

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra psychologie

Diplomová práce

PŘÍČINY, PROJEVY A LÉČBA DEPRESE V POPORODNÍM OBDOBÍ

Vedoucí práce: PhDr. Jan Polivka

Autor práce: Jindřiška Němcová

Studijní obor: Pastoračně sociální asistent

Ročník: 6.

2006

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

Jindřiška Němcová

Děkuji vedoucímu diplomové práce PhDr. Janu Polivkovi za odborné rady,
cenné připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

ÚVOD	7
1. ŽENA A JEJÍ ROLE	9
1.1. Žena – manželka	9
1.2. Žena – hospodyně.....	10
1.3. Žena – rodička.....	10
1.4. Žena – matka	11
2. NEŽ SE ŽENA STANE MATKOU	13
2.1. Plodnost.....	13
2.2. Těhotenství	13
2.2.1. Psychické změny v těhotenství	14
2.2.2. Obtíže v těhotenství	15
2.3. Preventivní péče	16
2.4. Předporodní příprava.....	17
3. POROD.....	19
3.1. Porod v porodnici.....	20
3.2. Porod doma	21
3.3. Doby porodní.....	22
3.4. Porod císařským řezem	23
4. MATEŘSTVÍ.....	25
4.1. Mateřství jako změna	25
4.2. Mateřství jako ztráta	26
4.3. Mateřství a role otce	27
5. DEPRESE.....	28
5.1. Co je to deprese?	28
5.2. Možné příčiny.....	29
5.3. Klasifikace	30
5.4. Typické příznaky deprese	30
5.5. Léčba	31
5.5.1. Léčba pomocí psychoterapie.....	32

5.5.2.	Léčba pomocí farmakoterapie.....	34
6.	PROJEVY DEPRESE V POPORODNÍM OBDOBÍ	36
6.3.	Poporodní „blues“	36
6.4.	Poporodní deprese	37
6.4.1.	Charakteristické příznaky poporodní deprese	37
6.5.	Poporodní psychóza	39
7.	MOŽNÉ PŘÍČINY DEPRESIVNÍCH STAVŮ V POPORODNÍM OBDOBÍ.....	40
7.1.	Klasifikace faktorů z časového hlediska.....	40
7.1.1.	Před porodem	40
7.1.2.	Po porodu.....	41
7.2.	Biologické faktory	41
7.3.	Psychosociální faktory	41
7.4.	Dítě chtěné a nechtěné	42
8.	PREVENCE PPD.....	43
8.1.	Kojení.....	44
8.2.	Dula	45
8.3.	Mateřská centra	46
8.3.1.	Čím je MC prospěšné pro matky	47
8.3.2.	Čím je MC prospěšné pro děti	47
8.3.3.	Čím je MC prospěšné pro otce.....	48
8.4.	Pomoc pastorační asistentky	48
8.5.	Dotazník EPDS.....	49
9.	MOŽNOSTI OVLIVNĚNÍ LEHČÍCH FOREM DEPRESE.....	50
9.1.	Poslech hudby.....	50
9.2.	Zpěv.....	51
9.3.	Tanec.....	51
9.4.	Chůze a procházky.....	52
9.5.	Smích.....	52
9.6.	Aromaterapie, Bachovy květové esence	52
10.	LÉČBA	54
10.1.	Kognitivně behaviorální terapie	55
10.1.1.	Fáze léčby	56
10.2.	Interpersonální psychoterapie	59

10.3. Elektrokonvulzní terapie.....	60
10.3.1. Postup při léčbě ECT	60
11. PASTORAČNÍ PÉČE	61
ZÁVĚR	62
SEZNAM LITERATURY.....	64
PŘÍLOHY.....	68
Seznam příloh:	68
ABSTRAKT	80
ABSTRACT.....	81

ÚVOD

*„A pak se mladá žena bude těšit z tance.
Staří a mladí se budou spolu veselit.
Smutek se promění v radost,
neboť já chci utišit váš žal,
abyste se po všech strastech mohli radovat.“*

Židovská píseň

V prvním týdnu poporodního období prožívá téměř každá žena krátkou epizodu zhoršené nálady, která se projevuje přecitlivělostí, výkyvy nálady a pláčem. Je to důsledkem hormonálních změn po porodu. Kolísání nálady je charakterizováno pocity psychické i tělesné pohody, které se střídají s úzkostí, smutkem nebo napětím. Jedná se o krátkodobou a mírnou formu poporodní deprese a ve většině případů tento stav samovolně ustoupí. Může se však stát, že se deprese prohloubí a z maminky se stane uzlíček nervů, bude nerozhodná, úzkostná, plačtivá, v horším případě bude mít myšlenky na sebevraždu či vraždu dítěte. Mírná deprese (poporodní blues) se tak promění ve středně těžkou (poporodní deprese) nebo dokonce těžkou (poporodní psychóza). Častým případem však je také to, že žena netrpí ani jedním z druhů poporodní deprese, ale občas se u ní projeví příznaky pro tuto depresi typické. Jak je to tedy s tímto onemocněním? Je příčinou pouze kolísání hladiny hormonů, jak se uvádí nebo se na tom podílí i jiné faktory? Tvoří ženy postižené touto nemocí spíše výjimku nebo to prožívá většina rodiček? Ve své práci se pokusím tyto otázky zodpovědět.

Tato problematika mě velmi zaujala v období mého těhotenství a přípravě na porod, proto jsem si ji vybrala jako téma své diplomové práce. Mým cílem však nebylo sestavit psychologickou studii o typech poporodních depresí. Šlo mi o to, srozumitelnou řečí popsat vše od početí přes porod až do doby, kdy matka vše relativně zvládá a své mateřství si užívá. Ve své práci se

tedy zabývám nejen typy deprese v poporodním období, ale vším co s tím souvisí a může příchod deprese nějakým způsobem ovlivnit.

V úvodu své práce rozebírám role ženy, které v průběhu života zastává. Dále se zabývám plodností, těhotenstvím a přípravou na porod. Podrobněji se věnuji porodu, který jako specifická zátěžová situace má velký vliv na duševní stránku matky v poporodním období a rozebírám, co obnáší přechod do mateřství. Poté přecházím k onemocnění zvaném *deprese*. Popisuji ji nejprve obecně a následně se zabývám depresivními stavy v poporodním období, prevencí, jejich možnými příčinami a léčbou jak svépomocí (u mírnější formy) tak psychoterapií. Protože studuji pastorační asistenci, popisuji také to, jak může být tento obor uplatněn v problematice depresivních stavů v poporodním období. Svou práci uzavírám přílohami, které s mým tématem úzce souvisí a mohou pomoci depresi předcházet.

1. Žena a její role

Každý člověk v průběhu života zastává určité role. Společenskou roli můžeme definovat jako soubor očekávaného chování. Role se během života mění v závislosti na věku a jsou odlišné také na základě pohlaví. Valná většina žen v dospělosti vstoupí do role manželky, hospodyně, rodičky a matky. Postupem času zastává tyto role současně, což může obnášet nemalé obtíže.

1.1. Žena – manželka

Zdravý člověk své okolí vnímá především pomocí zrakového vjemu. Je tedy pochopitelné, že při výběru partnera nás nejdříve zaujme jeho vzhled a na základě toho se rozhodujeme, zda navážeme bližší kontakt. Postupně pak většinou dojdeme k názoru, že vzhled není u lidí tou hlavní předností. Je však mnoho mužů, pro které zůstane vizáž jejich partnerky její nejdůležitější vlastností. Chtějí mít manželku, která se bude starat o ně a o domácnost a zároveň je bude ve společnosti reprezentovat. To však není vždy a pro každou ženu snadné.

Podle mého názoru je žena nejkrásnější, když se cítí být spokojená a v pohodě. Během života jsou však období, kdy tomu tak není. Například při nemoci, u některých žen v době pravidelného měsíčního cyklu nebo po porodu. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že v šestinedělí byl můj vzhled to poslední, na čem mi záleželo. Po propuštění z porodnice jsem se musela naučit pečovat o miminko, byla jsem nevyspaná a velmi unavená. Přibližně po dvou měsících se situace postupně změnila. Moje tělo se dostalo do předchozího stavu, ustálil se mi denní program a začala jsem si užívat každý okamžik. Měla jsem chuť pěkně se obléct, vyjít si s manželem do společnosti a starat se nejen o miminko, ale i o něj. Domnívám se, že moje zkušenost nebyla nijak výjimečná a podobně to prožívá spousta dalších žen. V takových

chvilkách je důležité především pochopení ze strany partnera a také jeho pomoc a podpora.

1.2. Žena – hospodyně

Ženě náleží také role hospodyně, což znamená péče o domácnost, úklid a vaření. Někomu mohou připadat tyto práce nenáročné a zanedbatelné, ovšem pokud je to v kombinaci s péčí o dítě, není to jednoduchý úkol. Ne vždy a ne každé ženě se daří mít každý den perfektně uklizeno, zvláště, pokud je „čerstvou“ matkou, ale to ani v nejmenším nepředpokládá její neschopnost. Nepodpoří to ani vyprávění babiček, které líčí, jak to mají dnešní matky jednoduché, protože mají k dispozici papírové pleny či automatickou pračku.

„O tom, že ženské tělo je výborně uzpůsobeno pro početí a donošení dítěte, pro porod a krmení, není pochyb. Že je však z téhož důvodu automaticky vhodnější i pro praní, uklízení atd., postrádá jakékoli biologické odůvodnění.“¹

Ženy mají často velký strach, že nesplňují všechna očekávání a to v nich vyvolává paniku, zoufalství a pesimistické myšlenky. Je důležité, aby si každá matka uvědomila, že všechno chce svůj čas a nějakou dobu potrvá, než skloubí péči o dítě se starostí o domácnost.

1.3. Žena – rodička

Na jednu stranu znamená porod konec a vyvrcholení těhotenství, ve skutečnosti se však jedná o začátek. Počáteční pocit úlevy po úspěšném porodu brzy vyprchá a místo toho se dostaví vyčerpání, bolesti a nepohodlí z toho, jak se tělo navrácí ke svému původnímu stavu. Ženu čeká období, kdy

¹ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004., str. 29

bude pro své dítě tou nejdůležitější a v podstatě nenahraditelnou osobou. Je to 24 hodinová služba, kdy musí být matka neustále k dispozici, připravena udělat vše, co bude její novorozené dítě potřebovat a bude pro ně nejlepší. To vyžaduje ohromné organizační schopnosti, vše je časově náročnější. Mnohým maminkám připadá, že první týdny nedělají nic jiného než jen kojí a přebalují. Přizpůsobení se mateřství není pro každou ženu snadný úkol, jak si mnozí myslí.

1.4. Žena – matka

„Žena jest matkou; a kolem tohoto jádra či kolem této kostry biologické kupí se všechny její energie, skoro všechny její ctnosti a slabosti. Žena jest zcela prosáklá mateřstvím; i když jest neplodna, i když umírá jako panna, chová v sobě utajeně všechny poklady citu mateřského, kterých nemohla vylévatí na hlavy vlastních dětí.“²

Přechod do mateřství je významným obdobím v životě ženy, ale také obtížným posláním, které nelze nikdy zvládnout dokonale. Pro matku i dítě je podle mého názoru nejnáročnějších prvních 6 týdnů, kdy se vzájemně poznávají a sžívají. Prvorodičky to mají obzvlášť těžké, ale to neznamena, že trojnásobná matka má vše „v malíčku“. Každé dítě je jiné a má své specifické nároky. Šestinedělí je velmi důležité období, ve kterém se žena vrací do normálu nejen po fyzické stránce, ale i po té psychické. Matce a dítěti by se měla v tomto období věnovat velká pozornost ze strany rodinných příslušníků i lékařů. Žena se učí péči o dítě, zvyká si na novou situaci a seznamuje se s rolí matky, v případě prvorodiček rolí dosud neznámou.

Pomoc ze strany manžela, případně dalších osob je v prvních týdnech žádoucí. Matka trpí nedostatkem spánku a sociální izolací, proto neudiví, že toto životní období je rizikové pro vznik různých psychiatrických poruch. Pokud

² MANTEGAZZY, P. *Physiologie ženy*. Praha: I.L. Kaber, 1912, str. 120

se od novopečené matky žádá, aby kromě dítěte a základní péče o domácnost zvládla ještě další úkoly, hrozí rozvoj poporodní deprese, která může trvat i měsíce.³

Role matky se podle mého názoru ve společnosti velmi podceňuje. Toto „povolání“ připadá lidem, kteří neměli možnost si je vyzkoušet absolutně nedůležité. Přitom právě ženy, které jsou doma s dětmi se velmi podílí na tom, jaká bude naše společnost. Aktivně strávený čas s dítětem a jeho výchova je úkol velmi zodpovědný a matky si to dobře uvědomují.

Nároky kojence jsou časově neomezené. Původní odhodlání matky „všechno stihnout“ se pak v reálné situaci mění. Ve zbývajícím volném čase není možné spoustu plánů uskutečnit. Malý človíček vnáší do všeho zmatek. „To nezvládnou“ nebo „na to nestačím“ říkají i ženy, které ve své profesi nebo během studia vynikaly organizačním talentem. Cítí se přetížené a zneklidněné tím, že problémy, které se běžně považují za nicotné, nejsou schopny řešit s obvyklou nenuceností a lehkostí.⁴

„Postupný přerod ženy v ženu – matku mění vztah ženy, její tělo, její identitu, její chování a perspektivy jejího dalšího života. Je to hluboce osobní prožitek.“⁵

³Srov. ČEPICKÝ, P. *Péče o ženu v porodnici a šestinedělí*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004., str. 11

⁴Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004., str. 30

⁵NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, 2001., str. 7

2. Než se žena stane matkou

2.1. Plodnost

Touha po dítěti i potřeba pohlavního styku se chápou jako přirozené. V naší společnosti však roste počet žen, které si dítě přejí, ale nemohou je mít. Neplodnost je definována jako neschopnost zplodit nového člověka. Příčiny neplodnosti se nejprve hledaly na straně žen. V poslední době se však zjistilo, že na neplodnosti páru mají svůj podíl i muži. Je to tedy párové onemocnění – týká se obou partnerů.

Dalším problémem v dnešní době je dítě donosit. Žena otěhotní a přestože je ona sama zdravá a preferuje zdravý životní styl, o dítě přijde. Pokud tedy vše probíhá tak jak má a dítě se narodí, můžeme mluvit o zázraku. Většina žen si tuto skutečnost uvědomuje a mnohé prožívají těhotenství ve velkých obavách, zda je a bude vše v pořádku. Podobné to může být i po porodu, kdy vztah dítěte a matky ohrožuje z její strany strach o zdraví miminka. Toto napětí a úzkost pak duševní pohodě maminky příliš nepřidá. Spíše naopak – může být jednou z příčin poporodní deprese.

2.2. Těhotenství

Těhotenství, období trávající v průměru 40 týdnů s sebou přináší řadu změn nejen pro budoucí maminku, ale i pro její okolí. Okamžikem, kdy dojde ke spojení spermie a vajíčka začíná dlouhý proces. Spojením jader vzniká nová buňka, která obsahuje všechny informace pro každý detail lidského vývoje – pohlaví dítěte, barvu vlasů a očí, výšku, odstín pleti, povahu, temperament. Vzniká nový život. Na samém začátku je jeho vývoj ovlivňován stavem matčina organismu i vnějšími vlivy. Na vývoj dítěte působí i psychické rozpoložení matky. Psychická pohoda, vyrovnanost, těšení se na miminko

přispívají k jeho zdárnému vývoji, duševnímu i tělesnému a budují také dobrý vztah mezi matkou a dítětem. Ještě před porodem je mezi dítětkem a maminkou navazována určitá komunikace.

Toto období bývá pro většinu žen zajisté krásné, ale znamená to také velkou fyzickou i psychickou zátěž. Mění se tělesné proporce, zvyšuje se hmotnost, v těle dochází ke zvýšení hladiny hormonů estrogenu a progesteronu. Žena tak bývá velmi emocionální, může se cítit rozrušená, nadšená, nervózní, ustaraná či zmatená. Vyrovnává se s novou situací a připravuje se na roli matky.

