

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Iana Marchenko

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

PÉČE O ŽENU S POPRODNÍ DEPRESÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová Ph.D.

PLZEŇ 2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 25. 3. 2018.

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Kateřině Ratislavové Ph.D. za odborné a inspirativní vedení práce, trpělivost a ochotu, poskytování cenných rad a podkladů. Děkuji své učitelce češtiny za jazykovou korekci textu práce.

Děkuji své rodině, která mě podporovala po celou dobu studia.

OBSAH

ÚVOD.....	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 OBDOBÍ ŠESTINEDELÍ	13
1.1 Poporodní blues	14
1.2 Poporodní psychóza	14
2 POPORODNÍ DEPRESE	15
2.1 Definice a výskyt	15
2.2 Rizikové faktory	16
2.3 Projevy a příznaky	17
2.4 Interakce mezi matkou a dítětem	18
2.5 Nejčastější mýty o poporodní depresi.....	19
3 KLASIFIKACE	20
3.1 Insuficientní, nutkavý, panický typ.....	20
3.2 Mírná, středně těžká, těžká deprese	21
4 DIAGNOSTIKA POPORODNÍ DEPRESE.....	22
4.1 Screeningové nástroje a škály	22
4.2 Diferenciální diagnostika poporodní deprese	24
5 LÉČBA POPORODNÍ DEPRESE	25
5.1 Farmakologická léčba	25
5.2 Nefarmakologické metody.....	26
5.2.1 Biologické nefarmakologické metody.....	26
5.2.2 Psychoterapie.....	27
6 PÉČE O ŽENU S POPORODNÍ DEPRESÍ.....	29
6.1 Péče komunitní porodní asistentky o ženu v puerperiu	29
6.2 Úloha porodní asistentky v péči o ženu s poporodní depresí	31
6.3 Péče rodiny	32
PRAKTICKÁ ČÁST	33
7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ	33
7.1 Formulace problému a stanovení cíle	33
7.2 Cíl výzkumu.....	33
7.2.1 Dílčí cíle	33
7.2.2 Výzkumné otázky	34
7.3 Druh výzkumu a výběr metodiky	34
7.3.1 Metoda.....	34
7.4 Výběr případu	34

7.5	Způsob získávání informací	35
7.6	Organizace výzkumu	35
8	KAZUISTIKA PŘÍPADU	36
8.1	Anamnéza	36
8.1.1	Osobní anamnéza.....	36
8.1.2	Rodinná anamnéza.....	36
8.1.3	Gynekologická a porodnická anamnéza	36
8.1.4	Sociální anamnéza	37
8.2	Období před těhotenstvím.....	37
8.3	Průběh těhotenství.....	38
8.4	Porod.....	39
8.5	Průběh časného šestinedělí	40
8.6	Průběh pozdního šestinedělí	42
8.7	Období před druhým těhotenstvím	45
8.8	Období druhého těhotenství.....	46
8.9	Představy o budoucím porodu	47
9	DISKUZE	48
	ZÁVĚR.....	54
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	10
	SEZNAM ZKRATEK	13
	SEZNAM PŘÍLOH	14
	PÉČE O ŽENU S POPORODNÍ DEPRESÍ	16

Anotace

Příjmení a jméno: Iana Marchenko

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Péče o ženu s poporodní depresí

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Počet stran: číslované 43 nečíslované 20

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 22

Klíčová slova: deprese, poporodní deprese, šestinedělí, porodní asistentka

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou péče o ženu s poporodní depresí. Teoretická část obsahuje obecné poznatky o poporodní depresi, její klasifikaci, projevech a rizikových faktorech, způsobech diagnostiky a metodách léčby. V poslední kapitole teoretické části se uvádí a vysvětluje role porodní asistentky a role rodiny v péči o ženu s poporodní depresí. V teoretické části práce se uvádějí poznatky z dostupné odborné literatury a internetových zdrojů.

Praktická část práce se zabývá analýzou konkrétního případu ženy, která trpěla poporodní depresí a to formou kvalitativního výzkumu. Jsou zde také uvedeny fragmenty rozhovorů s respondentkou. Závěr práce obsahuje poznatky, získané během výzkumné studie a doporučení pro praxi.

Annotation

Surname and name: Iana Marchenko

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Care for Women with Postpartum Depression

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Number of pages: numbered 43 unnumbered 20

Number of appendices: 5

Number of literature items used: 22

Keywords: depression, postpartum depression, puerperium, midwife

Summary:

This bachelor thesis focuses on the issues of care for women with postpartum depression. Theoretical part contains general knowledge about postpartum depression, its classification, symptoms and risk factors, methods of diagnosis and its treatment. In the last chapter of the theoretical part the role of a midwife is explained as well as the role of the family caring for women with postpartum depression. In the theoretical part of this thesis are stated professional literature findings.

In the practical part there is a qualitative research and an analysis of a specific case of a woman, who has suffered from postpartum depression. There are also fragments of an interview with the respondent. The conclusion of the thesis contains findings acquired in the course of the research and the recommendation for practical application.

ÚVOD

V současném světě se stále víc věnujeme péči o tělo a vzhled, zdá se ale, že zapomínáme na to hlavní uvnitř nás – na duši. Duše není viditelná, proto poznat duševní poruchy bývá mnohem složitější, než diagnostikovat somatickou nemoc na základě objektivního vyšetření. O skutečnosti, že něco není v pořádku s duševním zdravím, často hovoří subjektivní pocity, které člověk prožívá uvnitř sebe.

Narození dítěte je významnou událostí v životě ženy a její rodiny. Přináší spoustu změn do jejich obvyklého řádu. Tato událost je společností vnímaná pozitivně, ale snad jen samotné matky vědí, že může být spojená s obavami, nejistotou a stresem. Pokud je narození potomka pozitivní událostí, proč tedy některé ženy tyto nepříjemné pocity prožívají a u některých se vyskytuje dokonce poporodní deprese? Je pro ženy lehké své pocity s někým sdílet? Mnohokrát mohou mít strach přiznat i samy sobě, že mají nějaký problém. Tento strach může být ve společnosti spojen se stigmatizací lidí, kteří trpí psychickými obtížemi. V případě poporodní deprese se ženy určitě bojí i označení „špatná“ matka. Porodní asistentka je osobou, která poskytuje ženě dostatek pochopení a empatie, poskytuje důležité informace a hlavně možnost sdílet, dotknout se bolestivého tématu.

V rámci dané práce se na příkladu jednoho případu budu věnovat důkladnému studiu pocitů, které ženy s poporodní depresí prožívají. Svoji pozornost zaměřím i na to, s čím vznik daného onemocnění může souviset a v neposlední řadě i na jeho biologické, psychologické, sociální a spirituální souvislosti. Na základě zjištěných údajů a poznatků stanovím důležitá doporučení pro rodinu ženy s poporodní depresí a pro práci porodních asistentek. Tyto poznatky jim pomohou zkvalitnit poskytovanou péči.

Zvolila jsem toto téma pro svou bakalářskou práci, protože si myslím, že se o něm ve společnosti příliš často otevřeně nemluví a koluje o něm často spousta mýtů a předsudků. Ženy tak mnohokrát zůstávají o samotě se svými myšlenkami a mají strach se obrátit na odborníky. Tyto nesprávné informace rovněž mohou být příčinou nepochopení ze strany rodiny. Dalším důvodem, proč je důležité o tomto tématu mluvit a zkoumat ho co nejvíce, jsou možné následky, které tato nemoc přináší, pokud nebude včas rozpoznána a léčená. Mou snahou je na základě poznatků z výzkumného šetření stanovit důležité aspekty v péči o ženu s poporodní depresí.

Poznatky a informace o poporodní depresi jsem čerpala z odborné literatury a internetových zdrojů, nalezených prostřednictvím rešerše, kterou jsem si nechala vypracovat v knihovně Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Zdroje k vytvoření dané práce jsem také hledala v knihovně Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni a Studijní a vědecké knihovny v Plzni.

TEORETICKÁ ČÁST

1 OBDOBÍ ŠESTINEDĚLÍ

„Šestinedělí (puerperium) je období do 42. dne (šest týdnů) od ukončení porodu. Je charakterizováno ústupem fyziologických změn spojených s adaptací organismu na těhotenství a rozvojem laktace. Šestinedělí lze rozdělit na časné (rané) – prvních sedm dní po porodu, a pozdní, což je doba, nutná k involuci těhotenských změn pohlavních orgánů“ (Hájek et al. 2014, s. 208-209).

Koudelková (2013, s. 19) uvádí rozdělení období puerperia na pravidelné a nepravidelné. Za pravidelné se šestinedělí označuje, pokud fyziologické involuční změny probíhají bez komplikací. V případě, že nastanou komplikace ve smyslu například zhoršeného hojení poporodních poranění a vlivu na toto hojení různých nepříznivých faktorů, mluvíme o nepravidelném šestinedělí.

Kromě změn somatických probíhají v ženském organismu i změny psychické. V období šestinedělí je psychika ženy ovlivněna náhlou změnou hormonální rovnováhy. Během prvních 72 hodin po porodu se náhle snižuje hladina progesteronu a estrogenů. Tento fyziologický pokles je spojen s odloučením placenty. Do krevního řečiště z hypofýzy se vyplavuje prolaktin a oxytocin, které mají svůj význam při kojení (Ratislavová, 2008, s. 82).

Nesmírně důležitý je i vliv psychologických a sociálních faktorů na psychiku ženy v tomto období. Jedním z takových faktorů je to, že se novopečená matka neustále vrací myšlenkami k průběhu porodu a porovnává celý proces s vlastním očekáváním a sebepojetím. Probíhá také přijetí novorozence jako samostatné bytosti a veškerá pozornost matky je věnována starosti o něj. Krátce po porodu pozorujeme zlepšení nálady, šestinedělka je šťastná z toho, že dítě a ona porod zvládli a že všechno dopadlo dobře. Tento pocit euforie přesto může vystřídat smutek, obavy, úzkost (Ratislavová, 2008, s. 82). Proto Stadelmann (2009, s. 260) radí porodním asistentkám zajímat se o pocity ženy, ne pouze sledovat fyziologické funkce a v rámci poradenství jí věnovat pozornost, kterou ona v tomto období velice potřebuje.

Negativní pocity a obavy, které vystřídají euforii po porodu, mohou odeznít nebo mohou také vyústit do závažných psychických onemocnění, například poporodní deprese, jejíž problematice se budeme věnovat v této práci (Ratislavová, 2008, s. 82).

1.1 Poporodní blues

Přibližně 50 – 80% žen prožívá změny nálad 3. – 6. poporodní den. Tyto změny jsou považovány za normální a mají tendenci spontánně odeznívat. Poporodní blues se týká emocí ženy a projevuje se úzkostí, plačtivostí, podrážděností, poruchami spánku, pocity osamělosti. Tento se stav vyskytuje napříč kulturami a nesouvisí s psychiatrickou anamnézou rodičky, jako tomu je u poporodní deprese. Příčinu vzniku poporodního blues nelze jednoznačně stanovit (Ratislavová, 2008, s.82). Sinclair (2004, s. 238) jako jednu z možných somatických příčin uvádí prudký pokles placentárních hormonů, které mají vliv na změny nálad, ty pak přetrvávají tak dlouho, dokud se neobnoví funkce hypotalamo – hypofýzo – adrenokortikální osy (HPA), přibližně několik dní až několik týdnů. Také uvádí, že žena může mít pocity nejistoty nebo negativní pocity vůči dítěti. V případě poporodního blues není vyžadována žádná terapie. Přesto, pokud dříve uvedené příznaky neodezní samostatně a přetrvávají déle než 14 dní, je vhodná konzultace odborníka, například psychologa. Tyto potíže nesou nebezpečí přechodu poporodního blues do poporodní deprese (Ratislavová, 2008, s. 82).

1.2 Poporodní psychóza

Poporodní psychóza je psychická porucha, která se na rozdíl od poporodní deprese vyskytuje v časném šestinedělí. Symptomy se mohou objevit třetí až čtvrtý den po porodu. Poporodní psychóza byla dříve spojována s rozvojem laktace a označovaná jako laktační. V současné době je již dobře známo, že tato porucha nesouvisí s laktací, ale s řadou dalších faktorů. Důležitou roli ve vzniku onemocnění hraje dříve prodělané psychiatrické onemocnění, komplikace v průběhu těhotenství, porodu nebo šestinedělí, problémy v rodině, partnerském vztahu. Terapie v případě poporodní psychózy zahrnuje podávání psychofarmak, což může mít za následek nutnost zástavy laktace. Velkou roli hraje podpora ženy rodinou, partnerem, porodní asistentkou, pomoc v péči o dítě (Ratislavová, 2008, s. 92).

2 POPORODNÍ DEPRESE

Samotný porod je náročnou situací v životě ženy, je jedním z mezníků, po jehož překročení, se žena stává matkou. Proces změny role v životě ženy provází řada fyziologických, psychologických a sociálních změn týkajících se mimo jiné i její rodiny (Martin, 2012, s. 431). Psychika se vyrovnává se vstupem ženy do nové životní role, proto je období po porodu velmi citlivé pro vznik psychických poruch (Hájek et al., 2014, s. 396).

2.1 Definice a výskyt

Takács et al. (2015, s. 77) uvádí, že termín „poporodní deprese“ jako takový slouží pouze k označení začátku depresivní poruchy po porodu. V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) dle WHO existuje speciální kód pro poporodní depresi – F53.0. Takács et al. (2015, s. 75) uvádí depresivní poruchu jako jednu z nejčastějších komplikací, které by mohly ženu po porodu potkat. Praško et al. (2009, s. 44) definuje poporodní depresi jako přetrvávající zhoršení nálady různé intenzity a délky trvání. Příznaky poporodní deprese se mohou objevit za 10 dní až 30 týdnů po porodu. Poporodní deprese se může vyskytnout i v průběhu jednoho roku po porodu a její příznaky se liší od příznaků poporodního blues (Sinclair, 2004 s. 238 – 239). Však, Americká psychiatrická společnost neuvádí ve svém manuálu DSM-5, že by se depresivní příznaky mohly vyvinout čtyři týdny po porodu, proto nedělá rozdíl mezi prenatální a poporodní depresí. V manuálu jsou popsány i tzv. „perinatální epizody“, které zahrnují prenatální i postnatální depresi (APA, 2013 in Brummelte, Galea, 2015, s. 153). Často se také v zahraničních studiích uvádí termín „maternal depression“ (z angl. „mateřská deprese“), který by podle těchto studií byl vhodnější pro označení deprese během těhotenství, šestinedělí a jednoho roku po porodu, protože je obecně uznáno, že čtyři týdny po porodu je velmi omezený časový rámec pro vznik poporodní deprese (Brummelte, Galea, 2015, s. 154).

Prevalence poporodní deprese u žen v období šestinedělí se pohybuje kolem 10 – 19%. Často bývá depresivní porucha spojována s vysokým stupněm morbidit matky a novorozence a někdy i s letálními následky (Takács et al., 2015, s. 75). Poporodní deprese se může projevit jako již dříve zmíněné poporodní blues nebo jako těžká epizoda s psychotickými symptomy (Takács et al., 2015, s. 75).

2.2 Rizikové faktory

Existuje široké spektrum rizikových faktorů, které hrají důležitou roli ve vzniku poporodní deprese. Tyto faktory lze pro jejich přehlednost rozdělit do několika skupin: faktory biologické povahy, anamnestické údaje ženy, psychosociální příčiny, průběh porodu (Ratislavová, 2008, s. 91), vlivy výchovy (Praško et al., 2009, s. 48), kulturní faktory (Sinclair, 2004, s. 239).

O vlivu biologických faktorů na vznik poporodní deprese se stále diskutuje. Nejčastěji je spojována s hormonálními změnami po porodu, poruchami funkce štítné žlázy, sníženou úrovní progesteronu aj. Výzkumy se shodují v tom, že rizikové faktory vzniku poporodní deprese se neliší od rizikových faktorů u jiného depresivního onemocnění. (SIGN, 2002 in Edwins, 2008, s. 180) Ale zvláště důležité pro porodní asistentky, které pečují o ženy různé sociální a ekonomické úrovně, je pamatovat na to, že vznik poporodní deprese má silnou spojitost se sociálními faktory. Z psychosociálních faktorů, které se podílejí na vzniku poporodní deprese, řada autorů publikací, zabývajících se touto problematikou, uvádí nízký stupeň podpory rodičky vlastní rodinou a sociálním okolím, problémy a nepochopení v partnerském vztahu. Dále zmiňují neplánované nebo nežádoucí těhotenství, těžkou ekonomickou situaci rodiny, nižší vzdělání rodičky, úroveň psychologické připravenosti stát se matkou (Ratislavová, 2008, s. 91; Takács et al., 2015, s. 76).

