla, abych se toho vyvarovala, studovala, našla si práci a teprve pak založila rodinu. Otěhotněla jsem neplánovaně. Selhala mi antikoncepce. Je ale pravda, že jsem si občas nějakou tu tabletku zapoměla vzít. Ale nikdy mě nenapadlo, že by jedna tabletka udělala takovou paseku.“

Ostatní maminky řekly, že se s tím rodiče v klidu smířili a žádné problémy s těhotenstvím doma neměly.

### **Otázka číslo 5: Jaký průběh mělo Vaše těhotenství ze zdravotního hlediska?**

Na tuto otázku odpovědělo šest respondentek, že jejich těhotenství bylo naprosto bezproblémové a nebyla nutnost hospitalizace v nemocnici po celou dobu jejich těhotenství.

**Aneta:** „V podstatě už na samém začátku těhotenství se objevily nějaké komplikace. Strašně jsem zvracela, bylo mi fakt zle. Musela jsem jít kvůli zvracení a úbytku hmotnosti dokonce do nemocnice. Pak jsem zas pro změnu ve 14. týdnu potrácela. Vzpomněla jsem si na sestru, co se jí stalo a bylo mi z toho ještě hůř. Strašně jsem krvácela a opět jsem musela lehnout do nemocnice. Později se mi zas začal zkracovat čípek a hrozil mi předčasný porod, takže sem si opět musela jít poležet do nemocnice. To pro mě bylo psychicky hodně vyčerpávající.“

**Hana:** „Já měla v celém těhu pořád něco. Začalo to tím, že mi nepřišla ms. (menstruace) Tak jsem šla k doktorovi, který mi řekl, že už jsem dokonce v 7. týdnu těhotenství, a že to vypadá na dvojčata. Za měsíc jsem tam šla na kontrolu znovu a opravdu doktor potvrdil dvojčata. Do té doby bylo všechno v pořádku. Až jednou v noci se mi udělalo špatně a začala jsem krváčet. Tak jsem rychle jela na pohotovost, kde mi bylo řečeno, že jednomu z miminek přestalo bít srdíčko. Tak jsem domů jela vydeptaná a plná obav, že umře i to druhé. Podpory rodiny jsem se nedočkala. Bydlet u rodičů bylo fakt peklo, ale přítel nás nechal, tak jsem neměla kam jinam jít.“

**Jana:** „Vzpomínka na moje první těhotenství ve mně vyvolává zoufalé pocity a chce se mi vždycky brečet. Kdybych byla sama, tak bych si i pobřečela. Miminko nebylo plánované, ale nakonec jsme byli rádi, že ho máme. Jenže v pozdějším stupni těhotenství přišly komplikace a já ho přestala cítit. Tak jsme rychle jeli do porodnice, kde nám řekli, že se

*uškrtilo na své vlastní pupeční šňůře. Bylo to strašný a byl to můj nejhorší den v životě. Vlastně byl i horší, když ho musela porodit. Zbyla ve mně fakt prázdná díra a já nebyla schopná normálně fungovat. Věděla jsem, že jediná možnost, jak se z toho všeho prostě nezhroutit úplně nebo se nezabít, nad čímž jsem taky uvažovala, bylo otěhotnět co možná nejrychleji znova. Zadařilo se, ale tím, jak jsem byla vynervovaná z dalšího těhotenství a strachovala se, aby bylo vše v pořádku, jsem si ve 32. týdnu vyvolala porod. Naštěstí je dcera naprosto zdravá.“*

**Petra:** *„Těhotenství pro mě nebylo nejjednodušší. Nejdříve jsem šla k doktorce s bolestmi břicha, kde mi řekla, že mám s největší pravděpodobností zánět dělohy a napsala mi antibiotika. Bolest ale přetrvávala, tak jsem tam šla za týden znova a po tom, co mi dělala ultrazvuk, aby zjistila co je špatně, s udivením řekla, že jsem těhotná a že prý před týdnem to na ultrazvuku ještě nebylo vidět. Nejen že jsem to neplánovala, ale brala jsem i silná antibiotika a proto jsem byla vyděšená z toho, že bych mohla mít postižené dítě. Tak jsem přemýšlela o potratu. Doktorka mi dala pár dní na rozmyšlenou s tím, že případná interrupce by byla vhodná udělat co nejdřív. Doma jsem se rozbřečela, řekla, že jsem těhotná a sedli si ke stolu, kde jsme mluvili o tom, co budeme dělat. Domluvili jsme se, že dáme dítěti šanci. Tak jsem těhotenství neukončila. Pak ale začal kolotoč doktorů. Měla jsem problémy se štítnou žlázou, těhotenskou cukrovku, problém se srdíčkem a do toho vcestnou placentu. Ukončení bylo plánovaným císařem.“*

**Otázka číslo 6: Navštěvovala jste v těhotenství nějaký předporodní kurz a bylo absolvování tohoto kurzu pro Vás přínosné?**

V dnešní době si každá maminka může nastudovat spoustu informací týkajících se těhotenství, porodu i následné péče o miminko v mnoha publikacích či odborných časopisech. Existuje ale také možnost navštívit předporodní kurz pro těhotné ženy, kde všechny tyto informace maminky uslyší z úst vystudované porodní asistentky.

**Jana:** *„Knihy jsem nějaké četla. Nakonec až u porodu jsem zjistila, že úplně k ničemu. Každý porod je tak jiný, může být tolik komplikací, že jsem z toho čtení dopředu akorát dostala depresi, jestli to zrovna já vůbec zvládnu.“*

**Kamila:** *„Chodila jsem do kurzu pro těhotné. Ale že by mi dal něco víc, se říct nedá. Stejně jsem nakonec rodila císařem pro nepostupující porod.“*

Maminky odpovídaly vesměs podobně. Můžeme to tedy shrnout tak, že pět maminek navštívilo předporodní kury, ale pouze jedna z nich byla se službami spokojená a radami porodní asistentky se pak u vlastního porodu řídila. Zbytek maminek převážně jednoznačně odpovídal, že kdysi přece taky nebyly žádné kurzy a ženský normálně rodily... Proto kurzy nenavštěvovaly.

### **Otázka číslo 7: V jaké porodnici jste rodila? Podle čeho jste porodnici vybírala?**

Sedm maminek z deseti odpovědělo, že si vybraly záměrně porodnici v Olomouci, protože má výbornou pověst a také disponují výborným vybavením a péčí pro předčasně narozené děti.

**Kamila:** *„Vybrala jsem si porodnici v Hranicích, protože je od domu nejbliž.“*

**Zuzana:** *„Porodnici jsem měla vybranou v Prostějově. Před porodem jsem si o porodnicích zjišťovala spoustu informací, ptala se kamarádek, které v poslední době v Prostějově rodily, a zjistila jsem, že se tamní porodnice zlepšila. Takže jsem volila tu, v místě bydliště. Ale víte co, je to úplně jedno, protože jsem stejně nakonec rodila v sanitce.“*

**Hana:** *„Já o tom vůbec nepřemýšlela. Bylo mi to úplně jedno.“* Jak to myslíte? *„Měla jsem problémy sama se sebou. Pořád jsem jen slyšela, že když už jsem ta blbá a nechám si udělat dítě, tak musím přijmout i zodpovědnost za své chování. To je pravda, ale když vám to někdo říká pořád dokola, začínáte o sobě a svých schopnostech pochybovat. A já z toho měla fakt depku. Vážně mi bylo úplně jedno, kde a jak budu rodit. Bylo mi jedno i to, že jsem těhotná. Bylo mi dokonce jedno i to, co bude s dítětem, protože jsem k němu necítila vůbec žádný vztah ani závazky. Dokonce jsem byla přesvědčená, že se ho po porodu vzdám.“*

### **Otázka číslo 8: Měla jste připravený porodní plán? Respektoval personál porodnice Vaše přání?**

**Hana:** *„Porodní plán? Co to je?“*

**Eva:** *„Ne, ani pořádně nevím, na co bych ho měla mít.“*

**Zuzana:** *„Plán jsem měla, ale můj porod byl tak rychlý, že se ani nestihl zrealizovat. Rodila jsem v sanitce.“*

**Kamila:** „Porodní plán jsem si dělala doma asi měsíc před porodem. Ale po tom co mi v noci praskla voda a partner byl vystresovaněj, že hned musíme jet, nechali jsme ho doma.“

Zbývajících pět respondentek odpovědělo pouze „NE“.

### **Otázka číslo 9: Jak byste popsala průběh Vašeho porodu od úplného začátku?**

**Kamila:** „Myslíte od toho, co mi úplně poprvé začaly porodní bolesti?“ Ano. „To jsem byla ještě doma. Večer mi nebylo moc dobře, tak jsem si šla lehnout. V noci jsem se vzbudila a myslela si, že jsem se počůrala. Celá postel byla mokrá. Říkala jsem si, že jsem fakt idiot co si už ani na záchod nedojde a první co mě napadlo bylo, že převleču postele. Jak jsem si vytáhla nové ložní prádlo, píchlo mě opravdu silně v kříži. Tak jsem všeho nechala, protože teprve v ten moment mi docvaklo, že mi praskla voda. Tak jsem na manžela zakřičela, praskla mi voda! Ten vyskočil z postele, popadl tašku a rychle jeli do porodnice. Tam mě natočili, doktorovi se nezdály synovy ozvy, tak mě rychle vezli na císaře.“

**Zuzana:** „Ty jo, můžu Vám říct, že s tak rychlým porodem jsem vážně nepočítala. I když moje předešlé dva porody byly taky rychlovky. Od první bolesti, kdy mě jen píchlo v zádech, mi to z minuty na minutu přešlo v nesnesitelné bolesti, které mi vystřelovaly do vnitřní strany stehů. Na nic jsme doma nečekali a hned jsme volali záchranku, protože jsem se bála, že to do porodnice autem nestihneme. Záchranka mě naložila, to už jsem ani chodit nemohla, začala mi série strašných bolestí, doktor v záchrance mě prohmatával a říkal, že to do porodnice v pohodě stihneme, že ty změny na hrdle nejsou velké. Najednou jsem měla fakt příšernou kontrakci a řvu na doktora, že rodím a doktor mi jen říkal, uklidněte se a prodýchejte si to. Já po něm zařvala, že mu seru na dýchání, že fakt rodím. Řvala jsem, proč mi sakra nevěří, že nejsem prvorodička a snad to už po svých zkušenostech poznám. Po té odporné kontrakci, která trvala dlouho, se mi narodila dcera. Doslova ze mě vyletěla. Všichni z toho byli přepadlí. Měla jsem štěstí, že mi nespadla z lehátka na zem. Na druhý den se mi přišli omluvit, že s takovým průběhem nepočítali a jsou rádi, že se nic nestalo.“

**Lucie:** „Můj porod byl fakt peklo. Po několika hodinách nepostupujícího porodu, se mi otevřely porodní cesty a dítě se v nich zaseklo. Byly to příšerný muka. V bolestech jsem řvala po chlapovi, ať se pořádně dívá, co mi udělal a že ho nenávidím. Na císaře bylo prý

*už pozdě a já musela porodit normálně. Ze všech stran na mě někdo řval: Tlačte, tlačte nebo se miminko udusí a zemře. Já byla psychicky úplně v háji. Přestala jsem vnímat dokonce i tu bolest. Byla jsem jako zdrogovaná a bylo mi úplně jedno, co nebo jak to s dítětem dopadne. Chtěla jsem jen, aby už bylo po všem. Najednou jsem uslyšela, VZPAMATUJTE SE! SPOLUPRACUJTE! A už do mě strkali kleště, nebo co to bylo. Adámka vytáhli na poslední chvíli, byl celý promodralý, museli mu rozbouchat srdíčko a pak ho rychle odvezli na přístroje. Musel být připojený na kyslíku. Viděla jsem ho až za dva dny.“*