2.2.1. Psychické změny v těhotenství

Jak už jsem výše poznamenala, v těhotenství dochází u ženy k somatickým a také k psychickým změnám. Ty jsou ovlivněny na jedné straně změnami fyzickými, na straně druhé faktory sociálními a ekonomickými. Tyto změny se dostaví u všech těhotných včetně těch, které těhotenství plánovaly a chtěly. Míra změn závisí především na osobnosti těhotné a na vlivech jejího okolí. Těhotenství představuje jednu z vývojových krizí v životě ženy, tj. období výrazných změn, kdy se osoba nachází mezi tím, čím byla a tím, čím se má stát. Důležitou součástí nové role je to, aby byl člověk v této roli akceptován svým okolím.⁶

Z psychologického hlediska lze těhotenství rozdělit do tří období: **V první třetině těhotenství** je těhotná zaměřena na sebe, sleduje vlastní tělo, snaží se zjistit, zda je opravdu těhotná. Úkolem prvního období je přijetí těhotenství. V citové oblasti jsou typické rozladěnost, nejistota a náladovost. **Do druhé psychologické třetiny těhotenství** žena vstupuje tehdy, když vnímá pohyby plodu. V tomto období si plně uvědomuje existenci plodu, cítí se dobře, snaží se všemi způsoby podporovat zdárný průběh těhotenství. Úkolem

⁶ Srov. Kolektiv autorů, *Psychické změny v těhotenství*. [online] Dostupné na WWW: <http://www.9mesicu.cz/index.php?ins=ta&art_detail=159>

druhé fáze je přijetí plodu jako nezávislého samostatného jedince. Hranice mezi druhou a **třetí psychologickou třetinou** je mezi obdobím, kdy se žena obává předčasného porodu a obdobím, kdy by už chtěla porodit co nejdříve. Chování ženy v závěrečném období je charakterizováno "stavěním hnízda". City a pocity během tohoto časového úseku jsou silně protichůdné - pocity zranitelnosti, obavy o osud těhotenství, strach z porodu na jedné straně a na straně druhé těhotenství se stává stále více nepohodlným a soustředění ženy směřuje k termínu porodu. Úkolem třetí fáze je příprava na porod a existenci nového jedince mimo organizmus matky. Neméně významnými psychickými změnami prochází otec dítěte a také již přítomné děti, které jsou nuceny vyrovnat se s novou rolí "staršího sourozence". Těhotenství přesouvá celý rodinný systém do fáze, kdy se musí znovu uspořádat rodinné role a vztahy, aby se vytvořilo místo pro očekávané dítě.⁷

„Těhotenství není jen biologické utváření dítěte. Je to zároveň období, v němž matka rozvíjí připravenost a schopnost o své dítě pečovat. Těhotenství mění osobnost ženy, ovlivňuje její vývoj, ženskost, sexualitu a celou její existenci.“⁸

2.2.2. Obtíže v těhotenství

Po fyzické stránce snáší každá žena těhotenství rozdílně. K nejčastějším obtížím, které se během období gravidity vyskytnou, patří tyto:

Nevolnost a zvracení, které se objevuje hlavně v prvním měsíci, ale může trvat i do třetího měsíce. Nejčastější příčinou je změna množství hormonů, i když nevolnost může ovlivnit také stoupající a klesající hladina cukru. Každá nastávající maminka brzy vyzpozoruje, co ji způsobuje tyto potíže a vyvaruje se toho. Důležité je, neužívat žádné léky proti nevolnosti bez

⁷ Srov. Kolektiv autorů, *Psychické změny v těhotenství*. [online]. Dostupné na WWW: <http://www.9mesicu.cz/index.php?ins=ta&art_detail=159>

⁸ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004., str. 41

porady s lékařem. **Varixy** neboli křečové žíly jsou v těhotenství běžné. Lze zabránit jejich vzniku zvednutím nohou na několik minut několikrát denně. **Bolesti zad** jsou největší ke konci těhotenství, kdy narůstá tělesná hmotnost a uvolňují se svaly a vazy k usnadnění porodu. Jsou většinou nevyhnutelné, ale je možné tyto bolesti snížit např. plaváním nebo pravidelným cvičením „kočičího hřbetu“. **Křeče v nohou** se objevují také spíše ke konci těhotenství a obecně ustupují v teple, masáží či napnutím lýtkového svalu.

Většina těhotenství probíhá normálně. I když nastanou komplikace, při včasné odhalení lze často zabránit vážným problémům či ohrožení matky a dítěte a z toho plynoucích možných psychických následků u matky. Zde jsou některé varovné příznaky, při kterých je nutné navštívit lékaře:

- Krvácení z pochvy, bradavek či konečníku
- Vymizení či změna charakteru pohybů miminka
- Přetrvávající a těžké otoky nohou
- Silné nebo se opakující bolesti hlavy
- Rozmazané či nejasné vidění a další poruchy zraku
- Náhlý velký přírůstek hmotnosti
- Prudká či přetrvávající bolest břicha
- Náhlý výtok tekutiny z pochvy
- Těžké a přetrvávající zvracení⁹

2.3. Preventivní péče

Východní tradice učí, že pouze zdravá a šťastná matka může porodit zdravé a šťastné dítě. Avšak preventivní péče o těhotné ve 20.století podle všeho na význam duševní vyrovnanosti zapoměla. Každá budoucí matka chce vědět, jak se jejímu děťátku daří, ale v poslední době se preventivní

⁹ Srov. *Příručka pro nastávající matky*. [online]. str. 13-15 Dostupné na WWW: <http://www.rodina.cz/materna/MATERNA_brozura.pdf>

vyšetření proměnila v hledání nejrůznějších malých odchylek. Zodpovědná budoucí maminka musí dodržet všechny termíny prohlídek, do těhotenské průkazky jsou zapisovány údaje, kterým málokterá rozumí. Těhotné ženě je prováděno množství vyšetření z důvodu včasné identifikace těhotenství, které by s sebou přineslo nějaké zdravotní riziko pro matku či dítě. Ale nikdo se nastávající matky nezeptá, jak těhotenství snáší a jak se cítí po psychické stránce. K častým otázkám těhotných a rodících žen patří, která vyšetření a zákroky jsou skutečně nutné a která lze případně odmítnout. Ženy často přicházejí do ordinace vystrašené a znepokojené, zda budou všechna vyšetření v pořádku. V případě, že se objeví malá odchylka od normálu, nedostane se vždy od lékaře budoucí mamince řádné vysvětlení, že nejde o nic vážného. Ordinaci pak opouští ještě více zneklidněna a často tyto pocity provázejí celé těhotenství.

2.4. Předporodní příprava

V současné době mají maminky možnost navštěvovat kurzy předporodní přípravy. Práce dnešních porodních asistentek a lektorek těchto kurzů spočívá z velké části v tom, že ve svých kurzech vymezí prostor právě pocitům, které maminky prožívají a diskutují o nich ve skupinách s cílem, aby negativní vlivy nepřevážily. Je velmi dobré, když tyto kurzy navštěvují oba budoucí rodiče. Díky tomu se i muž blíže seznámí s průběhem těhotenství a jeho vlivem na psychiku ženy. Dále je součástí těchto kurzů praktická příprava na porod – cvičení, ukázka správného dýchání při porodu, prohlídka porodního sálu a také doporučení, jak postupovat až se dostaví porodní bolesti. U nás jsou tyto kurzy porodními asistentkami doporučovány a matkami oceňovány, protože si promluví s ženami, které mají stejné nebo podobné pocity a také se alespoň zčásti zmírní obavy z porodu. Pro mnohé může být užitečná také návštěva porodního sálu ještě před porodem – díky tomu nepříjdou do neznáma a už dopředu tak budou vědět v jakém prostředí se jejich dítě narodí. Nedostatek však shledávám v tom, že se příprava na porod a období po něm soustřeďuje

pouze na fyzickou stránku. Ženy potřebují vědět nejen o psychologické stránce těhotenství, ale i porodu a o psychickém stavu, do jakého se rodička může dostat. Měly by být informovány o příznacích poporodní deprese, protože pokud se u nich některé z nich v menší míře projeví, může to v matce vyvolat strach a zmatek.

Jako příklad bych uvedla svoji obavu, která se u mě často projevovala v období šestinedělí: bála jsem se sama sebe, že ve chvílích, kdy moje dítě vytrvale a neutišitelně pláče mu nějakým způsobem ublížím. Nechtěla jsem tedy zůstat sama, měla jsem obavu, že své reakce, že sama sebe nezvládnou. Samozřejmě jsem svému synovi nikdy neublížila, ale byla jsem z toho rozrušená a připadala jsem si „nenormální“. Po rozhovoru s několika maminkami jsem se dozvěděla, že měly stejný problém, také se u nich objevily podobné myšlenky. Není to tedy nic neobvyklého. Některé ženy tyto myšlenky v bezprostředním období po porodu napadají a pokud nejsou spojeny s dalšími příznaky, nemusí hned znamenat onemocnění depresí. Je však třeba to vědět předem, protože to matce může snížit sebedůvěru.

3. Porod

Přibližně po 9 měsících přichází ten velký okamžik - porod. Pro ženy a mnohé muže, kteří byli přítomni u porodu je to jeden z nejsilnějších zážitků v životě – na svět přichází nový člověk. Většina žen chce mít porod bezpochyby co nejdříve za sebou, protože devět měsíců rozrušení, nejistoty, starostí o dítě a také váhy navíc je vyčerpávající. Je to však zátěžová situace – žena je poměrně dlouhou dobu vystavena velké fyzické bolesti, pro některou to může být šok. Porodní bolesti se dostaví znenadání, jejich intenzita a frekvence stoupá a zdá se to nesnesitelné a nekonečné. V hlavě proudí myšlenky, zda to vše zvládne i když jí pomáhají porodní asistentky a velkou oporou je i manžel, pokud je přítomen, nejtěžší úkol spočívá na ní. Přítomnost otce dítěte u porodu je ženami stále více žádána. Rodička se pak necítí osamocená a pociťuje lásku svého partnera . Muž poskytuje ženě psychickou oporu a pomáhá jí i po fyzické stránce (masáže, podání jídla a pití, otření zpceného čela, opora při některých polohách apod.). A i přesto, že se žena během druhé doby porodní uzavírá okolnímu světu a nevnímá své okolí, může ji přítomnost partnera i v této chvíli velmi posilovat. Muž během porodu poznává, jakého obrovského výkonu je žena schopna a to ve většině případů posiluje partnerův obdiv a úctu k ženě a její mateřské roli.

„Bolest, kterou jsem prožívala při kontrakcích byla nepopsatelná. Věděla jsem však, že mě jí nikdo nezbaví, že si to musím prožít až do konce a to byl doslova hrozný pocit. Když přišla druhá doba porodní, bolest byla také veliká, ale jiná, pro mě měla děj – vedla k nadějnému konci. Velkou oporou mi byl manžel, držel mě za ruku a povzbuzoval mě a i když pro mě okolní svět přestal existovat, cítila jsem se s ním jistější. V okamžiku, kdy dítě úplně vyšlo z mého těla jsem zažívala doposud nejkrásnější, slovy těžko popsateľný pocit. Ten se pak ještě znásobil, když jsem miminko slyšela plakat, viděla je a bylo mi přiloženo k prsu. Nyní, po třech měsících u mě při vzpomínce na porod převažují pozitivní pocity a já vím, že chci mít ještě další dítě.“

„Porod jest hlavní událostí v životě ženy a tak otřásá čivovou soustavou, že lékaři i soudcové povšimli si tohoto zmatku a pokládají jej za polehčující okolnost při vraždě novorozeňátka“¹⁰

Zpráva Světové zdravotnické organizace (WHO) na téma „Poporodní deprese“ dochází k překvapivému výsledku, že se vznikem PPD souvisí nikoli skutečné komplikace, ale subjektivní prožívání porodu.¹¹ Tento fakt může v současné době ovlivnit možnost volby, kterou ženy mají a to zda родit v porodnici či doma. Toto rozhodnutí je individuální, každé ženě vyhovuje něco jiného. Lékařsky vedený porod vyhovuje zpravidla ženám, které se více než na vlastní přirozenou sílu spoléhají na vymoženosti moderní medicíny. Bývají přesvědčeny o tom, že zkušenosti lékaři na technicky dobře vybaveném porodním sále jsou tou největší zárukou úspěšného a bezpečného porodu, a proto se vlastní zodpovědnosti zřikají. Přirozený porod volí naopak ženy, které jsou zvyklé na aktivní přístup k péči o své zdraví a které roli odevzdaných pacientů při porodu odmítají. Obojí má své výhody i nevýhody.

3.1. Porod v porodnici

Už přes půl století je u nás běžnou praxí, že se porod odehrává v porodnici. Výhodou je především ochrana rodiček i novorozenců před infekcemi a hygienicky závadným prostředím, lékařský dohled během porodu a v případě nutnosti potřebný zákrok, zdravotní péče o ženu i dítě během několika prvních dnů apod. Stále větší počet žen v tom však vidí narušení přirozeného průběhu porodu. Především z toho důvodu, že se porod odehrává ve sterilním prostředí operačního sálu, pod ostrými světly, často s užitím medikace nebo narkózy, užití epiziotomie (nástřih hráze) bez souhlasu rodičky a bez možnosti do průběhu nějak zasáhnout. Dítě tak podle nich přijde na svět v ne příliš příjemné atmosféře a zacházení s novorozencem je nevyhovující. Lékařsky vedený porod je tak příčinou tzv. poporodního traumatu u dětí a

¹⁰ MANTEGAZZY, P. *Physiologie ženy*. Praha: I.L. Kaber, 1912, str. 175

často i poporodních depresí u žen. V současné době se ale zvyšuje počet porodnic, které se stále více snaží budoucím matkám vyjít vstříc. Porod může probíhat za přítomnosti otce či jiné blízké osoby, žena si může zvolit polohu, ve které bude rodit a interiér porodnice už nepůsobí tak „nemocničně“. Také se dodržuje pravidlo, aby novorozeně bylo přiloženo k matčině prsu do půl hodiny po porodu, což vytváří vazbu mezi matkou a dítětem a více podněcuje laktaci. Všeobecně se dnes více dbá na to, za jakých podmínek a v jakém prostředí porod a následná péče probíhá (viz příloha I.).

I přesto všechno však v poslední době narůstá zájem žen o porod doma.

3.2. Porod doma

Porod doma nebo také přirozený porod je chápán jako přirozený fyziologický projev ženského organismu. Vychází z přesvědčení, že prvořadým předpokladem úspěšného porodu je respektování základních potřeb rodící ženy. Jako hlavní důvod pro rozhodnutí rodit doma ženy uvádějí potřebu soukromí, nerušeného klidu, důvěrně známého prostředí, pocitu bezpečí a minimální fyzické i psychické následky porodu. Porod probíhá za pomoci porodní asistentky.

Porodní asistentka je specialista na péči o ženu v průběhu normálního (nekomplikovaného) těhotenství, porodu a šestinedělí, včetně péče o zdravého novorozence. Porodní asistentky v ČR mohou pracovat samostatně, tzn. bez dohledu lékaře a jejich pracovní náplní není jen zdravotní péče o ženu, ale poskytuje poučení o životosprávě v těhotenství a při kojení, přípravě na porod, ošetření novorozence. Dále matku podporuje, vede a vzdělává v péči o novorozence, včetně podpory kojení, poskytuje rady a pomoc v otázkách sociálně – právních atd.¹² Pokud se tedy žena rozhodne rodit doma, může se cele svěřit do péče vyškolené porodní asistentky, která se

¹¹ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004., str. 44-45

¹² Srov. *Porodní asistentky*. Aperió, 2005. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.aperio.cz/porodnictvi/porodni-asistentky.shtml>>

postará o přípravu, porod a péči o ženu i dítě po něm. Toto individuální a osobní zacházení s rodící ženou i jejím partnerem, citlivé zacházení s novorozencem, neaplikování rutinních předporodních opatření a porod bez užití medikace patří bezesporu k výhodám přirozeného porodu. Přirozené porody však nejsou určeny pro všechny ženy. Lze je doporučit pouze takové rodičce, která je celkově zdravá a u níž se nevyskytují žádné předem odhadnutelné porodní komplikace a která prošla pečlivou předporodní přípravou. Nevýhodu porodu doma spatřuji v tom, že pokud by nastaly závažné komplikace vyžadující přítomnost lékaře, nemůže ho porodní asistentka zastoupit.

