

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2021

Petra Spilková

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Petra Spilková

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

SCREENING POPORODNÍ DEPRESE

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.

PLZEŇ 2021

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

Fakulta zdravotnických studií

Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Petra SPILKOVÁ**
Osobní číslo: **Z18B0023P**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Screening poporodní deprese**
Zadávající katedra: **Katedra ošetrovatelství a porodní asistence**

Zásady pro vypracování

- Zpracovat seznam odborné literatury na vybrané téma.
- Stanovit cíl kvalifikační práce.
- Zpracovat teoretickou a praktickou část práce dle požadavků FZS.
- Popsat metodiku praktické části.
- Vypracovat diskuzi a závěr kvalifikační práce.
- Dodržet formální úpravu kvalifikační práce dle požadavků FZS.
- Dodržet citační normu.
- Dodržet předepsaný minimální počet konzultací s vedoucím práce.

Rozsah bakalářské práce:
Rozsah grafických prací:
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná**

Seznam doporučené literatury:

- CALLISTER, L.C., BECKSTRAND, R.L., CORBETT, Ch. Postpartum Depression and Culture: Pesado Corazon. MCN, The American Journal of Maternal Child Nursing. [online]. 2010, 35, 5. Dostupné z <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20551841>. ISSN 0361-929X.
- ŠEBELA, A., HANKA, J., MOHR, P. Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese. *Česká gynekologie*. 83(6), 2018, Sv. 474-478, ISSN 1210-7832.
- ŠEBELA, A., HANKA, J., MOHR, P. Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. *Česká gynekologie*. 83(6), 2018, s. 468-473, ISSN 12107832.
- ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. Praha: Grada, 2008 ISBN 9788024719412.
- VYMĚTAL, Jan. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003. ISBN 807178740x.

Vedoucí bakalářské práce: **MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.**
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **18. června 2019**
Termín odevzdání bakalářské práce: **31. března 2021**



PhDr. Lukáš Štich, MBA
děkan



PhDr. Mgr. Jitka Krocová
vedoucí katedry

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31.3.2021



vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Spilková Petra

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Screening poporodní deprese

Vedoucí práce: MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.

Počet stran – číslované: 91

Počet stran – nečíslované: 36

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 74

Klíčová slova: poporodní deprese, screening poporodní deprese, úzkost, míra psychosociálního stresu

Souhrn:

Tato bakalářská práce je zaměřená na screening poporodní deprese. V teoretické části, která je rozdělená na tři části, je definována poporodní deprese, její příznaky a diagnostika. Jednotlivé kapitoly se zabývají nejen dopady deprese na matku a dítě, prevencí deprese, problematikou poporodní deprese v České republice a v jiných zemích, druhy screeningů, ale také rolí porodní asistentky ve screeningu poporodní deprese. Cílem praktické části, která je věnována kvantitativnímu výzkumu, je zjistit množství žen s klinicky závažnými příznaky deprese. Kromě deprese se výzkumná část zabývá také výskytem úzkosti u žen a mírou psychosociálního stresu. Výsledkem této práce je zjištění, že výskyt poporodní deprese u žen je poměrně rozsáhlý a časté onemocnění a na jeho výskyt se velmi často zapomíná. Závěrem lze říci, že velký počet žen už během těhotenství zažívá jisté psychické potíže, ať už se jedná o úzkostné stavy, nebo stresovou zátěž ženy, což může ve velké míře způsobit rozvoj deprese po porodu.

Abstract

Surname and name: Spilková Petra

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Screening postpartum depression

Consultant: MUDr. Antonín Šebela, Ph.D.

Number of pages – numbered: 91

Number of pages – unnumbered: 36

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 74

Keywords: postpartum depression, screening postpartum depression, anxiety, the degree of psychosocial stress

Summary:

This bachelor thesis is focused on the screening of postpartum depression. The theoretical part, which is divided into three parts, defines postpartum depression, its symptoms and diagnosis. The individual chapters deal not only with the effects of depression in the Czech Republic and in the countries, types of screening but also the role of midwives in postpartum depression screening. The aim of the practical part, which is devoted to quantitative research, is to determine the number of women with clinically severe symptoms of depression. In addition to depression, the research part also deals with the occurrence of anxiety in women and the degree of psychosocial stress. The finding of this states that the occurrence of postpartum depression in women is a relatively large and common illness and its occurrence is very often forgotten. In conclusion, a large number of women already experience certain psychological problems during pregnancy, whether it is anxiety or stress in a woman, which can greatly cause the development of depression after childbirth.

Předmluva

Těhotenství a samotný porod jsou pro ženu nejen těžkou životní situací, ale především velkou psychickou zátěží. I když se od žen po porodu očekává, že jsou plné radosti a štěstí, protože narození dítěte bývá označováno za nejšťastnější období, které žena ve svém životě zažívá, můžeme se také setkat s ženami, u kterých se objeví klinické příznaky deprese.

Poporodní deprese je poměrně časté a závažné onemocnění, které ale není dostatečně diagnostikováno. V bakalářské práci se zabýváme screeningem poporodní deprese, druhy screeningů a celkovou problematikou screeningu. Snažíme se popsat také roli porodní asistentky během screeningu. I když je v dnešní populaci poporodní deprese velmi často rozebírané téma, ženy o ní nejsou dostatečně informovány a nejsou dostatečně diagnostikovány.

Naším cílem bakalářské práce bylo pomocí dotazníkového šetření zjistit, kolik žen má po porodu klinicky závažné příznaky poporodní deprese. Pomocí dotazníku jsme se také snažili zjistit, u kolika žen se vyskytují příznaky úzkosti a míru psychosociálního stresu. A snažili jsme se poukázat na jejich souvislost.