Praško et al. (2009, s. 53) nabízejí psychologickou charakteristiku lidí, kteří v životě budou mít větší predispozici ke vzniku deprese než ostatní. Takoví lidé trpí nízkým sebevědomím, nejsou schopni vnímat sami sebe ani ostatní optimisticky, budoucnost vidí černě. Pokud člověk nemůže pochválit sám sebe za dosažení nějakého cíle či dobrých výsledků v něčem, automaticky se tedy stává závislým na pochvale ostatních lidí. Chybí zde zřejmě i asertivita, člověk tedy neumí říct ne ani v případě ochrany vlastních zájmů. Sigmund Freud tvrdil, že větší riziko vzniku deprese můžeme pozorovat u lidí, kteří „zakazují“ sami sobě prožít vztek vůči někomu nebo něčemu, protože ho považují za emoci, kterou nikdy nesmí prožít. Ale je to silná emoce, která by měla být prožitá, jinak ji člověk obrací proti sobě.

Pokud mluvíme o anamnestických údajích rodičky, je důležité zmínit již dříve prodělanou depresi (přibližně 30% žen, které někdy onemocněly, se mohou dostat po porodu do tohoto stavu opakovaně) (Takács et al., 2015, s. 76). Pokud se v anamnéze

rodičky vyskytla nějaká psychotická porucha, má větší predispozici ke vzniku poporodní deprese (Ratislavová, 2008, s. 91). Sinclair (2004, s. 239) přidává, že úroveň sebevědomí, stresující události v životě ženy a úzkostní poruchy také mohou významně ovlivňovat vznik tohoto onemocnění.

Výchova hraje důležitou roli ve vývoji jedince. Například příliš kritická výchova dítěte, bez pochvaly nebo nedostatečná úroveň péče či násilí mohou sloužit jako rizikový faktor rozvoje deprese v dospělém věku. Raná separace od matky nebo ztráta jednoho z rodičů v dětství se může rovněž podílet na vzniku deprese (Praško et al., 2009, s. 48).

Mezi kulturní faktory Sinclair (2004, s. 239) řadí míru religiozity ve společnosti, kde žena žije, provedení a existence rituálů spojených se šestinedělím a s péčí o novorozence, což může dávat odpověď na otázku, proč se poporodní deprese vyskytuje v jedné společnosti častěji než v ostatních. Tyto rituály potvrzují novopečenou matku ve své pro ni nové roli. Zároveň jsou jakýmsi ochranným faktorem proti stresu a úzkosti. V některých společnostech je tradičně žena s dítětem nějakou dobu po porodu opečována staršími ženami z rodiny, ba dokonce i sousedky poskytují pomoc, podporu a rady (Ratislavová, 2008, s. 91).

2.3 Projevy a příznaky

Pro porodní asistentku pečující o ženu během šestinedělí je velmi důležité orientovat se v projevech poporodní deprese, aby se tento stav mohl včas zachytit a aby žena mohla být předána do péče odborníka co nejdříve. Stejně jako každou nemoc i poporodní depresi je lépe léčit od samého začátku. Neléčená deprese může přetrvávat celý život (Jedličková, 2008, s. 87).

Zcela normální reakcí, kterou člověk reaguje na ztrátu, je smutek. Člověk je smutný z toho, že přišel o něco nenávratného. Ovšem deprese trvá déle a je podstatně hlubší a silnější než smutek. Na rozdíl od deprese smutek nenarušuje běžné aktivity člověka (Praško et al., 2009, s. 10). V případě poporodní deprese jde o ztrátu běžných zájmů a zvyků dosavadního způsobu života. Žena obětuje svůj čas novorozenému dítěti a právě ono je středem jejích zájmů. Typické příznaky poporodní deprese zahrnují pocity selhávání ženy jako matky, opuštěnost, beznaděj, ztrátu radosti a potěšení z péče o novorozence. Žena si budoucnost představuje černě a není schopna vnímat pozitivní stránku věcí. Typickým příznakem je ztráta schopnosti milovat své dítě a, dokonce ženy uvádějí, že jim dělá problém se dítěte dotknout, protože mají strach, že ztratí nad sebou kontrolu a dítěti

nějakým způsobem ublíží (Ratislavová, 2008, s. 91). Mohou se také vyskytovat příznaky fobie. Postižená se stále více a více uzavírá ve svém vnitřním světě a vyhýbá se kontaktu se známými a přáteli. Věci a aktivity, které ji obvykle přinášely uspokojení a radost, už ji nenaplňují. Žena se navíc často bojí, že ji manžel opustí a ona zůstane sama (Praško et al., 2009, s. 44).

Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) dle WHO stanoví diagnostická kritéria depresivní poruchy a dělí je na hlavní a přidružené příznaky. Mezi hlavní příznaky jsou zařazovány (1) pokles nálady a (2) ztráta zájmů nebo nedostatek pozitivních zážitků. Mezi přidružené (3) vyčerpání, nedostatek energie, snížení libida, (4) nechutenství, patrný úbytek nebo přibytí na váze, (5) poruchy spánku (nespavost nebo nadměrná spavost), (6) obviňování sebe sama, nedostatek důvěry ve svoji schopnost postarat se o dítě, (7) nedostatek nebo obtížné soustředění pozornosti, potíže s rozhodováním, (8) zpomalení psychických funkcí a (9) suicidální myšlenky. Podmínkou je přítomnost jednoho z hlavních příznaků a alespoň čtyř z přidružených a všechny tyto potíže přetrvávají více než 14 dní.

2.4 Interakce mezi matkou a dítětem

Vazba mezi matkou a dítětem se začíná vytvářet již v období intrauterinního života dítěte a je významná pro jeho vývoj po porodu. Danou teorii jako jedni z prvních v roce 1976 vyvíjeli a zkoumali Klaus a Kennell. Kromě jiného objasnili rozdíl mezi takovými pojmy jako jsou *bonding* (z angl. spojení) a *vazba*. **Bonding** vysvětlují jako emoční spojení, které vzniká mezi matkou a jejím novorozeným dítětem, kdežto **vazba** je vztah, který se vyvíjí v dyádě matka-dítě během interakce mezi nimi v prvních letech jeho života (Martin, 2012, s. 432).

Martin (2012, s. 450) píše, že příznaky poporodní deprese jako pesimismus, podrážděnost, apatie a bezmoc mohou mít negativní vliv na vazbu mezi matkou a dítětem. Brummelte a Galea (2015, s. 157) upozorňují, že matky trpící depresí jsou více vystavené negativním emocím a mohou projevovat hostilitu vůči dítěti, demonstrovat „odpojené“ chování.

Uvádí se také, že by se na poporodní depresi mělo nahlížet v kontextu mezigeneračních problémů, například nedostatečné vazby mezi rodiči a dítětem v rodině matky. Údajně tyto problémy by mohly mít daleko větší dopad na zdravou interakci matky a dítěte než klinicky diagnostikovaná matčina depresivní nálada (Martin, 2012, s. 451).

2.5 Nejčastější mýty o poporodní depresi

Ve společnosti se často vyskytují chybná přesvědčení o depresi, neodpovídající skutečnosti. Tyto předsudky mohou nemocného velmi zraňovat. V dané podkapitole uvedu nejčastější mýty o depresi. Těchto informací by porodní asistentka měla využít při edukaci rodiny ženy s poporodní depresí.

Depresivní člověk je často svým okolím povzbuzován, aby se vzchopil a vůlí nemoc překonal. Ale bohužel v jeho silách to není, protože přicházejí sebevýtčky, které jsou pro nemocného škodlivé a prohlubují v něm pocit viny.

Někdy se nejbližší okolí domnívá, že nemocný je slabý, neschopný a rozumově méněcenný, což je ale také omyl. V některých případech takové označení si může přisoudit sám sobě, jindy ho tak označí okolí. Jako každá jiná somatická nemoc, deprese musí být léčena. Po léčbě deprese odezní a na rozumové schopnosti nemá žádný vliv. Občas si okolí nemocného myslí, že depresi u něj někdo zavinil a hledají příčinu i v sobě, což je další nesmysl, protože depresi nikdo zavinit nemůže. Při konfliktech často dochází ke stresu, který může být jedním ze spouštěčů onemocnění u člověka s rizikovými faktory v anamnéze, tj. zranitelného jedince. Samotný stres ale depresi nezpůsobuje. Například diabetes mellitus a vředové onemocnění žaludku jsou citlivé ke stresu, ale nelze tvrdit, že je někdo u druhého člověka zavinil.

Všechny tyto představy se samozřejmě nezakládají na pravdě, ale musíme s nimi pacienta a jeho rodinu seznámit abychom podpořili uzdravení pacienta (Praško et al., 2009, s. 12-13).

3 KLASIFIKACE

Jak již bylo zmíněno dříve, samotný termín „poporodní deprese“ slouží pro označení období, kdy depresivní porucha vznikla. Dle míry závažnosti rozlišujeme mírnou, středně těžkou a těžkou depresi (Praško et al., 2009, s. 11). Rohde a Dorn (2007, s. 191-194) specifikují jednotlivé typy poporodní deprese: insuficientní, nutkavé a panické.

3.1 Insuficientní, nutkavý, panický typ

Insuficientní typ poporodní deprese patří k nejčastějším. Pokud ženě s tímto typem poporodní deprese není včas poskytnuta pomoc odborníka (psychologa, psychoterapeuta), existuje riziko přechodu do chronické deprese. Insuficientní typ poporodní deprese se projevuje pocity selhání. Žena si o sobě myslí, že není dobrou matkou svému dítěti, může mít s tím spojené pocity viny. Dokonce i ženy, u kterých bylo těhotenství chtěné a které si dítě velmi přály, mohou mít ambivalentní pocity. Mohou se zde vyskytovat i sebevražedné myšlenky. Při léčbě tohoto typu poporodní deprese je účinná medikace, hospitalizace většinou není nutná. Sebevražda je jednou z nezávažnějších komplikací tohoto stavu a v některých případech se stane, že žena nejdříve zabije své novorozené dítě a následně spáchá sebevraždu sama.

Nutkavý typ je charakteristický vtíravými myšlenkami. Ty mohou být spojené s možností nějak novorozenci ublížit. Ženy se za své myšlenky stydí a mají pocity viny, protože si uvědomují, že ostatní členové rodiny o dítě pečují bez problémů. Žena se uzavírá do sebe, protože svěřit se s tím někomu je pro ni velice těžké, a proto je složité daný typ deprese odhalit. Žena by měla být předána do péče psychiatra, který odliší nutkavé myšlenky od halucinací. Halucinace vyskytující se například u psychóz jsou velice nebezpečné, protože mohou ženu opravdu pobízet k tomu, aby svému dítěti ublížila. Kdežto nutkavé myšlenky většinou takové nebezpečí s sebou nenesou. Je důležité, aby porodní asistentka při rozhovoru se ženou správně formulovala otázky, které umožní ženě svěřit se. Velice pomáhá v rozhovoru zmínit, že někdo již podobnou situaci zažil. Taková skutečnost uklidní a může být pro ženu i velmi povzbuzující.

Panický typ se projevuje záchvaty úzkosti a strachu. Většinou se projevují silnými vegetativními příznaky: závratěmi, bušením srdce, svalovým třesem. Tyto záchvaty netrvají dlouho. Ženy popisují strach ze ztráty kontroly nad sebou nebo strach ze smrti. Tento typ poporodní deprese není častý (Rohde, Dorn, 2007, s. 191-194).

3.2 Mírná, středně těžká, těžká deprese

Dle míry závažnosti, můžeme rozlišit **mírnou, středně těžkou a těžkou depresi**.

Mírná deprese se projevuje tím, že běžné aktivity a činnosti už tolik člověka nenaplňují, ztrácí se k nim chuť a chybí pocit spokojenosti. Při mírné depresi se však zachovává schopnost fungovat v každodenním životě. Žena se může vyhýbat kontaktům s přáteli, širší rodinou, uzavírá se do sebe. Při mírné depresi je možnost ambulantní léčby, kdy žena je předána do péče psychologa.

Při **středně těžké depresi** už i splnění domácích povinností je obtížné. Je zde přítomna i snaha izolovat se od sociálního okolí. Snižuje se libido a zájem o sex celkově, žena je zpomalená, cítí se nešťastně, může mít pocity insuficience, viny. Objevují se zde i pocity nedostatku energie, je pro ni obtížné soustředit se i na jednoduché věci, například čtení časopisu nebo sledování televize. Mohou se vyskytnout problémy i s péčí o dítě. Zpravidla je hospitalizace nutná jen v případě, že se vyskytují sebevražedné myšlenky. V jednotlivých případech se nasazuje farmakologická antidepressivní léčba.

Při **těžké depresi** je obtížné pro ženu pečovat i sama o sebe, natož zvládat péči o dítě. Často takto postižené ženy nevidí smysl v žádných činnostech a nemají dostatek energie, takže raději zůstávají celý den v posteli. Nereagují na vnější podněty, ani nemají zájem o okolí. Mluví a přemýšlejí zpomaleně nebo mohou být naopak napjaté a neklidné. V tomto případě se sebevražedné myšlenky vyskytují častěji než u mírné nebo středně těžké deprese, a proto u tohoto typu je vždy nutná hospitalizace (Praško et al., 2009, s. 11-12).

4 DIAGNOSTIKA POPORODNÍ DEPRESE

Včasná diagnostika poporodní deprese je pro mladou matku a její dítě nesmírně důležitá vzhledem k rizikům, které mohou z daného onemocnění vyplynout. Co by však mohlo proces rozpoznání tohoto onemocnění zkomplikovat, je strach žen ze stigmatizace, „nálepkování“. Může být přítomen i strach z toho, že ji okolí označí za „špatnou“ matku. Tyto skutečnosti mohou způsobit to, že pro mladou ženu je těžké přiznat, že má nějaké potíže, myšlenky nebo nepříjemné pocity, natož se s tím někomu svěřit (Takács et al., 2015, s. 77).

Součástí diagnostiky poporodní deprese jsou screeningové nástroje, které umožňují vybrat ze skupiny žen nejvíc rizikové, a u těchto žen poté pokračovat v diagnostice. Ratislavová (2008, s. 91) uvádí, že testy, běžně používané k odhalení depresivní poruchy nejsou vhodné u žen v šestinedělí, protože v nich často dosahují patologických hodnot.

4.1 Screeningové nástroje a škály

Mezi nejčastěji používané nástroje ke screeningu poporodní deprese patří **EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale)**. Tento nástroj byl vytvořen autory Cox, Holden, Sagovský v roce 1987 za účelem lepšího rozpoznání tohoto onemocnění. Tento dotazník obsahuje deset otázek (dříve třináct) a je určitým způsobem skórován. Pokud po jeho absolvování je skóre 10 nebo více, může to svědčit o poporodní depresi a je nutné v diagnostice pokračovat (Cox, Holden, Sagovský, 1987, s. 782-786). Ve studiích prováděných ve Spojeném království se ukázalo, že senzitivita dané metody je 68%-95% a specifická - 78%-96%. EPDS se zaměřuje především na emoční příznaky poporodní deprese, ale nehodnotí tělesné. Výjimkou je položka zaměřená na zjištění potíží se spánkem. Důležité je také, že daný nástroj nehodnotí takové rysy jako pocit ztráty kontroly, osamělost, potíže se soustředěním, vyskytující se u poporodní deprese (Zubaran et al., 2010, s. 360). V klinické praxi se tato metoda používá nejčastěji. Daný nástroj by se měl využívat pouze za účelem screeningu, nikoliv nahrazovat diagnostické metody. Další odborné vyšetření by mělo být provedené také proto, že EPDS neumožňuje stanovit druh nebo stupeň závažnosti poporodní deprese. Tato metoda plní podmínky screeningu: je spolehlivá, rychlá, snadně opakovatelná a nevyžaduje zvláštní finanční náklady (Zubaran et al., 2010, s. 360)

Přestože se běžné testy na depresi v šestinedělí nedoporučují, Takács et al. (2015, s. 77) uvádí, že ke screeningu poporodní deprese by mohl být vhodný jednoduchý a krátký dvoupoložkový dotazník **PRIME MD2**. Daný nástroj se zaměřuje na dva nejdůležitější projevy jak poporodní, tak i jakéhokoliv jiného typu deprese: ztrátu zájmů a zhoršenou náladu. Na otázky je možné odpovědět „ano“ nebo „ne“. Pozitivní odpověď alespoň na jednu položku vyžaduje pokračování v diagnostice.