3.3. Doby porodní

První doba porodní je nejdelší a pro rodící ženu nejnamáhavější část porodního děje. Tato doba začíná s nástupem pravidelných děložních kontrakcí (porodních bolestí) a dochází při ní k otevírání porodních cest. Tento proces může trvat různě dlouho – u prvorodiček se hovoří o průměrných 10 až 12 hodinách, u vícerodiček to bývá o něco méně. Rodící žena je nucena naprosto mimořádným způsobem překonat samu sebe. Vydává se daleko za hranice své normální výkonnosti a musí se zcela otevřít pro své dítě. Důležité doporučení pro rodičky je: nerušit své tělo v porodní práci a pokud možno to nedovolit ani nikomu jinému.¹³

Druhá doba porodní začíná v okamžiku, když je děložní hrdlo dokonale otevřené a netrvá déle než dvě hodiny. Rodící ženě nastává veliká úleva. Konečně smí začít tlačit a aktivně pomáhat svému děťátku na svět. Většina rodiček je po první době porodní velmi vyčerpaná, ovšem i přesto pociťují nástup druhé doby jako náhlý příliv nové síly a energie. Děťátko je již vstouplé hluboko do pánve. Stále sílící stahy dělohy je budou nyní posuvnými, ohýbacími a otočnými pohyby zároveň přibližovat vstříc světlu světa. Když

¹³ Srov. LABUSOVÁ, E. *Průvodce porodnicemi ČR 2004*. 2. aktual. vyd. Praha: Argo, 2004., str. 57-58

vyjde hlavička, záhy ji následuje i tělíčko. Většina matek se shoduje na tom, že neexistují slova, která by popsala tento okamžik.¹⁴

Třetí doba porodní se ve srovnání s předchozími událostmi může jevit jako méně zajímavá, ale ani ta se nesmí zanedbat. V této době dochází k vyloučení placenty. To probíhá různě rychle, většinou však k tomu dojde po 5 až 15 minutách po narození dítěte.

3.4. Porod císařským řezem

Možnost provádění porodů císařským řezem zachraňuje zdraví a životy matek a dětí v situaci, kdy normální porod z nějakého důvodu není možný. Jde o zákrok, při němž je dítě vybaveno z těla matky chirurgickým řezem v její břišní a děložní stěně. Po vynětí plodu porodníci manuálně odloučí placentu, zkontrolují děložní dutinu i stěnu a poté ženu opět sešijí. Celá operace trvá asi hodinu a je prováděna buď v epidurální anestezii (lokální znecitlivění) nebo v celkové narkóze.

Porody císařským řezem můžeme rozdělit do dvou základních skupin, a to na *primární* a *sekundární*: **Primární císařský řez** je prováděn z vážných a předem známých důvodů. Bývá tedy plánován dopředu a nedochází při něm k rozběhnutí porodních bolestí. Důvodem je např. komplikovaná poloha plodu, závažné onemocnění rodičky apod. **Sekundární císařský řez** nastává v případě akutního ohrožení dítěte nebo matky a bývá o něm rozhodnuto nečekaně až v průběhu rozběhnutého spontánního porodu. Rodička prožívá normální kontrakce. Důvodem bývá náhlé ohrožení dítěte nedostatkem kyslíku, jeho ztrácející se srdeční ozvy, krvácení apod.¹⁵

¹⁴ Srov. LABUSOVÁ, E. *Průvodce porodnicemi ČR 2004*. 2. aktual. vyd. Praha: Argo, 2004., str. 58-59

¹⁵ Srov. Tamtéž, str. 69

„I když u chirurgických pacientů se pocit deprese a úzkosti po operaci považuje za normální, přecitlivělost žen po porodu je stále připisována spíše hormonům než reakci na bolest, šok, anestezii a léky tlumící bolest.“¹⁶

Je rozdíl, pokud žena dopředu ví, že její dítě přijde na svět operativně z nějakých objektivních zdravotních důvodů, a nebo když k operaci dojde neplánovaně. Nečekaný porod císařským řezem představuje pro ženu nejen fyzicky bolestnou zkušenost, ale především též psychickou krizi, s níž se každá žena vyrovnává individuálně a různou dobu. Zklamání bývá tím větší, čím více si žena přála porod bez lékařských intervencí. Výzkum na Kalifornské univerzitě prokázal, že pokud ženy vnímají porod císařským řezem jako traumatickou zkušenost, pak k jejímu překonání potřebují projít obdobnými fázemi jako při tzv. *procesu truchlení* následujícím např. po ztrátě někoho blízkého.¹⁷

¹⁶ NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, 2001., str. 61

¹⁷ Srov. LABUSOVÁ, E. *Průvodce porodnicemi ČR 2004*. 2. aktual. vyd. Praha: Argo, 2004., str. 71

4. Mateřství

Přechod do mateřství má na ženy velký a mnohostranný vliv – zasažena je totiž stránka fyzická, společenská, ekonomická i citová. Způsob, jakým každou ženu mateřství zasáhne a jak ho prožívá se pak promítá nejen do jejího života, ale i do života jejího dítěte, otce dítěte, její rodiny a přátel.

4.1. Mateřství jako změna

Když se řekne mateřství, pravděpodobně si většina z nás představí radostné období. Troufám si však tvrdit, že ženy, které právě toto období prožívají by je neoznačily jen tímto jedním slovem.

Mnohými je mateřství chápáno jako něco, co má ženě poskytnout největší životní uspokojení. Avšak při střetu s realitou dojde k rozčarování. Než se ženy stanou matkami, mají romantické představy o tom, co mateřství představuje. Často je vnímají jako snazší a bohatší, než se pak ukáže. Počátek přechodu do mateřství je v mnoha směrech šokem – fyzicky i emočně a při dalších porodech se to nezlepší. Každá žena je vždy nanovo vystavena tlaku, obtížné práci a potřebuje se opět naučit určité dovednosti spojené s péčí o dítě. Paula Nicolson ve své knize mateřství dokonce označuje nejprve jako stresující, vyčerpávající a deprimující zážitek a až po té jako zážitek podnětný a emocionálně stimulující.¹⁸

To je podle mého názoru velmi individuální a závisí to na mnoha okolnostech, kterými jsou např. průběh porodu, události kolem porodu a v prvních měsících po narození dítěte, osobní zážitky, zázemí, míra podpory partnera a rodiny. Je však pravdou, že mateřství je kvalitativní změnou v životě ženy, k lepšímu i k horšímu. První měsíce mateřství téměř vždy

vyžadují výrazný posun v oblasti vztahů a práce (doma i v zaměstnání) v době, kdy se matka zotavuje z následků porodu. Není tedy pochyb a nemělo by nás to ani překvapit, že tato přeměna vede k emoční labilitě a náladovosti. Velká změna proběhne i v oblasti vnímání vlastního těla. Když žena porodí dítě a kojí ho, znamená to, že své tělo vnímá jinak než sexuálně a myslí si, že není sexuálně přitažlivá. Může trvat až dvanáct měsíců, než se u ženy po porodu objeví zase pocit normálního prožívání sexuality. Mateřství je velký úkol a i když v sobě skrývá radost, je to také náročná práce, která pro mnohé ženy hlavně na počátku může znamenat velký stres. Ovlivňuje nejen vztahy ženy k mužům a ostatním ženám, ale také zaběhnutý systém v zaměstnání, doma i v sexuálním životě.

4.2. Mateřství jako ztráta

Spojování „ztráty“ s narozením dítěte je v rozporu s běžným chápáním přechodu do mateřství jako „šťastné události“. Ženy, které se stanou matkami (kdykoliv), ztrácejí minimálně svou autonomii, smysl identity, práci, čas, přátele, způsob vztahů, sexualitu, mění se vnímání jejich těla, zdraví a celkový komfort.¹⁹

Na první pohled by se mohlo zdát, že je zde mateřství líčeno spíše negativně. Tak tomu samozřejmě není. I když žena mateřství plánovala a na dítě s radostí očekávala, dojde ke ztrátám i v takovém případě. Pro dívku, která byla do té doby studentkou, zvyklá cestovat a poznávat nové lidi je obrovskou změnou, když má být po porodu stále doma se svým dítětem, i když se na to období těšila. Pokud se totiž žena rozhodne být matkou, musí to přijmout se vším a do jisté míry se „obětovat“.

¹⁸ Srov. NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, 2001., str. 24

¹⁹ Srov. Tamtéž, str. 90

„Být matkou vyžaduje od ženy, aby převzala komplexní identitu. Je stále sama sebou, ale je také matkou, a to jí ukládá další role, povinnosti a vztahy s mateřstvím neodlučně spjaté.“²⁰

4.3. Mateřství a role otce

V mateřství má také velmi důležitou a nezastupitelnou roli otec, protože pro zdravý vývoj dítěte jsou stejně důležití oba rodiče. Někteří otcové si však nenechají existenci dítěte do svého života nějak výrazně zasahovat. Často si myslí, že se žena dokáže vypořádat s každou mimořádnou prací, narušeným spánkem a přitom bude udržovat zbytek rodiny v pohodě. Názor, že mateřská dovolená je název více než výstižný, protože matka, která je doma s dítětem vlastně nemá nic na práci, je běžný. To, že na ně čeká teplá večeře, považují za samozřejmost a celkovou starost o domácnost nepovažují za nijak náročnou činnost. Jsou dokonce i tací, pro které začíná i končí otcovství tím, že ženu oplodní.

Je však také mnoho mužů, kteří po dítěti touží a jeho přítomnost si náležitě užívají. Mají pochopení pro to, že porod na ženě zanechal jisté, většinou dočasné následky a dokáží s ní jednat velmi citlivě. Muži se také dokáží naučit péči o děti stejně dobře jako ženy. Většinou instinktivně poznají, co děťátko potřebuje, vědí, jak mají s miminkem zacházet. Zpočátku mohou pociťovat nejistotu. Když však zjistí, že všechny každodenní úkony bez problémů zvládnou, cítí se ve své nové roli spokojeně. Stanou se tak ženě velkou oporou. Je tedy velmi prospěšné, když se o děťátko starají oba rodiče společně a mohou se při péči o rodinu a domácnost střídat. Mohou tak předcházet vyčerpání, podrážděnosti a úzkostným stavům matky, což může být znakem přicházející deprese.

²⁰ NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, 2001., str. 18

5. Deprese

5.1. Co je to deprese?

Deprese je nemoc. Není to jen špatná nálada, ale nemoc celého člověka, jeho organismu. U většiny lidí je to léčitelné onemocnění. Pokud však není léčena, vede ke ztrátě výkonnosti, izolaci, ztrátě radosti v životě a výrazně zhoršuje celkový zdravotní stav člověka – snižuje obranyschopnost organismu.²¹

Každého člověka provází během jeho života změny nálady a smutek. Každý smutek však nemusí znamenat depresi. Liší se především v tom, že:

- deprese je intenzivnější a hlubší než smutek
- trvá déle
- narušuje každodenní fungování.

Deprese je dále charakterizována především beznadějí (nemocný má pocit, že nic nevychází, že současná situace je zoufalá), bezdůvodnými obavami a úzkostí, pesimistickými výhledy do budoucnosti, pocity méněcennosti a domnělého provinění. Tyto pocity jsou velmi intenzivní a pacienti o nich neustále a opakovaně přemýšlejí. Velmi časté jsou myšlenky na sebevraždu. Tato náchylnost k sebevraždám u pacientů s depresí vychází z pocitu bezvýchodnosti situace a z beznaděжности. Deprese patří k nejčastějším příčinám sebevražedného jednání, ať už to jsou sebevraždy nebo pokusy o sebevraždu.²²

Deprese je ale onemocnění "duše i těla". To znamená, že příznaky deprese nemusí být omezeny pouze na psychický stav a myšlení pacienta, ale

²¹Srov. PRAŠKO, J.; PAŠKOVÁ, B.; PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001. ISBN 80-85121-68-9., str. 9

²²Srov. *Jak se deprese projevuje*. [online] 2006. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.cz/priznaky.aspx>>

často bývají přidruženy i příznaky tělesné, např. různé bolestivé stavy (bolesti hlavy, zad, bolesti na hrudi), zažívací obtíže, závratě, mohou se vyskytnout pocity dušnosti nebo bušení srdce. Deprese tak může napodobovat různá somatická onemocnění (např. žaludeční vředy, infarkt) a až důkladné lékařské vyšetření ukáže skutečnou příčinu pacientových obtíží.²³

5.2. Možné příčiny

Mezi faktory, které zvyšují pravděpodobnost vzniku deprese patří genetická výbava jedince (u osob, jejichž pokrevní příbuzní trpí depresemi, je větší riziko onemocnění), dlouhodobý stres (vyšší riziko je u osob dlouhodobě stresovaných a především u těch, které nemají možnost tento stav ovlivnit), akutní stresující události (např. úmrtí blízkého člověka, rozvod, propuštění z práce, odchod do důchodu apod.), typ osobnosti (obecně je vyšší riziko onemocnění např. u úzkostných lidí). Na dispozici k depresi se může podílet i výchova v rodině (zejména nepřiměřená náročnost a kritičnost rodičů), týrání nebo pohlavní zneužívání v dětství. Deprese může být ale vyvolána i některými chorobami, např. poškozením či onemocněním mozku (nádory, roztroušená skleróza, demence), některými léky (např. léky proti vysokému krevnímu tlaku, perorální antikoncepce, steroidní hormony atd.) či drogami.²⁴

Jako hlavní příčiny deprese můžeme tedy označit tyto:

- vrozený sklon
- dlouhodobé vystavení stresu
- nepříznivé vlivy z dětství
- disfunkce nebo podráždění orgánů
- hormonální nerovnováha

²³Srov. *Jak se deprese projevuje*. [online]. 2006. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.cz/priznaky.aspx>>

²⁴Srov. *Příčina vzniku deprese*. [online]. 2006. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.cz/vznik.aspx>>

5.3. Klasifikace

Deprese můžeme rozdělovat podle různých hledisek - jedním z nich je tíže onemocnění. Podle hloubky onemocnění rozeznáváme depresi:

- **Mírnou** – je patrný pokles nálady, ale nemocný je většinou dosud schopen se s určitým přemáháním účastnit běžných denních aktivit: je schopen chodit do práce a funguje v každodenním životě. Všechno mu však jde hůř a pomaleji. Vyhýbá se přátelům a uzavírá se do sebe.
- **Středně těžkou** – pacient má větší potíže s obvyklou denní činností, většinou už není možné pracovat. Bývá nešťastný, zpomalený, nedokáže se soustředit ani na noviny či televizi, ztrácí zájem o sexuální život, izoluje se od lidí. Zpravidla se za vše obviňuje, může mít sebevražedné myšlenky.
- **Těžkou** – kdy postižený není schopen starat se ani sám o sebe. Porucha nálady je hluboká, téměř neovlivnitelná vnějšími podněty. Nemocný nemá energii ani na běžné činnosti, často má myšlenky na sebevraždu.²⁵

V myšlení pacienta převládají nevyvratitelná přesvědčení o vlastní vině a následném zaslouženém trestu, o nutnosti skoncovat s vlastním životem, spolu s odmítáním jídla, naprostým nezájmem o okolí a pohybovou strnulostí.