**Jana:** *„Na porod nemám dobré vzpomínky. Dcera se narodila ve 32. týdnu. Tomu předcházely časté hospitalizace v nemocnici, kdy mi říkali, že umírá, neumírá a furt dokola. Psychicky jsem z kontrol odcházela vždycky úplně na dně. Ve 32. Týdnu jsem se špatně pohnula a cítila jsem, jakoby se mi v břicho něco utrhlo. Hned jsme odjeli do nemocnice. V nemocnici mě dali na ten přístroj, co zkoumá srdíčko. Byl prý v pořádku. Prý jsem už ale začala rodit a nejde to zastavit. Už jsem byla hodně otevřená a riskovali by tak možné zatažení infekce. Byla jsem otevřená na 7cm, ale neměla jsem žádné kontrakce. Čekala jsem hrůzu, strašnou bolest, ale ta nepřicházela. Byla jsem z toho znepokojená, protože kdybych cítila aspoň něco, ale rodit úplně bez bolesti mi nepřipadalo normální a měla jsem šílený strach, že je to všechno špatně. Tak čekali do druhého dne, než se to samo rozjede, ale furt nic, voda neodtekla. Tak mi vodu píchli a dali mi injekci s oxytocinem. Rozjely se mi šílené bolesti. Ale fakt strašný. Měla jsem chuť vyskočit z okna, rozmlátit si hlavu o zed'. Takto mě nechali trápit dalších několik hodin, až jedné doktorce bylo asi líto, jak trpím, a řekla, ať mě hned převezou na císaře, protože to čekání nikam nevedlo a bolesti se akorát stupňovaly.“*

**Eva:** *„Pro mě byl porod něčím, co si ani pořádně nevybavuju. Dostala jsem epidural, který ale píchli až na podruhé. Neměla jsem tak skoro žádné bolesti, byla jsem uvolněná a v pohodě. Normální porodní průběh se ale změnil během chvíle a pak lékaři bojovali o můj život. Po porodu jsem prý začala hodně krvácet a museli mi dávat několik pytlíků s krví. Až na sále se jim to krvácení podařilo zaslavit. Prý mi praskla nějaká céva kvůli tomu, jak jsem moc tlačila.“*

Zbytek respondentek mělo porod klidný, naplánovaný na císařský řez, z důvodu obrácené polohy plodu nebo rizika možných komplikací.

- 4 rodičky rodily spontánně, vaginálně.
- 6 rodiček rodilo císařským řezem.

**Otázka číslo 10: Bylo něco, co Vás u porodu povzbuzovalo, na co jste upínala svoje myšlenky?**

**Jana:** *„To snad ani nejde, ne? Já myslela jen na to, jaká je to příšerná bolest. Fakt jsem měla pocit, že raději skočím z okna než tohle...“*

**Lenka:** *„Já vnímala to dítě. V hlavě jsem měla, že prostě musím.“*

**Kamila:** *„Pro mě byl největší oporou asi partner. Cítila jsem jak mi drtí ruku. Chudák z toho byl víc vystresovanej než já sama.“* Podobnou odpověď uvedla i Aneta a Jolana.

**Lucie:** *„U mého porodu nikdo nebyl. No napřed jo, ale mě tam ten můj chlap tak rozčiloval, že jsem mu řekla, ať odejde.“*

**Petra:** *„Mou velkou oporou byla moje sestra. Je porodní asistentkou, ale v ten den neměla zrovna službu. Tak hned jak jsem dojela do porodnice, jsem řekla, ať mi ji zavolají a ona byla tak úžasná, že přijela a já hned cítila, že to zvládnou.“*

**Otázka číslo 11: Byl s Vámi u porodu také partner?**

V porodnicích je v dnešní době již naprosto normální, že partner či manžel doprovází maminku a zůstává s maminkou i během porodu na porodním sále a podporuje ji hlavně psychicky. Většinou pocítují maminky partnerovu přítomnost pozitivně. Maminky přítomnost partnera vítají hlavně z toho důvodu, že nad celým průběhem porodu drží tzv. ochrannou ruku.

**Aneta:** *„Partner u porodu byl, dokonce si i přestříhl pupeční šňůru. Já o tom ale ani nevěděla, protože jsem byla na Jipu po císaři. Vlastně i on byl prvním, koho syn po narození uviděl poprvé.“*

**Zuzana:** *„Partnera jsem u porodu nechtěla. Nakonec jsem ale stejně porodila v té sanitce, tak to moje přání bylo asi vyslyšeno.“*

Jsou i takové maminky, které si raději prožijí porod a bolesti s ním spojené v soukromí samy. Maminky hovoří převážně o pocitu studu před partnerem z neatraktivní polohy, křiku nebo krve. Nebo prostě proto, že jim přítomnost partnera u porodu nedělá příliš dobře.

Maminka **Lucie** dokonce říká: „*Manžela jsem musela nechat vykázat, nebo bych ho tam musela zabít za to, co mi udělal. Kéž by mohl trpět tak, jak teď trpím já.*“

### **Otázka číslo 12: Jak se k Vám choval zdravotnický personál. Byla jste spokojená s jejich přístupem?**

**Lenka:** „*Na nemocnici v Olomouci nemůžu říct křivého slova. Nevím, jak to chodí na jiných odděleních, ale já jsem byla maximálně spokojená, O cokoli jsem požádala, sestřičky mi vyhověly.*“

**Lucie:** „*Při porodu jsem hodně spolupracovala spíše se sestřičkou než s doktorkou, protože ta byla strašně arogantní. Fakt namyšlená kráva, která si snad myslela, že simuluju, že mě to vůbec nebolí a celý porod hrozně nadlehčovala. Vůbec jsem z ní neměla dobrý pocit. Nechápu, proč si vybrala zrovna tohle povolání, ale můžu s jistotou říct, že mě rozhodila psychicky, protože na mě byla vyloženě hnusná. Zbytek personálu byl ale milionový.*“

**Petra:** „*Nemůžu si na nic stěžovat. Personál byl milý, vstřícný, teda hlavně sestřičky.*“

Maminka **Eva** měla zase jinou zkušenost.

„*Já asi vyfasovala špatnou směnu sester nebo nevím... Možná už toho měly za celý den dost a měly před odchodem domů, ale to jak se sestry chovaly, to bylo prostě děsný. Při příjmu jsem musela se sestrou v kontrakcích vyplňovat papíry. Na otázku, proč je semnou nevyplní po porodu, když mám kontrakce zhruba po dvou minutách, mi odpověděla, nebo spíš odsekla, že se kvůli mně nenechá vyhodit. Protože jsem měla kontrakce dlouhé, pravidelné a docela dost bolestivé, snažila jsem se je prodýchat, abych ji vůbec mohla něco říct. Sestra místo toho, aby byla třeba trpělivá nebo ještě líp aby úplně mlčela, tak byla protivná a pořád mi říkala jen UŽ, tak UŽ??? Tak po tomhle jsem z ní byla mírně vykořeněná.*“

*Po tom kvantu informací mě už konečně dali na box, kde jsem si mohla lehnout. Asi na dvě minuty... Protože pak naklusala další sestra a začala po mě doslova ječet, že mám*

*jít na záchod vyprázdnit se nebo mi udělají klystýr. Na záchod jsem šla, ale neměla jsem nutkání, tak mi ho sestra udělala. Když to udělala, pronesla jen poznámku. No, budeme muset i oholit... Tak už mi začalo být trapně. Při holení mě pořezala tak, že mi valila krev a strašně to štípalo. Místo omluvy jsem slyšela pouze řvaní, že ji nemůžu říct, když mám zrovna kontrakci???*

*U samotného tlačení mi zas při píchání oxytocinu sestra natrhla ruku. Já fakt nevím, jestli jsem měla jen smůlu, nebo jestli jsou úplně neschopní, ale já tam byla s pocitem, že to snad ani nemyslí vážně, a že je vyloženě obtěžuju. Nebyla jsem ale v takové kondici, že bych je tam srovnala. Obvykle s tím nemám problém, ale rodila jsem poprvé, vůbec jsem nevěděla, do čeho jdu, bolelo to jako prase, tak jsem prostě stáhla krovky a mlčela.“*

**Jolana:** *„Porodní asistentka byla velice příjemná a snažila se mi se vším vyjít vstříc. Respektovala i moje přání nezasahovat do průběhu porodu, pokud by to nebylo opravdu nezbytné. Na porodním sále v tom boxu mi udělala příjemné přitímní, pustila mi rádio, povlékla peřinu a polštář a chvíli jsem spala. Opravdu jsem neměla pocit, že by mělo být něco špatně. Na oddělení šestinedělí už to bylo horší. Tam sestry opravdu kmitaly, ale nebyly vyloženě nepříjemné. To ne. Kdo mě ale opravdu nemile překvapil, byla jedna dětská sestra. Ta byla fakt příšerná. Dokonce jsem měla strach jí dát Natálku na vyšetření. Protože jakým způsobem ty narozené děti jenom chytala, prostě strašný.“*

**Otázka číslo 13: Kdy jste poprvé od porodu viděla své dítě a jaké jste při tom měla pocity?**

**Jolana:** *„Syna jsem viděla v podstatě hned po porodu. Dali mi ho na břicho a nechali mu dotepat pupečník. Pak partnerovi nabídli, jestli si nechce přestříhnout šňůru. Nechtěl, posera (smích). Bylo to ale úžasný. Je to přesně ten moment, na který nikdy nezapomenete. Byl tak maličký a první co bylo, že se začal sápat po prsu.“*

**Hana:** *„Já jsem byla na akutním císaři pro nepostupující porod. Byla jsem v celé narkóze, takže po něm jsem pak byla převezena na Jip. Dítě jsem ani vidět nechtěla.“ To nikomu z lékařů nebylo divné? „Když nad tím přemýšlím zpětně, tak asi fakt není normální, aby maminka nechtěla své dítě vidět. Ale mně nikdo žádnou pomoc nenabídl. Nikdo se semnou o mých pocitech nebavil. Byla jsem na to jako vždycky sama.“*

Podobně odpovědělo i dalších pět maminek, neboť i ony podstoupily císařský řez v úplné narkóze a shodly se, že pro ně měl císařský řez zásadní vliv na nástup laktace či

dokonce laktaci zcela zastavil a mléko se jim netvořilo. Pouze jedna maminka byla v částečné narkóze od pasu dolů. Vnímala tak, co se u operace děje.

**Kamila:** „*Nebylo to vůbec příjemné. Já jsem celou dobu věděla, že se mi hrabou v břiše. Cítila jsem, jak mi přerovnávali orgány. Cítila jsem se, jakoby mě někdo kuchal. A to doslova. Ale když malou vytáhli, tak mi ji hned ukázali a vlastně i partnerovi, který byl za sklem.*“

## **Období po porodu a šestinedělí**

### **Otázka číslo 14: Měla jste problém s kojením?**

**Hana:** „*S kojením jsem problém neměla. Bylo to divný, jakoby to tělo vědělo, že i přes to, že teď nechci mít s dítětem nic společného, později se mi bude určitě hodit. Mléka jsem měla strašně moc. Celou porodnici jsem mohla zásobovat.*“

**Lucie:** „*Dceru mi dali hned po porodu na břicho. Nebo to nebylo hned, já teď nevím. Asi ho napřed trochu umyli, ale po tom mi ho dali hned na to břicho. Ale to bylo ještě na boxu na porodním sále a byli jsme tam ještě další dvě hodiny. Zkoušela jsem kojit, ale vůbec to nešlo. Nemohla se přisát. Tak jsem si jen řekla, že je ještě brzy, že na to za chvíli přijde. Pak ji odvezli na nějaké vyšetření a po pár hodinách přivezli. To já už byla na šestinedělce. Jak mi ji dali na pokoj, tak jsem se hned snažila ji nakojit, ale zase to nešlo. Pak se už konečně přisála, ale vůbec nic neteklo. To už jsem začala být nervózní a říkala si, co se děje.*

*Blížil se večer, a já furt do malé nedostala ani kapku. Tak jsem si zavolala sestřičku a ptala se jí, co dělám blbě. Ta mi na to řekla, že je malá asi jen hodně napitá plodové vody, a že to nemám řešit. Že až bude mít hlad, tak se napije. Přes noc nic. Ráno už jsem z toho byla zoufalá, protože mi začala strašně plakat. Tak jsem ji dala opět k prsu. Ta tahala jak divá, fakt se snažila, ale prostě neteklo nic. Tak jsem se rozbřečela, protože mi došlo, že to není její chyba, ale moje. Zavolala jsem sestřičku celá ubolená, že křičí, protože má hlad a já ji nemůžu dát. Tak si malou odvezla, dala ji mléko vzadu a řekla mi, ať se jdu vyspat, že vypadám, jako bych nespala celou noc. Asi mi to pomohlo. Já se vyspala, uklidnila a jak mi malou vezla nazpátek, sedla si ke mně na postel a zkoušela mi ji k prsu dát a jak se přisála, jako zázrakem se mi mlíko spustilo. Nakonec jsem ale stejně kojila jen měsíc.*“

Podobnou zkušenost měly i další čtyři maminky, která dodala, že jim nástup laktace zpomalilo či úplně zastavilo pozdní přiložení k prsu.