Poporodní depresivní screeningová škála - PDSS (Postpartum depression screening scale) – další screeningový nástroj, stvořený se snahou překonat některá omezení přítomná v EPDS a více se zaměřit na vnitřní pocity a prožitky ženy v šestinedělí. Tento nástroj obsahuje sedm diagnostických domén: poruchy spánku a nechutenství, úzkost nebo nejistota, emoční labilita, poruchy kognice, ztráta sebevědomí, pocity viny a studu, sebevražedné myšlenky. Každou doménu charakterizuje pět určitých symptomů, které mohou mít ženy v šestinedělí. Existuje i kratší verze s pouze sedmi položkami. Škála hodnotí především stav ženy po porodu za poslední dva týdny. K hodnocení se používá pětibodová stupnice. Nejméně mohou vyšetřované získat 35 bodů, nejvíce 175. Senzitivita a specificita daného nástroje je 94% a 98% (Zubaran et al., 2010, s. 360).

Bromleyova poporodní depresivní škála – BPDS (The Bromley Postnatal Depression Scale). Tento diagnostický nástroj slouží ke screeningu současných a předchozích depresivních epizod. Vytvořili ho v roce 1992 ve Spojeném království a tvoří ho deset položek. Později v opakovaných výzkumech se ukázala senzitivita a specificita daného nástroje – 62% a 94%. Poměrně nízkou míru senzitivity můžeme vysvětlit skutečností, že škála umožňuje odhalit i závažnější formy depresivních a úzkostných poruch (Zubaran et al., 2010, s. 361).

Existuje mnoho dalších nástrojů vhodných pro screening depresivní poruchy, které ovšem ve výzkumech se ženami trpícími poporodní depresí neměly moc vysokou míru senzitivity a specificity a proto se v klinické praxi příliš často nepoužívají. Autoři výzkumu, který poskytuje informace o screeningových nástrojích, doporučují používat EPDS, PDSS, BPDS všem obvodním gynekologům, praktickým lékařům, dětským sestřám a porodním asistentkám. A v případě pozitivního výsledku by měly samozřejmě kontaktovat odborníky (Zubaran et al., 2010, s. 363).

4.2 Diferenciální diagnostika poporodní deprese

Diferenciální diagnostika poporodní deprese by měla probíhat nejen mezi jednotlivými psychickými onemocněními, ale určitě by se měly zohledňovat možné organické příčiny deprese, jako například onemocnění štítné žlázy (Takács et al., 2015, s. 78). V příloze č. 1 je uvedena tabulka *Diferenciální diagnostika nejčastějších poporodních psychických poruch*.

Manická epizoda, která se může vyskytnout jako součást psychotické nebo bipolární afektivní poruchy, se může projevit nadměrnou nekontrolovatelnou aktivitou, rychlým mluvením, neobvyklým chováním a sníženou potřebou spánku.

Obsese (vtíravé myšlenky ublížit novorozenci) a vyskytující se s nimi **kompulze** se mohou projevit jako součást poporodní deprese, je tedy důležité odlišit depresi a obsedantně-kompulzivní poruchu.

Myšlenky na vraždu novorozence, tzv. **infanticidní myšlenky**, se projevují u 40% žen, které trpí poporodní depresí (Takács et al., 2015, s. 78). Pokud se poporodní duševní porucha přehlédne nebo nebude dostatečně léčena, existuje nemalé riziko vraždy novorozence. V 4% k ní skutečně dojde. V takových případech existuje i nebezpečí sebevraždy a obecně se uvádí, že je vyšší v průběhu prvních šesti týdnů po porodu a to především u žen, při jejichž porodu došlo k nějaké komplikaci (Takács et al., 2015, s. 79). U matek se suicidálními myšlenkami pravděpodobně dojde k poškození i dítěte. Studie ale ukazují, že riziko sebevraždy je vyšší, než riziko infanticidy (Martin, 2012, s. 176).

5 LÉČBA POPORODNÍ DEPRESE

Neléčené deprese negativně ovlivňují život a zdraví ženy, neboť mohou přetrvávat celý život. Je proto velmi důležité věnovat léčbě zvláštní pozornost. Léčba deprese může trvat různě dlouho, týdny až měsíce (Jedličková, 2008, s. 86). Veškerý zdravotnický personál, pečující o ženu, nejenže se podílí na diagnostice poporodní deprese, ale dokonce se i díky komunikaci, aktivnímu naslouchání a povzbuzování významně podílí na terapii. Metody léčby poporodní deprese mohou být jak farmakologické, tak i nefarmakologické (Takács et al., 2015, s. 79).

5.1 Farmakologická léčba

Farmakologická léčba poporodní deprese spočívá v podávání antidepresiv. Léčba antidepresivy se ukázala jako jedna z neúčinnějších metod. Antidepresiva napomáhají přenosu nervových impulzů ve specifických systémech mozku zodpovědných za náladu (noradrenalinový, serotoninový, dopaminový) (Praško et al., 2009, s. 59). U antidepresivní farmakologické léčby nesmíme zapomenout, že podávané látky nezačínají účinkovat okamžitě. Jejich účinek se dostavuje až po několika týdnech. Proto by antidepresivní léčba měla probíhat dlouhodobě a v žádném případě by se nedoporučuje náhle léky vysadit vzhledem k možnému relapsu onemocnění (Praško et al., 2009, s. 58). Nejčastěji k léčbě poporodních depresí používají antidepresiva typu SSRI a SNRI (Takács et al., 2015, s. 81).

SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu) mají menší množství vedlejších a nežádoucích účinků a jejich objevení je velmi důležité pro léčbu depresí a úzkostných stavů. Jsou to léky: paroxetin, sertralin, citalopram. Při jejich užívání se mohou vyskytnout potíže ze strany gastrointestinálního traktu, nespavost, neklid, snížení libida. Tyto nežádoucí účinky však mají tendenci rychle odeznívat.

Výhodou skupiny léků **SNRI** (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu) je poměrně rychlý účinek a možnost používat je u značně těžkých a hlubokých depresí. Mezi tyto léky zařazujeme duloxetin, venlafaxin. Nežádoucí nebo vedlejší účinky se skoro nevyskytují (Praško et al., 2009, s. 60-61).

Použití benzodiazepinů v léčbě musí být kontrolováno, často totiž u pacientek dochází k předávkování. Neměly by se podávat v rámci symptomatické léčby příliš dlouho, protože léčit musíme především příčinu. K předávkování může dojít kvůli častému zneužívání, neboť tyto léky účinkují poměrně rychle a ženu zbavují nepříjemných

symptomů, jako jsou nespavost, neklid a úzkost. Na rozdíl od benzodiazepinů u antidepresiv k dosažení daného efektu nedochází tak rychle. Jako alternativu lze používat i antidepresiva, která zmírňují úzkost, navíc mají tzv. anxiolytický účinek. Patří sem látky ze skupiny SSRI: mirtrazapin a trazodon (Takács et al., 2015, s. 81).

Užívání antidepresiv může ovlivňovat i novorozence, protože některá farmaka přecházejí do mateřského mléka. Takács et al. (2015, s. 80) uvádí, že přerušit kojení je vhodné pouze tehdy, došlo-li k hospitalizaci matky na oddělení psychiatrie, a tak není možné zařídit jejich společný pobyt. V ostatních případech se doporučuje řídit všeobecnými poznatky o užívání antidepresiv kojícími matkami. Mohou se tedy používat léky s krátkým poločasem a plánovat krmení na čas, kdy koncentrace léčiva v séru krve matky je nejnižší (například před užitím další dávky léku), případně odstříkávat mléko ve stejnou dobu. Odstříkané mléko můžeme použít i při spánkové deprivaci u matky, za kterou může novorozence nakrmit např. partner (Martin, 2012, s. 178).

Karbamazepin, lamotrigin a valproát jsou léky, kterými se normalizuje a stabilizuje nálada. Tyto látky, včetně lithia lze použít jako doplňkovou medikaci při léčbě poporodní deprese (Takács et al., 2015, s. 81).

Hormonální léčba estradiolem se může použít jako doplňková léčba u žen s těžkou depresí, pokud ale tyto pacientky netrpí tromboembolickou nemocí a nemají hormonálně dependentní nádory. Účinek samotného estradiolu však nebyl prokázán (Martin, 2012, s. 178).

5.2 Nefarmakologické metody

Kromě medikamentózní léčby v terapii poporodní deprese lze využít biologické metody a psychoterapii.

5.2.1 Biologické nefarmakologické metody

Mezi tyto metody zařazujeme fototerapie, ECT a rTMS, které se používají ve speciálních psychiatrických zařízeních pod kontrolou odborníků (Takács et al., 2015, s. 81).

ECT (z angl. electroconvulsive therapy) se používá k léčbě těžké a hluboké deprese, pokud se vyskytnou psychotické příznaky (Takács et al., 2015, s. 81). Před aplikací se pacientka uspí, takže žádné bolestivé podněty necítí. Následně pomocí speciálních elektrod se u ní elektrickými impulzy stimulují jednotlivé mozkové krajiny. Po

probuzení se z narkózy pacientka může pociťovat bolest hlavy nebo se mohou objevit problémy z paměti. Tyto účinky však rychle odezní. Elektrokonvulzivní terapie se používá jedině v takovém případě, kdy žádné jiné metody v léčbě nemají efekt (Praško et al., 2009., s. 67).

Fototerapie je léčebnou metodou, při které se používá světlo podobné vlnové délky jako sluneční. Délka léčby většinou trvá několik týdnů. Často se využívá i u sezonních poruch nálady. Důvodem, využívání světla k léčbě deprese je jeho účinek na biologické rytmy člověka (Praško et al., 2009, s. 67).

rTMS (repetitivní transkraniální magnetická stimulace) využívá k léčbě deprese magnetického pole. Při depresi v určitých oblastech mozkové kůry dochází ke změnám. Na tyto oblasti je magnetické pole aplikováno. Stimuluje se mozková kůra nejdříve ve spánkové oblasti, poté v čelní. Délka léčby je přibližně dva týdny. Velmi opatrně by se metoda měla vybírat pro lidi s onemocněními centrální nervové soustavy, především u pacientů s epilepsií (Praško et al., 2009, s. 68).

5.2.2 Psychoterapie

*„Psychoterapie pomáhá hlouběji **porozumět**, co se s člověkem v depresi děje. Učí, **jakým způsobem** zacházet s příznaky a s problémy v životě a posléze trénuje dovednosti, které mohou do budoucna bránit rozvoji nové fáze. Psychoterapeutický přístup poskytuje určitý **ochraňující prostor**, ve kterém se nemocný může projevit a vyjádřit, co ho trápí. Pro většinu depresivních nemocných, u kterých deprese probíhá pod lehkým nebo středně závažným obrazem, je psychoterapie velmi účinnou metodou ... Jádrem všech psychoterapeutických postupů je podpora **zdravých částí osobnosti**, které jsou vždy přítomné“ (Praško et al., 2009, s. 63-64).*

Existují různé druhy psychoterapie. Mluví se o **rodinné**, kdy se do procesu léčby zahrnuje rodina nemocného, **individuální**, kdy se terapie účastní pouze nemocný a psychoterapeut, a **skupinová**, kdy se nemocný je součástí skupiny. **Podpůrná psychoterapie** by se měla primárně používat v péči o ženu s poporodní depresí. Porodní asistentka, zdravotní sestra, lékaři a ostatní zdravotničtí pracovníci by měli danou metodu umět používat. Spočívá v porozumění, naslouchání a edukaci. Porodní asistentka se snaží během návštěv u ženy po porodu vytvářet přátelskou atmosféru a navodit dostatečnou důvěru, aby se jí pacientka svěřila (Praško et al., 2009, s. 64-65). Psychoterapeutické

techniky, které se osvědčily v léčbě lehčích forem poporodní deprese, jsou interpersonální terapie a kognitivně-behaviorální terapie (Praško, 2002, s. 39).

IPT (interpersonální psychoterapie) je technika, která klade důraz na přechod ženy do mateřské role. Dále se zaměřuje na oblast mezilidských vztahů a konfliktů. Aby žena mohla úspěšně zvládnout přechod do mateřské role, měla by s pomocí psychoterapeuta postupovat dle následujících kroků: (1) odstoupit od své staré role; (2) plně prožít a procítnout negativní emoce, které změnu role mohou doprovázet; (3) učit se novým dovednostem ve vztahu k nové roli (například péče o dítě); (4) vytvořit nové mezilidské vztahy (jiné ženy po porodu, mateřská centra). Práce s oblastí mezilidských konfliktů spočívá v učení se ženou jednat ve vztazích s důležitými pro ni osobami takovým způsobem, aby nebyly podceněny, ale naopak naplněny potřeby a zohledněny zájmy obou stran v těchto vztazích (Praško, 2002, s. 41).

KBT (kognitivně-behaviorální terapie) se zakládá na principu, že pozitivnímu myšlení a chování, stejně jako i depresivnímu, se lze naučit. Tedy zkvalitněním těchto dovedností lze dosáhnout i zlepšení nálady (Praško et al., 2009, s. 66). V začátcích léčby se musí pacientka informovat o tom, co to vlastně poporodní deprese je a které metody v léčbě se mohou používat. Terapeut poskytuje všechny informace o prognóze onemocnění. Léčba se zahajuje plánováním denního režimu, který zohledňuje pro ženu zvladatelné aktivity. Tímto způsobem dochází ke změně chování. Rodina a partner musí ženu chválit ženu za každý pozitivní krok a povzbuzovat ji k dalším úspěchům (Praško, 2002, s. 43).

Dále v rámci KBT se terapeut zaměřuje na práci s depresivním myšlením ženy. Na společných sezeních terapeut s pacientkou probírá obsah depresivních myšlenek, které se mohou týkat jejího selhání jako matky nebo například pochybností o vlastní atraktivitě. Terapeut využívá různých technik práce s těmito myšlenkami a žena postupně sama začíná přemýšlet, zda jsou její myšlenky pravdivé a tvrzení opodstatněná. Následně sama o těchto myšlenkách zapochybuje a snaží se je změnit. Terapeut pomáhá ženě nabýt dovedností, které by ji umožnily situaci zvládnout.

Další etapou léčby je řešení problému, který se vznikem poporodní deprese souvisí. K této fázi se přistupuje, pokud už žena má dost síly a došlo u ní k alespoň částečné změně depresivního myšlení. Na konci léčby probíhá opakování dovedností, zejména těch, co se týkají zvládnání náročných situací (Praško, 2002, s. 43-44).

6 PÉČE O ŽENU S POPORODNÍ DEPRESÍ

Péče porodní asistentky o ženu v šestinedělí, stejně jako i během těhotenství a porodu má velký význam. Podporovat ženu by měla celá její rodina, partner a přátelé.

„Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje jako partner ženy, poskytuje jí potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci... Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek.“ (WHO,ICM,FIGO, 2005 in Štromerová et al., 2010, s.7)

6.1 Péče komunitní porodní asistentky o ženu v puerperiu

Komunitní péči tvoří sociální, zdravotní a další služby, které se poskytují zdravým a nemocným občanům v rámci komunity. Tato péče zohledňuje potřeby jedinců, které komunitu tvoří a je poskytována v domácím prostředí s cílem co nejdélšího setrvání jedince mezi ostatními členy komunity (Jarošová, 2007, s. 25). Literatura uvádí určité výhody péče poskytované komunitní porodní asistentkou. Specifika komunitní péči porodní asistentky spočívají v osobnějším přístupu k ženě, kvalitě a efektivitě péče a podpoře fyziologických procesů, kterými samozřejmě těhotenství porod a šestinedělí jsou. Porodní asistentka v průběhu péče mimo jiné posiluje důvěru ženy ve vlastní tělo a také ji pomáhá po stránce sociální (Štromerová et al., 2010, s. 20). Porodní asistentky v prostředí mimo zdravotnické zařízení pečují jen o těhotné bez zdravotních problémů a zcela zdravé rodičí ženy. Ženy trpící onemocněním, které přináší komplikace v průběhu těhotenství nebo v případě jakýchkoliv jiných komplikací, by měly být předány do péče lékaře (Štromerová et al., 2010, s. 23).

V České republice v současné době zůstávají ženy hospitalizované na oddělení šestinedělí po dobu 72 hodin, poté se propouštějí domů. Vzhledem k tak krátké době hospitalizace můžeme říct, že komunitní péče má pro mnoho žen velký význam. Porodní

asistentka je odbornice, která se specializuje na péči a poradenství ženám v období těhotenství, porodu a puerperia. (Janoušková, 2014, s. 34).