5.4. Typické příznaky deprese

- Přetrvávající smutná nebo úzkostná nálada
- Pocity beznaděje, pesimismu nebo bezmoci
- Pocity viny, ztráty smyslu života
- Ztráta zájmu nebo radosti z koníčků a činnosti, které dříve těšily
- Ztráta zájmu o sexuální život

²⁵Srov. PRAŠKO,J.; PAŠKOVÁ,B.; PRAŠKOVÁ,H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001., str. 11

- Nespavost, předčasné ranní probouzení nebo naopak nadměrná ospalost a spavost i během dne
- Ztráta chuti k jídlu, výrazné snížení váhy nebo naopak přejídání se a přibývání na váze
- Pokles energie, únava, ospalost, malátnost – jednoduché činnosti vyžadují nadměrnou námahu
- Nadměrné polehávání nebo posedávání, nemožnost se přinutit k činnosti, odkládání činnosti
- Myšlenky na smrt nebo sebevraždu, pokusy o sebevraždu
- Neklid, nervozita, nadměrná podrážděnost, výbušnost
- Potíže se soustředěním se, zapamatováním si, rozpomínáním se a s pamětí vůbec (naštěstí přechodné) a problémy s rozhodováním
- Přetrvávající tělesné příznaky, jako jsou bolest hlavy, poruchy trávení, zácpa, dlouhodobé bolesti

Ne každý, kdo je depresivní, má všechny uvedené příznaky. Někteří lidé jich zažívají jen několik, jiní jich mají mnoho. Také závažnost jednotlivých příznaků je u různých lidí různá.²⁶

5.5. Léčba

Deprese zůstává bohužel často nediagnostikovaná (lékaři pátrají více po tělesných chorobách) a nebo je léčená nesprávně (např. nesprávnými léky, nedostatečnými dávkami léků nebo je léčba předčasně ukončena). Optimální léčba deprese se v současné době skládá z kombinace farmakoterapie a psychoterapie.²⁷

U **lehké deprese** většinou zabere svépomoc, změna životního stylu, případně psychoterapie. Při **středně těžké** depresi je třeba psychoterapie

²⁶ Srov. PRAŠKO, J.; PAŠKOVÁ, B.; PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. Praha: Psychiatrické centrum, 2001., str. 13-14

²⁷ Srov. *Léčba deprese*. [online]. 2006. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.cz/moznost.aspx>>

nebo léky, záleží na příznacích. Závažnost těžké deprese je příliš velká na to, aby pomohla samotná psychoterapie, je tedy třeba užívat antidepresiva. Lidé se sebevražednými úmysly pak vyžadují okamžitou pomoc. Pokud depresi doprovázejí bludy a vidiny, je nutno antidepresiva kombinovat se speciálními antipsychotickými léky.²⁸

5.5.1. Léčba pomocí psychoterapie

O psychoterapii lze říci, že se zabývá vnitřními obtížemi, jež oslabují pacientovu schopnost vyrovnávat se s úkoly a tlaky přítomnými v jeho životě. Jednodušeji ji lze také definovat jako situaci, kdy na sebe dva lidé působí a snaží se dospět k vzájemnému pochopení s tím, že konkrétním cílem je, aby to bylo nějak ku prospěchu tomu, který je v tísní.²⁹

Psychoterapie je nejen léčbou, ale i profylaxí (tzn. primární prevencí) a rehabilitací (opětné zasazení do života, vyrovnání se s nemocí) poruch zdraví, která se uskutečňuje výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy. Skládá se z několika procesů, které platí pro většinu psychoterapeutických forem: terapeutovo *naslouchání* pacientovi, shrnutí a *přeformulování* řečených informací a následné *předkládání alternativ*.

Cílem psychoterapie jsou především změny v osobnosti a organismu, chování a sociálních vztazích pacienta:

- úprava psychofyzilogických stavů
- odstranění symptomů
- podpora v krizové situaci
- pomoc při adaptaci na nové životní podmínky
- osobnostní změna a změna chování
- ovlivnění sociálních vztahů³⁰

²⁸ Srov. *Jak se deprese léčí*. Deprese: Informace a rady lékaře. [online]. 2001 Dostupné na WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1646.html>

²⁹ Srov. BRUCH, H. *Základy psychoterapie*. Praha: Triton, 1997., str. 11

Účinné faktory psychoterapie jsou terapeutem navozené děje, které vyvolávají změny v prožívání, jednání, tělesných funkcích anebo sociálních vztazích pacienta, přičemž tyto změny jsou v přímé souvislosti s činností terapeuta. Lze říci, že terapeut vytváří prostředí a připravuje podmínky pro vznik žádoucí změny u pacienta, v těchto podmínkách pak působí účinné faktory a jejich působením dochází ke změně. Různé druhy psychologických terapií jsou nejobvyklejším druhem léčby depresí. Existuje mnoho druhů a jsou založeny na různých teoriích:

5.5.1.1 Kognitivní terapie

Tato terapie pracuje speciálně s depresivními myšlenkovými modely. Pacient je vyzván, aby si zaznamenával své negativní myšlenky a sledoval, jak myslí. Pomoc spočívá ve vyvolávání myšlenek nerealisticky negativních. Během 10 – 20 setkání, konaných jednou týdně, se terapeut bude snažit, aby pacient přestal depresivně myslet. Tuto léčbu je možné aplikovat i u mírně obtížné deprese a lze ji kombinovat s užíváním antidepresiv.³¹

5.5.1.2 Behaviorální terapie

Tato léčba se liší od předchozí tím, že se soustřeďuje spíše na to, co pacient dělá, než na to, jak myslí. Dbá více na to, aby pacient méně depresivně jednal. Program pro změnu chování tak způsobí, že pacient bude lépe spát, víc na sebe dbát a lépe se stravovat. Zastaví „odmítání“, což může být první krok k vyléčení.³²

³⁰ Srov. VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. Praha: 1997, str. 26-33

³¹ Srov. *Jak se deprese léčí*. Deprese: Informace a rady lékaře. [online]. 2001. Dostupné na WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1646.html>

³² Srov. Tamtéž

5.5.1.3 Analytická kognitivní terapie

Je dalším novým druhem terapie. Používá poznávacích a behaviorálních technik, ale nahlíží také do pacientovy minulosti, aby tak napověděla, kde má kořeny pacientův způsob uvažování a myšlení.³³

5.5.1.4 Psychoanalýza

Psychoanalytikové věří, že příčinou pacientových potíží jsou problémy v jeho ranném dětství, se kterými se nevyrovnal. Může je popírat, může se snažit na ně zapomenout, ale problémy přetrvávají v nevědomé oblasti. Takovým problémem může být např. ztráta rodičů v dětství. Princip této psychoterapie je v tom, že pomáhá těmto negativním pocitům dostat se do vědomí, a pak je zvládnout.³⁴

5.5.2. Léčba pomocí farmakoterapie

Antidepresivní léky představují velmi účinný prostředek. Díky jejich objevu je možné úspěšně léčit mírné i těžké deprese. Užívají-li se tak, jak jsou předepsána, k prvnímu zlepšení příznaků deprese může dojít už za 2 - 3 týdny od začátku podávání. K úplnému vymizení příznaků dojde obvykle za 6 - 12 týdnů od zahájení léčby. K zabránění návratu deprese je ale nutné antidepresiva užívat ještě po dobu dalších 4 - 9 měsíců, i když se pacient již cítí zdravý. U určitých forem depresivních onemocnění, především u periodicky se opakujících depresí, se mohou antidepresiva podávat i delší dobu.³⁵

³³ Srov. *Jak se deprese léčí*. Deprese: Informace a rady lékaře. [online]. 2001. Dostupné na WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1646.html>

³⁴ Srov. Tamtéž

³⁵ Srov. Tamtéž

I přesto, že jsou antidepresiva silné léky, nejsou návyková. Pokud se deprese zlepšila, je vhodné postupně snižovat dávky než se lék vysadí úplně. Tělo si tak zvykne bez nepříjemných příznaků.³⁶

5.5.2.1 Jak antidepresiva působí

Antidepresiva účinkují jen v případě, když je člověk depresivní. Pokud není, jejich účinek je nulový. Při depresi postihují pochody, jimiž tělo prochází, fyzikální změny, které antidepresiva uvádějí do normálního stavu. Nervové buňky v mozku jsou od sebe odděleny synapsemi. Aby si mohly buňky mezi sebou předávat zprávy, uvolňují chemické látky (neurotransmitery), které opouštějí jednu nervovou buňku a překračují spáru, aby se dostaly k druhé nervové buňce. Zpráva je předána jen tehdy, je-li na synapsi dostatek neurotransmiterů. Právě v depresi jsou hladiny těchto neurotransmiterů nízké a antidepresiva pracují tak, že zvyšují jejich množství. Za čas se tělo „upraví“ samo a množství přirozeně produkovaných neurotransmiterů vzroste, takže antidepresiva již není nutné užívat.³⁷

³⁶ Srov. *Jak se deprese léčí*. Deprese: Informace a rady lékaře. [online]. 2001. Dostupné na WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1646.html>

³⁷ Srov. *Jak se deprese léčí*. Deprese: Informace a rady lékaře. [online]. 2001. Dostupné na WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1646.html>

6. Projevy deprese v poporodním období

Obecně se rozeznávají tři hlavní typy poporodních depresí:

- 1) Tzv. **poporodní** nebo **mateřské blues** jako mírný emoční problém krátkého trvání (nazývané také baby blues);
- 2) **poporodní depresi**, závažnou a potenciálně život ohrožující psychickou nemoc;
- 3) **poporodní (laktální) psychózu**: vážné psychotické onemocnění ohrožující život matky i dítěte

6.3. Poporodní „blues“

Mezi typické příznaky poporodní „blues“ patří kolísání nálady, zvýšená přecitlivělost, úzkostnost, podrážděnost, pocity strachu a neschopnost vnímat lásku k novorozenci, z čehož pramení sebeobviňování. Mohou se objevit problémy se spánkem. Příznaky začínají obvykle 3.–4. den po porodu, vrcholí 5.–7. den a vymizí do 12. dne. I když se jedná jen o přechodnou záležitost, může to v matce vyvolat zmatek-měla by být přece nanejvýš šťastná a veselá, protože se jí narodilo dítě. Tak proč je tomu právě naopak? Hladina hormonů, která byla během těhotenství značně zvýšena po porodu dramaticky klesá a to se ve velké míře projevuje na pocitech i chování matky. Tato krátkodobá změna chování je v zásadě neškodná a spontánně odeznívá. Může se vyskytnout až u 90% matek, nejčastěji u prvorodiček.

6.4. Poporodní deprese

Na poporodní „blues“ mohou navazovat úzkostné poporodní stavy a během prvních dvou týdnů života dítěte signalizují přechod do poporodní deprese (dále jen PPD). V tomto případě není snadné přechod k PPD rozpoznat. PPD může začít již při porodu a v průběhu času se mění. Obvykle se objevuje asi za 2 týdny po porodu, ale stává se, že se deprese objeví až po několika nezkalených a z emocionálního hlediska radostných týdnech nebo dokonce měsících. Byly zkoumány souvislosti mezi dobou odstavení, dlouhou dobou kojení a antikoncepcí. Autoři však v této oblasti nedošli k žádným jednotným výsledkům.³⁸

PPD může proběhnout velice mírně, jako vyčerpání, někdy ale může být klinický průběh dost silný. Pokud už žena v minulosti prodělala depresivní stavy, je třeba s tím počítat. Moment porodu a začátek kojení je složitou biologickou situací, která může depresi spustit. Proto je dobré u žen, které v minulosti měly podobné psychické potíže, od porodu preventivně nasadit léky.

6.4.1. Charakteristické příznaky poporodní deprese

Typickými příznaky PPD jsou:

- nerozhodnost
- úzkost
- strach ze samoty
- sociální izolace
- bezmoc a beznaděj
- katastrofické obavy z budoucnosti

³⁸ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004., str.27-28

- ztráta zájmu a potěšení
- nadměrná únava
- nechutenství, nebo naopak přejídání se

Ženy mají pocit, že dítě je nechtěné, nedokážou je milovat ani se o ně postarat. Mohou být přítomny poruchy spánku, nekontrolovatelná plačtivost, potíže se dítěte dotýkat a pečovat o ně, pocity ztráty kontroly. Někdy při prohloubení příznaků hrozí psychotické prožitky a riziko zabití dítěte či sebevraždy. Smutná nálada bývá zpočátku v pozadí obrazu, ale postupně se může rozvíjet do deprese různé hloubky. Schopnost postarat se o dítě značně klesá. Postižená maminka se odsuzuje za to, že necítí nic k dítěti, je přesvědčena, že jako matka selhala, obává se, že ji partner opustí a zanechá s dítětem samotnou, začíná se vyhýbat kontaktu s okolím, uzavírat v bytě, ztrácí potěšení z věcí, které ji dříve bavily. Obvykle trpí úpornou nespavostí, často bezdůvodně pláče. Většinou zůstává deprese na mírné nebo středně hluboké úrovni.³⁹

„Ačkoli nedávné výzkumy svědčí o tom, že symptomy a trvání poporodní deprese se výrazně neliší od depresí, které se vyskytují v jiném období, jsou deprese po narození dítěte nepochybně mimořádné v tom, že jejich důsledky jsou prožívány v době, kdy jsou na matky kladeny velké fyzické i emoční požadavky při péči o její dítě a rodinu.“⁴⁰

³⁹ Srov. PRAŠKO, J. *Psychoterapie poporodních depresí*. Psychiatrie; 6(Suppl.2):39–44. [online]. 2002. Dostupné na WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp202/11.htm>>

⁴⁰ NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, 2001., str. 41

6.5. Poporodní psychóza

Jako psychózu označujeme takové duševní onemocnění, které mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému. Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit našeho duševního života. Změny v myšlení, vnímání a citech dosahují takové intenzity, že člověk nedokáže odlišit, co skutečně je a co není.⁴¹

Poporodní psychóza (nazývaná také *laktační*) se objevuje v poporodním období spíše výjimečně (přibližně 1–2 na 1000 porodů) a může se projevit zhruba během prvních 48–72 hodin až několik týdnů po porodu. Prvními příznaky jsou neklid, podrážděnost a problémy se spánkem, velmi rychle se však objeví psychotické depresivní příznaky s dezorganizovaným chováním, halucinacemi, sebevražednými stavy a paranoidními bludy. Při depresivních projevech postižená maminka ztrácí kontakt s realitou, mívá depresivní halucinace a bludy (např. je přesvědčena, že dítě je podvrženo, apod.). V takové případě nesmí žena zůstat bez dozoru a je nutná okamžitá hospitalizace, jinak mohou být jak matka, tak dítě, v ohrožení života.

⁴¹ Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2001., str. 14

7. Možné příčiny depresivních stavů v poporodním období

Některé faktory zvyšují pravděpodobnost, že rodička bude trpět poporodní depresí. Čím více je těchto rizikových faktorů, tím větší je pravděpodobnost, že se deprese skutečně objeví. Obecně platí že matka je vystavena většímu riziku poporodních depresí po zvláště obtížném těhotenství nebo porodu. Dále platí, že skutečnost mateřství nebo změna role neodpovídá tomu, co matka očekávala nebo když narození dítěte znamená zhoršení vztahů v rodině.

7.1. Klasifikace faktorů z časového hlediska

7.1.1. Před porodem

- Problémy s plodností
- Neúplná rodina
- Závažné finanční problémy (chudoba)
- Neplnost (porod před 16. rokem věku)
- Přestárlost (porod po 35. roku věku)
- Nejistoty matky, zda skutečně chce mít dítě
- Starost o zdraví dítěte
- Lehká až mírná úzkost během posledních tří měsíců před porodem
- Těžká práce⁴²

⁴² Srov. *Jakými depresemi trpí ženy*. Deprese: Informace a rady lékaře. [online]. 2001. Dostupné na WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1647.html>

7.1.2. Po porodu

- Předčasný porod
- Tělesná choroba
- Společenská izolovanost (osamělost)
- Nedostatečná opora u partnera
- Nižší postavení po návratu do práce⁴³

7.2. Biologické faktory

Biologickými rizikovými faktory mohou být předchozí epizoda deprese, depresivní porucha v rodině (u pokrevných příbuzných), manifestace duševní poruchy vyvolaná porodem nebo laktací, psychické poruchy symptomatické v souvislosti s komplikacemi v těhotenství nebo při porodu.