Poděkování

Děkuji MUDr. Antonínu Šebelovi, Ph.D. za odborné vedení práce, poskytování rad a materiálních podkladů, za jeho okamžité jednání, a především za jeho trpělivost při psaní bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala své rodině, která mě ve studiu podporovala, především finančně a také mému příteli, za jeho trpělivost a podporu během mého studia.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	11
SEZNAM ZKRATEK	13
ÚVOD.....	14
TEORETICKÁ ČÁST	16
1 POPORODNÍ DEPRESE	16
1.1 Definice	16
1.2 Etiologie	18
1.3 Četnost výskytu.....	18
1.4 Příznaky.....	18
1.5 Rizikové faktory	20
1.6 Dopady poporodní deprese na matku a dítě	22
1.7 Diferenciální diagnostika	22
2 PREVENCE POPORODNÍ DEPRESE	24
2.1 Psychohygienu v těhotenství a po porodu	24
2.2 Efekt kojení	25
2.3 Svépomocné skupiny.....	26
2.4 Časné intervence	27
3 SCREENING POPORODNÍ DEPRESE.....	30
3.1 Screeningové metody	30
3.2 Modely screeningu ve světě	30
3.3 Efekt screeningu.....	32
3.4 Zapojení rizikových žen do péče.....	33
3.5 Role porodní asistentky ve screeningu.....	35
PRAKTICKÁ ČÁST	38
4 FORMULACE PROBLÉMU	38
5 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	39
6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	40
7 METODIKA PRÁCE	41
7.1 Použité dotazníky	41
7.1.1 Edinburská škála poporodní deprese	41
7.1.2 Screeningová škála perinatálních úzkostí.....	41
7.1.3 Perinatální psychosociální profil	41
7.2 Proces sběru dat.....	42
8 ORGANIZACE VÝZKUMU	42
9 ZPRACOVÁNÍ DAT	42
10 ANALÝZA DAT.....	43
10.1 Edinburská škála poporodní deprese.....	43

10.2	Screeningová škála perinatálních úzkostí.....	53
10.3	Perinatální psychosociální profil.....	84
10.4	Test vztahů mezi přítomností depresivních příznaků, úzkostných příznaků, psychosociálním stresem a věkem u žen po porodu.....	94
11	PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH VÝSLEDKŮ	95
	DISKUZE.....	100
	ZÁVĚR.....	104
	SEZNAM LITERATURY.....	106
	SEZNAM PŘÍLOH	115
	PŘÍLOHY	116

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Zda se cítí dotazované ženy veselé	43
Graf 2 – Radost do budoucnosti u dotazovaných žen	44
Graf 4 – Úzkost a ustaranost u dotazovaných žen.....	46
Graf 5 – Vyděšenost dotazovaných žen	47
Graf 6 – Zda se žen nepříjemně dotýkalo mnoho věcí	48
Graf 7 – Znepokojení, které vedlo ke špatnému spánku u dotazovaných žen.....	49
Graf 8 – Špatná nálada u dotazovaných žen.....	50
Graf 9 – Pláč u dotazovaných žen	51
Graf 10 – Myšlenky na ublížení u dotazovaných žen	52
Graf 11- Obavy o dítě dotazovaných žen	53
Graf 12 – Strach z ohrožení dítěte dotazovaných žen	54
Graf 13 – Pocit dotazovaných žen, že se stane něco špatného	55
Graf 14 – Obavy dotazovaných žen z mnoha věcí	56
Graf 15 – Obavy dotazovaných žen z budoucnosti	57
Graf 16 – Přetíženost dotazovaných žen	58
Graf 17 – Strach z porodu, bolesti, jehel a krve dotazovaných žen	59
Graf 18 – Náhlé stavy velikého strachu a celkové nepohody u dotazovaných žen.....	60
Graf 19 – Opakující se nepříjemné myšlenky u dotazovaných žen, které je těžké zastavit	61
Graf 20 – Problém se spánkem u dotazovaných žen.....	62
Graf 21 – Stav dotazovaných žen, kdy musí některé věci dělat přesně podle určitého sledu	63
Graf 22 – Počet dotazovaných žen, které chtějí mít vše udělané perfektně	64
Graf 23 Potřeba dotazovaných žen mít vše pod kontrolou.....	65
Graf 24 – Potřeba dotazovaných žen kontrolovat vykonané úkoly.....	66
Graf 25 – Vylekanost dotazovaných žen.....	67
Graf 26 – Koncentrace dotazovaných žen na opakující se nepříjemné myšlenky	68
Graf 27 – Počet dotazovaných žen, které se vyhýbají určitým věcem nebo situacím.....	69
Graf 28 – Opakované vzpomínky, sny nebo noční můry u dotazovaných žen	70
Graf 29 – Obavy dotazovaných žen, že se před ostatními lidmi ztrapní	71
Graf 30 – Obavy dotazovaných žen, že je budou ostatní lidé negativně hodnotit	72
Graf 31 – Pocit nejistoty ve větší skupině lidí, či v davu dotazovaných žen	73
Graf 32 – Počet dotazovaných žen, které se vyhýbají sociálním situacím.....	74