System zdravotní péče v České republice je nastaven takovým způsobem, že z veřejného zdravotního pojištění se hradí tři poporodní návštěvy porodní asistentky. Zdravotní pojišťovna tyto návštěvy proplácí pouze v případě splnění určitých podmínek. Pokud porodní asistentka nemá uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, musí si návštěvy žena hradit sama. Počet návštěv záleží na potřebách ženy a domluvě s porodní asistentkou (Janoušková, 2014, s. 34). První návštěva se ideálně plánuje na následující den po porodu, další dle přání ženy nebo dle zdravotního stavu novorozence - druhý nebo třetí poporodní den.

Hned od začátku poporodní návštěvy a při práci s rodinou by si porodní asistentka měla všimnout celkové atmosféry v rodině. Musí si také nutně všimnout toho, co v době návštěvy dělá matka, její partner, jak se chová dítě. Jakmile při první návštěvě po porodu v rozhovoru žena uvede, že se cítí plná energie a je schopná udělat jakoukoliv práci, porodní asistentky ji musí vysvětlit, že tento pocit způsobuje vysoká hladina endorfinů v krvi. I přes tento pocit by si měla nějaký čas odpočívat, aby její tělo mohlo načerpat energii. Až totiž dojde k poklesu hladiny endorfinů, žena může pocítit velkou únavu a vyčerpání. Porodní asistentka se domluví s mladou matkou, zda nejdříve zkontroluje její stav nebo stav novorozeného dítěte a po důkladném umytí rukou začne vyšetření. Při kontrole matčina stavu svoji pozornost věnuje základním fyziologickým funkcím, laktaci, zavínování dělohy, odchodu lochií. Pokud během porodu došlo k poranění, které bylo následně ošetřeno stehy, je důležité zjistit ženiny pocity z hojení. Zda snad nepocítuje pnutí nebo bolest a při případných komplikacích v místě šití zkontroluje suturu pohledem, jestli nedošlo k zánětu nebo hematomu v této oblasti. Je důležité se zeptat i na odchod stolice. V oblasti laktace se porodní asistentka zaměřuje na stav prsou, bradavek, vhodné polohy pro kojení. Nálezy a zjištění během návštěvy porodní asistentka zaznamenává do dokumentace (Štřomerová et al., 2010, s. 210-211).

U novorozeného dítěte se kontroluje hojení pupečního pahýlu, stav a barva kůže, stav výživy a vyprazdňování (Štřomerová et al., 2010, s. 211-218). Poté je důležité se ženou promluvit o tom, jak se cítí ve své nové roli, jestli se necítí unaveně, vyčerpaně, jak se chová novorozené dítě. Porodní asistentka sleduje i zapojení celé rodiny do péče o dítě a jak na příchod nového člena reagují případné starší sourozenci. V závěru návštěvy porodní

asistentka edukuje ženu o vhodném denním režimu a domluví termín další návštěvy, nechá na sebe samozřejmě kontakt (Štomerová et al., 2010, s.211).

Při své práci porodní asistentky používají porodnickou brašnu, která může být různě vybavená. Mezi základní vybavení však patří: dezinfekční přípravek, krejčovský centimetr, tonometr, teploměr, hodinky, fonendoskop, rukavice sterilní, sterilní tampony, jednorázové nástroje (nůžky, pinzeta), vlastní dokumentace. Některé porodní asistentky používají ve své praxi byliny, éterické oleje a homeopatické přípravky (Štomerová et al., 2010, s. 300).

6.2 Úloha porodní asistentky v péči o ženu s poporodní depresí

Ještě v průběhu péče o ženu během těhotenství má porodní asistentka možnost identifikovat rizikové faktory, které pravděpodobně mají vliv na vznik poporodní deprese. Jejich rozpoznání vede k tomu, že porodní asistentka následně věnuje větší pozornost oblastem, ve kterých tyto rizikové faktory vznikly. Práce s celou rodinou umožňuje vnímat i úroveň sociální podpory ženy (Hendrych Lorenzová et al., 2016, s. 154).

Sinclair (2004, s. 240) mluví o tom, že by porodní asistentka při návštěvě ženy po porodu měla provést rozhovor o jejím duševním stavu, během kterého ji vyslechne a podpoří. Je vhodné pobídnout ženu k vyprávění o zážitcích, o tom, jaké emoce během porodu prožila a jakou má porodní zkušenost. Rozhovor vyžaduje dostatečné množství času, aby žena neměla pocit časové tísně. Pokud si porodní asistentka příznaků poporodní deprese všimla, ale žena se této problematiky během rozhovoru nedotkla, je vhodné opatrně otevřít téma. V rozhovoru se ptáme na skutečnosti, zjištěné v průběhu péče. Porodní asistentka nesoudí ženu ani její duševní stav, pouze ji pomáhá tento stav pojmenovat. Během konzultace šestinedělka sama zhodnotí své pocity, takže úlohou porodní asistentky je vytvořit takové prostředí, aby se žena nebála o svých pocitech otevřeně mluvit. V rozhovoru lze také použít techniku zrcadlení. V neposlední řadě by měl být použit i dotazník EPDS.

Pokud žena odmítá a svých pocitech mluvit, měli bychom se pokusit vrátit k tomuto tématu za pár dní nebo promluvit s někým z rodinných příslušníků. Ve většině případů ženy ale rády analyzují své pocity. Porodní asistentka by měla šestinedělce také vysvětlit, že se mnohé ženy po porodu mohou setkat s depresivními stavy a že její případ není výjimkou. Tyto stavy jsou sice náročné, ale dají se řešit a musí se hlavně řešit včas (Harder, 2005, s. 187 in Janoušková, 2014, s. 37-38).

Pokud porodní asistentka během své péče zaznamená příznaky poporodní deprese, měla by ženu odkázat na odborníka, který posoudí závažnost jejího psychického stavu a poskytne odbornou psychologickou pomoc, případně nasadí antidepressivní terapii (Sinclair, 2004, s. 240). Pro ženu s poporodní depresí i její rodinu funguje porodní asistentka jako opora, která pomáhá péči o šestinedělku a o dítě zvládnout, poskytuje kontakt na další odborníky, edukuje rodinu. Z tohoto pohledu kontinuita péče porodní asistentky a práce v komunitě jsou velmi důležité (Hendrych Lorenzová et al., 2016, 154).

6.3 Péče rodiny

Vlivem deprese se žena cítí osaměle, pociťuje nedostatek fyzických sil a s tím spojenou bezmoc, proto je pro ni velmi důležitá podpora a pomoc rodiny, partnera a přátel. Nejprve si všichni ale musí uvědomit, že deprese je nemoc a měli by se snažit pochopit prožitky depresivní ženy. V žádném případě nepomáhají dobře míněné rady, aby se žena sebrala, vzchopila, protože na to prostě žena nemá dostatek energie. Pokud se nemocná žena sama rozhodne navštívit psychiatra, rodina by s naprostou samozřejmostí její rozhodnutí měla podpořit a někdo z blízkých by ji k odborníkovi měl doprovodit.

Objeví-li se u šestinedělky myšlenky na sebevraždu, musí brát rodinní příslušníci tyto myšlenky velmi vážně a musí co nejdříve kontaktovat psychiatra. Nikdy by nemocná žena neměla zůstat sama, sebevražedné myšlenky totiž znamenají, že se člověk nachází v krizi a to může znamenat velké nebezpečí. V průběhu léčby blízcí nemocnou podporují i v dodržení léčebných doporučení a užívání předepsaných léků a posilují u ní naději na vyléčení.

V žádném případě nelze stav ženy bagatelizovat, mohlo by to v ní vyvolat pocit nepochopení a osamělosti. Naopak by jí blízcí měli citově podpořit, vyslechnout a věnovat jí pozornost. Člověk trpící depresí člověk má sníženou schopnost koncentrace při většině činností, neměli bychom ho do ničeho nutit, pouze zvat. Pacientka se možná opakovaně ale marně o aktivitu opakovaně pokouší i sama. Raději ženě nabídneme procházku s kočárkem, promluvíme si s ní o něčem jednoduchém nebo společně si poslechneme hudbu (Praško et al., 2009, s. 82-84).

O všech těchto zvláštnostech péče o ženu s poporodní depresí by měla porodní asistentka informovat celou rodinu pacientky, která se jí pokouší pomoci. Rodinní příslušníci tak lépe porozumí jejímu stavu a obklopí ji pochopením a podporou. Taková atmosféra v rodině umožní ženě rychlejší uzdravení.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

7.1 Formulace problému a stanovení cíle

Poporodní deprese se vyskytuje u 10-15% žen v poporodním období (Praško et al., 2009, s. 44). O tomto tématu se ve společnosti příliš nemluví. Navíc podléhá společenskému stigmatu, a tak se ženy často setkávají s nepochopením ze strany zdravotníků a často i vlastní rodiny. Myslím si, že je důležité o tomto tématu mluvit a zkoumat ho z různých stran co nejvíce nejen kvůli překonání mýtů kolem daného onemocnění, odbourání nepochopení, ale také kvůli možnému negativnímu dopadu na matku a dítě.

V daném výzkumném šetření si kladu otázku: „Jaké jsou pocity a prožitky ženy, která prodělala poporodní depresi?“. V praktické části se snažím lépe porozumět prožitkům a potřebám ženy po poporodní depresi. Zohledňuji problémy, se kterými se setkává rodina a nejbližší okolí takto nemocné ženy. Porodní asistentka pečující o šestinedělku může využít těchto informací k lepšímu porozumění ženě, její podpoře, navázání vztahu s ní a ke včasnému rozpoznání příznaků poporodní deprese.

7.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem daného výzkumného šetření je získání informací o prožitcích ženy, která trpěla poporodní depresí.

7.2.1 Dílčí cíle

Dílčí cíle si stanovuji na podkladě hlavního cíle. Jejich stanovení pomáhá lépe specifikovat oblasti, kterými se v rámci daného výzkumného šetření zabývám.

- Analyzovat prožitky ženy, která trpěla poporodní depresí.
- Zjistit bio-psycho-socio-spirituální souvislosti nemoci.
- Zjistit subjektivní vnímání role porodní asistentky v péči o ženu v šestinedělí.
- Vytvořit doporučení pro péči o ženu s poporodní depresí.

7.2.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky, které jsem si v rámci daného výzkumného šetření stanovila, slouží ke splnění výše popsaných cílů.

- 1) Jaké jsou prožitky ženy, která trpěla poporodní depresí?
- 2) Jaké jsou bio-psycho-socio-spirituální souvislosti nemoci?
- 3) Jaké je subjektivní vnímání role porodní asistentky v péči o ženu s poporodní depresí?
- 4) Jaká jsou doporučení pro péči o ženu s poporodní depresí?

7.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Druh výzkumu, který jsem si vybrala pro získávání informací, je kvalitativní. Kvalitativní výzkum se používá ke hlubšímu zkoumání problému, umožňuje porozumět jednání člověka v daném prostředí a za daných okolností. Výzkumník zaznamenává všechny skutečnosti a podrobnosti, o kterých se v průběhu výzkumu dozvěděl. Takovým způsobem je možné na zkoumaný problém nahlížet z různých stran a hledat souvislosti mezi jednotlivými procesy (Hendl, 2005, s. 52).

Téma dané práce vyžaduje hloubkové zkoumání k lepšímu porozumění pocitům a prožitkům ženy, která trpěla poporodní depresí.

7.3.1 Metoda

V bakalářské práci vývoj poporodní deprese u respondentky popisuji pomocí případové studie (case study), ve které se zaměřuji na rizikové faktory, související se vznikem daného onemocnění. Za tímto účelem se zajímám o rodinnou, dětskou, osobní, gynekologickou, porodnickou, sociální anamnézu respondentky, průběh těhotenství a porodu před začátkem poporodní deprese. Na otázku, co právě způsobuje poporodní depresi nelze jednoznačně odpovědět, protože může být způsobena mnoha faktory. Je proto důležité hlouběji zkoumat každou z oblastí anamnézy, kde bychom dané rizikové faktory mohli objevit. Přínosem dané metody je také to, že umožňuje pojmout respondenta a celou situaci holisticky a sledovat bio-psycho-socio-spirituální souvislosti.

7.4 Výběr případu

Výběr případu pro dané výzkumné šetření byl záměrný. K prozkoumání dané problematiky jsem hledala ženu, která poporodní depresí trpěla nejdéle před třemi léty.

Omezila jsem výběr na toto období z toho důvodu, aby pro respondentku nebylo těžké mluvit o svých prožitcích a pocitech a zároveň aby celá situace nebyla pro ni tak vzdálená. Po relativně krátké době se mi podařilo respondentku najít. Je to žena, která před 2,5 lety onemocněla poporodní depresí, je jí třicet šest let, v současné době je podruhé těhotná. Uvědomovala jsem si, že vzpomínat na pocity, kterými trpěla v době poporodní deprese, může být pro ni velmi těžké. Před začátkem šetření jsem ji proto jsem ji ujistila, že má právo neodpovídat na nepříjemné pro ni otázky a může kdykoliv odejít. Rovněž před začátkem šetření žena podepsala informovaný souhlas, kterým jí byla zajištěna absolutní anonymita a místo jména se v odborné práci používám pseudonym. Informovaný souhlas s výzkumem je uveden v příloze. Veškerá jména, uvedená v této práci jsou smyšlená.

7.5 Způsob získávání informací

K získávání informací do kvalifikační práce jsem používala polostrukturovaný rozhovor. Tento druh rozhovoru dává možnost respondentovi volně mluvit a nějakým způsobem rozvíjet téma a zároveň umožňuje tazateli v rozhovoru pohybovat se v určitých okruzích a zjišťovat doplňujícími otázkami další souvislosti a skutečnosti (Hendl, 2005, s. 174).

7.6 Organizace výzkumu

První setkání s respondentkou proběhlo na neutrálním místě v kavárně v odpoledních hodinách. Celkově setkání trvalo přibližně jednu hodinu. Rozhovor, během kterého jsem se snažila pokládat především otevřené otázky, byl se svolením respondentky nahráván na diktafon. Délka zvukového záznamu trvá 45 minut.

Druhé setkání proběhlo u respondentky doma během dopoledne. Setkání trvalo přibližně jednu hodinu, z toho rozhovor trval 50 minut. Stejně jako při prvním setkání byl se svolením zaznamenán na diktafon. V době druhého setkání již žena byla ve 34. týdnu těhotenství. Časový odstup mezi setkáními stanoví pět týdnů.

Výzkum probíhal od listopadu 2017 do března 2018. První setkání proběhlo v Plzni, druhé ve městě nedaleko Plzně, název kterého za účelem zachování anonymity v práci neuvádím.

8 KAZUISTIKA PŘÍPADU

V dané části mé bakalářské práce uvádím celkový popis případu poporodní deprese u respondentky, kterou jsem si pro dane výzkumné šetření vybrala. Na začátku uvádím anamnézu respondentky, poté celý případ rozdělují do jednotlivých období. Jelikož v období provedení výzkumného šetření byla respondentka podruhé těhotná, uvádím popis jejího stavu i v tomto těhotenství.

Jméno soukromé porodní asistentky, která pečovala o ženu během těhotenství a šestinedělí stejně jako i jméno respondentky je zaměněno pseudonymem.

8.1 Anamnéza

Jako respondentku pro dané výzkumné šetření jsem si zvolila paní Kláru M. Je narozená v roce 1982 a žije v nejmenovaném městě blízko Plzně se svoji babičkou, matkou, manželem a synem.

8.1.1 Osobní anamnéza

V období dětství prodělala pouze běžná dětská onemocnění. Úrazy a operační zákroky neguje.

V roce 2002 prodělala infekční mononukleózu, která měla těžký průběh a vyžadovala dvoutýdenní hospitalizaci.

Paní Klára je alergická na psí srst, pyly a prach.

8.1.2 Rodinná anamnéza

Klářina matka je zdravá a v současné době se s ničím neléčí. Svého biologického otce nezná. Má mladšího bratra, který je zdravý, ale v rodině jeho biologického otce se vyskytovaly VVV srdce. U tety z matčiny strany se v 55 letech se projevila schizofrenie.

8.1.3 Gynekologická a porodnická anamnéza

Z gynekologických obtíží žena udává časté mykotické infekce, výtok. První menstruaci uvádí ve 14 letech. Menstruační cyklus pravidelný, trvá 29 dní, krvácení mírně intenzivní. Bolestivost udává ne ve všech cyklech. V roce 2002 Klára začala užívat hormonální antikoncepci. V roce 2007 po domluvě s lékařem přerušila užívání a dál už v něm nepokračovala. Důvodem byly časté bolesti hlavy a dle slov paní Kláry to, že pociťovala výkyvy nálad.