7.3. Psychosociální faktory

Mezi psychosociální rizikové faktory patří negativní životní události, narušený partnerský vztah, ambivalence týkající se těhotenství a nedostatečná podpora ze strany partnera a rodiny.

Není možné počítat s tím, že ihned po návratu z porodnice bude žena vše zvládat jako předtím. Všechno chce svůj čas a s tím je třeba počítat. Jinak přijde pocit zklamání z promeškaného času nebo nenaplněných představ a to může vyvolat strach ze selhání. Vinu pak hledají ženy většinou samy v sobě.

⁴³ Srov. *Jakými depresemi trpí ženy*. Deprese: Informace a rady lékaře. [online]. 2001. Dostupné na WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1647.html>

7.4. Dítě chtěné a nechtěné

Podle statistik je v současné společnosti 50% dětí chtěných a očekávaných s radostí, 25% dětí neplánovaných avšak vítaných a 25% dětí nechtěných. V souvislosti s touto skutečností nás může napadnout otázka, zda trpí depresemi právě matky nechtěných dětí. Není tomu tak. Převážně jde o matky dětí „plánovaných“. Tyto ženy si dítě přály a na svou úlohu matky se těšily. Jenomže najednou se od nich očekává, že budou perfektní. Všechny mateřské ctnosti včetně trpělivosti a síly snášet kritiku by v nich měly z ničehož nic vyrůst jen proto, že se na dítě těšily. Mládě člověka se rodí bezmocnější než všichni ostatní tvorové a zcela závislé na péči matky. Neumí se samo pohybovat – musí být nošeno. Pomoc potřebuje dokonce i při hledání potravy. Už od začátku však umí křičet. To je jediný způsob, kterým na sebe dítě umí upozornit a sdělit, že na jeho stavu se musí něco změnit. Brzy pak pozná, že křikem lze něčeho dosáhnout a to mu dává odvahu, aby tento prostředek používalo i nadále. Pro mladou matku může intenzita dětského pláče přesáhnout hranici únosnosti. Obzvlášť, když jiné maminky říkají, že jejich miminko téměř vůbec nepláče. Čím větší je rozdíl mezi ideálním dítětem a dítětem skutečným, tím vyšší je pravděpodobnost rozladěnosti až někdy i depresí. Matky někdy ke svému zděšení cítí, že v nich vůči dítěti klíčí spíše pocity odmítavé až nepřátelské. Pokud vztah mezi dítětem a matkou nevznikne okamžitě po porodu a pokud matka cítí vůči malému tvorečkovi spíše nechuť nebo dokonce odpor, připadá si jako netvor. Absence velké lásky vede k pocitům viny. Tyto tíživé stavy jsou chápány jako jednoznačné příznaky PPD. Láska je „zadušena“ depresí.⁴⁴

„Uprostřed ostatních žen, které podle všeho křik svých dětí snášely bez obtíží a dokázaly se vyrovnat s domácností, prací i sebou samými, jsem se cítila strašně osamělá a nešťastná.“⁴⁵

⁴⁴ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004., str.25-31

8. Prevence PPD

Pokud se jedná o ženu, která již depresemi v minulosti trpěla, je velmi pravděpodobné, že se projeví i v poporodním období. Je však možné se na to připravit a depresím předcházet. Velmi důležitá je podpora partnera a rodiny. Velkou roli stále hrají hormony, které se ve velké míře podílejí na náladách a prožitcích. To žena většinou ovlivnit nemůže a proto je důležitý chápavý postoj okolí. Pro ženu je to nová, velmi náročná role, obnášející spoustu dosud neznámých úkolů. Nějakou dobu trvá, než se matka naučí o dítě správně pečovat a než se spolu sžijí. V každém případě by žena neměla být v prvních týdnech po porodu doma s dítětem sama. Nejlepším řešením je, pokud se manžel uvolní ze zaměstnání a pomáhá mamince on. Pokud to není možné, měla by vypomoci babička, sestra či kamarádka a to zejména v těchto oblastech:

- Zastoupit maminku v přijímání návštěv a udržet proud návštěvníků v únosných mezích
- Připravovat jídla bohatá na vitamíny a nápoje
- Nakupovat
- Nabídnout pohlídání dítěte, když si matka chce zdřímnout nebo se např. vysprchovat
- Postarat se o starší sourozence (děti), co se týče školních povinností

Matka se musí cítit ve své nové roli jistá, proto je dobré:

- Často ji chválit a povzbuzovat
- Respektovat maminčin přístup a péči o miminko, i když se liší od jiných postupů a zvyků

⁴⁵ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004., str. 31

- Když radit, tak s citem a taktně
- Pokud je třeba, tak připomenout, že žádná maminka není dokonalá a všemu je třeba se naučit
- Nabádat k trpělivosti a opakovat, že vše bude dobré

Pokud není možná pomoc od rodinných příslušníků, může matka již v době těhotenství využít služeb duly nebo pastorační asistentky.

8.1. Kojení

„Psychologie kojení jest velice jednoduchá. Pro ženu zdravou a silnou jest novým zasvěcováním se mateřství, které rozmnožuje v dětech dluh krve a nevyčerpatelné vděčnosti.“⁴⁶

Kojení je důležité nejen pro fyzický a psychický vývoj dítěte, ale také ve velké míře přispívá k psychické rovnováze matky. Dochází totiž při něm k vylučování hormonu oxytocinu a endorfinů. Tyto hormony, označované také jako „hormony lásky“ posilují pocity lásky a štěstí, způsobují pokles úzkosti a zlepšují náladu. Kojení je tedy skvělým přirozeným prostředkem proti poporodní depresi a personál v porodnicích by měl maminky seznamovat s technikou kojení a jeho nenahraditelnými přednostmi.

„Během kojení je po dvaceti minutách hladina oxytocinu a endorfinů u matky srovnatelná s hladinou při orgasmu. Dostávají se do mléka a kojeneček je přijímá s potravou. Vzniká vzorec zamilovanosti, určovaný teplem, náklonností, pachem, srdečním rytmem a tělesným kontaktem.“⁴⁷

Kojící matky reagují na dětské podněty více intuitivně a bezprostředně. Kojencův signál hladu nebo nepohodlí vyvolá v matce biologickou odezvu (spuštění mléka) a nutkání dítě vzít a nakrmit. Odměnou za tuto vstřícnost je

⁴⁶ MANTEGAZZY, P. *Physiologie ženy*. Praha: I.L. Kaber, 1912, str. 190

dobry pocit matky i dite. Pokud matka karmi z lahvice, její odezva na znamení hladu nebo nespokojenosti je zcela odlišná. Zpočátku musí odvrátit pozornost od dítěte k lahvičce, strávit čas jejím hledáním a přípravou mléka. Dítě tak nezíská okamžité potvrzení účinků svého signálu. Kojící matky jsou ke svým dětem obvykle citlivější. To je pravděpodobně důsledek biologických změn, které probíhají v matce při odezvě na podnět dítěte. Díky těmto hormonálním změnám pak matky říkají, že dětem úplně „propadly“.⁴⁸

„Když dítě přestane křičet, je laskáno, spokojeně pije a uvolní se v mateřské náruči, je to pro matku potvrzení, že situaci zvládá.“⁴⁹

V roce 1989 vzniklo společné prohlášení Světové zdravotnické organizace a UNICEF *Ochrana, prosazování a podpora kojení*. Jeho záměrem bylo upozornit na významnou roli, kterou hrají zdravotníci při podpoře kojení. Hlavní zásady byly shrnuty do 10 kroků k úspěšnému kojení, které by se měly v porodnicích dodržovat (viz Příloha II.). Celá iniciativa je označována jako BFHI (Baby Friendly Hospital Initiative) a nemocnice, které dodržují těchto 10 kroků k úspěšnému kojení jsou BFH (nemocnice přátelské dětem).⁵⁰

8.2. Dula

Dula je starý řecký název, který se dnes používá pro speciálně vyškolenou ženu, jež poskytuje především psychickou, ale i fyzickou oporu rodící matce a její rodině. Dula ženě poskytuje emocionální podporu a potřebné informace již během těhotenství, ale zejména při porodu a v šestinedělí. Klade si za cíl přispívat k dobré tělesné a duševní pohodě matek a novorozenců. Dula neposkytuje zdravotnické služby. Nezastupuje porodní asistentky ani lékaře, nezasahuje do jejich kompetencí, ale spolupracuje s

⁴⁷ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004., str. 57

⁴⁸ Srov. SEARS, W. *The Breastfeeding Fater*. La Leche League International [online], 2000. Dostupné na WWW: <<http://www.rodina.cz/LLL/otec.html>>

⁴⁹ KITZINGER, S., *Frauen als Mutter*. München: Kösel, 1980., str. 58

nimi, stejně jako s otcem a dalšími členy rodiny. Péče duly o matku a novorozence má pozitivní vliv nejen na výskyt poporodní deprese, ale také na kojení, na délku času, který maminka s dítětem tráví. Matky doprovázené dulkami také samy hodnotí osobnost svého dítěte, jeho schopnosti a zdravotní stav pozitivněji.⁵¹

8.3. Mateřská centra

- Mateřská centra (dále jen MC) zřizují zpravidla matky na mateřské dovolené, které se zároveň podílejí na jejich samosprávě a zajišťují programy umožňují matkám s malými dětmi vyjít z izolace, kam se celodenní péčí o dítě dostávají.
- MC jsou založena na principu rodinné svépomoci vzájemné službě, poskytují společenství, solidaritu a otevřenost všem generacím.
- MC nabízí pomoc svépomocí, vzájemné naslouchání, výměnu zkušeností a laické poradenství.
- MC mají neformální charakter a pomáhají nalézat nové přátele.
- Otevřenost MC umožňuje integraci do společenství "odlišných" a učí toleranci a předchází xenofobii. MC jsou otevřena všem rasám, různým sociálním vrstvám, lidem s různým postižením, uprchlíkům a dalším.
- MC pomáhají ženám udržovat jejich profesní orientaci a posilují jejich sebevědomí.
- MC pořádají programy pro matky, rodiče, děti: tvořivé, vzdělávací, sportovní, rekvalifikační i jednorázové akce.⁵²

⁵⁰ Srov. *Baby friendly hospital*. Laktační liga. [online] 2002. Dostupné na WWW: <<http://www.kojeni.cz/texty.php?id=3>>

⁵¹ Srov. *Kdo je dula?* Česká asociace dul. [online]. 2004. Dostupné na WWW: <<http://duly.cz/>>

⁵² Srov. *Být normální rodinou je dnes handicap?* Síť mateřských center v ČR. [online]. 2005. Dostupné na WWW: <<http://www.materska-centra.cz/index.php?akce/>>

8.3.1. Čím je MC prospěšné pro matky

Pravidelné docházení do mateřského centra maminkám oživí jejich denní program. Mohou tam dostat odpovědi na své otázky, které se týkají výchovy dítěte jak ze strany jiných matek a jejich zkušeností tak ze strany odborníků, kteří přicházejí na přednášky. Pro matky je v mateřském centru možnost dále se vzdělávat (např. ve formě jazykových kurzů), nebo se věnovat jiným aktivitám, které jsou pro ně příjemné – kroužky keramiky, aerobiku... (přitom je také zajištěno hlídání dětí).

8.3.2. Čím je MC prospěšné pro děti

Pro kojence:

- dítě vnímá velmi pozitivně příjemné uvolnění ze strany matky, pokud je její návštěva v MC prožívána uvolněně a pozitivně
- dítě má v MC větší zdroj podnětů
- dítě má v MC radost z přítomnosti jiných dětí

Pro batolata a děti předškolního věku:

- dítě dostává v MC nové podněty od dětí i dospělých, které by sám dospělý vychovatel nebyl schopen jen v domácím prostředí obsáhnout
- dítě se učí v MC žít v kolektivu
- dítě se učí kompromisům
- dítě se učí větší samostatnosti a odpovědnosti⁵³

⁵³ Srov. *Být normální rodinou je dnes handicap? Síť mateřských center v ČR.* [online]. 2005. Dostupné na WWW: <<http://www.materska-centra.cz/index.php?akce/>>

8.3.3. Čím je MC prospěšné pro otce

Maminka, která navštěvuje MC vnímá v mnoha případech jinak čas. Není tedy tak náročná na otce, na jeho brzký návrat z práce. Protože nevnímá tak intenzivně svoji izolovanost jako v případě, že by byla celý den sama v domácnosti. Tatínek pak vnímá větší vyrovnanost ženy, díky její větší aktivitě a naplnění. Tuto vyrovnanost přináší matka do partnerského vztahu. Mateřské centrum také poskytuje rodině hlídání dětí, což je časový přínos pro otce, který se nemusí vždy starat o dítě, pokud si matka potřebuje něco zařídit.⁵⁴

8.4. Pomoc pastorační asistentky

Dobrou službu může také nabídnout pastorační asistentka. Díky částečně psychologickému vzdělání má předpoklad se velmi dobře vcítit do pocitů žen, zvláště pokud je sama matkou. Může pořádat pravidelná týdenní setkání pro matky s novorozenci a staršími kojenci. I když se to maminkám bude zpočátku zdát z časového hlediska nemožné, protože zejména v období šestinedělí je pro každou matku složité dodržet jakýkoliv termín, brzy se stanou důležitým záchytným bodem v programu maminek. Vědomí, že se každý týden mohou setkat se stejně naladěnými ženami, vypovídat se a také podniknout něco zábavného, pomáhá překonat těžkosti. Tato setkání mohou být věnovaná diskuzím, přednáškám na žádaná témata, kterými jsou např. kojení, zdravá výživa, komunikace s dítětem apod., ale také modlitbám nebo rozhovorům jako odpověď na duchovní potřeby žen. Pokud se některé z maminek dříve věnovali určitým speciálním činnostem mohou se zapojit do vedení skupinky, například při relaxačních cvičeních, zpěvu ukolébavek a spoustě dalších aktivit. Ženy se tak mohou obohatit o nové zkušenosti, vzájemně si pomáhat a setkávat se i soukromě.