**Eva:** „Syna mi ukázali až třetí den po porodu. Po porodu jsem měla komplikace velkého krvácení, musela jsem rychle na sál, dávali mi hodně krve a říkali, že mi praskla nějaká céva. Byla jsem vyčerpaná a nechali mě dlouho spát. Nakonec se mi zhruba po týdnu neustálého přikládání k prsu mléko rozjelo a já nakonec kojila celý rok.“

**Lenka:** „Rodila jsem mimi císařem kvůli poloze KP (Koncem pánevním). Nakonec jsem rozkojení zvládla dobře. Kojila jsem čtyři měsíce, ale asi od konce prvního měsíce jsem už přikrmovala, protože byl hladový a moje mléko mu nestačilo.“

**Zuzana:** „Já myslím, že je to hlavně v hlavě. Byla jsem v klidu u všech dětí. Věřila jsem, že kojit budu úplně bez problémů a taky že jo. Prsa se mi nalily hned, ale protože se mi nalily fakt hodně, bylo pro Elišku těžký se chytit. Tak jsem před každým kojením musela napřed hodně odšťíkat, jinak by se nenapila.“

Maminky **Petra** a **Kamila** uvedly, že s kojením měly po císaři problém, protože je bolel každý pohyb a pnutí jizvy bylo tak nesnesitelné, že si od sestřiček vyžádaly léky na tlumení bolesti. Po nich se ale zase bály kojit, takže svou situaci popisovaly jako bludný kruh. Nakonec se ani jedné rozkojit nepodařilo. Doplnily však, že si za to s největší pravděpodobností můžou samy, protože nedbaly rad sestřiček a myslely více na své pocity, než na potřeby dítěte.

#### **Otázka číslo 15: Byla Vás v porodnici navštívit rodina, partner?**

Šest maminek odpovědělo, že je rodina byla navštěvovat každý den a byla s nimi dlouhou dobu. Partner většinou přišel s nimi. Maminka **Hana** pak popisovala, jak se cítila, když za ní a dítětem nikdo nepřišel.

„Cítila jsem se jak vyvrhel. Opuštěně a nechtěně. Všechny maminky kolem mě měly od rána a ž do večera nějaké návštěvy. Pořád se u nich někdo střídal. Jen o nás neměl nikdo zájem. Všimla si toho jedna maminka a řekla mi, že to musím mít velice těžké, když nemám rodinu ani manžela a jak to zvládám. To mě fakt položilo. Partnerovi bylo jedno, že se mu narodilo dítě a moje rodina s celým těhotenstvím nesouhlasila, tak se na ni ani nepřišli podívat. Bylo mi z toho zle a celé noci jsem probulela.“

**Kamila:** „Já mám miliónového partnera. U porodu to semnou všechno prožíval, zdá se mi chvílemi, že rodil místo mě. Porod sice skončil akutním cisářem, ale jsem ráda za ty hodiny, co mě na hekárně podporoval. Poctivě nás na oddělení šestinedělí i navštěvoval. Přišla se na nás podívat celá rodina. Celá rodina se sjela, my totiž bydlíme všichni v jiném koutu republiky, ale to jim nevadilo a stejně se přijeli podívat a dovezli kupu dárečků a kytek.“

**Petra:** „Partner nemá o dítě zájem. Už když zjistil, že čekám dítě, posílal mě na potrat. Takže u něho mě ani nepřekvapilo, že za námi do porodnice nepřišel. Byli se za náma podívat akorát moji rodiče.“

#### **Otázka číslo 16: Po kolika dnech strávených v porodnici vás pustili domů?**

Většina maminek odpovídala, že v porodnici byla maximálně 4 dny. Pouze dvě maminky byly v porodnici déle než sedm dní, z důvodu komplikací po porodu nebo komplikací u miminka.

**Eva:** „Domů nás pustili až devátý den. Ne proto, že by bylo něco miminku, ale kvůli mně. Chtěli mě mít pod dohledem, každý den mi brali krev kvůli hodnotám.“

**Lucie:** „Syn měl poměrně těžkou žloutenku. Museli ho ozařovat pod lampou. Proto se náš pobyt protáhl na týden.“

#### **Otázka číslo 17: Pomáhal Vám někdo po propuštění z porodnice domů s miminkem a domácností?**

**Zuzana:** „Mama občas zašla, zkoukla, okomentovala slovy, že tu mám děsnej bordel, sem tam něco uklidila a odešla.“

**Aneta:** „Žijeme u rodičů, takže když naši nejsou v práci, snaží se mi pomáhat. Máme rozdělené role. Každý dělá něco.“

**Jana:** „Chlap se snaží, ale je velmi často v práci. Někdy se přes den ani nevidíme. Odchází dříve, než se probudíme a přijde domů v čas, kdy už všichni spíme. Ale když je doma, snaží se mi pomáhat. Třeba jde s mimčem ven, to mi pomůže asi ze všeho nejvíc, protože se buď chvílku natáhnu a nebo uklidím, či uvařím. Ale tuhle pomoc znám vlastně až po tom, co jsem začala mít problémy. Dřív mi takto nepomáhal. To byla pro něj práce na prvním místě. Myslím, že už svoje priority přehodnotil.“

**Eva:** „U nás doma velí mama. S partnerem žijeme u rodičů. Není to ale dobrý. Furt nám do všeho kecá. Furt mě nějak shazuje. Že ona to dělala tak a tak a já to dělám blbě. Jenomže když nežijete ve vlastním, tak se jen těžko dá odporovat. Na ulici s malým dítětem skončit nechci. Takové soužití je ale fakt těžký.“

**Petra:** „Já mám hrozně zlaté rodiče. Snaží se fakt strašně. Mamka se mě pořád ptá, jestli něco nepotřebuju, jestli všechno mám, ale mě je blbý říct, že jsem v kocích, že nemám sílu, tak jen mlčím a raději řeknu, že všechno mám, a že zvládám. Přitom to tak není. Já ji ale nechci zklamat. Partner, to je kapitola sama o sobě. Je otcem dítěte, ale ne mým partnerem, nebo aspoň ne takovým, jakého bych si představovala. Asi bych ho nazvala jen papírovým otcem. Ale je pravda, že alespoň na dítě platí.“

**Hana:** „Pomoc neznám. Jsem na všechno sama a občas už padám na hubu.“

#### **Otázka číslo 18: Co pro Vás bylo největším problémem, když jste se vrátila z porodnice domů?**

Většina maminek se shodla, že největším problémem bylo přijmout, že už se nestarají pouze samy o sebe, což je pronásledovalo už od porodu.

Maminka **Jolana** dokonce řekla: „Je to strašný ty moje myšlenky, ale já bych byla zase šťastná, kdyby se to všechno vrátilo do starých kolejí. Měla jsem na sebe čas, měla jsem čas na všechno, teď ho nemám na nic. Furt jen lítám kolem děcka.“

**Kamila** zase tvrdí, že: „Největším problémem pro mě bylo nalezení nějakého řádu.“

**Eva:** „Já vůbec nevěděla, jak se starat o dítě. V kolik ho koupat, jak často mu to prso dávat, co přitom dělat, jak často měnit plínky. Těch otázek bylo tolik a já na ně byla sama. Musela jsem se rychle zorientovat a najít si nějaký řád, podle kterého bych nějak fungovala, ale to se mi vůbec nedařilo. Byla jsem z toho zoufalá, připadala jsem si neschopně.“

**Jana:** „Když jsem přišla domů, nic jsem neměla ještě nachystané. Rodila jsem ve 32. Týdnu a v tomto týdnu si většina maminek teprve pořizuje věci na dítě. Neměla jsem dokonce ani kočárek, prostě nic. Bylo to těžký. Poslala jsem svého, aby zajistil kočárek. Opravdu, mně už bylo úplně jedno, co přiveze, hlavně aby něco přivezl. Rodiče, aby koupili oblečení, já sama jsem měla co dělat, protože to malý si ani nemělo kde lehnout. Neměla jsem smontovanou ani postýlku. Byla jsem vzteklá na manžela. Myslela jsem, že ho taková

*věc napadne. Já měla v porodnici jiné starosti. Tak jsme doufala, že aspoň tady tu banální věc udělá sám. Ne... První co udělal, když jsme přišli domů, bylo, že na mě blbě hleděl. Měla jsem dítě v náručí, tašky omotaný kolem sebe a to proto, že pro nás nikdo nemohl dojet. Manžel byl v práci. A místo toho, aby mi pomohl, blbě čuměl. To mě vytočilo hned po příchodu domů. Tak zpětně když nad tím přemýšlím, nebyla jsem zlá? Nebo třeba příliš přecitlivělá? To nevím, ale v tu dobu jsem to cítila tak, že jsem byla na všechno sama, i když mi vlastně rodiče kupovali vybavu pro miminko a všichni kolem mě kmitali, já to neviděla. Ted' s odstupem času mě to mrzí.“*

Maminky, které bydlí se svými rodiči, většinou uvádí, že jsou jí i miminku velkou oporou a tvrdí, že bez jejich pomoci by to nikdy nezvládli.

**Aneta:** *„Naši mi opravdu pomáhají se vším. Přesto jsem se cítila tak podvedeně. Všichni říkají, že mateřství je něco krásného. Já v tom nic krásného nevidím. Musím vstávat, někdy dokonce nechodit spát. Vypadám příšerně, jsem plešatá a děcko furt jenom řve. Opravdu jsem si představovala něco jinýho.“*

### **Rozvoj poporodní deprese**

**Otázka číslo 19: Za jak dlouhou dobu po porodu jste na sobě pociťovala psychické změny? Mám tím na mysli plačtivost, zlobu na dítě, partnera, podrážděnost nebo pocity neschopnosti postarat se o své dítě či domácnost?**

**Aneta:** *„Asi mi to nebudete věřit, ale já jsem v podstatě hned po porodu věděla, že je něco špatně, protože já se nechtěla na malou ani podívat. Vůbec mě nezajímala. Vnímala jsem akorát to, že se mi ulevilo od bolesti a dítě jsem neřešila. Myslím, že se to pak akorát stupňovalo, protože já těhotná být prostě nechtěla.“ Můžu se Vás zeptat, jak na to reagoval zdravotnický personál, když viděl, že o dítě nejevíte zájem, nechcete se na něj ani podívat? „Připadalo mi, že mě tam nikdo nebere vážně. Dívali se na mě jako na malou blbou holku. Jedna sestra mi říkala, nebojte, to se časem spraví. Ale nijak víc to neřešili.“*

**Jana:** *„Poprvé jsem na sobě něco cítila, když jsme přišly domů. Nemohla jsem si zvyknout na ten režim. Nemohla jsem se vyspat, malá furt jenom řvala a řvala. Nevěděla jsem, jestli má hlad, nebo ji bolí břicho nebo je pokaděná. Když jsem ji nakrmila, přebalila a zacvičila s nohama a řev furt přetrvával, začala jsem na sobě pociťovat zlobu. Já se nezlobila na sebe, zlobila jsem se na ni. (povzdechla si) ted' samozřejmě vím, že je a byla malinká, že jinak než pláčem se neprojeví, ale v tu chvíli jsem byla úplně bezradná a nevěděla si rady.“*

*Chlap byl od rána do noci v práci, s ničím mi nepomohl. Byla jsem zavřená doma, bylo to pro mě peklo. Začala jsem svůj život brzy nenávidět.“*

Stejné pocity popisovala i maminka **Zuzana**, která dodala, že se u ní projevil známky agresivního chování.