V roce 2012 proběhl nekomplikovaný samovolný potrat v šestém týdnu těhotenství, který nevyžadoval instrumentální revizi děložní dutiny ani hospitalizaci, pouze kontrolu u obvodního gynekologa.

V roce 2014 spontánně otěhotněla, a v roce 2015 v březnu porodila spontánně zdravého donošeného chlapečka s váhou 3500 gramů a mírou 50 centimetrů. Třetí doba porodní proběhla spontánně. V současné době je syn zdrav.

8.1.4 Sociální anamnéza

Paní Klára je vdaná a bydlí se svojí matkou, babičkou, manželem a synem v dvoupatrovém rodinném domě v nejmenovaném městě nedaleko Plzně. V prvním patře bydlí matka a babička, ve druhém sama Klára s manželem a synem. S manželským vztahem je spokojena. Respondentka i její manžel jsou oba české národnosti.

Paní Klára má inženýrský titul, studovala strojní fakultu. V období před otěhotněním pracovala ve strojírenské firmě jako technik jakosti. Na finančním zajištění rodiny se podílí společně s manželem. Manžel Kláry je narozen v roce 1960 a pracuje ve stejné společnosti jako kontrolor kvality. Jejich manželství trvá od roku 2010.

Co se týče primární rodiny ženy, její rodiče se rozvedli, když ji byl necelý rok. Takže Klára vyrůstala s nevlastním otcem a má o čtyři roky mladšího bratra.

8.2 Období před těhotenstvím

Těhotenství Kláry bylo plánované, miminko si s manželem moc přáli. Porod si představovala co nejpřirozenější, aby do něj zdravotníci co nejméně zasahovali, ze slov respondentky: *„Nechat to běžet prostě tak, jak to má být“*. Spolu s porodní asistentkou a manželem vytvořili i porodní plán, který se týkal nejenom samotného porodu, a i péče o novorozence. Vnímání role matky žena komentuje: *„Role matky? Pro mě je to vlastně splněný sen, naplnění toho partnerského vztahu, protože manžel už měl z předchozího vztahu své děti. Takže tady jsme chtěli vytvořit přímo svoji rodinu (usmívá se)“*.

Manželský vztah v období před prvním otěhotněním Klára hodnotí kladně, žádné vážné nesrovnalosti nebo neshody mezi ní a manželem nepopisuje: *„Jsme si blízcí i když se někdy projevuje náš věkový rozdíl. Já mám potřebu věci řešit hned a rázně, manžel ze zkušenosti ví, že všechno má svůj čas...“*.

Vztah s primární rodinou se vyvíjel složitě. Týká se to především vztahu s matkou: „*Měly jsme s maminkou nějaké neshody v průběhu mého dospívání, kdy já jsem z toho domova odešla i od toho táty náhradního, ale který pro mě vlastně byl tatínkem od toho jednoho roku, když to tak řeknu. Já jsem tenkrát asi v jednadvaceti letech odešla, a tak jsme se postupně sblížovaly zpátky až jsme se s maminkou nastěhovaly do toho jednoho rodinného domku. Takže, dalo by se říct, že se to všechno jakoby uzavřelo. My jsme ty neshody hodily za hlavu prostě*“. Na otázku zda se jí po návratu domů podařilo promluvit o té situaci, která mezi nimi vznikla, Klára odpovídá: „*My jsme to jednou částečně nakously, ale protože jsem neviděla že by ta matka chtěla, nebo že by tomu nějak rozuměla, chtěla ten můj pohled nějak pochopit, tak asi jsem nedotáhla celý ten rozhovor. Takže jsme to hodily, ale nevytěsnila jsem to, nezapomněla jsem*“.

8.3 Průběh těhotenství

Od začátku diagnostikované těhotenství probíhalo fyziologicky. Výsledky všech vyšetření byli v normě, včetně screeningu chromozomálních aberací v prvním trimestru. Hospitalizovaná během těhotenství Klára nebyla, ačkoliv ve třetím trimestru se u ní objevila intrahepatální těhotenská cholestáza, která se projevila svěděním kůže a kvůli níž užívala Tansmetil. Během těhotenství užívala vitaminový komplex Femibion, kyselinu listovou a ke konci těhotenství magnesium kvůli občasnému tuhnutí břicha.

V průběhu těhotenství se obávala předčasného porodu: „*Chtěla jsem překročit tu magickou hranici (já nevím kolik to je, 24 týdnů, kdy dítě ještě zachraňují, to předčasně narozený, a kdy už ne). Tak jsem měla strach, aby se nenarodilo dřív. Protože vlastně kolegyni v práci takhle umřelo miminko v pátém měsíci, a to jsme jako s ní prožívaly, to bylo krátce předtím. Tak jsem nechápala jak je to něco takového možného, když už se dostanete tak daleko, že se to může stát*“. Změny nálad v těhotenství Klára neguje: „*To mám pocit, že jsem neměla. Nebo že bych byla nějaká víc úzkostná, to asi ne. Možná když člověk viděl nějaký smutný příběh, tak ho to snadněji rozbrečelo. Ale nebylo to tak, že bych to neměla pod kontrolou, že by mi to nějak lítalo, to ne*“.

Manželský vztah v těhotenství se výrazně nezměnil. Manžel stejně jako i před otěhotněním byl pro Kláru oporou a pečoval o ni. Spolu se zúčastnili předporodního přípravného kurzu: „*Vlastně i samotný ten porod jsme jakoby s porodní asistentkou Terkou probírali u nás doma, kde manžel byl toho součástí. Určitě, určitě, on měl různé svoje taky připomínky...nebo takhle, brali jsme to i z pohledu toho muže, co všechno ho může potkat*

během toho porodu, na co se má připravit, že i ten porod může ten vztah změnit potom. Tak v tu chvíli jsme se rozhodovali, jestli u toho porodu chce být, nechce být“.

Rovněž jako manželský vztah ani vztah s matkou Klářino těhotenství nijak zásadně nezměnilo. Snad jen Klára začala pociťovat, že si matka začala víc vážit jejího slova. V těhotenství se žena začala zajímat o různé alternativní techniky a metody, které se v těhotenství a při porodu používají. Její matka tyto metody neuznává: *„My jsme to asi s ní neřešily, protože ona tomu jako moc nerozumí, nebo nechce to jako... Prostě na porod se jde do nemocnice a tím to končí, jo. A nic víc není“.*

Se zaměstnáním Klára spokojená není, ale protože se ještě zatím nerozhodla, co by chtěla dělat jiného, práci tedy zatím nemění. Odchod na mateřskou dovolenou byl pro ni šokem, protože byla zvyklá na pevný řád a najednou měla spoustu volného času, kdy byla doma sama, protože ostatní členové rodiny byli v práci: *„A najednou jste sama, protože manžel je v práci, celá rodina je v práci a najednou měsíc a půl se máte zabavit“.*

Z těhotenství Kláry měli přátele radost, protože už sami mají děti: *„Tak my jsme se zrovna trefili, že už všichni měli v nějakém stadiu dítě, tak my jsme se jenom zařadili“.*

O své porodní asistentce, s níž se během těhotenství pravidelně scházely, se žena dozvěděla z internetu. Nebyla totiž spokojená s předporodním kurzem, který navštěvovala, a začala hledat přímo porodní asistentku. *„Terezu jsem hledala cíleně na internetu, že se potřebuju s někým jako domluvit, protože jsme chodili na kurz, ale ta paní to brala trošku jinak, než bylo to moje vnímání. Trošku komerčněji to brala, nevím, jak to mám říct. Spirituálně, to mi tak trošku jako chybělo. Takže přijedete do té porodnice: první doba, druhá doba... Takové ty klasické předporodní kurzy. Ale takové to sdílení mně právě chybělo a i takové to neveřejné, protože tam nás bylo docela dost, takže jste se nemohla zeptat úplně na všechno, co jste potřebovala. Potřebovala jsem spíše osobnější přístup“.* Porodní asistentka, která připravovala ženu na porod a poskytla jí osobnější přístup a možnost sdílení, což Kláře na kurzu skupinové předporodní přípravy chybělo.

8.4 Porod

Porod Kláry probíhal v jedné z plzeňských porodnic, kam se ona spolu s manželem dostavila po dvou hodinách od začátku kontrakcí. Na porodním pokoji Klára zůstala do rána. Poté ji přeložili na oddělení rizikových těhotenství, protože se nález na děložním hrdle neměnil. Pobyt na oddělení hodnotí negativně: *„Cítila jsem se osamocně. Nikdo s*

vámi není, jste sama na pokoji. A zrovna jsem se trefila, že jsem tam byla sama, že tam nebyl nikdo jiný. A vlastně chodí se jenom na kontroly, kde vás kontrolují a furt říkají, že ještě nic, ještě to není připravený“. Celou dobu pociťovala, z jejích slov, nezvladatelnou bolest: „Po tom dni a kousek jsem byla tak strašně unavená, že už mi potom spát nešlo, bolesti byly stálý. A když jsem vlastně šla o té půlnoci za tou sestřičkou, která vlastně stala na té chodbě a měla postel uprostřed, aby ji nikdo neproběhl. A já ji říkám, že už nemůžu, že mě to strašně bolí, a ona mi říká: „To víte, porod bolí. Ještě nejste dost otevřená, tak se vraťte na pokoj a nic se neděje“. A jako už v tu chvíli mi napadlo, že si otevřu okno a skočím, že ty bolesti nerozdýchám prostě“. Už v období před přeložením zpátky na porodní sál se Klára cítila vyčerpaně fyzicky i psychicky. Při pokročilejším nálezu ji přeložili zpátky na porodní sál, kam v té době už dorazil manžel a byl se ženou v průběhu celé první doby porodní. Jeho přítomnost Klára hodnotí takto: „Bylo vidět, že na toho manžela toho bylo fakt hodně, Vůbec se nedokázal vcítit do mé bolesti, mluvil, když měl být zticha“.

Ke zmírnění bolestí v první době porodní Klára používala hlavně sprchu a úlevovou polohu na míči: „Chodit jsem nemohla, na boku jsem být nemohla, jediné pohybovat se na tom míči. Tam dole jsem měla zavedenou tu sondu, takže se s tím moc taky nešlo hnout“. Později tolerovala i aplikaci léků, ačkoliv v porodním plánu bylo uvedeno, že si přeje porod bez zbytečné medikace.

Ve druhé době porodní se Klára cítila unaveně a vyčerpaně, což ji bránilo v tlačení a byl také proveden nástřih hráze: „Tak já jsem to ve finále nezvládla, že jo, protože oni mě museli naříznout a to dítě vyndat, protože jsem byla už tak vyčerpaná, že bych už to nezvládla“. Narodil se chlapeček s váhou 3500 gramů a mírou 50 centimetrů. Porod placenty ve třetí době porodní proběhl spontánně.

8.5 Průběh časného šestinedělí

Dvě hodiny po porodu Klára zůstala na porodním sále, kde sledovali její fyziologické funkce a poporodní krvácení. Hned po porodu stav dítěte byl v normě a po domluvě s dětskou lékařkou chlapečka nechali rodičům na porodním sále. Po dvou hodinách matku převezli na oddělení šestinedělí a dítě na oddělení fyziologických novorozenců k vážení, měření a aplikaci vitamínu K: „Po těch 2 hodinách, co jsme měli miminko u sebe po tom porodu, takže oni ho vzali, oni ho vážili, měřili, a já jsem čekala, kdy mi ho přivezou na ten pokoj. Pak přišla paní doktorka, že dítě špatně dýchá, a že si ho tam nechali a že je dobrý, že se na to dřív přišlo a že neví co bude, ale že to nevypadá

dobře. A já jsem tam byla sama, protože manžel odjel zase domů, odvezl věci, takže jsem ho hned volala, aby přijel zpátky, že dítě je špatné. A za další hodinu k nám přišli, že už je dítě na JIRP“.

Na oddělení šestinedělí Klára zůstala do rána, zatímco syn byl umístěn na jednotce intenzivní a resuscitační péče a dle slov ženy stav dítěte vyžadoval intubaci. *„On měl, říká se tomu poporodní sepse, to znamená, že měl celkovou otravu organismu a šlo mu to na plíce, takže nemohl dýchat. Hned ty první hodiny po tom porodu měl i jako ventilaci, že mu trochu pomohla dýchat. Takže mu dali antibiotika, trefili ty správný. Takže potom už vlastně měl jenom kanylu na ty antibiotika“.* Následujícího rána Kláru přeložili na pooperační oddělení, kde byly hospitalizované ženy po gynekologických operacích. Důvodem přeložení dle jejího pocitu bylo to, že neměla u sebe dítě: *„Dítě bylo pryč, tak oni to tak vymysleli, aby mi to nebylo lito, dali mě na druhý patro, nebo prostě na nějaké ženské oddělení, kde vlastně nejsou ty děti, jo, takže já jsem byla sama na pokoji, mezi dospělými ženskýma, které měli nějaké operativní problémy a dítě bylo jinde... Tak to na mě působilo. Ale je možný, že oni potřebovali místo pro nějakou maminku, která s tím dítětem tam bude, protože já jsem tam byla sama“.*

Porodní asistentky, které pečovaly o ženu na oddělení šestinedělí a posléze za ní docházely i na pooperační oddělení, zajímalo především, jak se hojí jizva po epiziotomii, jak se zavinuje děloha a zda si žena došla na stolici. Žádnými tělesnými obtížemi kromě vyčerpání Klára netrpěla, a o jiné obtíže se personál nezajímal. Na pooperačním oddělení Klára zůstala ještě čtyři dny a za synem mohla docházet na JIRP na hodinu a půl ráno nebo na dvě hodiny odpoledne. Občas se jí povedlo odstříkat malé množství mléka, které také nosila synovi. V průběhu pěti dní dítě dostávalo antibiotika, sledovali se jeho fyziologické funkce a postupně se jeho stav začal zlepšovat.

Po přeložení dítěte na JIP (jednotka intenzivní péče) Kláru ubytovali na speciálním pokoji na tomto oddělení, kde bydlí matky s dětmi. Už pátý nebo šestý den si Klára začala všimnout změn ve svém psychickém stavu, tyto změny nálad ale nepociťovala nijak výrazně: *„Bylo to tak, že to dítě mělo 5 dní ty antibiotika a pak vás dají na ten pokoj na té neonatologii, protože potřebují vědět, jak to dítě prospívá, že jo, jak se o něj staráte, jak to všechno zvládáte, no a tam už to prostě nebylo dobrý...Myslím si, že to opravdu nastalo, až nás nastěhovali dohromady“.* Stupňovat se to začalo ve chvíli, kdy musela přebrat zodpovědnost za dítě. Klára se cítila moc unaveně a vyčerpaně a k tomu se měla zapojit do

péče o dítě, kterou z jejích slov kvůli nevyspání a nedostatku energie nemohla zvládnout. „*Sestřičky mi občas říkaly: „Ano, vy jste unavená, my vám to dítě odvezeme, abyste si mohla odpočinout.“ No ale stejně mi ho přivezla za ty 3 hodiny. A já jsem se fakt potřebovala vyspat aspoň 6-8 hodin a ona ho fakt odvezla a pak ho zase zpátky přivezla jo: „Tak tady máte to dítě, pojd'te, já vám pomůžu ho přebalit, teď dokrmíme, teď ho zase oblečte“.* Takže si člověk vůbec neodpočinul... Já jsem prostě potřebovala mít klid, jít spát. Mně to prostě nepomohlo, takže jsem byla pořád v tom deficitu, unavená“.

Další možností pro Kláru byla pomoc maminky, která za ní a jejím synem docházela po celou dobu hospitalizace na JIP a pomáhala ženě péči o novorozence zvládnout.

Časem si změn nálad u Kláry začaly všimnout i dětské sestřičky, které ji pomáhaly s péčí o dítě a které kontaktovaly psycholožku, aby ona s Klárou o jejím stavu promluvila a eventuálně pomohla problém vyřešit: „*Potom už se to jako začalo projevovat, tam už viděly i ony samy, že už něco není v pořádku, takže mi jakoby zavolaly tu pomoc. Tak jsme si s paní doktorkou promluvily, no ale mě to nikam nevedlo, a hlavně ona mi nijak nepomohla. Jediný závěr, co jsem si udělala, že se prostě musím dostat domů, jinak to nepohne nikam. Protože tam bylo asi 28 stupňů, každý tři hodiny vážení a pořád ten koloběh“.* Stav dítěte se postupně stabilizoval a nakonec Kláru se synem propustili domů s tím, že nějaký čas ještě budou docházet na kontroly zdravotního stavu dítěte do centra vývojové péče.