⁵⁴ Srov. *Být normální rodinou je dnes handicap? Síť mateřských center v ČR.* [online]. 2005. Dostupné na WWW: <<http://www.materska-centra.cz/index.php?akce/>>

8.5. Dotazník EPDS

V roce 1987 uvedli Cox, Holden & Sagovsky dotazník s názvem Edinburgh Postnatal Depression Scale (viz Příloha IV.), který vyvinuli speciálně k odhalení depresí u matek po porodu při běžné péči o dítě. Jako kritérium EPDS má sloužit rozpoložení – nálada posledních 7 dnů. Vysoký počet bodů nemusí hned znamenat diagnózu deprese a právě tak ženy s nízkým počtem bodů mohou depresí trpět. EPDS neurčuje klinickou diagnózu a nemá sloužit jako náhrada hodnocení psychiatra. EPDS také nedokáže předpovědět, zda někdo jednou v budoucnu bude mít depresi; může jen vystihnout současné rozpoložení. EPDS je tvořen 10 otázkami, u každé z nich ženy zvolí tu možnost, která odpovídá nejvíce jejich pocitům během posledních 7 dnů. Každá otázka má body od 0 do 3. Nejvyšší možný počet bodů je tedy 30, což by znamenalo velmi těžkou depresi, minimum je 0 a to by znamenalo dokonalou absenci všech příznaků. Význam EPDS je v tom, že se dá snadno vyplnit a je ženami dobře přijímán. Použití tohoto dotazníku umožní matkám mluvit o jejich pocitech a odborníkům citlivě oslovit ženy na téma poporodní deprese. Dotazník může být použit v každém okamžiku po porodu. Vysoký počet bodů v prvním týdnu po porodu znamená poporodní blues, které, pokud je velmi těžké, může přejít v depresi. Použití dotazníku v období 6 – 8 týdnů po porodu je smysluplné, doporučené je opakování po 3 a 6 měsících a nejlepší je pravidelné použití EPDS až do jednoho roku po porodu, avšak minimálně po 2 týdnech. Ačkoliv byl EPDS vyvinut pro použití v poporodním období, lze ho uplatnit také v těhotenství a může být aplikován porodní asistentkou, dětskou sestrou, praktickým lékařem, psychologem a tak velmi pomoci předcházet nebo včas odhalit poporodní depresi.⁵⁵

⁵⁵ Srov. COX, JL.; HOLDEN, JM.; SAGOVSKY, R. *Edinburgh Postnatal Depression Scale Deutsche Version als „Befindlichkeitsbogen“*. [online]. 1996. Dostupné na WWW: <<http://www.marcegesellschaft.de/verweise/FolieEPDS.pdf>>

9. Možnosti ovlivnění lehčích forem deprese

Paula Nicolson na základě svého výzkumu zastává názor, že deprese, která následuje po porodu, je logická, předvídatelná a zdravá odpověď na ztrátu: „*Poporodní deprese není patologií. Měla by být považována spíše za pravidlo než za výjimku. Je to též potenciálně zdravá reakce s pocitem smutku ze ztráty. V představách veřejnosti je však v i v současné době zakotvena představa šťastné, zdravé a energické matky, a tak deprese zůstává případem, který se má léčit.*“⁵⁶

K tomu je ovšem třeba dodat, že záleží na tom, jak hluboká deprese je. Na základě toho se pak určuje druh léčby. V mírnější formě PPD postačí dostatek spánku a kvalitního odpočinku a především chápavá podpora rodiny nebo přátel. O pocitech, které matku trápí je třeba mluvit, nejlépe se svojí matkou nebo s jinou ženou s mateřskou zkušeností. Je důležité, aby se maminka nepodceňovala. Neměla by věřit mýtům o mateřství, že hned po porodu všechno zvládne pomocí instinktu. Ten jí samozřejmě ve většině pomůže a napoví, avšak péči o dítě je třeba se naučit. Vytvoření pouta k dítěti trvá nějakou dobu a žádná matka není dokonalá. Maminky, které po narození dítěte tráví většinu času v domácnosti, často trpí nedostatkem podnětů z okolí a kontaktů s přáteli. Je proto třeba, aby si matka každý den našla čas na koníčky nebo oblíbené činnosti, a zařadila do programu dne aktivity, které působí pozitivně na psychiku a mohou vytvářet podmínky pro uzdravení.

9.1. Poslech hudby

Snad každý z nás již vyzkoušel, jaké má hudba rozmanité účinky. Hudba dokáže uklidnit až uspat, ale zároveň rozproudí energii a může pomoci k lepším výkonům. Zkrátka různá hudba rovná se různé účinky.

„Lékem“ na deprese může být vážná hudba, která je jednak uklidňující, ale má i povzbuzující účinky. V současné době jsou na trhu k dostání hudební kompozice, které jsou sestavené speciálně pro různá období či příležitosti (těhotenství; dětství; pro matku a dítě; apod.). V hudbě se tak odráží měnící se pocity, nálady, otázky, ale také se v ní vyjadřuje naděje, bezpečí a pocit štěstí.

9.2. Zpěv

Pomocí hudby můžeme změnit naši náladu nebo emoce. Avšak zpěv dokáže posloužit ještě lépe, protože negativní pocity můžeme vyzpívat, doslova vyhnat z duše. Ať už jde o ukolébavky, milostné písně nebo písně z dětství, všechny jsou dobré. Jde jen o to nebát se, nevymlouvat se na falešný zpěv, ale vzít své dítě do náruče a zpívat pro sebe i pro ně.

9.3. Tanec

V tomto případě nemám na mysli společenský tanec, který je samozřejmě také vhodný, ale stejně tak může posloužit třeba jen mírné pohupování, otáčení se na místě nebo třeba poskakování. Je možné tančit i s miminkem klidně a houpavě nebo sama divoce a jásavě. Tanec podporuje tělo, z pohybu a hudby roste energie.

„Odevzdáte-li tělo tanečním pohybům, dostanete se do kontaktu se svou vnitřní silou, čímž můžete spustit hluboko usazené tělesné, emocionální a spirituální léčebné procesy.“⁵⁷

⁵⁶ Srov. NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, 2001., str. 100-109

⁵⁷ GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004., str. 208

9.4. Chůze a procházky

Pobyt na čerstvém vzduchu a pohyb dokáže velmi uklidnit. Procházka může být také příležitostí, jak objevovat krásy přírody. Potěšit můžou i zdánlivé maličkosti, jakými jsou třeba zpěv ptáka nebo květina v trávě. Každodenní zázraky, pokud se je naučíme vnímat, dokáží probudit vitalitu a radost ze života.

9.5. Smích

Z pohádek všichni víme, že každý král měl svého šaška. Z toho můžeme vyvodit, že už ve starověku znali lidé blahodárné vlastnosti smíchu. Dnes je dokázáno, že smích má vliv na lidský organismus a tím i na emoce. Několik vteřin smíchu dokáže člověka uvolnit a zbavit napětí.

Smích zahrnuje celé tělo: všechny svaly od hlavy až k patě, dech, krevní oběh, krevní tlak, všechny orgány. Biochemické procesy během smíchu brzdí vylučování hormonů přinášejících pocit štěstí a tlumících bolest. Terapie smíchu byla už proti depresi použita nesčetněkrát.⁵⁸

U člověka v depresi je však smích asi to poslední, co se dostaví. Proto je k oživení smíchu v těle potřeba impuls. Tím může být společnost veselých lidí, kteří mají smysl pro humor, společné shlédnutí osvědčené komedie nebo vyprávění vtipů. Smích dokáže prolomit depresi.

9.6. Aromaterapie, Bachovy květové esence

Aromaterapie (z řeč., péče pomocí vůně) je léčebná metoda užívaná už několik tisíc let. Aromaterapie působí psychoterapeuticky, ať už se léčivé

⁵⁸ Srov. GEISEL, E. *Slzy po porodu*. Praha: One Woman Press, 2004., str. 218

účinky esenciálních olejů využijí při masážích, koupelích, inhalacích, v krémech nebo provoněním prostředí pomocí aromalampy. Všeobecně působí éterické oleje na tělesnou, emocionální i duševní složku. Mohou uklidňovat, stimulovat, harmonizovat, odstraňovat duševní a fyzické napětí i pomáhat k usnutí.⁵⁹

Éterické oleje doporučované při poporodních depresích: POMERANČ, GERANIUM, KARDAMOM, YLANG-YLANG, CYPŘIŠ, SANTAL, JASMÍN, RŮŽE, MEDUŇKA.⁶⁰

Bachovy květové esence jsou esence vyrobené z nejedovatých, planě rostoucích rostlin a stromů, které harmonizují negativní pocity a stresy. Léčebná metoda vznikla ve 30. letech minulého století v Anglii zásluhou Dr. Edwarda Bacha a vychází z celostního pohledu na člověka. Esence jsou stoprocentně bezpečné, mohou je užívat děti, dospělí, těhotné a kojící ženy. Neexistují žádné kontraindikace např. s léky, vhodně se doplňují s jinými druhy léčby jako je např. aromaterapie, homeopatie, fytotherapie (léčba nemocí rostlinami).⁶¹

I když se to nezdá, mohou mít uvedené aktivity blahodárný účinek při léčbě poporodní deprese. Snad se při nich vylučují endorfiny (nazývané také jako „hormony lásky“), které působí zároveň proti bolesti, úzkosti a brání stresu.

V odborné veřejnosti je pro menší prokazatelnost a nedostatek studií k těmto metodám dost velká skepse, ale přesto se o nich zmiňují.

⁵⁹ Srov. *Jak pečovat o dítě*. Praha: Praxis-Media, 2005., I/2.4 str.1

⁶⁰ Srov. CHVOJKOVÁ, V. *Šestinedělí a miminko*. [online] Dostupné na WWW: <<http://www.zrozeni.cz/sestinedeli.php>>

⁶¹ Srov. KURKOVÁ, P. *Bachovy esence*. Bylinářství a kořenářství u sv. Jakuba. [online]. Dostupné na WWW: <<http://www.bylinarstvi-korenarstvi.cz/bachovy.asp>>

10. Léčba

Léčba poporodních depresivních stavů záleží na typu a závažnosti. U poporodních blues pomůže emocionální podpora nejbližších, náležité vysvětlení situace a pomoc se staráním se o dítě. Maminka by měla být rozhodně informována i o tom, že pokud příznaky neodezní do dvou týdnů, měla by vyhledat lékaře. Jak již bylo řečeno, velmi důležitá je pomoc okolí, matky nebo partnera, kteří pomohou s dítětem a starostí o domácnost. Když však příznaky trvají více než 14 dnů, je vždy na místě návštěva psychiatra a následná léčba. Pokud jsou však příznaky závažnější, je důležité předepsat antidepresivní léky. Lze vybrat taková antidepresiva, která se prokazatelně nedostávají do mateřského mléka, takže není nutné přestávat s kojením. U rizikových žen je dobré pojistit období prvních šesti týdnů po porodu preventivním podáváním antidepresiv.⁶²

U léčby jsou značné rozdíly v trvání rekonvalescence: ženy, které jsou léčeny s poporodní depresí, mají pravděpodobnost úplného uzdravení, zatímco ty, u nichž se léčebná péče zanedbala, pravděpodobnost menší. V některých případech potřebují podporu i otcové, protože i oni jsou vystaveni určitému riziku, že upadnou do depresí, pokud jejich partnerka je depresivní.⁶³

Prvním krokem k úspěchu je návštěva praktického lékaře. Ten ví, co to deprese jsou, zná pacientčinu anamnézu, vyslechne ji, a může zjistit, zda příčinou deprese nejsou tělesné potíže. Pokud to bude zapotřebí, zařídí odborné vyšetření. V případě nouze je možnost zavolat první pomoc, navštívit středisko lékařské pohotovosti. V každém městě v České republice existují pracoviště, která poskytují krizovou psychosociální pomoc a na ně je také možné se obrátit, osobně či telefonicky. (jejich seznam uvádím v příloze IV.)

⁶² Srov. MÁDROVÁ, M. *Poporodní deprese*. Moje dítě. [online] 2004. Dostupné na WWW: <http://www.mojedite.cz/article_detail.php?id=164>

⁶³ Srov. *Jak se deprese léčí*. Deprese: Informace a rady lékaře. [online]. 2001. Dostupné na WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1646.html>

Při léčbě poporodních depresí se osvědčila a velmi často používá tzv. kognitivně behaviorální terapie. Tato terapie kombinuje dva již výše zmíněné postupy - kognitivní (poznávací) terapie se zaměřuje na myšlení pacientů a "opravuje" jejich negativní myšlenky, terapie behaviorální se pak zaměřuje na depresivní jednání pacienta, které se rovněž snaží omezit.⁶⁴

10.1. Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie (dále jen KBT) je přístup, který se zaměřuje na vztah mezi prožíváním pacientky (myšlení, emoce, chování, postoje) a prostředím. KBT učí pacientku způsobům, jak pozitivně všechny tyto faktory změnit. Tato forma léčby je dále zaměřena na celkové zklidnění pomocí přijetí nemoci a odstranění úzkostného způsobu myšlení. Při prvním vyšetření pacientky je kladen důraz na co nejlepší vytvoření jakéhosi spojení, posílení pacientčiny naděje na vyléčení i zvládnutí situace. Terapeut se rovněž obrací na partnera a blízké pacientky k získání podpory. Samotné diagnostické hodnocení se zejména zaměřuje na:

- a) hloubku deprese, její příznaky a důsledky,
- b) automatické myšlenky, emoce, tělesné reakce a chování pacientky,
- c) interpersonální kontext (zázemí a míra podpory od okolí),
- d) dovednosti pacientky potřebné pro zvládnutí situace (co, jak, kdy a s kým zvládá a nezvládá v péči o dítě, o sebe, o domácnost i o partnera),
- e) modifikující faktory (co zlepšuje stav a situaci a co naopak zhoršuje),

⁶⁴ Srov. *Jak se deprese léčí*. Deprese: Informace a rady lékaře. [online]. 2001. Dostupné na WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1646.html>

f) očekávání a postoje týkající se péče o dítě, rodinu, partnerského vztahu a podpory od okolí.⁶⁵

Základní postupy v KBT jsou :

- porozumění psychóze a jejím příznakům
- vytvoření vyrovnanějšího způsobu myšlení
- účelné plánování aktivity
- nácvik komunikace a sociálních dovedností
- nácvik relaxace
- řešení problémů v životě⁶⁶

10.1.1. Fáze léčby

V první fázi je pacientka informována o tom, co je to poporodní deprese, a prostřednictvím jejích vlastních příznaků jí terapeut ukazuje vztah mezi myšlenkou, emoční reakcí, chováním a tělesnými příznaky deprese. Pacientka dále dostává informace o tom, jakým způsobem bude léčena, a je jí vysvětlen smysl jednotlivých kroků léčby. S blízkou osobou (partner, matka, apod.) je probrána možná instrumentální i emoční podpora. Léčba se pak zaměřuje na stanovené problémy a cíle. Prvním problémem, se kterým je však potřebné pracovat, je depresivní prožívání a chování. Běžný denní domácí program je zpravidla rozpadlý, bez rytmu, často jde o chaotické přebíhání z jedné aktivity do druhé, nebo naopak polehávání na lůžku v nečinnosti. Terapeut s pacientkou nejdříve popíše běžnou denní činnost a pak spolu diskutují o tom, jak ji uspořádat do jasnějšího smysluplného programu. Začínají spolu plánovat následující dny s tím, že je důležité přihlídnout, k tomu, co pacientka doopravdy zvládá. Rodinný příslušník (manžel nebo matka) je požádán o podporu. Je potřebné jasně stanovit, kterých činností se podpora bude týkat a jakou emoční podporu pacientka potřebuje. Denní plán je pak pravidelně

⁶⁵ Srov. PRAŠKO, J. *Psychoterapie poporodních depresí*. Psychiatrie; 6(Suppl.2):39–44. [online] 2002. Dostupné na WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp202/11.htm>>

⁶⁶ Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2001., str. str. 35

sledován a pacientka je postupně povzbuzována k přidávání dalších činností. Velmi důležité je, aby terapeut i rodinní příslušníci posilovali každý úspěšný krok. Dalším, často průběžným krokem je práce s depresivními myšlenkami. V domácích cvičeních pacientka sama zachycuje a snaží se „přerámovat“ svoje depresivní myšlenky. Ty se týkají témat, jako je vlastní selhání, pochybnosti o zvládnutí role matky, pochybnosti o vztahu k dítěti, pochybnosti o vlastním vzhledu a přitažlivosti pro partnera, obvinění blízkých z nedostatečné podpory. Pokud je podpora okolí menší, je na místě udělat pokus začlenit partnera nebo matku do terapie. S blízkými je potřebné jednat citlivě, aby se necítili být obviňováni. Požádání o pomoc v léčbě a vysvětlení jejich důležitosti pro to, aby se pacientka mohla vyléčit, však často umožní vytvořit s nimi spolupracující vztah.⁶⁷

Prostřední fáze léčby začíná obvykle v době, kdy došlo ke zmírnění depresivních příznaků a pacientka má již dost energie na to, aby bylo možné přistoupit k řešení problémů, které s poporodní depresí souvisí. Nejčastěji jde o následující problémy:

- manželský nesoulad či hádky
- změna způsobu života, kterému se pacientka nedokáže přizpůsobit
- sexuální dysfunkce
- nedostatek příjemných aktivit
- nesoulad s příbuznými manžela
- problémy zvládnout novorozence i výchovu jeho starších sourozenců
- osamělost

Všechna možná řešení, včetně nesmyslných, jsou hledána pomocí brainstormingu a následně probrána. Dalším krokem je pak zvážení všech možných přístupů, jejich výhod a nevýhod a vybrání několika