*„Bylo mi fakt mizerně. Když se na to podívám zpětně, po porodu jsem byla ten nejšťastnější člověk, vůbec jsem si ani ve snu nepomyslela, že by se mě mohla týkat nějaká poporodní deprese, protože moje dva předchozí porody a vůbec šestinedělí proběhly naprosto bez problémů. Splnil se mi sen, porodila jsem konečně na potřetí holčičku. Vždycky jsem si říkala, že ty matky jsou prostě vadný, jak můžou ublížit svému dítěti. No a hele... Sice jsem mu neublížila, ale i já jednou z takových matek byla. Na tohle období nevzpomínám ráda. Začalo to asi dva týdny po tom, co jsme se vrátili z porodnice domů. Mama k nám chodila, všechno zkritizovala a odešla. Tak to prostě bylo. Já nevím, jestli mi to dělala naschvál, abych se sesypala nebo měla tak strašně debilní nápad, že mi tím chtěla pomoci, ale zhruba po týdně fakt strašných řečí, co pronesla na mou adresu jsem se nějak blokla. Naráz jsem cítila, že mám chuť někomu ublížit. A protože tam nikdo jiný než dcera nebyla, tak se veškeré myšlenky točily kolem ní.*

Promiňte, že Vám do toho vstupuji, ale teď mi to není jasné. Říkala jste, že máte tři děti. Kde byly Vaše děti, když se u Vás projevy poporodní deprese začaly projevovat? Ony nebyly s Vámi doma? *Ne. Děti má v péči bývalý partner. Já to mám trochu komplikovaný. Děkuji za vysvětlení. Rozčilovalo mě, když brečela. Já byla tak napnutá, že už jenom když se nějak projevila, ve mně vyvolávalo pocity paniky a úzkosti. Já jsem z ní byla fakt na nervy. Domácnost jsem nezvládala, měla jsem doma neskutečný bordel. Mama místo toho, aby mi pomohla, když viděla, že to nezvládám, tak říkala jen, že se ve mně nespletla, že jsem vážně neschopná. Tahle věta mě strašně ranila. Nebo aspoň myslím, že to bylo touto větou.*

*Ráno mě vzbudil zas neskutečnej řev. Po celý neprospaný noci, jsem měla opravdu chuť jí, nezlobte se, třísknout. Chytila jsem ji a chtěla jsem s ní zatrást, ať už mlčí. Jak jsem ji držela, tak se na mě podívala pohledem, jako by mi říkala, proč mi to děláš a já se sama ze sebe pozvracela. Bylo mi fakt nechutně. Všechno jsem si uvědomila. Oblíkla malou a šla sama od sebe k doktorovi. To ona mi dala tu sílu dělat se sebou něco. Nikdy bych si neodpustila, kdybych jí něco udělala. To bych se spíš asi zabila.“*

**Jolana:** *„Já jsem prostě přecitlivělá. Vím to o sobě. Hned jak jsme se vrátili z porodnice, měla jsem už všechno nachystané. Vše bylo nažehlené, naškrobené, prostě stoprocentní.*

*V postýlce jsem měla monitor dechu, chůvičku s kamerou, prostě všechno jen ať se mu něco nestane. Neustále jsem kontrolovala, jestli se mu zvedá hrudníček a jestli dýchá. Měla jsem ze sebe neustále špatný pocit. Přesně takový, že nemám vše udělané stoprocentně a správně a hrozně mě to užíralo. Říkala jsem si, že jsem špatná máma a děsil mě pocit, že se o něj špatně starám. Pomalu jsem propadla pocitům úzkosti. Namlouvala jsem si, že když nebudu pořád sedět u postýlky, tak se udusí. Nejedla jsem, nechodila jsem už ni na záchod. A když už jsem to opravdu nemohla vydržet a na záchod jsem šla, vracela jsem se ubrečená, s příšernými pocity viny, že ho nezvládám ani uhlídat. Situace se ještě více zkomplikovala, když začal mít problémy s bříškem. To plakal i hodiny vkuse a já propadla zoufalství. Můj život nebyl o radosti z dítěte. Byl o neustálém pocitu strachu a beznaděje, co ve mně dítě vyvolávalo a nemohla jsem se ho zbavit. Nebyla jsem šťastná.“*

**Lenka:** *„Po císaři jsem se probudila a neměla jsem pocit, že bych byla po porodu. Za pár hodin mě převezli na oddělení šestinedělí a přivezli mi na pokoj také dítě. Ale já jim řekla, že tohle dítě jsem určitě neprodila, ať jej odvezou. Ujišťovali mě, že k žádné záměně nedošlo. Říkala jsem si, že se to určitě srovná, že to chce jen trochu víc času. Jenomže když nás pustili z porodnice domů, tak se to všechno začalo zhoršovat. Já k tomu dítěti pořád nic necítla. Vyvolávalo to ve mně špatné pocity. S přítelem jsme se začali hodně hádat. Trpím nechutenstvím, vůbec nejím, váha mi jde rychle dolů, v noci nemůžu spát, a když už usnu, mám nádherné a bezstarostné sny o minulosti. Po probuzení se vracím zpátky do reality a propadám panice. Chci zase spát, chci zase snít. Přestala jsem se usmívat, být veselá. Nic mě nebaví a nemám z ničeho radost. Připadala jsem si, jako kdyby mě už nic dobrého v životě nečekalo a já jen přežívala. Přítel už byl ze mě zoufalý a já se bála, že nás opustí a já budu na všechno sama. Nakonec jsme to ale překonali.“*

**Petra:** *„Svoje úplně první pocity beznaděje jsem měla, když jsem nemohla v porodnici nakrmit svoje dítě. Připadala jsem si fakt neschopně. Celé jsem to tam probřečela. Měla jsem ze sebe pocit, že nezvládnou dát dítěti ani najíst. Nakonec se mi mléko spustilo, ale v sobě stejně měla hluboko zakořeněné, že dělám všechno úplně špatně a že jsem i špatná máma. Po příchodu domů se to zhoršilo. Sice jsem kojila, zároveň jsem se ale bála vzít dítě do náručí. Byla pořád položená na posteli. Celé dny. Aby mi náhodou nespada. Už jsem nevěděla, co mám dělat. Naštěstí v ten pravý čas zasáhla máma a se vším mi pomohla. Já se za tu dobu dala psychicky dohromady.“*

**Kamila:** „Po porodu bylo všechno v naprostém pořádku. Já se cítila dobře, dokonce jsem s úsměvem od ucha k uchu přijímala v porodnici návštěvy. Něco se ve mně ale zlomilo, jak jsme přijeli domů. Začala jsem mít o dítě šílený strach. Pořád jsem ho viděla v nějakém nebezpečí. Měla jsem panickou hrůzu, že by se mu mělo něco stát. V každém jsem viděla někoho, kdo se mu chystá ublížit. Slyšela jsem, že se k nám do bytu pořád někdo dobývá. Začala jsem spát s nožem u postele. Mého chování si začal už všimát i manžel. Vyvrcholilo to ale tím, že když na naše dveře tentokrát opravdu někdo klepal, popadla jsem nůž, utíkala ke dveřím a začala rvát, že ho zabiju. Byla to pošťačka. Manžel neváhal ani minutu, vzal dítě, nasedl do auta, zavezl ho našim a mě pak zavezl na psychiatrii, kde jsem musela být hospitalizovaná s poporodní psychózou. Ty pocity byly hrozné. Já to všemu věřila. Opravdu jsem věřila tomu, že nám chce někdo ublížit, a že se nám furt někdo dobývá do bytu. Vůbec jsem nevěděla, co dělám. Ani jsem nepoznala, že to byla pošťačka. Chuděra ze mě musela být pěkně v šoku.“

Maminka **Aneta** strávila v porodnici 3 dny. Málo spala a byla velmi vyčerpaná. Domů ji odvezli rodiče ve stresu a úplné vyčerpanosti. Své pocity popisuje následovně: „Žijeme s rodiči. Je to něco, co nikdo nepochopí. Musíte být za všechno vděční, musíte se chovat, jak oni chtějí, protože vy už tu nejste doma. Jste cizinec, co se může ze dne na den i s dítětem ocitnout na ulici, tak musíte jet podle jejich pravidel. Měla jsem příšerné pocity. Cítila jsem se jako v kleci. Byla jsem pořád unavená. Musela jsem se o dítě starat a věděla jsem, že za něj mám odpovědnost. Pořád jsem brečela a cítila se hrozně úplně po všech stránkách. Přestala jsem jíst, bolel mě žaludek, měla jsem průjem, do toho jsem měla stavy, kdy mě příšerně bolela hlava. Celé noci jsem proplakala a byla úplně hotová. Chtěla jsem utéct, ačkoli jsem neměla kam. Chtěla jsem jen hlavně daleko od toho dítěte. Vnímala jsem ho jako pijavici. Věděla jsem, že moji rodiče by se o něj postarali a u nich se bude mít dobře. Zažívala jsem strach, úzkost a věděla jsem, že já nejsem ta, která by se o něj dokázala postarat a než to, tak to raději umřu.“

**Eva:** „Z porodnice mě bral partner, se kterým ale nebydlíme ve společné domácnosti. Bydlíme spolu u rodičů, alespoň do té doby, než si našetří tolik peněz, abychom se mohli k sobě nastěhovat. Rodiče jsou moc rádi, že bydlíme u nich. Byli rádi, že už jsme z porodnice doma. Ze začátku semnou mamka zůstala tři dny doma. Vzala si kvůli mně volno z práce, aby mi pomohla najít si nějaký systém, dala se do kupy, aby toho prý nebylo pro mě naráz hodně. Je fakt skvělá, ale já to stejně nezvládla.“

*Hned po tom, co šla do práce, jsem si připadala bezradná. Nevěděla jsem, co mám dělat. Malá pořád jenom brečela. Nebrečela. Řvala a řvala. Bylo to nesnesitelné. Z jejího řvaní jsem začínala mít záchvaty paniky. Proč řve, co dělám furt blbě, zmlkni, jsem si furt říkala. Nevěděla jsem, jestli má hlad, jestli ji něco bolí nebo co má teda za problém, že furt jenom řve. Byla jsem přesvědčená, že když pláče, znamená to, že to jako matka nezvládám. Protože přece jen usměvavé miminko, je šťastné miminko! Potřebovala jsem a cítila se jistěji, kdyby semnou v této situaci někdo byl, kdyby mi z toho někdo pomohl a s kým bych nemusela být tak sama.“*

**Hana:** *„První problém jsem zaregistrovala, už když jsem byla těhotná. Bylo to v době, když jednomu z našich dvou dětí přestalo bít srdíčko. Byla jsem vydeptaná a bála se, že umře i to druhé. Doktorům jsem nevěřila. Svůj volný čas jsem trávila tím, že jsem pročetla články na internetu a přesvědčovala se, že to druhé miminko nemůže zvládnout. Zvládlo, ale ani po porodu jsem necítila, že by to bylo dobře. Cítila jsem se tak, že jsme ošálili přírodu, že měl umřít spolu s druhým miminkem. Nebyla jsem schopná smířit se s tím, že se narodil. Obviňovala jsem ho dokonce z toho, že kvůli němu nežije i to druhé. Chtěla jsem ho dát pryč. Nemohla jsem se na něj ani podívat. Měla jsem příšerné představy jak se ho zbavit a nenáviděla jsem se. Z těchto představ jsem se zhroutila. Nemohla jsem nic. Nemohla jsem se najíst, spát, postarat se o sebe, natož se pak postarat o dítě. Matka se už na mě nemohla dívat a odvezla mě na psychiatrii, kde mi diagnostikovali poporodní psychózu.“*

**Otázka číslo 20: Jak jste svoji psychickou nepohodu řešila. Svěřila jste se někomu?**

Tři maminky samy od sebe vyhledaly odbornou lékařskou pomoc. Dvě maminky překonaly psychické obtíže za pomoci své rodiny a blízkých.