8.6 Průběh pozdního šestinedělí

Po propuštění z porodnice do domácího prostředí se psychický stav ženy zhoršil. Po několika dnech se objevily myšlenky na vlastní selhání jako matky, ze slov Kláry: „*Nevěděla jsem, jak se k tomu dítěti mám postavit, protože vlastně on pořád jenom brečel, on dostal to umělé mléko a furt a zase a teď jsem nevěděla, protože to bylo každé tři hodiny, spal on jenom půl hodinky. Já jsem si furt myslela, že ho musím zabavit, něco vymyslet, a při tom jsem byla tak strašně unavená, měla jsem mu primárně dát to mlíko, ale ne, já ho musím ještě nějak zabavit, a teď já to neumím, tak já si to nezasloužím, já to dítě nechci, prostě jak se k němu mám chovat? Já jsem nevěděla, co s ním mám dělat, je to přirozený? Takže jsem si říkala, tak mu bude líp s někým jiným, já to nezvládám, tak mu bude líp s někým jiným. Jdu pryč prostě“.* Její matka a manžel stav bagatelizovali a předpokládali, že jde především o fyzické potíže, že se cítí špatně kvůli nevyspání. Rodina jí nabízela pomoc s hlídáním syna a snažila se ženě zajistit dostatek času na sebe: „*Maminka mi říkala: „Prosím tě, tak si lehni“.* Ale já jsem říkala: „*Já už nemůžu spát, si*

lehnu a nemůžu spát, prostě to nejde“. Oni mi říkali: *„Tak si lehni, běž se projít, my to dítě ohlídáme, dělej si sama, co potřebuješ. Prostě nikdo si neuvědomoval tu hloubku, ale snažili se to ještě bagatelizovat: „Jo, to je normální, všichni jsou unavení, všichni mají nějaký nervy“.*

To, že jde právě o potíže psychického rázu, si Klára začala uvědomovat postupně sama: *„Ono toho bylo víc, mně se prostě nechtěla spousta věcí, takže už jsem věděla, že tam, je to špatně. Že už to opravdu není jenom z nevyspaní, že už je to o něco víc“.* Během návštěvy po porodu porodní asistentka ukazovala Kláře, manželovi a její mamince péči o dítě a zároveň si všimla změn v chování ženy. Posléze se snažila se ženou promluvit o jejím stavu, kdy ji Klára sama sdělila, že se necítí dobře, má potíže se spánkem a koncentrací a že ji trápí to, že péči o dítě nezvládá. Porodní asistentka informovala Kláru, že její potíže mohou být spojené s poporodní depresí. Spolu se ženou se domluvily, že po určité době, pokud potíže neodezní samy, jí porodní asistentka poskytne kontakt na psychiatra: *„My jsme vlastně mluvily s Terkou jakoby, prvotně. Mě se tak furt tomu nechtělo věřit a hlavně jsme neměli kontakt, ke komu jít. Terka mi pak doporučila nějakou paní“.* Největší strach žena měla z toho, že ji hospitalizují a oddělí od dítěte.

Za pár dní se Klára v rozhovoru s kamarádkou zmínila o svých potížích. Kamarádka jí poradila jet do nemocnice okamžitě a promluvit si o svých problémech s psychiatrem a poté ji tam sama odvezla.

Na psychiatrickém oddělení žena byla hospitalizovaná čtrnáct dní, kde jí byla diagnostikována těžká poporodní deprese. O dítě se v té době střídavě starali matka a manžel. Matka pečovala o chlapečka přes den, a manžel v noci, protože ráno zase odcházel do zaměstnání.

Klára se nacházela na pokoji se čtyřmi ženami. Při příjmu musela odevzdat osobní věci a podepsat souhlas s hospitalizací: *„Když tam nastoupíte, tak oni vám seberou věci: mobil, nabíječku, abyste se na tom nebo někoho neuškrtila. Potom podepíšete, že jste tam dobrovolně, že teda vás tam nedrží nikdo zavřeného. Odevzdáte všechny věci. Kdykoliv něco potřebujete, tak musíte na sesternu, tam si to vyžádáte“.* Své pocity během pobytu na oddělení žena popisuje takto: *„Ráno-vizita, potom svačina, oběd, večere. Mezi tím se člověk musí zabavit sám. A vlastně ještě jako číst nemůžete, na televizi nemůžete koukat, protože to nejde v tom stavu, prostě ty oči to neudrží. Takže tudy cesta taky nevede, takže jste jenom tak jako sám s tou hlavou“.* Z tělesných obtíží nejvíce ženu trápily bolesti hlavy

a nespavost. Trápily ji také i myšlenky na dítě, ale z jejích slov, byly „*strašně vzdálené, někde hrozně vzadu*“.

Ode dne příjmu Kláře byly předepsány antidepresiva, které žena užívala po celou dobu hospitalizace. Terapie deprese spočívala pouze v užívání léků a tento fakt Kláru zneklidňoval. Jednak se u ní během užívání léků vyskytly nežádoucí účinky, několikrát žena dokonce i omdlela na pokoji a také cítila, že by se na zlepšení svého stavu měla podílet i ona sama: „*Myslím si, že by mi možná víc pomohly ty rozhovory, nějaký nový nádech. Moc nevěřím antidepresivům... Věděla jsem, že musím taky něco dělat já, protože jste v podstatě jenom jméno, jenom číslo v nějaké řadě a lehce na vás zapomenou*“.

Denně za Klárou do nemocnice docházel manžel, který přinášel fotografie syna. Návštěvy byly povolené a její stav se postupně zlepšoval, takže mohl návštěvník na svoji zodpovědnost doprovázet hospitalizovanou sobu na procházky ven. Časem Kláře povolili se procházet v areálu i samostatně a po dvou týdnech ji propustili domů.

Po propuštění z nemocnice se Klára obrátila na psychiatra, s péčí kterého ale také nebyla spokojená. Na doporučení kamarádky žena začala navštěvovat jinou soukromou psychiatrickou ordinaci. Psychiatr jí předepsal jiná antidepresiva a navrhnul doplnit léčbu o psychoterapii. Během psychoterapeutických sezení se spolu s odborníkem vraceli k samotnému porodu a pocitům, které Klára během něj zažila. Snažili se vše, co se při porodu odehrávalo vysvětlit a rozklíčit: „*Takže jsem změnila na doporučení kamarádky tu svoji psychiatricku, protože to už zase začalo jít dolů, jo. Najednou jsem se dostala do takovýho bodu, kde je to zase takový blbý, člověka napadají různé myšlenky, nějaké věci. Takže kamarádka říkala, prosím tě, změň tu psychiatricku, jdi někam jinam, vždyť to není konec světa. Tady ta zase byla vedle baráku, že jo, hnedka blízko, a tak dále. Takže jsem začala chodit za tou paní a ta přesně to vzala do ruky: jiné léky a prostě hodinové terapie. Prostě jsme to rozebírali a téma jejíma metodama jsme se snažily prostě leccos rozklíčovat, vracet se k tomu zážitku a nějak se z toho vyhrabat nahoru*“.

Postupem času Klára začala pociťovat, že se její psychický stav lepší, dokázala se na tu situaci podívat s nadhledem. Na otázku, jak vnímala duchovní rozměr celé této situace (nemoci) a zda přemýšlela o jejím významu, Klára odpovídá takto: „*Určitě. Dnes a denně v té době. Proč se to jako stalo? Co jsem se měla nového dozvědět? Tak jediný, co jsme si tak jako řekly, tak asi **věřit sama sobě**. Protože já jsem měla dělat úplně jiné věci u toho porodu, a ne se tomu doktorovi podklonit a říct: „Ano, vy to víte nejlíp*“.

měla reagovat úplně jinak, jak jsem chtěla já, a ne se potlačit a přijmout tu roli, kterou mi udělali, že jo. My jsme přijeli s tím, že my chceme přirozený porod, že jo. Tam jsme říkali, že to chceme takhle a takhle dlouhý, přirozený. Nechtěli jsme nic urychlovat. A už jsme si třeba uvědomili, že neuneseme tu bolest takhle dlouhou dobu a už jsme si neuměli říct: Hele, konec, prostě my to chceme jinak, my chceme epidurál, chceme císaře, už to prostě nejde. My jsme nekřičeli potom... Oni ten můj porodní plán naprosto respektovali, přišla dětská lékařka, načetla to, na čem jsme se domlouvali, to nebylo nic, že bysme o sobě nevěděli. Proto mi to bylo divný najednou říct ne, ale já to takhle prostě nechci, já jsem to napsala blbě, já to chci změnit. Tak jsem měla prostě zareagovat. Že prostě je nějaká určitá míra, kterou člověk prostě má nechat lékaři, Bohu, já nevím, osudu, že prostě nejde si všechno naplánovat a napsat.“

8.7 Období před druhým těhotenstvím

Druhé těhotenství respondentky bylo plánované. S manželem si přáli holčičku, ale ultrazvukové vyšetření ukázalo, že bude chlapeček. V době našeho druhého setkání Klára byla již ve 34. týdnu těhotenství.

Při druhém porodu by si Klára přála dotepání pupečníku, bonding po porodu: *„Není to asi nějak nad rámec, ale samozřejmě je tam velká pokora k tomu jak ten samotný porod poběží, není tam nic, že by to tak muselo být stoprocentně... A na tom porodním plánu nebude nic extra, říkám jenom opravdu takové běžné věci dneska. Takové novátorské postupy, o kterých porodníci říkají, že už je to dneska běžná praxe.“*

Na otázku, zda se něco změnilo v jejím vnímání role matky teď, když už je sama matkou, Klára sdělila, že se cítí jako průvodce pro své děti. To vysvětluje tak, že se snaží vzdělávat v oblasti moderní výchovy dětí a pedagogiky, aby mohla při výchově svých dětí postupovat v některých situacích jinak než její rodiče.

V partnerském vztahu žádné zásadní změny nenastaly. Manželé měli na sebe málo času, ale péči o syna zvládají dobře. Vztah s matkou se výrazně nezměnil. K budoucímu porodu Klára chce jít do jiné porodnice, jelikož s péčí v předchozí nebyla spokojená. Ze strany matky s nepochopením. Dle slov respondentky matka nevidí žádný rozdíl mezi tou porodnicí, kde probíhal první porod Kláry a jakoukoliv jinou.

8.8 Období druhého těhotenství

Stejně jako první i druhé těhotenství Kláry probíhá fyziologicky a výsledky všech vyšetření jsou v normě. Zdravotní problémy nemá žádné. Užívá magnesium kvůli občasnému tuhnutí břicha a dle doporučení odborníka na homeopatii užívá *Carduus Marianus* jako prevenci opakování těhotenské žloutenky, kterou měla v předchozím těhotenství. V terapii antidepresivy Klára v současné době nepokračuje, vysadila tyto léky před dvěma roky a poté jednou za tři týdny navštěvovala psychiatra ještě po dobu půl roku.

Ve druhém těhotenství mají manželé na sebe ještě méně času. Dle slov Kláry má manžel obavy, aby se ona opět nedostala do stavu deprese a aby veškerá péče o děti nebyla pouze na něm.

Celá rodina se na příchod nového člena moc těší: *„Maminka má miminka ráda, takže se strašně těší. Ta už by byla ráda, kdyby ho mohla dneska pochovat“*.

Z práce Klára odcházela ráda, protože bude mít víc času na sebe, odpočinek a na syna. Také ji samozřejmě v mužském kolektivu, kde jí dle jejích slov chybí sdílení. Ve městě, kde respondentka bydlí, iniciativní rodiče vytvořili „Rodinný klub“. Ze slov Kláry: *„My se vidáme s těmi rodiči a vymýšlí se program pro děti třeba jednou nebo dvakrát týdně dopoledne. Tady se to jakoby rozbíhá. Holky udělaly takový klub, vždycky je nějaká aktivita venku, pak uvnitř. Dětičky si hrajou, maminky si mohou povídat, o čem chtějí. Takže to je super. Nic tady takového nebylo“*.

Předporodní kurz žena v tomto těhotenství nenavštěvovala, soustředila se spíše na výběr porodnice. V půlce těhotenství kontaktovala porodní asistentku, se kterou se setkávaly v průběhu prvního těhotenství a období po porodu. Věci, se kterými si není jistá, Klára konzultuje s porodní asistentkou. Tato setkání však nejsou pravidelná.

Během těhotenství žádné změny nálady Klára nepopisuje: *„Co možná mi trochu ubírá na klidu je výběr té porodnice. Až se to vyřeší, tak věřím, že budu mít trošku víc času na sebe“*. I když žádné potíže nemá, na doporučení nového gynekologa od poloviny těhotenství jednou za měsíc navštěvuje psychiatra: *„Spíš jsem nechtěla, aby mi to propuklo náhle. Takže spíš jako prevence. Plus ten nový gynekolog chtěl potvrzení toho mého stavu tady v tom těhotenství a i potvrzení jestli můžu kojit“*.

8.9 Představy o budoucím porodu

Budoucí porod by si Klára přála za přítomnosti manžela a porodní asistentky nebo dudy. Ale protože v porodnici, ve které by chtěla родit, umožňují přítomnost pouze jedné doprovázející osoby, rozhodla se, že u porodu s ní bude jen porodní asistentka. Manžel ale bude přítomen v porodnici také a po narození dítěte porodní asistentku vystřídá. Klára je přesvědčena, že větší podporou při porodu by pro ni byla porodní asistentka: *„Opravdu aktivní podporu bych očekávala spíše od ženy, která už nějakou zkušenost s porodem má... Protože manžel užil si to se mnou a asi nemůže mi pomoci, je chudák celý sevřenej tou mojí bolestí a je to pro něj strašně dlouhý. Žena mě může víc empaticky pochopit a možná i má nějaké zkušenosti z těch předchozích a můžu jí říct třeba: „Terko, teď mě to bolí, co uděláme, jak mám dýchat, pojd', řekni mi to“.*

9 DISKUZE

V dané kvalifikační práci se zabývám problematikou poporodní deprese u ženy v šestinedělí. Zaměřuji se především na její pocity a prožitky v jednotlivých obdobích: v období před otěhotněním, v těhotenství, při porodu a bezprostředně v šestinedělí, kdy se u ní tento stav vyvinul. Snažím se pojmout celý případ holisticky, hledat bio-psycho-socio-spirituální souvislosti nemoci, což umožňuje vytvořit doporučení pro porodní asistentky pečující o takto nemocnou ženu. Tato část práce obsahuje výsledky daného výzkumného šetření, jejich porovnání s odbornou literaturou a následný výstup mé práce.

Prvním cílem bylo zjistit, **jaké jsou pocity a prožitky ženy, trpící poporodní depresí**. Zhoršení psychického stavu se u respondentky vyvíjelo postupně. Po porodu se cítila být unavená, vyčerpaná a neklidná. Z popisu prožitků Kláry během porodu vidíme, že nejvíc ji trápil pocit osamělosti a bolest, kterou žena vnímala jako téměř nezvladatelnou. To vše společně s nedostatkem spánku vedlo k jejímu vyčerpání a k tomu, že nemohla zapojit břišní lis ve druhé době porodní. Sama Klára kvůli tomu měla pocit, že porod nezvládla. Murkoffová et al. (2004, s. 413) uvádí, že pocit zklamání z porodu, může vést k pokleslé náladě v poporodním období. Tomuto by bylo možné předejít, kdyby Kláru k porodu doprovázela porodní asistentka, která by jí mohla pomoci při práci a zvládání porodní bolesti a byla by pro ni oporou. Pocity únavy a vyčerpání byly u Kláry vystupňované výskytem sepse u syna a vykazovaly známky poporodního blues. Stejně jako obavy o dítě a nedostatek spánku dle Ratislavové (2008, s. 82) mohou přispívat ke vzniku poporodního blues. Daný stav, který prožívá 50 – 80% žen v období šestinedělí, je přechodný, odezní většinou do desátého poporodního dne. Pokud příznaky blues přetrvávají po dobu delší než dva týdny, mohou znamenat nástup poporodní deprese. Klára se synem byla propuštěna desátého dne po porodu a nebyla poučena o možnosti vzniku poporodní deprese. Zlepšení svého stavu nepocítovala, ba dokonce naopak. Doma se její stav zhoršil, objevily se myšlenky na vlastní neschopnost se postarat o dítě a dát mu vše, co potřebuje. Můžeme tedy pozorovat vývoj poporodní deprese z poporodního blues.