⁶⁷ Srov. PRAŠKO, J. *Psychoterapie poporodních depresí*. Psychiatrie; 6(Suppl.2):39–44. [online] 2002. Dostupné na WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp202/11.htm>>

nejjednodušších a neúčinnějších možných řešení. Ty pak, krok za krokem, pacientka provádí jako domácí cvičení, protože je velmi důležité, aby každá situace byla převedena do praxe ve skutečném životě. V prostřední fázi léčby také pacientka pracuje se svým „životním nastavením“. Tím jsou míněny hlubší postoje a očekávání od sebe a od druhých lidí (kognitivní schémata). Typickým očekáváním bývají postoje typu: „musím všechno zvládnout, být ve všem perfektní; musíme se stále milovat, druzí mi ve všem musí pomáhat; pokud udělám chybu, nikdo o mně nebude stát apod. Propracování těchto schémat, zmapování jejich vlivu na novou situaci, ve které se mladá maminka nachází, ale i vztažení k minulým a očekávaným událostem, umožňuje snížit celkovou emoční zranitelnost ke stresujícím událostem.⁶⁸

V závěrečné fázi léčby terapeut s pacientkou rekapituluje společnou práci, pacientka shrnuje, co vše se v terapii naučila. Úkoly se týkají zejména přípravy do budoucna, plánů na další měsíc a rok, přípravě na možné stresující události (např. nástup do práce) apod.⁶⁹

Terapeut by neměl dávat rady, ale spíše vést pacientku k tomu, aby si hledala řešení sama. Jeho úkolem je především pomáhat pacientce:

- porozumět tomu, co se děje
- oddělit zdravé prožívání od nemocného
- podpořit a rozvinout vše zdravé
- znovu nalézt přiměřenou a přirozenou důvěru v sebe i ve svět kolem
- najít cesty, jak překonat současné životní problémy⁷⁰

⁶⁸ Srov. PRAŠKO, J. *Psychoterapie poporodních depresí*. Psychiatrie; 6(Suppl.2):39–44. [online] 2002. Dostupné na WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp202/11.htm>>

⁶⁹ Srov. Tamtéž

⁷⁰ Srov. PRAŠKO, J. a kol. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2001., str. 34

10.2. Interpersonální psychoterapie

U mírných příznaků deprese je jednou z možností interpersonální psychoterapie (dále jen IPT). Je to krátkodobá terapie zaměřující se na současné vztahy. Nejčastějším problémem, na který se IPT poporodních depresí zaměřuje, je změna role ženy po porodu, druhým jsou pak interpersonální konflikty. Léčba IPT si především klade za cíl redukovat depresivní příznaky a zvýšit sebehodnocení, dále pak pomoci rozvinout efektivní strategie v jednání. Pacientka je informována o povaze klinických příznaků deprese po porodu, terapeut zdůrazňuje, že deprese je známá nemoc a má dobrou prognózu.⁷¹

U poporodních depresí bývají největší problémovou oblastí neshody a změny v rolích. Pro prvoroďičku je mateřství novou neznámou rolí. Ne každá žena se účastnila péče o dítě (pokud neměla její matka další dítě, když už pacientka byla větší, nebo nepomáhala přítelkyni nebo sestře s péčí o dítě). Reakce na nové úkoly, nově uspořádanou partnerskou situaci, ztrátu svobody, nezávislosti, chybění většiny dříve samozřejmých příjemných aktivit, kontaktu s přáteli apod., se může objevit v zhoršení sociálního fungování. Zejména u změn, které pacientka prožívá jako ztrátu (ztráta svobody po narození dítěte, ztráta zaměstnání, kontaktu s lidmi ze studia apod.). Zvládání přechodu v rolích se soustřeďuje na 4 úkoly:

- a) vzdát se staré role,
- b) projevit pocity viny, hněvu, ztráty,
- c) naučit se nové dovednosti (starání se o dítě, domácnost, plánování času, přetvořit „rituály“ v partnerském vztahu),
- d) navázat nové interpersonální vazby (jiné maminky, nové možné zájmy apod.)⁷²

⁷¹ Srov. PRAŠKO, J. *Psychoterapie poporodních depresí*. Psychiatrie; 6(Suppl.2):39–44. [online] 2002. Dostupné na WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp202/11.htm>>

⁷² Srov. Tamtéž

Terapeutova základní role je umožnit a pomoci podporovat pomocí přímých rad a ujišťování. Interpersonální terapeut umožňuje uvolnění přímého tlaku. Terapeutický vztah je převážně namířený na řešení problémů, držící pacientku před upadnutím do závislosti či regrese.⁷³

10.3. Elektrokonvulzní terapie

Elektrokonvulzní terapie (dále jen ECT, lidově elektrošoky), je jednou z nejúčinnějších psychiatrických léčebných metod. Pokud je správně naordinována, účinkuje rychle a bezpečně. ECT se nabízí těm pacientům, u nichž nezabrala antidepresiva nebo jimž není možné antidepresivní léky podávat. Některými lékaři bývají ECT nabízeny právě ženám, které trpí těžkou poporodní depresí, protože účinkují přímo a mají relativně spolehlivý a rychlý efekt.⁷⁴

10.3.1. Postup při léčbě ECT

Pacientovi je podáno krátkodobé anestetikum, které mu pomůže usnout a tím uvolnit svalstvo. Přes obličejovou masku dostává kyslík. Na hlavě pacienta se umístí elektrody, pomocí kterých projde jeho mozkem elektrický proud. Jde o desetinu hodnoty, které se používá u srdeční zástavy a jediné, čeho si lze všimnout je drobný záškub končetin, trvající pár sekund. To je také signál, že proud prochází mozkem. Pacient se probudí přibližně za čtvrt hodinu poté a je možné, že se bude cítit zmaten. Většinou se šok opakuje asi desetkrát během několika týdnů (dva až tři šoky týdně) a téměř všichni pacienti se za několik týdnů cítí podstatně lépe. Pacienti, kteří již šoky dříve dostávali, je mohou užívat někdy, spíše ale výjimečně, ambulantně. Většina pacientů je však hospitalizována. ECT mají své zastánce, ovšem i řadu kritiků (považují je za

⁷³ Srov. PRAŠKO, J. *Psychoterapie poporodních depresí*. Psychiatrie; 6(Suppl.2):39–44. [online] 2002. Dostupné na WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp202/11.htm>>

⁷⁴ *Jak se deprese léčí*. Deprese: Informace a rady lékaře. [online]. 2001. Dostupné na WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1646.html>

příliš tvrdé). Pravdou však zůstává, že by psychiatři šoky nepoužívali, kdyby nepomáhaly. Studie prokázaly, že šoky nezpůsobují dlouhodobé mozkové poruchy.⁷⁵

11. Pastorační péče

Součástí léčby depresivních stavů může být také pastorační péče. Je to duchovní rozměr péče a spočívá jednak v tom, že okolí nemocnou maminku chápe a akceptuje její duchovní stránku a dále v tom, že se aktivně stará o naplnění jejích duchovních potřeb. Pastýřská činnost se však neomezuje jen na věřící pacientky, ale i na ty, které věřícími nejsou a nebudou. Jednoduše lze říct, že se jí rozumí všeobecná křesťanská povinnost péče o duchovní potřeby lidí, která zahrnuje také individuální péči o člověka, který se ocitl v jiné situaci, ve které nestačí na její zvládnutí sám.

„Pastorační péče nepředstavuje pouze řeč o Bohu, víře, eventuálně svátostech, a není to také jenom řeč obecně lidská, ve které se vyhneme každé zmínce o Bohu. Pastorační péčí o nemocné a trpící v širším slova smyslu rozumíme takové jednání s člověkem, ve kterém ho respektujeme v jeho jedinečnosti, přistupujeme k němu z pozice věřících křesťanů, doprovázíme ho v jeho nemoci, utrpení či umírání a pomáháme mu k lidsky důstojnému zvládnutí jeho životní situace, včetně smrti, a to na jemu dostupné úrovni víry.“⁷⁶

⁷⁵ Jak se deprese léčí. Deprese: Informace a rady lékaře. [online]. 2001. Dostupné na WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1646.html>

⁷⁶ SMOLÍK, J. *Pastýřská péče*. Praha: Kalich, 1991., str.92

ZÁVĚR

Lze říci, že většina žen touží po dítěti a mateřství. V povědomí lidí jsou zakotveny spíše pozitivní představy o tom, jaké to je, když je žena matkou. Ovšem opravdového poznání o mateřství žena dosáhne, až když je sama prožije. Může se připravovat na porod, může se učit péči o dítě, ale realita je pak poněkud jiná. Mateřství ženu bezpochyby změní. Je stále sama sebou, ale je také matkou, a to jí ukládá další role, povinnosti a vztahy s mateřstvím neodlučně spjaté. To přináší radosti a své kouzlo. Být matkou podněcuje nový způsob vnímání, uvažování a chápání světa. Mateřství je však také náročný úkol nejen pro prvorodičku, ale i několikanásobnou matku. Těhotenství, porod a první týdny po narození dítěte jsou období velmi výrazné změny ve fyziologii, v tělesné hmotnosti, některých funkcích a tvarech postavy. Narození miminka je mnohdy šokující, bolestné a vede k úzkosti, obavám a obrovskému pocitu zodpovědnosti. Ve chvílích, kdy dítě neutišitelně pláče i když je vyspané, syté i přebalené, mohou matky propadat zoufalství. Když se k tomu ještě přidá nedostatek spánku, stálá únava a živé vzpomínky na porod, pak není divu, že se v prvních několika měsících u části rodiček objeví některý z příznaků typických pro depresivní onemocnění. Podle mého názoru a zkušenosti tomu tak u části rodiček opravdu je, ale diagnóza deprese u nich přesto stanovena nebyla. Podle Pauly Nicolson jsou ženy, když se stanou matkami, do určité míry deprimovány téměř bez výjimky a není to jen vlivem hormonů, jak se mnozí domnívají.

Z výše popsaných skutečností lze usoudit na velkou fyzickou i psychickou zátěž porodu na ženy. Není proto divu, že to na rodičkách nechává větší či menší následky. Je snad lépe родit pomocí císařského řezu? Nikoliv, i to na ženě zanechá psychické následky i když jiné. Má tato situace řešení? Domnívám se, že ano. Pro ženy je mateřství přirozenou potřebou a kdesi uvnitř je skrytá touha po dítěti, které by mělo přijít na svět. Zrození člověka představuje zcela normální fyziologický proces, který většina rodiček dokáže

zvládnout. Jde jen o to, vytvořit jim optimální podmínky, nerušit je a pouze dohlížet na jeho bezpečný průběh.

Příčin, které mohou u ženy – rodičky přivést vyvolat depresi je tedy velké množství. Některým z nich však lze předcházet, ale na to žena sama obvykle nestačí. Je třeba psychická podpora partnera už v období těhotenství, pokud možno optimální průběh porodu, pomoc partnera a rodiny s péčí o dítě a domácnost v prvních měsících po porodu. Tak se dá, alespoň částečně předejít tomu, aby matka neonemocněla depresí a existenci svého narozeného miminka si náležitě užívala.

SEZNAM LITERATURY

BRUCH, H. *Základy psychoterapie*. Praha: Triton, 1997. ISBN 80-85875-45-4

ČEPICKÝ, P. *Péče o ženu v porodnici a šestinedělí*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. ISBN 80-7071-244-9.

DOLEŽALOVÁ, J. *Porod doma : co nám matky o porodu neřekly*. Praha : Formát, 2004. ISBN 80-86718-46-8.

FAELTENOVÁ, S. *Domácí lékař pro ženy*. Praha: Columbus, 2003. ISBN 80-7249-113-X.

FENWICK, E. *Porod*. Praha : Ikar, 1999. ISBN 80-7202-286-5.

FUCHS, V. *Nemoci v těhotenství*. Praha: Avicenum, 1987.

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

Jak pečovat o děťátko. Praha: Praxis-Media, 2005. ISBN 80-903491-1-0.

KALINA, K. *Jak žít s psychózou?* Praha: Avicenum, 1987.

KITZINGER, S. *Frauen als Mutter. Mutterschaft in verschiedenen Kulturen*. München: Kösel, 1980

Kniha o matce a dítěti. Praha : Grada, 2005. ISBN 80-247-0854-X.

KNOBLOCH, V. *Neodkladná péče v gynekologii a porodnictví*. Praha: Avicenum, 1987.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Německo-český / česko-německý studijní slovník*. 4. přeprac. a rozšíř. vyd. Olomouc: Nakladatelství Olomouc, 2002. ISBN 80-7182-096-2

LABUSOVÁ, E. *Průvodce porodnicemi České republiky 2004*. 2. aktual. vyd. Praha: Argo, 2004. ISBN 80-7203-631-9.

- LEBOYER, F. *Porod bez násilí*. Praha: Stratos, 1995. ISBN 80-85962-04-7.
- MANTEGAZZY, P. *Physiologie ženy*. Praha: I.L. Kaber, 1912.
- McKENZIE, K. *Deprese: Informace a rady lékaře*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-247-0093-X.
- MORRIS, D. *Lidské mládě*. Praha: Argo, 1995. ISBN 80-85794-77-2.
- NICOLSON, P. *Poporodní deprese*. Praha: Grada, 2001. ISBN 80-7169-938-1.
- ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995. ISBN 80-85794-05-2.
- PRAŠKO, J.; PAŠKOVÁ, B.; PRAŠKOVÁ, H. *Bolestně smutná nálada*. 2.vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2001. ISBN 80-85121-68-9.
- PRAŠKO, J. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-446-0.
- PRAŠKO, J. a kol. *Psychotická porucha a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2001. ISBN 80-85912-65-1.
- RABE, T. *Porodnictví*. Praha : Scientia medica, 1993. ISBN 80-85526-19-0.
- Slovník cizích slov*. 2. dopl. vyd. Praha: Encyklopedický dům, 1996. ISBN 80-90-1647-8-1
- Slovník psychiatrických termínů*. Praha: Psychiatrické centrum, 1998. ISBN 80-85121-78-6
- SMOLÍK, J. *Pastýřská péče*. Praha: Kalich, 1991. ISBN 80-7017-276-2.
- SYMONS, J. *Těhotenství a péče o dítě*. Rebo: 2003. ISBN 80-7234-284-3.
- VYMĚTAL, J. *Obecná psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1997. ISBN 80-86123-02-2
- VYMĚTAL, J. *Psychoterapie*. Praha: Horizont, 1987.