Zbytek maminek přiznalo, že je museli do léčby popostrčit druzí, neboť by se samy nikdy se svými problémy nesvěřily. Přiznaly však, že jsou velmi vděčné, protože neléčení této závažné nemoci mohlo způsobit, že by svému dítěti nebo sobě samé mohly ublížit.

**Otázka číslo 21: Musela jste v těhotenství nebo po porodu užívat nějaké léky na depresi?**

**Eva:** *„Ano, užívala jsem Citalec.“*

**Hana:** *„Vzpomínám si, že na spaní mi dávali už přesně nevím, ale v názvu byl hypnol. Ale že by se mi po něm nějak lépe spalo, se říct nedá. Druhé léky mi dávali Citalec.“*

**Zuzana:** „Když už jsem ze všeho byla hotová a fakt mi ze sebe bylo zle, nemohla se na sebe ani podívat, tak jsem se nějak vzchopila a šla za psychiatrem, protože jsem věděla, že to sama nezvládnou. Předepsal mi antidepresiva a díky tomu se mi udělalo lépe. Psychiatr mi předepsal Ziprex. Byla jsem po těch práškách jak zřetovaná. Nevím, asi mi dal nějakou koňskou dávku. Pak ubíral dávkování, až jsme to pomalu vysadili úplně a já pak chodila na psychoterapie.“

## **Otázka číslo 22: Jak dlouho Vám trvaly příznaky a následná léčba poporodní deprese či psychózy?**

Poporodní deprese je velmi vážné, psychické onemocnění, které nevymizí úplně samo, nevyléčí ji krátkodobá terapie. Pro úplné vyléčení je důležité, nastoupit na řádnou terapii, která trvá v průměru 8-12 týdnů.

Maminka **Kamila** popsala průběh léčby a hospitalizaci na psychiatrickém oddělení následovně: „Na psychiatrii jsem byla zhruba týden. Byla jsem vzorná, užívala tablety, byla jsem sice ještě otrěsená, ale cítila jsem se daleko lépe, než když jsem tam nastoupila. Když jsem se zhruba po tom týdnu vrátila z domů, udělal mi manžel uvítací oslavu. Bylo to něco nádherného. Něco, co jsem opravdu nečekala a strašně mě to došlo. Všechno se zdálo být dobré. Maminka mi se vším po dobu několika týdnů fakt pomáhala a za to jsem ji opravdu vděčná. Když už jsme si mysleli, že už je to všechno dobré a máme vyhráno, tak syn i manžel onemocněli.

Manžel vypadal, že snad umře a malý měl vysoké horečky. Nevím, ale něco ve mně zase zlomilo a já se znova složila. Pan doktor mi změnil nějaké tablety a já se z toho stresu, strachu, úzkosti, zoufalého pláče a nespavosti musela znovu dostávat. Na psychiatrii jsem byla fakt dlouho. Celé tři měsíce. Už jsem o sobě začala pochybovat. Začala jsem pochybovat, že bych ještě někdy mohla vůbec vyléčit a být doma s rodinou. Když pan primář usoudil, že bych mohla jít domů, musela jsem slíbit, že se budu šetřit a nadále brát léky, které mi předepsal. Byla bych blázen, kdybych neposlechla.

Doma mě tentokrát nikdo oslavou nevítal. Manžel měl strach, abychom to nezakřikli. Ze začátku mě rodina hodně hlídala. Až mi z toho bylo nepříjemně, ale chápu to. Celou dobu byl semnou někdo doma. Po pár týdnech už ale doma nikdo nebyl, ale stejně mi i tak i dvacetkrát denně volali, jak se cítím a jestli je mi dobře. Měli daleko větší strach než já sama, že by se mi moje představy a stavy úzkosti mohly vrátit. Jo, já se někde uvnitř taky bála, to je jasný, ale prostě jsem nějak věděla, že už se to nebude a nesmí nikdy opakovat.“

**Zuzana:** „Léčba mi trvala několik měsíců. Bylo to peklo na zemi. Fakt, když si tím někdo neprojde, tak tomu stejně neuvěří. Ale bylo. Ale teď, po několika měsících se už zase začínám usmívat, cítím se úžasně a mateřství si konečně užívám. Jsem šťastná, že jsem si k dceři našla cestu a cítíme se všichni skvěle.“

**Lenka:** „Když jsem byla zavřená na psychiatrii, hrozně mi pomáhalo to sezení a mluvení o našich pocitech. Já se ze všeho vymluvila. Nedusila jsem to jen v sobě, prostě jsem to řekla, protože jsem věděla, že jsem ve společnosti lidí, kteří mají stejný nebo aspoň hodně podobný problém a věděla jsem, že ti mě odsuzovat nebudou.“

**Hana:** „Já jsem nastoupila na léčbu a dítě jsem musela dát na tu dobu do péče matky. Jinak to zařídit nešlo. Po celou dobu léčby mi nikdo oporou nebyl. Ani otec dítěte, ani mí rodiče. Zní to asi divně, ale tu oporu jsem našla v synovi. Chtěla jsem mu všechno vynahradiť. Snažila jsem se všechno, co mi doktoři řekli, dodržovat a upínala jsem se na to, aby mi moje vlastní dítě odpustilo.“

**Otázka číslo 23 O kom byste mohla říct, že Vás i v těch nejtěžších chvílích podporoval?**

**Hana:** „Jak jsem již jednou řekla, byl to syn, který mě držel nad vodou, a kvůli kterému jsem se chtěla uzdravit a taky uzdravila. Oporu jsem neměla ani v mojí, dokonce ani v partnerově rodině. My máme v rodině divné vztahy. U mě to byl ze dne na den strašný obrat. Jako by ve mně sepl nějaký vypínač a já najednou syna milovala a udělala bych pro něj první poslední, i když ještě den předtím jsem měla pocit, že to nikdy nebude fungovat, protože já prostě matka nejsem.“

**Kamila:** „Když se na to podívám zpětně, tak mi velkou oporou byla má rodina. Mám skvělého manžela, úžasnou maminku a jen díky nim jsem se z toho dostala.“

**Jolana:** „Pro mě bylo strašně těžké si přiznat, že mě to miminko nepotřebuje zase až tak moc, jak jsem si myslela. Protože já mu tou svou v uvozovkách péčí spíš ubližovala. Byla jsem vzteklá, protivná, ubrečená, protože jsem nebyla tou úžasnou matkou, jakou jsem být prostě chtěla a měla jsem příšerný strach, že se mu kvůli mně něco stane. Díky doktorům mě ten strach opustil. Bojím se o něho furt, to je jasný, ale bojím se tak jak ostatní rodiče. Víím, že když ho přebalím až za pět minut, určitě nebude opruzený. Když mu dám později láhev s mlíkem, určitě neumře hladem. Teď už to všechno víím. Víím, že u něj nemusím

vysedávat, aby se neudusil. Více v něj i sebe věřím a to mi dodalo sílu s tím bojovat. Takže mou největší oporou bylo mé dítě.“

**Aneta:** „Rodina mi byla oporou celou dobu. Měla jsem dítě v nesprávnou dobu. Nebyl jsem na něho vůbec připravená, protože jsem mladá. Holky v mém věku chodí na diskotéky a baví se a já musela přebalovat posraný zadky. Bylo to pro mě opravdu frustrující. Dítě jsem vnímala jako klíště, kterého se nejde zbavit. Měla jsem pocit, že už domů nepatřím, že tam nemám co dělat. Ve všem jsem se pletla. Po léčbě na psychiatrii mě naši strašně podrželi a zlehka od úplného začátku mě začali seznamovat s mým dítětem. Učila jsem se všechno od úplného začátku. Za tu pomoc jsem jim opravdu vděčná, protože už jsou to dva roky, co jsem vůči malé nepocítila vůbec žádnou zlobu. Tak začínám věřit, že už se mi nikdy ty hrozné pocity nevrátí.“

**Otázka číslo 24: Je něco, co byste chtěla vzkázat ostatním maminkám, které mají obdobné obtíže, jaké máte, nebo jste měla, Vy?**

Zde se vůbec poprvé stalo, že všechny maminky reagovaly na tuto otázku obdobně.

Níže uvádím odpověď maminky **Zuzany**, která říká: „Vezměte zavčas rozum do hrsti, snažte se uklidnit, celou situaci prodýchat, neudělejte žádné ukvapené závěry a vyhledejte neprodleně pomoc a nestrachujte se, že by Vám nikdo neporozuměl.“

Maminka **Lenka** zase doplňuje: „Mluvte, mluvte, mluvte. Vypovídejte se ze svých problémů. Neuzavírejte se do sebe. Chodte mezi lidi, povídejte si. Nebojte se toho, je normální, že jsou maminky podrážděné. Je to pro nás něco nového, něco, v čem nejsme zběhlé, a tak je pochopitelné, že nám trvá déle, než na všechno přijdeme. Nepochopíte panice. Nejsme přece stroje.“

**Kamila:** „Mějte se o koho opřít. Je důležité se obklopovat rodinou, partnerem, blízkými lidmi, na kterých Vám záleží. Pokud nikoho takového nemáte, nevěste hlavu. Uvědomte si, že máte to dítě a dítě má pouze Vás. A to Vás bude držet nad vodou.“

**Jana:** „Zaměstnávejte se. Neustále. Čtěte, vyrábějte, hrajte si. Nenechávejte volný průběh negativním myšlenkám. Když už opravdu nebudete vědět z které do které, navštivte psychologa nebo psychiatra, nebojte se, neodsoudí Vás, pomohou Vám.“

## **Vzájemný vztah matky s partnerem a rodinou po prodělané léčbě**

### **Otázka číslo 25: Změnil se po prodělané léčbě Váš vzájemný vztah mezi rodinou či partnerem?**

Pro psychickou pohodu partnerství/manželství je důležité, aby spolu partneři vycházeli. Maminky po porodu jsou velmi citlivé a potřebují se o někoho opřít. Potřebují psychickou pomoc od svého partnera, na které jim záleží a povzbuzuje ji. Pravdou však je, že v období po porodu, prochází ať partnerský nebo manželský zatěžkávací zkouškou.

Uvádím například maminku **Lucii**, která říká, že narozením dítěte vznikla mezi ní a manželem hluboká propast. *„Možná proto jsem byla tak podrážděná, bez nálady a tak často brečela. Vůbec jsem si neuvědomovala, jaké následky by mohly vyvolat nepokoje vůči manželovi k našemu dítěti.“*

**Hana:** *„Řekla bych, že po tom, co jsem všechny problémy překonala, jsme se všichni začali chovat jako rodina.“*

**Petra:** *„Mí rodiče mě velmi podporují. Partner je stále stejný, bez zájmu. Ale už mě to netrápí. Prostě dítě vychovám sama a mám úžasnou rodinu, která mě podpoří. Uvědomila jsem si, že mít dítě v tak mladém věku není překážkou toho, abych ve svém životě ještě něčeho dosáhla. Tak jsem prostě začala žít.“*

**Kamila:** *„Po prodělané poporodní depresi a léčby s ní spojené můžu říct, že jsem se do manžela znovu zamilovala, protože to od něho chtělo hodně pevnou vůli, nervů a lásky, kterou malému dokázal za nás za oba dát, když já byla takovou dobu mimo. Hrozně si ho vážím.“*

### **Metoda vytváření trsů**

Na základě odpovědí respondentek, které jsem získala z rozhovorů s nimi, byl proveden rozbor těchto odpovědí a byly vytvořeny obecnější kategorie, tedy **kategorizace vyšší úrovně**. Odpovědi respondentek jsem slučovala do společných trsů, kdy základním kritériem pro vznik tohoto trsu, byly minimálně dvě shodné odpovědi na výzkumné otázky, které se k respondentkám vztahovaly.