Klasifikace Rohde a Dorn (2007, s. 191-194) rozlišuje insuficientní, nutkavý a panický typ poporodní deprese. Dle této klasifikace i pocitů a myšlenek popisovaných Klárou můžeme její stav zařadit k insuficientnímu typu. Kromě pocitu neschopnosti žena také popisuje potíže se spánkem a obtížnou koncentrací dokonce i při sledování televize. Tyto příznaky odpovídají stanovené diagnóze těžké poporodní deprese, která jí byla

stanovena v psychiatrické nemocnici (Praško et al., 2009, s. 11-12). Těžké pro Kláru bylo i nepochopení ze strany jejího nejbližšího okolí. Lidé v okolí takto nemocného člověka mají tendenci předpokládat, že depresi lze zvládnout vůlí a že tento stav vzniká pouhým vyčerpáním a celou situaci bagatelizují (Praško et al., 2009, s. 83).

Dalším cílem bylo zjistit **bio-psycho-socio-spirituální souvislosti poporodní deprese**. Během výzkumného šetření jsem pečlivě odebírala anamnézu své respondentky s cílem tyto souvislosti sledovat a popsat. Rizikovým faktorem, který může souviset se vznikem poporodní deprese dle Takács et al. (2015, s. 76), je depresivní onemocnění, které se vyskytlo v rodině. V rodinné anamnéze respondentky však tento rizikový faktor nenalzáme. Důležitým údajem je to, že se u její tety v 55 letech projevila schizofrenie. Dané onemocnění však odborná literatura mezi možné rizikové faktory poporodní deprese nezařazuje. Se vznikem poporodní deprese může souviset i negativní zkušenost s užíváním hormonální antikoncepce, která u Kláry dle jejích slov způsobovala výkyvy nálad a bolesti hlavy. Takács et al. (2015, s. 76) uvádí, že výsledky některých studií ukazují na citlivost ke měnícím se hladinám ženských pohlavních hormonů. Tento vliv je však jenom individuální. Podobně jako u některých žen se vyskytuje předmenstruační syndrom (PMS), některé jím naopak vůbec netrpí, ačkoliv v organismu probíhají totožné hormonální změny (Murkoffová et al., 2004, s. 413). Můžeme tedy říct, že nálada Kláry mohla být ovlivněná i poporodními hormonálními změnami. Ke skleslé náladě po porodu dle Murkoffové et al. (2004, s. 414) může docházet také kvůli vyčerpání z bolesti, kterou žena zažila během porodu a kvůli deficitu spánku. K tomu se ještě mladá matka učí zvládat péči o novorozence, což klade na ni poměrně vysoké nároky. Mezi možné psychologické příčiny Takács et al. (2015, s. 76) uvádí nechtěné těhotenství a ambivalentní pocity v těhotenství jako rizikové faktory vedoucí ke vzniku poporodní deprese. Tyto rizikové faktory u respondentky nenalzáme. Těhotenství Kláry bylo chtěné a ambivalentní pocity vůči němu žena nepopisuje. Ratislavová (2008, s. 91) mezi další rizikové faktory řadí separaci matky a dítěte. V daném případě to také pozorujeme. Sice ihned po porodu matka a dítě od sebe oddělení nebyli, následující dny byl novorozenec separován od matky kvůli svému zdravotnímu stavu.

Během první doby porodní, ve chvíli, kdy si Klára uvědomila, že je bolest velmi intenzivní, neuměla si říct o prostředky k tlumení bolesti. Měla tedy problém se schopností asertivně vyjádřit svá přání během porodu. Ačkoliv měla respondentka vytvořený porodní plán, který tato přání zohledňoval, ve chvíli, kdy cítila, že chce něco jiného, měla potíže se

sebeprosazením. Může to svědčit i o její nedůvěře vůči sobě samotné. Poněšický (2012, s. 32) popisuje depresivní strukturu osobnosti, která je charakterizována úzkostí ze ztráty lásky a ochrany jak zevnitř (nízké sebehodnocení, přísné svědomí), tak i z odmítnutí ostatními. Typická je silná potřeba harmonie, vyhnutí se konfliktům, výrazná tendence se přizpůsobit, obtíže v oblasti osamostatnění se nebo se sebeprosazením. Praško et al. (2009, s. 90) mluví o asertivitě jako o důležité schopnosti, která pomáhá zvládnout problémy v komunikaci s lidmi. A neschopnost asertivního chování může hrát roli ve vzniku deprese. Ratislavová (2008, s. 91) mluví také o neshodách v partnerském vztahu a nedostatku podpory ze strany rodiny jako o rizikových faktorech ve vzniku depresivního onemocnění po porodu. Manžel respondentky se spolu s ní zúčastnil kurzu předporodní přípravy a rozhodl se ji k porodu doprovázet, což pro ženu bylo důležitou podporou. Přátele rovněž Kláru v těhotenství podporovali. Na druhou stranu se žena setkala s nepochopením ze strany matky ohledně použití alternativních přístupů či metod v těhotenství a během porodu. Navíc při našich setkáních mluvila Klára i o jiných neshodách ve vztahu s vlastní matkou, které se jim nepodařilo úplně vyřešit a které Kláru stále trápí. Spirituální souvislosti nemoci jsem zjišťovala pomocí otázky, jak Klára vnímá duchovní rozměr celé situace. Vzniklou nemoc žena vnímá jako výzvu neboli událost, prostřednictvím které by si měla něco ujasnit, získat nové dovednosti a zkušenosti. Tím pravděpodobně myslela již dříve zmíněnou neschopnost asertivního sebeprosazení.

Třetím cílem bylo **zjištění subjektivního vnímání role porodní asistentky v péči o ženu s poporodní depresí**. Komunitní porodní asistentka Tereza pečovala o respondentku v průběhu prvního těhotenství a během jejich setkání prováděla individuální předporodní přípravu, do které se zapojil i manžel Kláry. Některé ženy kromě informací poskytnutých na kurzu, potřebují navázat osobnější vztah s porodní asistentkou, která je těhotenstvím doprovází. Zároveň tato porodní asistentka umožnila ženě sdílet představy o porodu a použití alternativních metod, které jí ve vztahu s maminkou dle jejích slov chybělo. Péče porodní asistentky během těhotenství dle Štromerové et al. (2010, s. 21-22) by měla psychologicky a sociálně posílit nastávající matku a poskytnout jí možnost sdílení, otevření se. Což v daném případě porodní asistentka Tereza ženě umožnila.

Povinností porodní asistentky kromě péče o porodní poranění, zavínování dělohy a kontroly fyziologických funkcí ženy po porodu, je promluvit si s ní o jejích pocitech a o tom, jak zvládá péči o dítě (Štromerová et al. 2010, s. 211). Porodní asistentky pečující o Kláru na oddělení šestinedělí se o její pocity nezajímaly, což probudilo u ženy nedůvěru ve

zdravotnický personál porodnice. A protože prvních pět dní měla pouze možnost docházet na JIP, nemohla se o syna dostatečně starat až do té doby, než je přeložili na společný pokoj. Proto u Kláry přehlédli vzniklé příznaky poporodního blues. Porodní asistentka Tereza během poporodních návštěv zaregistrovala vzniklé u Kláry problémy, informovala ji o tom, že dané potíže mohou znamenat poporodní depresi a po nějaké době poskytla kontakt na odborníka, který se léčením tohoto onemocnění zabývá. Dle slov respondentky, byla porodní asistentka pro ní a její rodinu důležitou oporou, jelikož pomohla v identifikaci příznaků deprese a informovala ji o příznacích nemoci. Klára uvádí, že porodní asistentka jí pomáhala zvládat péči o dítě a poskytovala jí informace ohledně jeho výživy a potřeb. Tereza jí navštěvovala i během pobytu v psychiatrické nemocnici. Na tyto návštěvy Klára vzpomíná ráda. Pomáhaly jí na nějaký čas zapomenout na myšlenky, které ji trápily. Žádné jiné aktivity kromě rozhovor v tomto stavu nebylo možné zvládnout vzhledem k obtížné koncentraci pozornosti.

Ve druhém těhotenství se Klára rovněž obrátila na porodní asistentku Terezu, se kterou již vytvořila důvěrný vztah a přála by si její přítomnost u porodu. Ratislavová (2008, s. 47-48) mluví o tom, že důvěrný vztah ženy s porodní asistentkou by měl poskytovat ženě důležitou podporu v období těhotenství. Velkým přínosem je, když porodní asistentka v této péči pokračuje i při porodu a v období šestinedělí.

Posledním cílem bylo **vytvořit doporučení pro péči o ženu s poporodní depresí**. Pro porodní asistentky budou důležitá následující doporučení: Porodní asistentka by se hlavně měla podílet na detekci poporodní deprese a to pomocí pečlivě odebrané anamnézy ještě během těhotenství. Pečlivě odebraná anamnéza pomáhá odhalit rizikové faktory vzniku poporodní deprese a sledovat bio-psycho-socio-spirituální souvislosti nemoci u ženy, o kterou porodní asistentka pečuje. Dalším úkolem je poskytnout dostatek informací o možnosti vzniku daného onemocnění. Jak vyplývá z daného výzkumného šetření, během péče o těhotnou by měla porodní asistentka vést ženu k sebedůvěře a k tomu, že vytvořený porodní plán slouží jako souhrn jejích představ o průběhu porodu. Porodní asistentka informuje také, že porodní plán může sama žena kdykoliv v průběhu porodu změnit dle svého stavu a svých pocitů. Porodní asistentka by měla podporovat průběžně ženu v asertivním vyjadřování vlastních přání a pocitů, vést k přiměřené sebedůvěře, aktivitě a nezávislosti na mínění druhých. V časném šestinedělí si porodní asistentka kromě sledování fyziologických funkcí a hojení případných poranění udělá čas na rozhovor o tom, jak si žena myslí, že porod zvládla, jak pro ni byl náročný, jaké pocity během porodu

prožívala a jaký je její současný stav. Po porodu porodní asistentka novopečenou matku povzbuzuje, oceňuje její snahu pečovat o dítě a podporuje její nároky: na jedné straně být v nepřetržitém kontaktu se svým dítětem, na druhé straně i nárok ženy na odpočinek a klidný spánek. Rozhovor nejen posílí důvěru ženy ve zdravotníky, ale pomůže i co nejdříve odhalit příznaky začínajících psychických potíží, pocitů zklamání, nedůvěry nebo viny. Okolí od ženy většinou v poporodním období očekává radostné naladění a spokojenost, což může vést k pocitu izolovanosti a skrývání pravých emocí. Pokud porodní asistentka naváže se ženou vztah plný důvěry a akceptace, může vyjádřit klientka i ambivalentní pocity např. vůči dítěti nebo nové mateřské roli, což jsou pocity, za které se běžně stydí. Při přítomnosti příznaků deprese porodní asistentka poskytne kontakt na odborníka a informuje rodinu i samotnou ženu o jejím stavu. Vhodným diagnostickým nástrojem, který může porodní asistentka použít, je Edinburská škála poporodní deprese. Tento dotazník by měl být používán rutinně jak v rámci péče komunitních porodních asistentek, tak i v ambulancích obvodních gynekologů, kam ženy dochází na kontroly v šestinedělí. Prvním krokem, který by měla porodní asistentka při zjištění projevů poporodní deprese učinit, je edukace. Klientka by měla být informována o tom, co je poporodní deprese, jaké jsou příznaky psychické i tělesné a jak se poporodní deprese léčí. Pro ženu je důležité vědět, že za své pesimistické ladění, insuficientní pocity nebo úzkosti nemůže ona, ale příčinou je nemoc, kterou je nutné léčit. Je výhodné, když je při poučení ženy přítomna i nejbližší osoba pacientky, nejčastěji partner. Oba by měla porodní asistentka poučit o následcích neléčené poporodní deprese a motivovat je k vyhledání odborné pomoci psychiatra. Komunitní porodní asistentka může ženu a její rodinu dále podporovat emočně i pomocí svých rad a zkušeností. Důležitá je později úloha porodní asistentky při plánování dalšího těhotenství ženy a péče o ženu v dalším těhotenství. Péče komunitní porodní asistentky tedy nabývá stále většího významu.

Pro rodinu ženy trpící poporodní depresí budou důležitá následující doporučení: Členové rodiny by stav ženy neměli bagatelizovat, naopak by měli citlivě projevit pochopení. Pokud by si všimli u ženy skleslé nálady po dobu delší než dva týdny, neměli by váhat obrátit se buď na porodní asistentku, nebo přímo na psychiatra. Důležitá je i podpora nejbližšími osobami při dodržování léčebných postupů a užívání předepsaných léků. Členové rodiny by nikdy neměli nechávat ženu o samotě, měli by se snažit ji zapojovat do jednoduchých aktivit.

Poporodní deprese zasahuje do života ženy i novorozence, proto by její diagnostika a léčba měla být samozřejmostí. Porodní asistentky se mohou ve velké míře podílet na včasném odhalení těchto potíží. V České republice oproti „západním“ zemím problematice poporodní deprese není věnována náležitá pozornost. V literatuře se uvádí, že 90% depresí zůstávají zcela bez léčby (Jedličková, 2008, s. 89). Přitom následky pro ženu, novorozence i celou rodinu mohou být velmi vážné.

Výstupem dané bakalářské práce je vytvořený mnou informativní internetový blog o poporodní depresi, který má adresu: <https://www.instagram.com/poporodni.deprese/>. Vzhled stránek blogu uvádím jako přílohu č. 5.

Během svého výzkumného šetření jsem se přesvědčila, že nelze jednoznačně vyjmenovat příčinu vzniku poporodní deprese. Významnou roli však hraje souhrn rizikových faktorů vyskytujících se u jedinců, které mají ke vzniku deprese osobnostní předpoklady. Hlavní cíl a dílčí cíle se mi podařilo splnit. Vzhledem k tomu, že kvalitativní výzkum je směřován k individualitě, výsledky daného výzkumného šetření nelze zobecnit. Věřím, že moje práce bude zajímavá pro lidi, které se o téma poporodní deprese zajímají. Tato práce by mohla být přínosem pro péči porodních asistentek, mohla by pomoci jim lépe porozumět ženám s poporodní depresí.

ZÁVĚR

Cílem této práce bylo získat informace o prožitcích ženy, která trpěla poporodní depresí. V první kapitole teoretické části práce jsem se zaměřila na vymezení a rozdělení období šestinedělí. V dalších kapitolách uvádím obecné poznatky o poporodní depresi jako o onemocnění, jeho klasifikaci, o projevech a možnostech léčby. V rámci teoretické části svoji pozornost také věnuji možnému negativnímu dopadu poporodní deprese na interakci mezi matkou a dítětem a na jeho vývoj. Poslední kapitola teoretické části vysvětluje přínosy péče komunitních porodních asistentek o ženu během těhotenství a šestinedělí. Tato kapitola mimo jiné obsahuje informace o roli porodní asistentky a rodiny v péči o ženu s poporodní depresí.

Praktická část bakalářské práce obsahuje případovou studii ženy, která prodělala poporodní depresi. V rámci případové studie kromě anamnézy respondentky se zabývám popisem jednotlivých období: před těhotenstvím, průběhu těhotenství, období porodu, průběhu časného a pozdního šestinedělí. V popisu těchto období uvádím i části rozhovoru, ve kterých respondentka sama popisuje vlastní pocity a svůj pohled na u ní vzniklou poporodní depresi. Mou snahou bylo pojmout celý případ holisticky a hledat bio-psycho-socio-spirituální souvislosti nemoci, což si myslím, že se mi během daného šetření podařilo.

Údaje zjištěné během šetření porovnávám později s odbornou literaturou v rámci diskuze. V diskuzi rovněž uvádím důležitá doporučení pro praxi porodních asistentek v péči o ženu s poporodní depresí. Druhá část doporučení obsahuje informace pro péči o ženu rodinou. Z výzkumného šetření vyplývá, že významnou část péče by měla stanovit včasná detekce příznaků poporodní deprese, důležitou roli ve které hraje porodní asistentka, a pečlivé sledování rizikových faktorů vedoucích ke vzniku daného onemocnění. Péče porodní asistentky by tedy měla být směřována k posílení sebedůvěry ženy. Pocity a prožitky ženy během porodu jsou velmi důležité a žena by měla mít možnost po porodu o svých pocitech promluvit s porodní asistentkou. Psychický stav ženy v šestinedělí je stejně důležitý jako i její fyzické zdraví a nelze na to zapomenat. Porodní asistentka v péči o ženu, u které se deprese po porodu již vyskytla, je pro ni a její rodinu nejenom zdrojem informací, ale i důležitou podporou.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen, MARŠÁL, Karel a kolektiv, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
- KOUDELKOVÁ, Vlasta, 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. 1. vyd. Praha: Triton. 134 s. ISBN 978-80-7387-624-1.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- STADELMANN, Ingeborg, 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přepracované vydání. Praha: One Woman Press. 513 s. ISBN 978-80-86356-50-1.
- SINCLAIR, Constance, 2004. *A midwife's handbook*. St. Luis: Saunders, 620 s. ISBN 978-0-7216-8168-9.
- MARTIN, R. Colin, 2012. *Perinatal mental health: a clinical guide*. Keswick, Cumbria [UK]: M&K Publishing, 546 p. ISBN 9781905539499.
- TAKÁCS, Lea et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.
- PRAŠKO, Ján, BULIKOVÁ Barbora, SIGMUNDOVÁ, Zuzana, 2009. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén, 93 s. ISBN 978-80-7262-656-4.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013. *DSM-5*. In BRUMMELTE, Susanne, GALEA, Lisa, 2015. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior* [online]. 77(16) [cit. 14.12.2017], 153-166. ISSN 1095-6867. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0018506X15300428?via%3Dihub>.
- BRUMMELTE, Susanne, GALEA, Lisa, 2015. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior* [online]. 77(16) [cit. 14.12.2017], 153-166. ISSN 1095-6867. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0018506X15300428?via%3Dihub>.