Graf 33 – Vyhýbavost svým koníčkům a zálibám u dotazovaných žen.....	75
Graf 34 – Pocit odtazeni od sebe u dotazovaných žen	76
Graf 35 – Počet dotazovaných žen, které se ztrácejí v časové posloupnosti.....	77
Graf 36– Počet dotazovaných žen, které si obtížně nyní zvykají na změny	78
Graf 37 – Úzkostné prožívání u dotazovaných žen.....	79
Graf 38 – Myšlenky, které způsobují dostatečnou koncentraci u dotazovaných žen.....	80
Graf 39 – Strach u dotazovaných žen z toho že nad sebou ztratí kontrolu.....	81
Graf 40 – Panika u dotazovaných žen	82
Graf 41 – Nervozita u dotazovaných žen	83
Graf 42 – Finanční starosti u dotazovaných žen	84
Graf 43 – Jiné finanční starosti u dotazovaných žen.....	85
Graf 44 – Problémy s rodinou u dotazovaných žen.....	86
Graf 45 – Stěhování u dotazovaných žen	87
Graf 46 – Ztráta blízké osoby u dotazovaných žen	88
Graf 47 – Současné těhotenství u dotazovaných žen	89
Graf 48 – Sexuální, emoční či fyzické zneužívání u dotazovaných žen	90
Graf 49 Problémy s alkoholem, či jinými psychoaktivními látkami u dotazovaných žen .	91
Graf 50 – Pracovní problémy u dotazovaných žen.....	92
Graf 51 – Problémy s přáteli u dotazovaných žen.....	93
Graf 52 – Pocity přetížení u dotazovaných žen.....	94

SEZNAM ZKRATEK

EPDS.....	Edinburská škála poporodní deprese
PASS.....	Screeningová škála perinatálních úzkostí
PPP.....	Perinatální psychosociální profil
WHO.....	Světová zdravotnická organizace
APA.....	Americká psychologická asociace
MKN.....	Mezinárodní klasifikace nemocí
Např.....	Například

ÚVOD

Těhotenství a samotný porod jsou pro ženu velkou psychickou zátěží, kterou nemusí každá žena zvládnout podle svých představ. Proto by žena měla být informovaná o možném vzniku poporodní deprese a také o tom, jak ji zvládat. V České republice se screening poporodní deprese příliš v praxi nevyužívá. Psychika ženy po porodu je velice křehká, a proto by měla být více zkoumaná. U poporodní deprese je nejdůležitější včasná a správná diagnostika, protože toto onemocnění může mít fatální následky nejen pro matku, ale i její dítě. Ženy po porodu by měly vědět, že výkyvy nálad, které vznikají poporodním kolísáním hormonů v těle ženy, mohou být v této době normální. Na druhou stranu by ale měly také vědět, kdy už tyto stavy hraničí s prvotními příznaky deprese. Spousta žen je už v těhotenství pod velkým stresovým tlakem, který se po porodu může vyvinout například do poporodní deprese. Ženy do těhotenství mohou vstoupit už s jistými rizikovými faktory pro vznik poporodní deprese, což by mělo být porodní asistentkou či lékařem vyzorováno již při první návštěvě. Od žen po porodu se společensky předpokládá, že budou šťastné z toho, že přivedly na svět svého potomka. Spousta žen o svých problémech odmítá s kýmkoliv komunikovat, ženy se mohou cítit provinile, že nejsou schopny se radovat z příchodu svého dítěte.

Téma „Screening poporodní deprese“ jsme zvolili právě proto, abychom touto cestou zjistili počet žen, u kterých se po porodu objeví klinicky závažné příznaky poporodní deprese. V našem výzkumu jsme se zajímali také o příznaky úzkosti, která ve větší míře doprovází příznaky poporodní deprese. Ženy s úzkostí již v období těhotenství mají větší riziko pro vznik poporodní deprese. Zabývali jsme se také mírou psychosociálního stresu. V dnešní době jsou ženy poměrně pod velkým stresovým tlakem, což bohužel také přispívá ke vzniku poporodní deprese.

V teoretické části, kterou jsme si rozdělili na tři části, jsme se jako první zabývali charakteristikou tohoto onemocnění, jejími příznaky, léčbou a diagnostikou. Snažili jsme se také popsat dopad poporodní deprese na matku a její dítě. V další části jsme se zabývali především prevencí poporodní deprese, kde jsme důkladně popsali efekt kojení, svépomocné skupiny, které se nachází v České republice, a časnou intervenci. A nakonec jsme se zabývali problematikou screeningu poporodní deprese nejenom v České republice, ale také v jiných zemích. Popsali jsme všechny možné druhy screeningu poporodní deprese, především jsme se zaměřili také na roli porodní asistentky ve screeningu poporodní deprese.

Praktická část je zaměřena na hlavní cíl, a to zjistit, kolik žen po porodu, má klinicky závažné příznaky poporodní deprese. Informace jsme získávali pomocí rozdaného dotazníku, který se zabýval nejen depresí, ale také výskytem úzkostí u žen a mírou psychosociálního stresu. Vymezili jsme si čtyři dílčí cíle, ke kterým se vztahují čtyři výzkumné problémy.

Toto téma jsem si vybrala, protože se ráda zabývám psychikou ženy během těhotenství, porodu a v období po porodu. Ráda bych se v budoucnu zajímala více o toto téma a snažila se o lepší diagnostiku tohoto onemocnění. Budu ráda, když budu moct doprovázet ženy po celou dobu těhotenství, k porodu a také je následně navštěvovat v domácím prostředí po celou dobu šestinedělí. Dotazníky, které jsem použila do bakalářské práce, bych ráda rozdávala ženám nejen na oddělení šestinedělí, ale také v domácím prostředí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 POPORODNÍ DEPRESE

1.1 Definice

Téměř pro každého z nás je narození dítěte spojeno s časem radosti a spokojenosti. Mállokdo si uvědomí, že se v poporodním období může objevit zhoršená nálada, kterou prožívá 50-80 % žen, nejčastěji třetí až čtvrtý den po porodu. Tato krátká epizoda, zvaná poporodní blues, se projevuje kolísáním nálad, které je spojeno se stavy euforie. Střídají se s úzkostí, smutkem, napětím nebo podrážděností. Výrazné a prudké změny po porodu mají za následek rapidní pokles estrogenů a progesteronu (Praško, 2002, s. 39-44). Avšak, přibližně u 17 % žen se rozvine poporodní deprese, která má negativní dopad nejen na ženu samotnou, ale také na jejího partnera a dítě.