Po důkladné analýze odpovědí respondentek, které se výzkumu účastnily, vznikly tzv. sdílené kategorie, tedy takové, které vznikají, pokud určitý počet maminek odpoví na danou otázku shodně.

## **Sdílené kategorie**

Níže jsem umístila odpovědi respondentek, které se vzájemně překrývaly. Vzhledem k tomu, že jsou v obsahové analýze odpovědi maminek konkrétně rozepsány, nebudu již v následujících kategoriích tyto odpovědi doslovně opakovat.

### **Otázka č. 1 - Výskyt psychologického nebo psychiatrického onemocnění v osobní či rodinné anamnéze:**

- **Bez komplikací:** Jana, Lenka, Kamila, Hana, Jolana, Petra
- **Zatížená osobní nebo rodinná anamnéza:** Zuzana, Lucie, Aneta, Eva

### **Otázka č. 2 - Vztah s rodiči:**

- **Dobrý:** Petra, Aneta, Kamila, Lenka
- **Neutrální:** Lucie, Jana
- **Konfliktní:** Eva, Jolana, Zuzana, Hana

### **Otázka č. 3 – Těhotenství maminek bylo:**

- **Plánované:** Lenka, Zuzana
- **Neplánované, ale chtěné:** Eva, Petra, Kamila, Jolana, Jana, Lucie
- **Nechtěné:** Aneta, Hana

### **Otázka č. 4 – Reakce rodičů:**

- **Zloba, nesouhlas:** Hana, Zuzana
- **Zloba, akceptování a podpora:** Aneta, Petra, Eva
- **Překvapení a smíření:** Lucie, Lenka, Kamila, Jolana, Jana

### **Otázka č. 5 – Průběh těhotenství ze zdravotního hlediska:**

- **Bez komplikací:** Kamila, Zuzana, Jolana, Eva, Lenka, Lucie
- **Komplikace, hospitalizace:** Aneta, Hana, Jana, Petra

### **Otázka č. 6 – Způsob, jakým se maminky dozvěděly informace o těhotenství a porodu:**

- **Předporodní kurz:** Kamila, Aneta, Hana, Jana, Petra
- **Literatura, knihy:** Jana, Jolana, Eva, Lenka, Zuzana, Lucie

**Otázka č. 7 – Maminky vybírali porodnice dle:**

- **Vybavení:** Jolana, Eva, Lenka, Petra, Jana
- **Vzdálenosti:** Kamila, Zuzana
- **Kladného hodnocení rodiček:** Zuzana, Kamila, Lucie, Jana, Lenka, Eva, Petra
- **Přístupu k rodičce:** Lenka

Zde se vyskytují odpovědi maminek, které odpovídaly na více kategorií.

**Otázka č. 8 – Měly maminky porodní plán:**

- **Ano:** Kamila, Zuzana
- **Ne:** Eva, Petra, Jolana, Aneta, Jana, Lenka, Lucie
- **Neví, co porodní plán je:** Hana

**Otázka č. 9 – Ukončení porodu:**

- **Vaginálně:** Zuzana, Jolana, Lucie, Eva
- **Císařský řez:** Kamila, Petra, Aneta, Hana, Jana, Lenka

**Otázka č. 10 – Co maminky u porodu nejvíce povzbuzovalo nebo podporovalo:**

- **Partner/manžel:** Kamila, Lenka
- **Narození svého dítěte:** Lenka, Jolana
- **Jiné myšlenky:** Jana, Lucie, Zuzana, Aneta, Hana

**Otázka č. 11 – Partner u porodu:**

- **Ano:** Kamila, Jana, Eva, Aneta, Lenka
- **Ne:** Zuzana, Lucie, Petra, Hana, Jolana

**Otázka č. 12 – Chování zdravotnického personálu:**

- **Profesionalita a lidskost:** Lenka, Petra, Kamila
- **Až na výjimky příjemný a ochotný personál:** Lucie, Jolana, Aneta, Hana, Jana
- **Nevhodné chování k rodičce:** Eva, Zuzana

**Otázka č. 13 – První spatření dítěte po porodu:**

- **Ihned po porodu:** Jolana, Kamila, Lucie, Jana, Zuzana
- **Pár hodin po porodu:** Lenka, Petra, Aneta
- **Několik dní po porodu:** Eva
- **Nepřála si vidět své dítě:** Hana

**Otázka č. 14 - Problémy s kojením:**

- **Ano:** Lucie, Petra, Kamila, Jana, Aneta
- **Ne:** Hana, Lenka, Eva, Zuzana, Kamila

**Otázka č. 15 – Návštěva maminky a dítěte rodinou či partnerem po porodu:**

- **Rodina i partner:** Kamila, Jana, Lenka
- **Pouze rodina nebo partner:** Petra, Zuzana, Jolana, Eva, Lucie
- **Nikdo:** Hana

**Otázka č. 16 – Po kolikati dnech od porodu byly maminky puštěné domů:**

- **3.-4. den po porodu:** Petra, Kamila, Zuzana, Jolana, Aneta, Hana, Jana, Lenka
- **Do týdne od porodu:** Lucie
- **Do dvou týdnů od porodu:** Eva

**Otázka č. 17 – Pomáhal někdo mamince po propuštění do domácí péče:**

- **Maminka:** Zuzana, Aneta, Eva, Petra
- **Kamarádka:** Jolana
- **Partner/manžel:** Jana, Zuzana, Lucie, Lenka, Kamila
- **Nikdo:** Hana

**Otázka č. 18 – V čem maminky po propuštění do domácí péče viděly největší problém:**

- **Péče o dítě nebo domácnost:** Zuzana, Hana, Lenka, Jolana, Kamila, Eva, Aneta, Petra
- **Péče o partnera:** Lucie, Jana

**Otázka č. 19 – Kdy se u maminek objevily výraznější psychické změny:**

- **V těhotenství:** Hana
- **Ihned po porodu:** Aneta
- **Do tří dnů od porodu:** Lenka, Petra, Lucie
- **Do dvou týdnů od porodu:** Jana, Zuzana, Jolana, Kamila, Eva

**Otázka č. 20 – Svěření maminek se svými problémy druhé osobě:**

- **Ano, manželovi/rodině:** Lucie
- **Ano, kamarádce:** Petra, Eva
- **Ano, lékaři:** Zuzana, Jolana, Jana

- **Ne, styděla jsem se:** Kamila, Hana, Lenka, Aneta

**Otázka č. 21 – Užívání léků na depresi během těhotenství nebo po porodu:**

- **Ano:** Eva, hana, Zuzana, Aneta, Lenka, Kamila
- **Ne:** Petra, Jolana, Jana, Lucie

**Otázka č. 22 – Délka trvání léčby poporodní deprese či psychózy:**

- **8-12 týdnů:** Jolana, Jana, Lucie, Petra, Lenka, Aneta, Eva
- **Déle než 3 měsíce:** Zuzana, Kamila, Hana

**Otázka č. 23 – Kdo byl pro maminky největší oporou v jejich nejtěžším období:**

- **Manžel/partner:** Kamila, Lucie, Zuzana, Jana
- **Rodina:** Kamila, Aneta
- **Lékař:** Jolana, Eva, Lenka
- **Dítě:** Hana

**Otázka č. 24 – Co by maminky doporučily ostatním maminkám, prožívající PPD:**

- **Nestydět se, svěřit se:** Zde se shodovaly prakticky všechny maminky.

**Otázka č. 25 – Změny v partnerském či rodinném životě:**

- **Změna k lepšímu:** Hana, Petra, Kamila, Jolana, Zuzana
- **Změna k horšímu:** Lucie
- **Beze změny:** Eva, Lenka, Aneta, Jana

## 7 VÝSLEDKY PRÁCE

Získáním dílčích odpovědí maminek jsem získala odpovědi na hlavní výzkumné otázky, které jsem si na začátku výzkumu stanovila. Nebylo vůbec jednoduché na tyto otázky odpovědět, ale díky rozhovorům s maminkami se mi podařilo nashromáždit mnoho dat, a odpovědi zformulovat.

### Hlavní výzkumné otázky

1. Má průběh těhotenství, porodu, šestinedělí, rodinná či osobní anamnéza vliv na vznik poporodní deprese?
2. Má na emoční pohodu rodičky vliv přítomnost partnera u porodu?
3. Má chování zdravotnického personálu vliv na chování a prožívání šestinedělí u rodičky?
4. Jak je zajištěna psychologická pomoc maminkám s poporodní depresí?
5. Jaký vliv má věk rodičky na prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí?

### 6.1 Zodpovězení výzkumných otázek:

1. **Má průběh těhotenství, porodu, šestinedělí, rodinná či osobní anamnéza vliv na vznik poporodní deprese?**

Většina mladých maminek z výzkumného vzorku uvádí, že jim nejsou známy žádné psychické poruchy v jejich rodině. Tři maminky přiznaly, že psychickými problémy trpí teta, sestra nebo maminka. Tedy nejbližší příbuzní adolescentních matek. Pouze jedna z maminek uvedla, že byla během těhotenství depresivní, ale nikomu se se svými problémy nesevěřila. Pět maminek ale uvedlo, že jsou velmi citlivé povahy, které často pláčou, mají sklony k depresivnímu chování a zátěžové situace nezvládají příliš dobře.

Prožívání těhotenství u mladých maminek bylo různé. Pouze dvě maminky uvedly, že bylo jejich těhotenství plánované. Šest maminek uvedlo, že těhotenství neplánovaly a stalo se tak neopatrností či selháním jistých druhů antikoncepce, ale se svým těhotenstvím se smířily a ve finále se z něj i těšily. Dvě maminky se ale přiznaly, že o těhotenství vůbec nestály, ale na přerušení již bylo pozdě.

V průběhu těhotenství se u některých maminek objevovaly komplikace, které vyžadovaly časté hospitalizace maminek v nemocnici. Ty vedly k psychickému narušení maminek, jelikož se o své nenarozené děti bály a začaly často plakat, byly smutné a pobyt v nemocničním prostředí jim nedělal dobře.

U těchto maminek se první příznaky psychických změn objevily ihned po porodu nebo do tří dnů od porodu. Maminky, které prožily těhotenství bez komplikací, uvádí, výraznější psychické změny po porodu zaregistrovaly v rozmezí sedmi až čtrnácti dnů od porodu. Z odpovědí respondentek na dílčí výzkumnou otázku o průběhu porodu a jeho vlivu na rozvoj poporodní deprese vyplývá, že průběh porodu nemá výraznější vliv na vznik poporodní deprese. Pouze jedna maminka uvedla, že porod dítěte měl zásadní vliv na její psychickou pohodu.

## **2. Má na emoční pohodu rodičky vliv přítomnost partnera u porodu?**

Zde se odpovědi maminek dělily na dvě poloviny. Pouze pět mladých maminek uvedlo, že žije ve společné domácnosti s manželem/partnerem, se kterým čekají dítě. Většinu těchto maminkám byli partneři u porodu a uvádí pozitivní vliv, kdy jim partneři byli při porodu oporou a mnohdy jim stačila i jejich pouhá přítomnost partnera u porodu.

Vyskytly se však i názory dvou maminek, které uvedly, že přítomnost partnera u porodu vnímaly negativně. Maminka Lucie dokonce nechala svého manžela vyvést, protože ji psychicky rozptyloval, když jej vinila ze své bolesti a nechtěla v jeho přítomnosti родit.