SIGN, 2002. Postnatal Depression and Puerperal Psychosis. In EDWINS, Jenny, 2008. *Community midwifery practice*. Oxford, United Kingdom: Blackwell publishing. 268 s. ISBN: 978-1-4051-4895-5.

EDWINS, Jenny, 2008. *Community midwifery practice*. Oxford, United Kingdom: Blackwell publishing. 268 s. ISBN: 978-1-4051-4895-5.

JEDLIČKOVÁ, M., 2008. Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického. *Praktická gynekologie* [online]. **12**(2) [cit. 14.12.2017], 86-90. ISSN: 1211-6645. Dostupné z: http://www.praktickagynekologie.cz/?confirm_rules=.

ROHDE, Anke, DORN, Almut, 2007. *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie: das Lehrbuch*. Schattauer Verlag. Stuttgart. 391 s. ISBN 978-3-7945-2460-0.

COX, J., HOLDEN, J., SAGOVSKÝ, R., 1987. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of psychiatry* [online]. **150**(6) [cit. 14.12.2017], 782-786. ISSN 1472-1465. Dostupné z: <http://bjp.rcpsych.org/content/150/6/782>.

ZUBARAN, C. et al., 2010. Screening tools for postpartum depression: validity and cultural dimensions. *African Journal of Psychiatry* [online]. **13**(5) [cit. 14.12.2017], 357-365. ISSN 1994-8220. Dostupné z: <https://www.ajol.info/index.php/ajpsy/article/view/63101>.

PRAŠKO, Ján, 2002. Psychoterapie poporodních depresí. *Psychiatrie* [online]. **6**(2), 39-44. [cit. 16.03.2018]. ISSN 1212-6845. Dostupné z: <http://docplayer.cz/3181148-Psychoterapie-poporodnich-depresi.html>.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana et al., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem*. Praktický rádce pro porodní asistentky (a zvidavé rodiče). 1. vyd. Praha: Argo. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.

WHO, ICM, FIGO, 2005 In ŠTROMEROVÁ, Zuzana et al., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem*. Praktický rádce pro porodní asistentky (a zvidavé rodiče). 1. vyd. Praha: Argo. 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.

JANOŠKOVÁ, Kristina, 2014. *Význam péče porodní asistentky u žen v šestinedělí v prevenci poporodní deprese*. Trnava. Rigorózní práce. Trnavská univerzita v Trnavě. Fakulta zdravotnictví a sociální práce. Vedoucí práce Ľudmila MATULNÍKOVÁ.

JAROŠOVÁ, Darja, 2007. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. 99 s. ISBN 978-80-247-2150-7.

HENDRYCH LORENZOVA, Eva, BOLEDOVIČOVÁ, Mária, KÁŠOVÁ, Lucie, 2016. Péče komunitní porodní asistentky o šestinedělku s poporodní depresí. *Pediatric pro praxi* [online]. 17(5), s. 322-325. [cit. 16.3.2018]. ISSN 1803-5264. Dostupné z: <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/05/11.pdf>.

HARDER, U., 2005. *Wochenbettbetreuung in der Klinik und zu Hause*. in JANOUŠKOVÁ, Kristina, 2014. *Význam péče porodní asistentky u žen v šestinedělí v prevenci poporodní deprese*. Trnava. Rigorózní práce. Trnavská univerzita v Trnavě. Fakulta zdravotnictva a sociálnej práce. Vedoucí práce Ľudmila MATULNÍKOVÁ.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

MURKOFFOVÁ, Heidi et al., 2004. *Co čekat v radostném očekávání*. 1. vyd. Praha: Slovart. 595 s. ISBN 80-7209-457-2.

PONĚŠICKÝ, Jan, 2012. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Triton. 220 s. ISBN 978-80-7387-547-3.

SEZNAM ZKRATEK

HPA	Hypothalamic-pituitary-adrenal axis
MKN-10.....	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, fifth edition
APA	American Psychiatric Association
EPDS.....	Edinburgh postnatal depression scale
PDSS.....	Postpartum depression screening scale
BPDS	The Bromley postnatal depression scale
SSRI.....	Selective serotonin reuptake inhibitors
SSNRI.....	Selective serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors
ECT	Electroconvulsive therapy
rTMS.....	repetitivní transkraniální magnetická stimulace
IPT	Interpersonální psychoterapie
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
JIP	Jednotka intenzivní péče
JIRP.....	Jednotka intenzivní a resuscitační péče

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 - Diferenciální diagnostika poporodní deprese

Příloha č. 2 - Informovaný souhlas s rozhovorem

Příloha č. 3 - Edinburghská škála poporodní deprese

Příloha č. 4 - Depresivní spirála poporodních depresí

Příloha č. 5 - Stránky blogu o poporodní depresi

Příloha č. 1

Diferenciální diagnostika poporodní deprese

	Poporodní blues	Poporodní deprese	Poporodní psychóza
Příznaky	úzkost týkající se novorozence a rodičovství, plačtivost, zahlcenost emocemi, emoční labilita	pokleslá nálada, vysoká úzkost, zahlcenost emocemi, pocity beznaděje, sebevražedné myšlenky	tenze, labilní, pokleslá nebo elevovaná nálada, obavy, bludy a halucinace
Počátek	do 10 dnů po porodu	do 4 týdnů po porodu	akutní začátek, první 2-3 týdny po porodu
Důsledky	proměnlivé postižení, občas dobré dny, nálada nemusí být pokleslá po celou dobu	pokleslá nálada a zneschopnění po většinu času	může se rychle zhoršit, akutní stav
Průběh	zpravidla odezní během 1-2 týdnů	incidence stoupá prvních 30 dnů, může trvat měsíce	Proměnlivý
Rizika	přechod do deprese	suicidium, zanedbávání péče o novorozence, narušená mateřská vazba, psychotické symptomy	může ublížit sobě nebo novorozenci z psychotické motivace, nutnost hospitalizace

Zdroj: SCRANDIS et al., 2007 In TAKÁCS, Lea et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

Příloha č. 2

INFORMOVANÝ SOUHLAS

PÉČE O ŽENU S POPORODNÍ DEPRESÍ

STUDENT

jméno: Iana Marchenko

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: marchenk@students.zcu.cz

VEDOUCÍ BP:

jméno: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph. D.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: ratislav@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Získat informace o prožitcích ženy, která trpěla poporodní depresí.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 3

Edinburghská škála poporodní deprese

Edinburgh Postnatal Depression Scale 1 (EPDS)

Rok narození: _____
Datum porodu: _____ Dnešní datum: _____

Po narození dítěte se u ženy vyskytuje řada různých pocitů, rádi bychom věděli, jak se cítíte. Prosím zaškrtněte odpověď, která se nejvíce blíží tomu, **jak jste se cítila V POSLEDNÍCH SEDMI DNECH (ne to, jak se cítíte dnes).**

Např. Cítila jsem se šťastná

- Ano, vždy
- × Ano, většinou (Zaškrtnutí této odpovědi znamená: Cítila jsem se šťastná většinu času během posledního týdne.)
- Ne, ne často
- Ne, vůbec

V posledních 7 dnech:

- | | |
|--|--|
| <p>1. Dokázala jsem se smát a vidět i zábavnou stránku věci.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tak jako vždy<input type="checkbox"/> Ne úplně tolik, co dříve<input type="checkbox"/> Rozhodně ne tolik, co dříve<input type="checkbox"/> Vůbec ne <p>2. Očekávala jsem věci s potěšením.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Tak jako vždy<input type="checkbox"/> Spíše méně, než jsem byla zvyklá<input type="checkbox"/> Rozhodně méně, než jsem byla zvyklá<input type="checkbox"/> Skoro vůbec <p>3. Když se něco nepodařilo, měla jsem pocity viny.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ano, většinou<input type="checkbox"/> Ano, občas<input type="checkbox"/> Ne příliš často<input type="checkbox"/> Ne, nikdy <p>4. Cítila jsem bezdůvodně úzkost nebo znepokojení.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ne, vůbec ne<input type="checkbox"/> Skoro nikdy<input type="checkbox"/> Ano, občas<input type="checkbox"/> Ano, velmi často <p>5. Cítila jsem bezdůvodně strach nebo propadla panice.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ano, poměrně často<input type="checkbox"/> Ano, někdy<input type="checkbox"/> Ne často<input type="checkbox"/> Ne, vůbec ne | <p>6. Bylo toho na mne moc. Měla jsem toho až nad hlavu.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ano, většinou nejsem schopná věci vůbec zvládat<input type="checkbox"/> Ano, někdy nejsem schopná zvládat věci tak, jak jsem byla zvyklá<input type="checkbox"/> Ne, většinou věci zvládám docela dobře<input type="checkbox"/> Ne, zvládám věci stejně dobře jako vždy <p>7. Byla jsem tak nešťastná, že jsem obtížně spala.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ano, většinou<input type="checkbox"/> Ano, někdy<input type="checkbox"/> Ne příliš často<input type="checkbox"/> Vůbec ne <p>8. Cítila jsem se smutně nebo na dně.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ano, většinu času<input type="checkbox"/> Ano, celkem často<input type="checkbox"/> Ne příliš často<input type="checkbox"/> Vůbec ne <p>9. Byla jsem tak nešťastná, že jsem plakala.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ano, většinu času<input type="checkbox"/> Ano, celkem často<input type="checkbox"/> Ne, jen příležitostně<input type="checkbox"/> Ne, nikdy <p>10. Vyskytla se u mne myšlenka, že si ublížím.</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Ano, poměrně často<input type="checkbox"/> Někdy<input type="checkbox"/> Skoro ne<input type="checkbox"/> Nikdy |
|--|--|

1 Source: Cox, J.L., Holden, J.M., and Sagovsky, R. 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* 150:782-786.

2 Source: K. L. Wisner, B. L. Parry, C. M. Piontek, Postpartum Depression N Engl J Med vol. 347, No 3, July 18, 2002,194-199

Zdroj: LORENZOVÁ, Eva, KAŠOVÁ, Lucie, RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2016. Specifické diagnostické nástroje vhodné pro porodní asistentky pečující o ženy po porodu v komunitním prostředí. In *ResearchGate*. [online]. 17.6.2016. [cit. 19.3.2018]. Dostupné z:

www.researchgate.net/publication/304025033_Specificke_diagnosticke_nastroje_vhodne_pro_porodni_asistentky_pecujici_o_zeny_po_porodu_v_komunitnim_prostredii.

Příloha č. 4

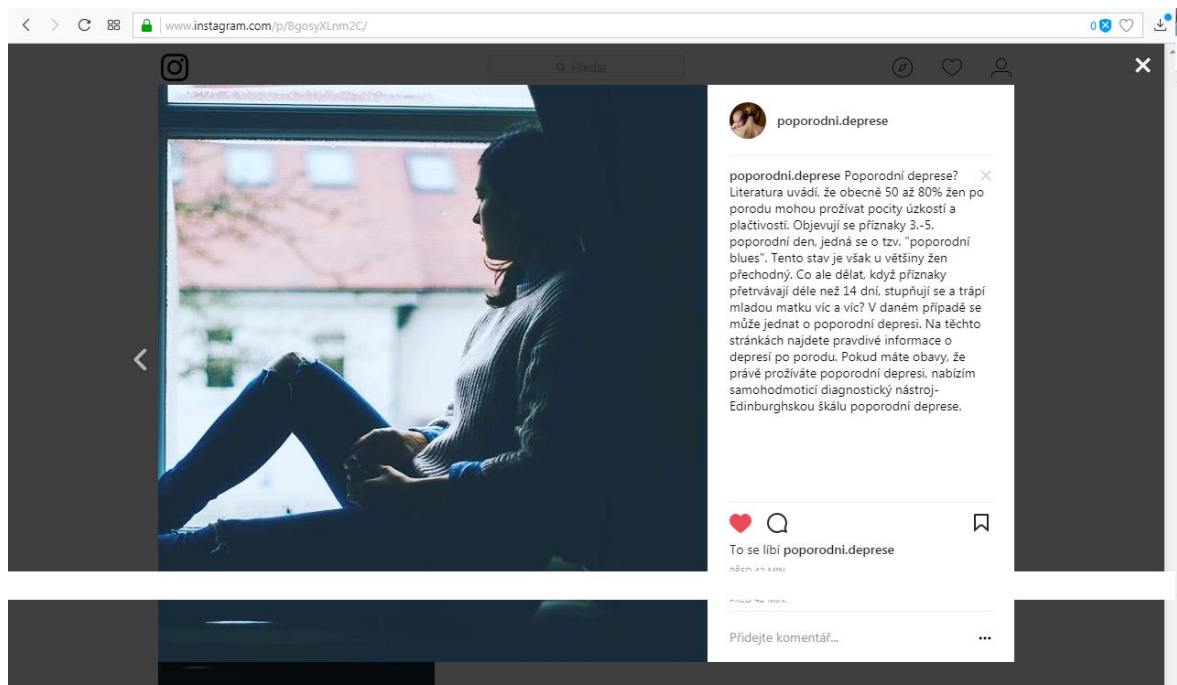
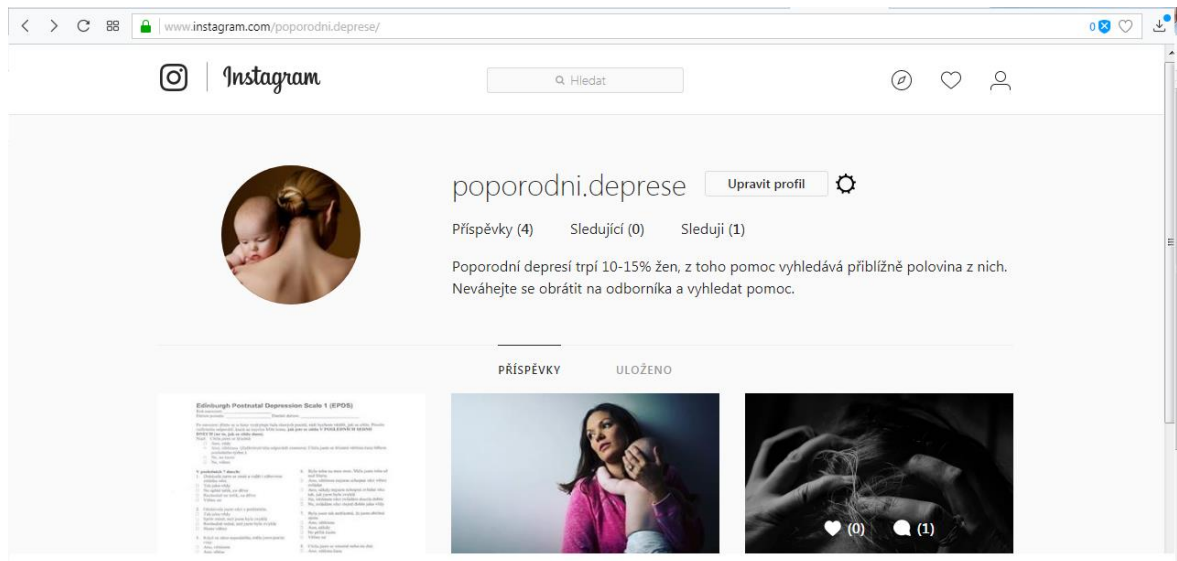
Poporodní depresivní spirála



Zdroj: ROHDE, Anke, DORN, Almut, 2007. *Gynäkologische Psychosomatik und Gynäkopsychiatrie: das Lehrbuch*. Schattauer Verlag. Stuttgart. 391 s. ISBN 978-3-7945-2460-0.

Příloha č. 5

Stránky blogu o poporodní depresi



Zdroj: vlastní