Někteří autoři se shodují v tom, že se deprese může objevit kdykoliv během prvních šesti měsíců až jednoho roka postpartálně (Rastislavová, 2008, s. 91, Praško, 2002, s. 39-44). U žen, které mají poporodní depresi, bylo popsáno významné narušení mateřské role (např. menší míra slovní stimulace dítěte, méně tělesného kontaktu s dítětem, nižší přenos pozitivních emocí, problémy s krmením dítěte) (Šebela, 2018, s. 474). První známky deprese se nejčastěji objevují po příchodu matky s novorozencem domů, kdy se žena musí připravit na svoji novou roli a přijmout odpovědnost za dítě (Roztočil, 2008, s. 361). Praško (2002) dále uvádí neschopnost matky starat se o své dítě a milovat jej, protože má pocit, že její dítě je nechtěné. Výjimečně může dojít k prohloubení příznaků v podobě psychotických prožitků a hrozí zde suicidium matky či zabití novorozence. Také se mohou objevit obsese, abúzus alkoholu, kompulze nebo panické ataky (Praško, 2002, s. 30-44). Češková (2013) ve své knize píše o tom, že depresivní poruchy se častěji objevují v období po porodu než v graviditě. Udává, že některé ženy mají pocit nezájmu o své dítě, jiné ženy naopak trpí silným pocitem nesnesitelného strachu o novorozence a úzkostnými pocity být s dítětem sama. Strach a obavy o dítě, které žena pociťuje, mohou mít až obsedantní charakter a mohou se tak stát objektem bludu a přítomnosti halucinací (Češková, 2013, s. 30).

Projevy poporodní deprese mohou nastat v kterémkoliv období po ukončení těhotenství, a to od spontánního potratu, přes umělý potrat, mimoděložní těhotenství, předčasný

porod až k termínovanému těhotenství (Roztočil et al., 2017, s. 218). Nejen porod, ale i samotné těhotenství je velkým zásahem do organismu ženy. Mění se aktivita hormonů a stav vnitřního prostředí, což je v kombinaci se stresem pro ženu velké riziko pro rozvinutí některého typu deprese. Poporodní deprese se může vyskytnout i bez předchozích emocionálních výkyvů, ale může také navazovat na poporodní blues, kdy příznaky trvají ještě po 14 dnech a postupem času dochází k jejich prohloubení. U 10-15 % žen tato nemoc může být perzistentní i do dalšího těhotenství (Jedličková, 2008, s.86). Praško (2015) uvádí, že se poporodní deprese nejčastěji vyskytuje u prvorodiček a u žen, které před otěhotněním prožívaly silnou premenstruační tenzi (Praško, 2015, s. 41)

Rohde a Dorn definují tři základní typy poporodní deprese, které se odlišují svými symptomy a následnou léčbou (Rohde, Dorn 2007 in Ratislavová, 2008, s. 3):

- *Insuficientní typ*: tento typ je nejčastější typ poporodní deprese, který se projevuje pocitem nedostatečnosti, pocitem jsem „špatná matka“. Rozvíjí se ze zcela normálního pocitu nejistoty, až se dostanou do samotného sebepojetí ženy. Často se objevuje pocit neschopnosti milovat své dítě. Tyto pocity mohou ženu vést až k sebevražedným úmyslům. Tento typ deprese musí být včas podchycen a léčen z důvodu chronicity. U ženy se musí zahájit antidepresivní léčba. Pokud má žena sebevražedné myšlenky, je nutná psychiatrická léčba.
- *Nutkavý typ*: u tohoto typu poporodní deprese je nejčastějším příznakem nutkavá myšlenka, která může být typu: jak může matka dítěti ublížit. Tyto myšlenky se ženě vnucují proti její vůli a nahánějí strach. Vyvolávají pocity viny a studu. Pro ženu je obtížné o těchto myšlenkách mluvit, proto se o nich lékaři a porodní asistentky obtížně dovědí. Rohde doporučuje otázku typu: „Mluvila jsem s řadou maminek, u kterých se v podobné situaci objevily myšlenky, že nějak svému dítěti ublíží. Stalo se vám někdy něco podobného?“
- *Panický typ*: pro tento typ je specifický příznak pocit úzkosti a hrůzy. Vzniká náhle a je doprovázen vegetativními symptomy, kam patří napětí svalů, zrychlený dech, roztržitost, bušení srdce a pocení. Tento typ deprese není zatěžující jenom pro ženu, ale je velmi zatěžující i pro jejího partnera. Žena může mít během záchvatu pocit na omdlení, strach ze smrti a ze ztráty sebeovládání.

1.2 Etiologie

Těhotenství ovlivňují reprodukční a stresové hormony, které stanoví hladinu ihned po porodu a začnou rychle klesat. Bylo popsáno, že estrogen i progesteron mají protektivní efekt před depresivními symptomy a jejich pokles po porodu může u zranitelných žen spustit rozvoj depresivní symptomatiky (Šebela, 2018, s. 469). Spouštěčem depresivní poruchy může být zátěžová životní událost, která nás nutí změnit zaběhlý způsob života. Do těchto událostí můžeme zařadit ztrátu partnera, ztrátu důležité role, ztrátu autonomie, přirozené aktivity a důležitosti. Změny se často odehrávají ve velmi krátkém časovém období, což může snižovat tělesnou a psychickou odolnost člověka. Radostné události se také považují za stresory a jejich vliv se sčítá společně s vlivem negativních událostí (Praško, 2009, s.49).