Maminky, které neměly tu možnost, mít otce jejich dítěte u porodu, se shodují, že by při porodu uvítaly psychickou pomoc partnera, protože by měly alespoň pocít, že na všechno nejsou samy.

## **3. Má chování zdravotnického personálu vliv na chování a prožívání šestinedělí u rodičky?**

Názory maminek se liší. Tři maminky odpověděly, že nemocniční personál byl z jejich pohledu profesionální a nemůžou jim nic vytknout. Pět maminek popisuje chování zdravotnického personálu kladně, a s jejich přístupem byly až na pár drobných výjimek spokojeny. Pouze dvě maminky odpověděly, že chování zdravotnického personálu bylo nevhodné a mělo zásadní vliv na jejich psychiku v průběhu porodu a následného šestinedělí.

Své výhrady zaměřují především na arogantní, hrubé, necitelné a netrpělivé chování zdravotnického personálu na porodních sálech. Maminka Jolana pak měla negativní zkušenost s dětskou sestrou na oddělení šestinedělí. Měla z ní pocit, že ji práce nebaví a odráželo se to i v přístupu k novorozenátkům. Dokonce se bála, aby jí dítě nevypadlo, když si jej sestra brala na vyšetření. Mluví o ní jako o sestře, která tam nemá co dělat.

#### **4. Jak je zajištěna psychologická pomoc maminkám s poporodní depresí?**

Odborná psychologická pomoc psychologem či psychiatrem by měla být maminkám poskytována formou dobrovolné návštěvy, kdy o této možnosti mají být maminky upozorněny zdravotnickým personálem. Dostupnost či informovanost této možnosti navštívit odborníka, je ale dle maminek nedostačující. Maminky Hana a Aneta měly již po porodu sklony k propuknutí poporodní deprese. Obě odmítaly vidět své děti a svou situaci vystihly slovy: „Vůbec se o nás nezajímaly.“, „Brali mě jako malou, hloupou holku a nebrali mě vážně.“, „Neměli na mě vůbec čas, protože oddělení bylo v tu dobu narvané. Dokonce byly nějaký šestinedělky o patro níž na gyndě.“, „Prostě na nás kašlali. Kdyby to řešili hned, mohla bych si hodně nepříjemností odpustit.“

U většiny maminek se ale projevy poporodní deprese objevily až po odchodu z porodnice do domácí péče, kdy se musely dostat do chodu domácnosti a spojit to s péčí o dítě. I tyto maminky však dodávají, že za celou dobu hospitalizace se jich nikdo ze zdravotnického personálu na jejich psychickou pohodu neptal.

#### **5. Jaký vliv má věk rodičky na prožívání těhotenství, porodu a šestinedělí?**

Z výzkumného vzorku deseti mladých žen, jsou 2 ženy patnáctileté, 4 šestnáctileté, 1 sedmnáctiletá, 1 osmnáctiletá a 2 devatenáctileté. Nejtěžšími formami poporodní deprese trpěly maminky Aneta, Hana a Zuzana (15, 16 a 19 let). Aneta a Hana svůj psychický problém neřešily a do léčby je museli popostrčit druzí. Zatím co maminka Zuzana po zjištění, že sama své depresivní stavy nezvládne, vyhledala lékařskou pomoc.

Psychickou připravenost na porod můžeme sledovat i v přípravě nebo zajištění informací o těhotenství a porodu. Maminky Zuzana a Kamila (19 a 17 let) si připravily porodní plán, zatímco zbytek maminek ho buďto nepřípravil nebo vůbec nevěděl, že porodní plán existuje. Množství informací o těhotenství a porodu si maminky mohly zjistit prostřednictvím předporodních kurzů. Této příležitosti využilo pět maminek, z nichž pouze jedna maminka byla se službami a informacemi, které navštěvováním předporodního kurz získala, spokojená a uvedla, že jí byly při porodu přínosem.

Těhotenství mladých maminek probíhalo různě. Největší problémy ze zdravotního hlediska měly maminky Aneta, Hana, Jana a Petra (15, 16, 16 a 16 let), jejichž těhotenství pronásledovaly i psychické problémy, z důvodu strachu o dítě nebo z toho důvodu, že o těhotenství nestály, ale byly již v takovém stupni těhotenství, kdy zákon interrupci nepovoluje. I prožívání porodu u rodiček se různilo. Z deseti maminek porodily čtyři vaginálně, zbytek kvůli závažným komplikacím rodil císařským řezem. V průběhu

šestinedělí se psychické stavy matek zhoršovaly. Hana (16 let) a Aneta (15 let) uvedly, že se jim první příznaky poporodní deprese projeví v podstatě ihned po porodu. U zbytku maminek propukly příznaky poporodní deprese v rozmezí několika dnů až dvou týdnů po porodu.

Většina maminek si stěžovala na nechut' být matkami, na nevybouřené mládí, zahození nejlepších mladých let, možnost nezávazných vztahů, užívání s přáteli na diskotékách a barech, kdy chtějí prostě žít a nestarat se o děcko. Tyto ..... Jsou jasnou ukázkou psychické nepřipravenosti mladých matek mít v takto mladém věku dítě a řádně se o něj starat.

Z mého výzkumu tedy vyplývá, že jsou mladé matky skutečně více náchylné na vznik poporodní deprese, neboť se svým těhotenstvím nepočítaly, překazilo jim jejich mládí, plány, bezstarostný život. Pouze dvě maminky uvedly, že jejich děti byly plánované.

#### Splnění výzkumných cílů:

Naplnění cílů výzkumné práce nebylo vůbec jednoduché. Musela jsem získat velké množství dat, kterými jsem se musela doslova prodírat až k jádru problému a nalézt na něj odpověď.

Jedním z cílů diplomové práce bylo zmapovat faktory, které byly spouštěčem příznaků poporodní deprese u adolescentních matek. U většiny mladých maminek ovlivnil rozvoj poporodní deprese nedostatek spánku, spojený s extrémní únavou a celkovou vyčerpaností. K tomuto stavu se připojily i pocity zodpovědnosti za narozené dítě, pro který si maminky nevybudovaly cit. Ženy vnímají pocit zodpovědnosti jako svazující, který jim brání v dosavadním neuspořádaném způsobu života. Při narození dítěte pocítují neschopnost o dítě pečovat, prohlubuje se v nich pocit samoty, izolace a ztráta pozornosti, která je nyní upřena na dítě. Maminky se cítí být odvržené, nechtěné. Myslím, že se mi cíle práce podařilo naplnit.

Dalším cílem, který jsem si stanovila, bylo nahlédnutí do světa depresivních matek jejich očima a snaha pochopit jejich prožívání. Poporodní deprese je pro ženu velkým strašákem. Mnoho žen si ani neuvědomuje, že mohou být tímto psychickým onemocněním postiženy nebo o něm ani nevědí. Ve skutečnosti se však jedná o velmi závažné onemocnění. Duše maminek je křehká, zranitelná a trýzněná. Maminky stojí na okraji propasti vlastních sil, myšlenek a pocitů. Jsou zmatené, své dítě milují a nenávidí zároveň. Kvůli těmto pocitům pak nenávidí i samy sebe. Cítí, že jim dítě vzalo mládí, pocit volnosti

a vlastní svobody. Sebe pak nenávidí za své negativní myšlenky a pocity, které si matky uvědomují, ale neví, co mají dělat. Neví, jak z toho utéct. Ženy, které si těžkými stavy poporodní deprese či psychózy prošly, uvádí, že jejich život byl peklo. Peklo na zemi, ze kterého se nemohly dostat a které si nikdo nedokáže představit.

Proto jsem se rozhodla pro napsání této práce. Chtěla jsem, aby i veřejnost viděla, že za těmito depresivními matkami, které jsou terčem kritiky a nepochopení, stojí zcela normální, ač velmi mladé ženy, které své dítě, sice hluboko a skrytě, bezmezně milují a udělají vše pro to, aby to svým dětem vynahradily a zasloužily si tak jejich odpuštění. Jsem si jistá, že se mi podařilo cíle diplomové práce naplnit, a doufám, že poslouží nejen jiným maminkám v tísní poporodních depresí, ale i široké veřejnosti.

## ZÁVĚR

Diplomová práce měla dokázat, že ne všechny maminky považují období těhotenství, porodu a šestinedělí za radostnou událost, spojenou s pocity bezmezného štěstí, jak tomu běžně bývá. Matky trpící poporodní depresí jsou tak často nepochopené. Trpí pocity méněcennosti, beznaděje, jsou naplněny zoufalstvím, strachem a smutkem. Z dítěte nemají radost a nejsou schopny se o dítě řádně a s láskou postarat. K výše uvedeným psychickým problémům se velmi často přidružují i somatické problémy, kterými jsou nejčastěji bolesti hlavy, nechutenství a s ním spojený úbytek tělesné hmotnosti, nespavost nebo i zvýšená potivost organismu. Všechny tyto příznaky se nesmí bagatelizovat. Bývají totiž hlavními spouštěči poporodní deprese.

Svou diplomovou práci jsem rozdělila na část teoretickou a praktickou. V teoretické části diplomové práce se zabývám propojením těla a duše mladých matek. Popisuji období těhotenství, porodu a šestinedělí jako krásné, ale i nesmírně obtížné období zároveň. Mladé maminky mohou tato období pociťovat odlišně. Je důležité, nasměrovat je správným směrem, aby nedošlo k narušení mateřského citu a pozdějšímu nepřijetí dítěte. Je také nezbytné, abychom zaměřili naši pozornost na poporodní období, kdy se vztah matky k dítěti formuje a musíme tak mladé matce zajistit dostatečné fyzické a emoční podpory proto, aby to nesmírně obtížné období zvládla. Důležitou oporu pro mladou matku bývá její rodina, popřípadě partner. Poslední strany teoretické části jsou pak zaměřeny na léčbu a pomoc maminkám, které poporodní depresí trpí.

V praktické části diplomové práce se věnuji vlastnímu výzkumu, který se týká především prožívání poporodní deprese u mladých matek. Výzkum jsem provedla za pomoci deseti respondentek, které prožily poporodní depresi či psychózu a byly ochotné semnou spolupracovat. Výzkum byl založen na obsahové analýze rozhovorů, které jsem vedla s výzkumným vzorkem těchto deseti mladých žen. Následná data jsem zpracovávala metodou vytváření trsů, kdy pro jejich získání jsem použila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Analýzou rozhovoru jsem zjistila, že zdravotní komplikace, které ženy v období těhotenství prodělaly, značně zatěžují nejen jejich fyzickou stránku, ale především i emoční, a tyto ženy se pak stávají citlivějšími, plačtivějšími a příznaky poporodní deprese se tak mohou objevit mnohem dříve.

Z výzkumu vyplynulo, že hlavními spouštěči poporodní deprese u mladých maminek bývá extrémní únava zapříčiněná nedostatkem kvalitního spánku, pocitu náhle

zodpovědnosti za dítě, nesvobody, ztrátě vlastní identity a izolace od okolního světa nebo nutnosti podřídit svůj dosavadně bezstarostný život potřebám narozeného dítěte.

Depresivně působí na tyto maminky i pocit samoty, dětský, neutišitelný pláč, který je přivádí k pocitům zoufalství, protože neví jak s dítětem manipulovat a co dělat proto, aby bylo dítě spokojené a neplakalo. Pozitivně ženy vnímají situaci, kdy jim někdo z rodiny, v nejvíce případech maminka nebo partner, ze začátku pomáhá s péčí o novorozeně. Maminky se ocitly ve společnosti člověka, kterému věří a měly pocit, že by péči o dítě mohly zvládnout. Objeví-li se u maminek poporodní deprese či psychóza, následuje léčba na oddělení psychiatrie, kde jsou maminky hospitalizované. Následné terapie a medikamentózní léčba maminky podporuje, aby svůj boj s poporodní depresí či psychózou nevzdávaly a bojovaly. Po nasazení psychotik či antidepresiv většina maminek pocítila úlevu a do žil jim vtekla krev s nadějí, že se mohou vyléčit a pro dítě být tou matkou, kterou toužily být.