Seznam internetových odkazů

Baby friendly hospital. Laktační liga [online] 2002. [cit. 2006-05-23] Dostupné na WWW: <<http://www.kojeni.cz/texty.php?id=3>>

Být normální rodinou je dnes handicap? Síť mateřských center v ČR [online]. 2005. [cit. 2006-05-23] Dostupné na WWW: <<http://www.materska-centra.cz/index.php?akce/>>

COX, JL.; HOLDEN, JM.; SAGOVSKY, R. *Edinburgh Postnatal Depression Scale.* Deutsche Version als „*Befindlichkeitsbogen*“ [online]. 1996 [cit. 2006-05-23]. Dostupné na WWW: <<http://www.marce-gesellschaft.de/verweise/FolieEPDS.pdf>>

Deset kroků k úspěšnému kojení. Laktační liga [online] 2002. [cit. 2006-05-23] Dostupné na WWW: <<http://www.kojeni.cz/10kroku.php>>

CHVOJKOVÁ, V. *Šestinedělí a miminko.* [online]. [cit. 2006-05-30] Dostupné na WWW: <<http://www.zrozeni.cz/sestinedeli.php>>

Jak se deprese léčí. Deprese: Informace a rady lékaře, [online]. 2001 [cit. 2006-05-16]. Dostupné na WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1646.html>

Jak se deprese projevuje. [online]. 2006, [cit. 2006-05-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.cz/priznaky.aspx>>

Jakými depresemi trpí ženy. Deprese: Informace a rady lékaře, [online]. 2001 [cit. 2006-05-16]. Dostupné na WWW: <https://www.zdravcentra.cz/cps/rde/xchg/zc/xsl/3141_1647.html>

Kdo je dula? Česká asociace dul [online]. 2004. [cit. 2006-05-16] Dostupné na WWW: <<http://duly.cz/>>

Krizové psychosociální služby v ČR. Remedium, [online]. 2004, [cit. 2006-05-23]. Dostupné na WWW: <http://www.remedium.cz/download/krizove_sluzby_CR.doc>

KURKOVÁ, P. *Bachovy esence.* Bylinářství a kořenářství u sv. Jakuba [online]. [cit. 2006-05-30] Dostupné na WWW: <<http://www.bylinarstvi-korenarstvi.cz/bachovy.asp>>

Léčba deprese. [online]. 2006, [cit. 2006-05-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.cz/moznost.aspx>>

MÁDROVÁ, M. *Poporodní deprese. Moje dítě.* [online] 2004 [cit. 2006-04-25] Dostupné na WWW: <http://www.mojedite.cz/article_detail.php?id=164>

Porodní asistentky. Aperió, [online]. 2005, [cit. 2006-06-06] Dostupné na WWW: <http://www.aperio.cz/porodnictvi/porodni-asistentky.shtml>

PRAŠKO, J. *Psychoterapie poporodních depresí.* Psychiatrie; 6(Suppl.2):39–44. [online] 2002. [cit. 2006-04-11]. Dostupné na WWW: <<http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp202/11.htm>>

Příčina vzniku deprese. [online]. 2006, [cit. 2006-05-16]. Dostupné na WWW: <<http://www.deprese.cz/vznik.aspx>>

Příručka pro nastávající matky.,. str. 13-15 [online]. [cit. 2006-06-09] Dostupné na WWW: <http://www.rodina.cz/materna/MATERNA_brozura.pdf>

SEARS, W. *The Breastfeeding Fater.* Přel. M. Jirásek. La Leche League International [online], 2000, [cit. 2006-06-08]. Dostupné na WWW: <<http://www.rodina.cz/LLL/otec.html>>

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

- I. Charta práv šestinedělky
- II. Nemocnice přátelské k dětem – 10 kroků k úspěšnému kojení
- III. EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)
- IV. Krizové psychosociální služby v České republice

I. Charta práv šestinedělky⁷⁷

Evropský parlament,

- A. s ohledem na to, že spontánnost a přirozenost porodu je ve většině případů bržděna nepotřebnými lékařskými opatřeními;
- B. s ohledem na to, že tradiční medicína stále ještě není vždy schopna a ochotna přistupovat k porodu jako k přirozenému fyziologickému procesu;
- C. s ohledem na to, že v důsledku zkresleného nazírání na porod se vyvinuly takové metody péče, které sice odpovídají požadavkům lékařských organizací, ale nikoli vždy potřebám matky a dítěte;
- D. u vědomí skutečnosti, že současná struktura zdravotnictví má v mnoha případech za následek komplikaci porodu a porodních bolestí a tím i zvýšenou nutnost lékařských zásahů a péče;
- E. se znalostí faktu, že v důsledku toho se ženám často upírá možnost aktivně prožívat porodní proces a kontakt s dítětem;
 - 1. požaduje, aby každý porod byl již od začátku těhotenství chráněn Chartou práv šestinedělky;
 - 2. požaduje rovněž, aby komise v tomto smyslu neprodleně předložila návrh, který by obsahoval následující body:
 - a) vypracování porodnické zprávy s údaji o těhotenství, která by byla k dispozici také ženě a všem (porodníkům i porodním asistentkám), kteří ji během porodu a po něm provázejí,
 - b) účast na kurzech předporodní přípravy společně s partnerem, s cílem seznámit ženu s průběhem těhotenství a fyzickými a psychickými aspekty porodu stejně jako s používanými technikami a metodami;

⁷⁷ GEISEL, E. *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady*. Praha: One Woman Press, 2004., str. 227-229

- c) přijetí dodatku (v rámci odborových ujednání), které by ženě a jejímu partnerovi umožnily účast na těchto kurzech v pracovní době;
- d) volba místa (doma, v porodnici), způsobu porodu (pozice) a způsobu výživy novorozence;
- e) domácí péče v případě porodu doma;
- f) možnost porodit v daný okamžik, tj. bez urychlování nebo zpomalování kontrakcí, a tedy i mimo pracovní dobu personálu, v neděli, v noci a během svátků;
- g) přítomnost rodičkou určené osoby a pokud možno partnera během kontrakcí a porodu;
- h) možnost konzultovat terapie a prováděné zákroky, stejně jako eventuální rizika alternativních terapií;
- i) možnost, aby matka měla novorozence u sebe během celého pobytu v porodnici a mohla jej kojit tak, jak to odpovídá jeho potřebám a nikoli časovému plánu kliniky,
- j) možnost, aby otec, případně jiný rodinný příslušník mohl matku a novorozence kdykoli vidět;

3. a dále požaduje, aby příslušná lékařská zařízení:

- a) podporovala a rozšiřovala znalosti o praktikách domácího porodu;
- b) přezkoumala úroveň porodní péče a zaručila šestinedělkám individuální a přiměřené lékařské ošetření,
- c) pořádala vzdělávací kurzy pro personál, zaměřené na možnost porodu doma a praktiky, které současné lékařské struktury nevyužívají,
- d) během pobytu na klinice podporovala vzájemné kontakty šestinedělek s porodnickým personálem, který by je měl informovat o otázkách kojenecké výživy, péče o kojence, hygieny v šestinedělí a antikoncepce,,

- e) případnou restrukturalizací zřídila oddělení pro kojence vedle porodního oddělení, stejně jako společenské prostory pro aktivity uvedené v bodech 2b a 3d,
 - f) poskytovala pravidelně data o úrovni úmrtnosti a nemocnosti kojenců a šestinedělek, o porodních metodách, o podávání léků během kontrakcí a další statistické údaje o ošetřovaných osobách;
4. pověřuje svého prezidenta, aby toto usnesení předal vládám členských států, představitelům UNICEF a WHO a vyzval je, aby rozeslali příslušným zdravotním svazům, zařízením a organizacím.

II. Nemocnice přátelské k dětem - 10 kroků k úspěšnému kojení⁷⁸

Každé zařízení poskytující péči a služby matkám a novorozencům by mělo:

1. mít písemně vypracovanou strategii přístupu ke kojení, která je praktikována všemi členy zdravotnického týmu;
2. školit veškerý zdravotnický personál v dovednostech nezbytných k provádění této strategie;
3. informovat všechny těhotné ženy a výhodách a způsobech kojení;
4. umožnit matkám zahájit kojení do půl hodiny po porodu;
5. ukázat matkám způsob kojení a udržení laktace i pro případ, kdy jsou odděleny od svých dětí;
6. nepodávat novorozencům jinou výživu kromě mateřského mléka, s výjimkou lékařsky indikovaných případů;
7. umožnit matkám a dětem zůstat pohromadě 24 hodin denně (rooming-in);
8. podporovat kojení podle potřeby dítěte, nikoli podle předem stanoveného časového harmonogramu;
9. nedávat novorozeným kojencům dudlíky a šidítka;
10. povzbuzovat zakládání svépomocných skupin matek pro podporu kojení a upozorňovat na ně při propouštění z porodnice.

⁷⁸ *Deset kroků k úspěšnému kojení*. Laktační liga. [online]. 2002. Dostupné na WWW: <<http://www.kojeni.cz/10kroku.php>>

III. Dotazník EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)⁷⁹

Jak jsem se cítila během posledního týdne:

I. Dokázala jsem se smát a vidět život z jeho veselejší stránky:

- Stejně jako dřív (0)
- Ne tak často jako dřív (1)
- Spíš míň než dřív (2)
- Vůbec nikdy (3)

II. Těšila jsem se na některé věci:

- Stejně jako dřív (0)
- Spíš méně než dřív (1)
- Rozhodně méně než doposud (2)
- Skoro ne (3)

III. Když se mi něco nedařilo, cítila jsem neopodstatněný pocit viny:

- Ano, velmi často (3)
- Ano, občas (2)
- Ne příliš často (1)
- Ne, nikdy (0)

IV. Byla jsem úzkostlivá a dělala si zbytečné starosti:

- Ne, vůbec ne (0)
- Velmi zřídka (1)
- Ano, občas (2)
- Ano, velmi často (3)

⁷⁹ COX, JL.; HOLDEN, JM.; SAGOVSKY, R. *Edinburgh Postnatal Depression Scale* Deutsche Version als „*Befindlichkeitsbogen*“. [online]. 1996. Dostupné na WWW: <<http://www.marcegesellschaft.de/verweise/FolieEPDS.pdf>>

V. Bála jsem se nebo propadala bezdůvodně panice:

- Ano, velmi často (3)
- Ano, někdy (2)
- Skoro ne (1)
- Vůbec ne (0)

VI. Bylo toho na mě moc:

- Ano, většinou jsem situaci neuměla zvládnout (3)
- Ano, občas jsem situaci neuměla zvládnout tak jako jindy (2)
- Ne, většinou jsem situaci zvládla (1)
- Ne, zvládám situaci stejně dobře jako vždy (0)

VII. Byla jsem tak nešťastná, že jsem ani nemohla spát:

- Ano, skoro pokaždé (3)
- Ano, někdy (2)
- Ne, nijak zvlášť často (1)
- Vůbec ne (0)

VIII. Byla jsem smutná nebo se cítila na dně:

- Ano, velmi často (3)
- Ano, občas (2)
- Ne, nijak často (1)
- Vůbec ne (0)

IX. Byla jsem tak nešťastná, že jsem plakala:

- Ano, velmi často (3)
- Ano, často (2)
- Jen občas (1)
- Ne. Nikdy (0)

X. Myšlenka, že si něco udělám, mě napadla:

- Ano, opravdu často (3)
- Občas (2)
- Zřídka (1)
- Nikdy (0)

Počet bodů:

0 – 9 Pravděpodobnost výskytu deprese je malá

10 – 12 Je zde pravděpodobnost mírné deprese

13 a více Pravděpodobnost výskytu deprese je vysoká

IV. Krizové psychosociální služby v České republice⁸⁰

Přehled telefonních kontaktů na pracoviště poskytující krizovou psychosociální pomoc:

BLANSKO

Charitní linka důvěry 800 100 108 nonstop

BRNO

Linka naděje 547 212 333 nonstop

Modrá linka 549 241 010

Krizové centrum 547 192 078

ČESKÁ LÍPA

Linka důvěry 487 853 210

ČESKÉ BUDĚJOVICE

Linka důvěry 387 313 030 nonstop

HAVÍŘOV

Linka důvěry 596 410 888 nonstop

HODONÍN

Linka důvěry 518 341 111

HRADEC KRÁLOVÉ

Linka důvěry 495 273 259 nonstop

CHEB

Linka důvěry 354 438 777

KARVINÁ

Linka důvěry 596 318 080 nonstop

KLADNO

Linka důvěry 312 684 444 nonstop

KOPŘIVNICE

Linka důvěry 655 811 800

⁸⁰ *Krizové psychosociální služby v ČR*. Remedium. [online]. 2004. Dostupné na WWW:

<http://www.remedium.cz/download/krizove_sluzby_CR.doc>

KROMĚŘÍŽ

Linka důvěry 573 331 888 nonstop

KUTNÁ HORA

Linka důvěry 327 511 111

Centrum krizové intervence 327 511 701, 327 515 144

LIBEREC

Linka důvěry 485 106 464 nonstop

MARIÁNSKÉ LÁZNĚ

Kontaktní a krizové centrum KOTEC 354 620 750

MLADÁ BOLESLAV

Linka důvěry SOS 326 741 481

MOST

Linka duševní tísně 476 701 444

NÁCHOD

Linka pro tebe 491 428 188

OLOMOUC

Linka důvěry 585 414 600 nonstop

Centrum krizové intervence 585 223 737, 585 223 453

OPAVA

Linka důvěry 800 120 612 , 553 616 407

Centrum krizové pomoci – kontaktní a poradenské centrum 553 718 487

OSTRAVA

Linka důvěry 596 618 908

Krizové centrum pro děti a rodinu 596 123 555, 596 115 822

PARDUBICE

Linka naděje 466 500 075

Krizové centrum AD 466 510 160

PÍSEK

Linka důvěry 382 222 300

Krizové centrum ARKÁDA 382 211 300

PLZEŇ

Linka důvěry a psychologické pomoci 377 462 312 nonstop

Krizové centrum Regionálního institutu duševního zdraví 377 462 314

PRAHA

Linka důvěry RIAPS 222 580 697 nonstop

Linka bezpečí 800 155 555 nonstop

Linka důvěry Centra krizové intervence 284 016 666 nonstop

Linka důvěry Diakonie 222 514 040

DONA – linka pomoci obětem domácího násilí 251 511 313 nonstop

Linka pro rodiče Linky bezpečí 283 852 222

Otevřená linka armády 220 210 200, 220 210 255

Nádorová telefonní linka 224 920 935

Krizové centrum RIAPS 222 586 768

SOS centrum Diakonie, tel: 222 521 912, mobil 728 047 416, 777 734 173

Centrum krizové intervence 284 016 110

Krizové centrum Linky bezpečí 266 727 953

PRACHATICE

Linka důvěry 388 310 147

Krizové a kontaktní centrum 388 310 147

PŘEROV

Linka důvěry 581 207 900 nonstop

KAPPA – kontaktní a krizové centrum 581 207 901

PŘÍBRAM

Linka důvěry 318 631 800

SVITAVY

Linka důvěry 461 541 541

Krizové centrum KROK 461 532 604

SOKOLOV

Linka naděje 352 622 962

ÚSTÍ NAD LABEM

Linka důvěry 475 600 789 nonstop

Krizová linka pomoci Centra krizové intervence 475 603 390

ÚSTÍ NAD ORLICÍ

Linka důvěry 465 524 252

VIMPERK

Linka důvěry 388 414 140

Krizové a kontaktní centrum 388 414 140

VSETÍN

Linka důvěry 571 413 300 nonstop

Krizové centrum pro ženy a děti 571 421 062

ZLÍN

Linka SOS 577 431 333 nonstop

Krizové centrum DOMEK 577 242 786, 606 818 818

ZNOJMO

Linka naděje 515 220 202

ABSTRAKT

Tato diplomová práce je zaměřena na příčiny, projevy a léčbu deprese v poporodním období a také na to, co této problematice předchází. Nejprve se věnuji ženě a rolím, které v průběhu života zastává. Dále se zabývám plodností, těhotenstvím, předporodní přípravou, porodem a na to navazuji mateřstvím a okolnostmi s ním spojenými. Poté přecházím k depresi. Tomuto onemocnění se věnuji nejprve obecně a uvádím typické příznaky, druhy léčby, které lze použít. Nakonec rozebírám typy deprese v poporodním období. Zmiňuji možnosti prevence deprese a spolupráce na její léčbě. Na závěr uvádím možnosti léčby a zmiňuji pastorační péči, která je také potřebná. Svou práci uzavírám přílohami, kde jsou užitečné tipy a rady, jak předcházet depresivním stavům v poporodním období.

Klíčová slova:

Deprese

Léčba

Mateřství

Matka

Pastorační péče

Poporodní deprese

Porod

Těhotenství

Terapie

Žena

ABSTRACT

This diploma work targets the sources, the contexts and the treatment of the depression in the postnatal period. At first I attend to woman and the roles that she holds during her life. Then I deal with the fertility, the gravidity, the antenatal preparation, the birth, motherhood and the conditions connected with it. After that I pass to depression. Startly I describe the general problems of depression and I characterize typical symptoms. Also mentioned are some kinds of medication and subsequently the types of depression in the postnatal period are constructed. I give some examples of gaining the depression or aspects of healing and cooperation on therapy. To the end I indicate a possibility of healing by psychotherapy and mention the pastoral care that is also helpful. Work is finished with the inserts where one can find useful tips and advices how to gain the depression stages in the postnatal period.

Keywords:

Depression

Medication

Motherhood

Mother

Pastoral care

Postnatal Depression

Childbirth

Gravidity

Therapy

Woman