1.3 Četnost výskytu

Dle Hahn-Holbrookové et al. (ROK) v metaanalýze 291 studií, které zahrnují soubor 296 284 žen po porodu, je celosvětová prevalence poporodní deprese 17 %. V České republice byla popsána prevalence šest týdnů po porodu 11,8 % a šest měsíců po porodu 10 % (Fiala et al., 2017). Heritabilita poporodní deprese je 54 %, genetická shodnost s klasickou depresí je 33 % (Šebela, 2018, s. 469). V období šestinedělí se přibližně u 17 % žen rozvine poporodní deprese. Když použijeme tuto informaci na epidemiologická data z České republiky z roku 2017, můžeme odhadovat, že zhruba 19 000 žen zažilo v roce 2017 příznaky poporodní deprese (Šebela, 2018, s. 474). Poporodní deprese ve Spojených státech amerických postihuje až půl miliónu žen ročně a až polovině z nich se nedostává léčby, protože nemoc není odhalena (Horowitz and Goodman, 2004, s. 265). Výskyt sebevražedných myšlenek u žen s poporodní depresí se pohybuje od 0,2 % do 15,4 % mezi různými populacemi (Lindahl, Pearson and Colpe, 2003 in Doucet and Letourneau, 2009, s. 10).

1.4 Příznaky

Poporodní deprese je heterogenním onemocněním. Příznaků tohoto onemocnění je mnoho. Mezi nejčastější patří nespavost, neschopnost milovat svoji rodinu a ambivalentní neboli jakoby dvojí vztahy k novorozenci (Roztočil et al., 2017, s. 218). Pro kliniky ze všech souvisejících oborů je důležité, zda ženy projevují známky a příznaky poporodní deprese. Termín poporodní deprese v sobě zahrnuje různé „stavy“. Oakleyová (1979) toto označila jako: a) přecitlivělost, která se projevuje plačtivostí a úzkostí v období 2-10 dní po porodu, což se obvykle považuje za přechodné, b) deprese a úzkost, která trvá jeden až dva týdny a

způsobuje je především příchod ženy s dítětem do domácího prostředí, c) depresivní „ná-lady“, kdy se během asi tří měsíců po porodu střídají špatné a dobré dny, d) klinickou de-presi, která zahrnuje i další příznaky jako je ztráta chuti k jídlu, poruchy spánku a je trvalejší (Nicolson, 2001, s. 33).

Poporodní deprese většinou probíhá v mírné až střední formě. Specifické symptomy, které upozorňují na probíhající depresi, jsou úzkost, nerozhodnost, strach ze samoty, nechutenství nebo přejídání se, ztráta zájmu a potěšení, bezmoc a beznaděj, katastrofické obavy z budoucnosti (Kennedy, 2001 in Praško, 2002, s. 39-44). Matka s poporodní depresí o dítě nejeví takový zájem, jaký je u matek po porodu běžný, nevěnuje mu dostatečnou pozornost a péči. Pokud dojde k prohloubení do těžkého stupně deprese, může stav ohrožovat nejen matku, ale i dítě, a to až po rozšířenou sebevraždu, což znamená vraždu dítěte a sebevraždu (Olejárová, 2017, s. 168). Ratislavová (2008) nahlíží na projevy poporodní deprese, jako na možnost záměny s příznaky, které jsou pro šestinedělí normální (Ratislavová, 2008, s. 91). Mezi hlavní příznak deprese patří porucha nálady, ale kromě ní je zasaženo také myšlení, chování a tělesné fungování. Deprese totiž není onemocnění nejen duše, ale onemocnění celého těla. Mnoho lidí v depresi pocítují vyčerpanost, únavu, tíhu a malátnost. Pocity se často během dne mění, jejich intenzita může být největší ráno nebo večer, je to různé (Praško, 2003, s. 45-49). Mezi další příznaky patří narušená schopnost správně myslet, pamatovat si, soustředit se a správně se rozhodnout. U žen se objevují výčitky, které nemají reálný podklad, a také myšlenky na sebevraždu. Deprese způsobuje i změnu tělesné aktivity, která se projevuje jako celkové zpomalení, chudá mimika, vážne interpersonální a sociální komunikace. Šebela (2019) ve svém článku udává, že mezi hlavní příznaky nemoci patří především pokleslá a smutná nálada, úbytek příjemných prožitků a celkový nezájem. Lze také očekávat silnou únavu nebo ztrátu energie a snížení libida, poruchu chuti k jídlu, výrazný úbytek nebo zvýšení hmotnosti, poruchy spánku, pocity viny, psychomotorické zpomalení a v nejtěžších případech myšlenky na smrt (Šebela, 2019, s. 59).

Mezi další projev poporodní deprese můžeme u ženy považovat snížení sebeúcty a také pocit, že lidé v okolí ženu nedokážou pochopit a porozumět jejím pocitům, nejčastěji má žena na mysli svého partnera (Tenenbaum, 2018, s. 41). Za častý příznak můžeme považovat opakovaný záchvat pláče, který přechází v hysterii, pocity zloby, podrážděnosti a nervozity. Žena se může uzavřít, což způsobí vymizení kontaktu s rodinou a přáteli i celým okolím (Wider, 2009, s. 131-132). Poslední příznaky poporodní deprese jsou příznaky tělesné, které se projevují nespavostí, zácpou, bolestí hlavy, bolestí páteře a bolestí břicha,

hubnutím, bušením srdce, poruchami menstruace a dalším (Pidrman, 2006, s. 9-12). Příznaky se projevují 4. až 6. týden po porodu. Ženy mají problémy s kojením a nejsou schopné se vyrovnat s péčí o dítě. Tento stav může vyvrcholit až po patologický stav, kdy je žena tak úzkostlivá, že se bojí s dítětem manipulovat. V této situaci je vyžadována psychiatrická pomoc (Koudelková, 2013, s. 128; Takács, Sobotková, Šulcová, 2015, s. 76).