Maminky trpící poporodní depresí nebo psychózou jsou v naší společnosti nepochopené. Je to tím, že jsou vůči nim předsudky a společnost není o této nemoci dostatečně informovaná. Předsudkům můžeme zamezit pouze v případě, když budeme o psychických nemocech matek mluvit, i když jsou společností tabuizována. Mým názorem je, že je důležité každou těhotnou maminku informovat o pocitech, které se u ní mohou po porodu projevit. Pocity, které by neměly charakter štěstí, ale strachu, smutku a pocitů bezradnosti. Je důležité zdůraznit maminkám, že tyto pocity nedělají z maminek zlé maminky a nemusí mít ze svých pocitů výčitky. Je potřeba dát svému tělu a mysli čas na to, aby přijalo skutečnost, že je maminkou, aby se v něm plně rozvinul pocit lásky k vlastnímu dítěti. Je důležité, abychom mladé maminky nenutili být matkami strojenými, ale aby si ony samy uvědomily, že mateřství je něco krásného. Něco, co každá maminka musí pocítit a nalézt v sobě samé bez nátlaku okolí.

Jsem si vědoma, že odpovídající výzkumný vzorek není dostačující pro stanovení definitivních závěrů pro takto komplikovaný výzkum. Nicméně je odrazovým můstkem pro mé další pozorování, kterému se budu i nadále věnovat.

## SUHRN

Diplomová práce, která nese název „**Poporodní deprese u mladých matek**“ je rozdělena na dvě části. Část teoretickou a praktickou. Diplomová práce se zaměřuje na pohled poporodní deprese v oblasti psychologie a také se zabývá psychickým prožíváním mladých maminek v období těhotenství, porodu a následném šestinedělí.

Teoretická část je rozdělena na čtyři kapitoly. **V první kapitole** se věnuji historii vzniku poporodní deprese a klasifikací poruch. Svou pozornost dále zaměřuji na psychické změny v těhotenství a po porodu, rizikové faktory a příčiny vzniku psychických poruch, kterými mohou být stres, negativní životní zkušenosti nebo změna statusu- sociální role.

**Ve druhé kapitole** se zabývám definicí, vznikem a výskytem poporodních depresí, jejich projevy a typy. V neposlední řadě také terapií a léčbou psychických poruch. **Třetí kapitola** se pak zabývá screeningem poporodních depresí, který se využívá k rychlému detekování poporodních depresí. **Čtvrtá kapitola** pak pojednává o odpočinku, podpoře partnera a rodiny, relaxaci a kojení, které je pro dítě velmi důležité a může mamince pomoci rozvinout cit ke svému dítěti. V neposlední řadě se v této kapitole zabývám i pomocí maminkám a odkazuji je na místa, kde mohou vhodnou pomoc vyhledat.

Součástí diplomové práce je i část praktická, ve které jsem dělala výzkum na prožívání poporodní deprese u mladých maminek. Výzkumný vzorek jsem se snažila vybrat nejdříve u svých známých, posléze jsem pak využila internetu a s maminkami jsem se spojovala a domlouvala na rozhovorech nejčastěji přes sociální sítě. Po vyčerpání svých možností jsem respondentky vybírala metodou sněhové koule. Výzkumu se účastnilo deset mladých maminek. Hlavní výzkumnou metodou byla metoda obsahové analýzy odpovědí, které jsem díky rozhovorům získala. Následné odpovědi jsem dále seskupovala do trsů, z nichž byly tvořeny kategorie podobných odpovědí.

Jeden z cílů, které jsem si stanovila, bylo vidět a pochopit svět očima ženy, která si těžkou poporodní depresí či psychózu vytrpěla a pokusit se vcítit do její situace.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- ČECH, E. et al. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 544s. ISBN 978-80-247-1303-8 .
- ČERŇANOVÁ, A. *Psychické poruchy v těhotnosti a v popôrodnom období. Praktická gynekológia*. Bratislava: Slovak Academic Press, 2009. roč. 16, č. 1, s. 19-23. ISSN 1335-422.
- DUŠOVÁ, B., MONIAKOVÁ, N. *Emoční změny žen v období šestinedělí. Ošetrovatelství a porodní asistence*. Ostrava: Ostravská univerzita, roč.1, č.4. 2010. 121-123s. [ cit. 2017-05-29]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: <http://www.medvik.cz/link/bmc11013213>.
- GEISEL, E. *Slzy po porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004. 256 s. ISBN 80-8656-32-9.
- GLOVER, V., ONOZAWA, K., HODGKINSON, A. *Benefits of infant massage for mothers with postnatal depression. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 2002. [cit. 2017-05-22]. Dostupné z: WWW: [http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/ysiny/article/S1084-2756\(02\)90154-5/pdf](http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/ysiny/article/S1084-2756(02)90154-5/pdf). ISSN 1744-165X.
- HAMPLOVÁ, L. *Jak zvládnout poporodní depresi?* . [ cit. 2017-05-29]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/jak-zvladnout-poporodni-depresi/>.
- HENDL, J. *Úvod do kvalitativního výzkumu*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1997. 243 s. ISBN 8071845493.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
- HOLÁSKOVÁ, K. *Sociální status ženy -rodičky v české porodnici*. In: Sborník referátů z 12. celostátního kongresu k sexuální výchově, Pardubice, 2004. [cit. 2017-05-14]. Dostupné z: <http://www.planovanirodiny.cz/view.php?cisloclanku=2006010628>.
- HONZÁK, R. *Deprese: Depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci*. Praha: Galén, 1999, s.51. ISBN 80-85824-95-7.
- HOROWITZ, J.A., GOODMAN, J.H. *Identifying and Treating Postpartum Depression. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2005, s. 34. [cit.2017-05-20]. Dostupný také z: WWW: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1177/0884217505274583/pdf> ISSN 1552-6909.

JEDLIČKOVÁ, M. *Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického*. [online]. Praktická gynekologie 08/2008, s. 86 –90 [cit. 2017-05-05]. ISSN: 1211-6645. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg\\_08\\_02\\_06.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_08_02_06.pdf).

KENNEDY, R., SUTTENFIELD K.. *Postpartum depression*. *Medscape General Medicine*. 2001, 3(4), s. 1-10 [cit. 2017-05-06]. Dostupné z: <http://www.medscape.com/viewarticle/4086883>.

KHANDELWAL, Sudhir. et al. *Conquering Depression*. *New Delhi: World Health Organization Regional Office for South-East Asia*. 2001, [cit. 2017-05-06]. Dostupné z: [http://www.searo.who.int/LinkFiles/Conquering\\_Depression\\_ment-120.pdf](http://www.searo.who.int/LinkFiles/Conquering_Depression_ment-120.pdf).

MIOVSKÝ, M., ČERMÁK, I., ŘEHAN, V. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku III*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 251 s. ISBN 80-244-0909-7.

MIOVSKÝ, M. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

MODRÝ KONÍK. *Kojení po císařském řezu*. Dostupné z: <http://www.modrykonik.cz/kojeni-po-cisarskem-rezu/>

NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. 1. vyd. Praha: Grada, 2001. 147s. ISBN 80-7169-938-1.

PSYCHICKÉ ZDRAVÍ. CZ. *Deprese pro odborníky-novinky*. 2009 Dostupné z: [http://www.psychicke-zdravi.cz/novinky-odbornik-deprese/rychly-screening-muze-pomoci-odhalit-poporodni-depresi-458?confirm\\_rules=1](http://www.psychicke-zdravi.cz/novinky-odbornik-deprese/rychly-screening-muze-pomoci-odhalit-poporodni-depresi-458?confirm_rules=1).

PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K., GRAMBAL, A. *Porodnictví a psychiatrie. Lékařské listy speciál*. 1. vydání. Praha: Centrum neuropsychických studií, 9/2011, s. 19-22 . ISSN 0044-1996.

PRAŠKO, J. *Psychoterapie poporodních depresí*. *Psychiatrie*, 2002, roč. 6, č. 2, s. 41-46. ISSN 1212-6845.

PRAŠKO, J., BULIKOVÁ, B., SIGMUNDOVÁ, Z. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 1. vyd. Praha: Galén 2009, 93 s. ISBN 978-80-7262-656-4.

PRAŠKO, J., BULIKOVÁ, B., SIGMUNDOVÁ, Z. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010. 91 s. ISBN 9788072626564.

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

RATISLAVOVÁ K., 2008. *Psychologie pozdního šestinedělí. Moderní porodnictví*. Vyd. Praha. 2008 (č. 16) s. 1 -4[cit. 2011-02-27]. ISSN 1214 -5272. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=6>.

ROZTOČIL, A. et al. *Porodnictví*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 333s. ISBN 80-7013-339-2.

ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 405 s. ISBN 9788024719412.

SEIFERTOVÁ, D., MOHR, P. *Psychiatrické komplikace v šestinedělí. Moderní gynekologie a porodnictví*. 2009/18 (1), s. 14 -21. ISSN: 1214 -5272.

SEIFERTOVÁ, D., MOHR, P., STRUNZOVÁ, V., ČEPICKÝ, P. *Léčba psychofarmaky v těhotenství a laktaci. Psychiatrie pro praxi* 2007; 3: str. 118-124, ISSN 1803 -5272.

SIMKIN, P. *Partner u porodu: vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci*. 1. Vyd. Praha: Argo, 2000. 245 s. ISBN 807203308.

SIMOČKOVÁ, V. *Poporodní psychické poruchy v intencích ošetřovatelství*. Florence: 1. vydání. Brno, 6/2010, 16418s. ISSN 1801-464X.

STRUNZOVÁ, V. *Terapie deprese, úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci. Psychiatrie pro praxi*. 2005/1. s. 26 -30. ISSN 1803-5272.

VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. 3. aktualizované. vyd. Praha: Portál, 2003. 397 s. ISBN 807178740X.

WEIER, K. M., BEAL, W. B. *Complementary Therapies as Adjuncts in the Treatment of Postpartum Depression. Journal of Midwifery & Women's Health* . 2004, roč. 49, č. 2, s. 96-104 [cit.2017-05-19].

Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.jmwh.2003.12.013/pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION.

*Mezinárodní klasifikace nemocí*. 2. vyd. aktualizované k 1. 1. 2012. Svazek 1. Geneva: World Health organization, 2008. Volume 1 2nd ed., 2008. ISBN 978 - 80 -904259 -0 -3. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Monika Hýžová
<b>Katedra:</b>	Antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	Konečný Josef, doc. PhDr. CSc.
<b>Rok obhajoby:</b>	2017

<b>Název práce:</b>	Poporodní deprese u mladých matek
<b>Název v angličtině:</b>	Postpartum depression of young mothers
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce se zabývá vznikem a průběhem poporodních depresí u mladých matek. V teoretické části jsou popsány důležité milníky v životě každé ženy, od dospívání přes první menstruaci, těhotenství, porod až období šestinedělí. Důraz je kladen na psychické prožívání poporodních depresí u mladých matek a jejich léčbu. Praktická část je zaměřena na kvalitativní výzkum, který vznikl na základě rozhovorů s mladými ženami, které poporodní depresi či psychózu prodělaly.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Poporodní deprese, baby blues, psychoterapie, poporodní psychóza, léčba deprese.

<b>Anotace v angličtině:</b>	This thesis follows up the emergence and the course of postpartum depressions among young mothers. In the theoretical part of this thesis are described important milestones in the live of every mother, from adolescence across first menstruation, pregnancy, childbirth to a period of puerperium. The emphasis is placed on psychological experience of postpartum depression among young mothers and their treatment. The practical part is focused on qualitative research which was created based on the interviews with young women who had gone through postpartum depression or psychosis.
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Postnatal depression, baby blues, psychotherapy, postnatal psychosis, depression treatment.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	CD Rom
<b>Rozsah práce:</b>	72 s.
<b>Jazyk práce:</b>	Český