1.5 Rizikové faktory

Mezi nejčastější rizikové faktory poporodní deprese patří výskyt deprese v rodinné a osobní anamnéze, problémy ve vztahu s partnerem či jeho nedostatečná podpora. Mezi psychologické faktory můžeme zařadit pocity bezmoci, které porod vyvolává, nutnost starat se o jiného, nedostatek spánku a odpočinku a v neposlední řadě neschopnost kojení jakožto jediné možné výživy novorozence (Slezáková et al., 2017, s. 234). Roztočil (2017) ve své knize uvádí, že mezi rizikové faktory můžeme řadit věk rodičky nižší než 20 let, rodinný stav ženy (svobodná), zdravotní handicap a situaci, kdy nedělky pocházející z rodiny o šesti a více dětech. Také ženy, které vyrůstaly v nekompletní rodině a ženy se špatným vztahem k rodičům v dětství a dospělosti, špatný vztah k otci dítěte, problémy ekonomické a problémy s bydlením a neukončené základní vzdělání (Roztočil a kol., 2017, s. 218). Šebela (2018) ve svém článku uvádí, že rizikové faktory lze dělit na a) stresové, ovlivňující roli zatěžujících psychologických faktorů, jako je odchod otce od rodiny, těžká finanční situace či nedostatečná sociální podpora okolí a b) kognitivně-behaviorální, jako např. negativní styl myšlení. Významným faktorem, který přispívá k rozvoji poporodní deprese, může také být násilí ze strany partnera, které bývá často nepoznané a skryté (Šebela, 2018, s. 470).

Mezi další skupiny rizikových faktorů rozvoje poporodní deprese se dále řadí:

biologické rizikové faktory, které uvádí Kennedy:

- předešlá epizoda deprese v anamnéze
- depresivní příhoda po minulém porodu (u 52-62 % se rozvine nová epizoda po dalším porodu)
- depresivní porucha u pokrevních příbuzných (Kennedy, 2001, s. 5)

psychosociální rizikové faktory, mezi které patří:

- nedostatečná sociální podpora
- negativní životní události

- nestabilita partnerského vztahu a ambivalence týkající se těhotenství (Beck, 1996; Cox et al., 1987 in Praško, 2002, s. 39-44; Roztočil, 2008, s. 361)

Warner zjistil významný vztah ve vzorku 2375 žen mezi neplánovým těhotenstvím a rozvojem deprese po šesti týdnech po porodu (Warner et al., 1996 in Robertson et al., 2003, s. 36). Neplánované či nechtěné těhotenství jako rizikový faktor pro vznik poporodní deprese by měl být interpretován velmi opatrně, protože neměří ženské city k rostoucímu plodu, ale pouze okolnosti, za kterých došlo k těhotenství (Robertson et al., 2003, s. 36).

Ratislavová a Kennedy popisují *socioekonomické rizikové faktory*, které ovlivňují vznik poporodní deprese:

- nižší sociální statut
- nižší vzdělání
- finanční problémy za socioekonomické faktory (Ratislavová, 2008, s. 91; Kennedy, 2001, s. 5-6).

Dle Robertsona *porodnické rizikové faktory* zahrnují:

- komplikace, které souvisí s těhotenstvím (preeklampsie, hyperemesis, předčasné kontrakce)
- komplikace, které souvisí s porodem (akutní a plánovaný císařský řez, instrumentálně vedený porod, předčasný porod (Robertson et al, 2003, s. 35)

Boyce et al. (1992) zjistili statisticky významnou korelaci mezi rozvojem poporodní deprese a císařským řezem po třech měsících od porodu. Během své studie autoři zjistili šestkrát větší riziko vzniku poporodní deprese u žen po akutním císařském řezu (Boyce et al., 1992 in Robertson et al., 2003, s. 36). Tyto výsledky podporovali Hannah et al. (1992), kteří našli vztah mezi císařským řezem a poporodní depresí šest týdnů po porodu (Hannah et al., 1992 in Robertson et al., 2003, s. 35).

„Joane Woodle upozorňuje na skutečnost, že existují tři různá období, kdy jsou matky k depresi, náchylnější: první dva týdny po porodu, první dva týdny před první menstruací po porodu a první dva týdny po odstavení dítěte, obzvláště je-li odstaveno náhle nebo pokud je již v batolecím věku, tedy po jednom, dvou nebo třech letech kojení.“ (Gisel, 2004, s. 28)

Kennedy a Praško popisují i *další rizikové faktory*:

- hormonální změny (hladina hormonů estrogenů a progesteronu, které jsou během těhotenství zvýšeny a po porodu náhle klesají, po porodu se také mění hladina hormonů štítné žlázy)
- stres
- dědičnost (Kennedy, 2001, s. 6; Praško, 2003, s. 42-43)

1.6 Dopady poporodní deprese na matku a dítě

Poporodní deprese s sebou přináší nejenom negativní dopady na ženu samotnou, ale také na jejího partnera a dítě. U žen s poporodní depresí bylo popsáno výraznější narušení mateřské role než u nedepresivních matek. Narušení mateřské role, kam můžeme zařadit problémy s kojením, méně tělesného kontaktu s dítětem, nižší přenos pozitivních emocí a raného budování citového přilnutí dítěte je jednou z příčin toho, že děti matek s poporodní depresí mají v průběhu života oproti dětem nedepresivních matek, opožděný kognitivní vývoj a vyšší míru psychopatologie (Šebela, 2018, s. 474-475). Depresivní matky často vyjadřují své chování, které má negativní dopad na jejich děti, tím, že mohou být dotěrné, odměřené, emočně oploštěné, bez interakce na své dítě a méně na ně citově naladěné (Murray, 1992, Cooper et al., 1999 in Halbreicht and Karkun, 2006, s. 98). Toto chování může mít nepříznivý dopad na kognitivní, behaviorální a emocionální vývoj dítěte, stejně jako způsobit dlouhodobé vývojové poruchy v důsledku narušené interakce matka – dítě (Bernazzani et al., 1997, Cryan et al., 2001, Lee et al., 2001, Kelly et al., 1999, Rahman et al., 2003, Cooper et al., 1999, Murray et al., 1996 in Halbreicht and Karkun, 2006, s. 98). Již u dvouměsíčního dítěte, jehož matka má poporodní depresi, můžeme vidět znaky nižší úrovně aktivity, neprospívání a slabší reakce na okolí. V dětství a dospívání pozorujeme znaky deprese, úzkosti a sociální ostražitosti (Earls, 2010, s.1032-1037).

1.7 Diferenciální diagnostika

Poporodní deprese je onemocnění s jasně definovanými diagnostickými kritérii uvedenými v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN – 10¹). K diagnóze deprese musí být přítomny po dobu alespoň dvou týdnů krom základních příznaků, jako je depresivní nálada nebo ztráta zájmu o běžné činnosti, také poruchy spánku a chuti k jídlu, ztráta energie, pocity viny, případně sebevražedné myšlenky (Skalkidou et al., 2012, s. 659). Během prvního kontaktu s ženou můžeme k určení míry psychopatologie využít sebehodnotící screeningové dotazníky Edinburská škála pospartální deprese (EPDS) a Maternity Blues Questionnaire (Cox

et al., 1987, s. 782-786, Kennerley, 1989). Oba screeningové dotazníky jsou dostupné v českém překladu s prahovými hodnotami pro pozitivní screening adaptovanými pro české prostředí. Pro práci s dotazníky není potřebný speciální výcvik a jsou relativně časově nenáročné (Šebela, 2018, s. 475). EPDS byl vyvinut ve Skotsku v zdravotních střediscích v Livingstonu a Edinburhu s cílem pomoci zdravotníkům v primární péči zjistit, zda matky trpí poporodní depresí. EPDS byl použit ve 23 zemích a byl široce testován, má významnou úroveň senzitivity (86 %) a specifity (78 %) v identifikaci osob ohrožených nebo potenciálně trpících prenatální nebo poporodní depresí. Dotazník má maximální skóre 30 a při jeho vyhodnocení 10 a více bodů, může ukázat možnou depresi různé závažnosti (Cox et al., 1987, s.782-786).

V diferenciální diagnostice poporodní deprese je nutné brát v úvahu poporodní blues (od poporodní deprese se liší rychlostí nástupu od porodu, fluktuací stavu a omezenou dobou trvání), poporodní psychózu (častější dezorganizované myšlení, poruchy chování, absence náhledu na onemocnění, bludy vztahovačnosti, paranoidity, žárlivost a velikášství, podezřívavost, poruchy vnímání a orientace) (Šebela, 2018, s. 475).

2 PREVENCE POPORODNÍ DEPRESE

2.1 Psychohygienu v těhotenství a po porodu

V období těhotenství, při porodu a v době šestinedělí by měl být partner pro ženu nenahraditelnou oporou, kdy může pomáhat při přípravách věcí pro dítě, které jsou potřeba po návratu domů a může se aktivně zapojit do příprav na příchod dítěte. Ženu by měl podporovat v dodržování správně životosprávy, přiměřené fyzické kondici a může žene pomoci s masáží hráze (Simkin, 2000, s. 19-33). Důležité je, aby byl partner dostatečně informován o potřebách ženy v těhotenství a po porodu. Potřeby tvoří základ motivace člověka. Jsou to stavy organismu, které se spustí při nedostatku či přebytku v nějaké oblasti a vedou člověka k dosahování něčeho v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní (Šamánková et al., 2011). K pochopení lidských potřeb přispěl významnou měrou Maslow (1943). Dle Geisel může poporodní depresi podpořit také konfliktní vztahy s partnerem, nedostatečná pomoc z jeho strany nebo komunikační problémy (Geisel, 2004, s. 132-133).

Ženy s poporodní depresí často trpí chronickou únavou, která může poporodní depresi ještě zhoršovat, proto je velice důležité, aby si zvolily priority, které mají na domácnost a co vlastně očekávají od sebe. Žena po porodu získává novou životní roli, díky které je vystavena velké zátěži (Geisel, 2004, s. 203-205). Mateřská dovolená může pro ženu znamenat velkou fyzickou a psychickou zátěž. Ženy postrádají kontakt s dospělými, protože tráví svůj čas ve společnosti svého dítěte, které nemůže nahradit komunikační schopnosti dospělého a vzniká tzv. emocionální skleník. Žena je přetížena psychicky i fyzicky péčí o dítě a domácnost, proto zde hovoříme o „syndromu přetíženosti a nevytíženosti“ (Ratislavová, 2008, s. 93). Žena by měla v období těhotenství a v období šestinedělí dostatečně relaxovat, udělat si čas na sebe a své potřeby. Vhodný způsob relaxace může být zpěv, poslech hudby a tanec (Geisel, 2004, s. 206). Procházky a různé sportovní aktivity jsou stimulující faktory, které potřebuje narušený vegetativní systém, aby dostal nezbytný impuls k vytvoření biochemické rovnováhy. Mezi vhodné prostředky, které nám slouží k uvolnění psychického napětí, můžeme řadit také koupel, střídání tepla a chladu, díky tomu se nám srdeční tep zrychlí a změní se rytmus dechu a pročistí se hlava (Geisel, 2004, s. 209-210). Žena by si měla vybírat barvy, které budou mít blahodárný účinek, protože barvy a světlo mají také vliv na psychiku. Povzbuzující a antidepresivní účinek má barva oranžová,

kteřá může dokonce u kojících žen pomáhat k tvorbě mléka (Geisel, 2004, 202). Sluneční svit má na psychiku ženy dobrý účinek, díky tomu, že světlo prochází očima a posílá informace do části mozku, která kontroluje spánek, náladu a libido (Geisel, 2004, s. 210). Během relaxace se uvolňuje tělo i mysl a zvyšuje se pocit sebedůvěry a optimismu, harmonizuje se také psychický stav a tělesná funkce. Pokud se žena naučí relaxovat, naučí se jeden z jednoduchých způsobů, jak zvládat stres (Praško, 2003, s. 145-147).

Partner má při porodu pro ženu nenahraditelnou roli, avšak ne vždy je přítomnost partnera u porodu vhodná. Partnerova přítomnost má v některých případech blahodárný vliv a jindy zas porod může zpomalovat (Odent, 1995, s. 67-68). Nejdůležitější je, aby byl partner ženě především nápomocný po stránce psychické, byl trpělivý, projevil zájem o pocity ženy a poskytl jí čas, aby se s tou událostí srovnala (Simkin, 2000, s. 193-195). Po porodu je žena velmi unavená, dochází u ní k citovým výkyvům, fyzickým změnám a vyčerpání a partner by v tomto období měl o ženu pečovat, podílet se na péči o dítě a zvládat chod domácnosti. Partner se snaží především pomáhat ženě zvládat citové stavy po porodu (Simkin, 2000, s. 209, 213-215). Svůj terapeutický význam má také masáž, což bylo zaznamenáno již v několika studiích. Bylo prokázáno, že terapeutická masáž snižuje stres a úzkost, uvolňují svalové napětí, zlepšují cirkulaci, trávení, vylučování a snižují vnímání bolesti (Fraser, 1993, Field, 1993, Ferrell-Torry, 1993 in Weier and Beal, 2004, s. 100). Je spousta různých druhů masáží, od lehkých nebo hlubokých tahů po relaxační masáže, které navodí příjemné pocity (Tiran, 2000 in Weier and Beal, 2004, s. 100).

2.2 Efekt kojení

Mezi další preventivní faktor, který byl zkoumán, patří souvislost poporodní deprese a kojení. Provedená studie z arabského světa ukázala, že ženy, které své dítě kojí, mají nižší riziko poporodní deprese. Účinky kojení jsou zachovány až čtyři měsíce (Hamdam and Tamim, 2012, s. 243). Figueiredo na základě své studie tento poznatek podpořila a doplnila, že kojení může příznaky poporodní deprese dokonce zmírnit. U žen, které kojily, byly příznaky poporodní deprese do tří měsíců zmírněny, přičemž u žen, které nekojily, nebyly pozorovány žádné změny (Figueiredo, Canário, Field, 2014, s. 927-936). Kojení je pro ženu po porodu jeden z nejdůležitějších úkolů, protože kojení má svůj význam nejenom pro matku, ale i pro dítě. Při kojení se vyplavuje oxytocin, který působí na stahování dělohy a díky tomu urychluje návrat dělohy do normálu. Kojení především posiluje pouto matka – dítě (Simkin, 2000, s. 219). Mléko se může objevit dříve, než má dítě chuť, anebo později a dítě začíná pociťovat hlad, a proto matka je v takových případech netrpělivá a frustrovaná (Odent, 1995, s.108).

Žena, která je pevně rozhodnuta kojit, ale nemůže, může dojít k tomu, že se vzdá, je zničená a rozzlobená, proto právě tyto ženy potřebují větší emoční podporu. Žena je pod velkým tlakem rodiny i přátel, kteří považují kojení za nejlepší způsob výživy dítěte, což může vyvolat v žene pocit viny, nejistoty a deprese (Simkin, 2000, s. 220).

2.3 Svépomocné skupiny

Pokud se u ženy v průběhu šestinedělí vyskytnou problémy, má žena možnost obrátit se na porodní asistentku, ošetřujícího lékaře či zdravotní sestru nebo dudu (Geisel, 2004, s. 179). Žena kromě individuální psychologické pomoci nebo v závažnějších případech psychiatrické pomoci či hospitalizace může využít také manželskou poradnu, speciální poradenství zaměřené na ženy či telefonické poradenství, jako je například linka důvěry či krizová centra psychologické pomoci (Geisel, 2004, s. 180, 213-214). I sociální pracovník, který pracuje v organizaci, se může setkat s psychologickou problematikou ženy. Sociální pracovník, porodní asistentka či lékař by měli umět ženám pomoci. Měli by umět vést podpůrný rozhovor s cílem zmírnit nežádoucí psychickou zátěž a stabilizovat narušenou psychiku. V tomto případě je velmi důležité navodit důvěrnou atmosféru a přátelské klima, což pomáhá k vytvoření kladného a pozitivního vztahu (Rastislavová, 2008, s. 47). K tomu, aby byl schopný pracovník ženě poskytnout efektivní pomoc, mu může pomoci znalost psychiky ženy během šestinedělí, ale i znalost paradigmat sociální práce. K nim řadíme paradigma terapeutické, ve kterém je za hlavní faktor sociálního fungování považováno duševní zdraví a pohoda člověka. V tomto případě je sociální práce brána jako terapeutická intervence, jejímž cílem je zabezpečení psychosociální pohody. Profesní schopnosti sociálního pracovníka se opírají i o psychologické znalosti (Matoušek, 2001, s. 187).

Ženy mají možnost v těhotenství navštěvovat kurzy předporodní přípravy, kde ženy připravují na tělesné i psychické změny, které se vyskytují v době těhotenství, porodu a také po porodu. Cílem těchto kurzů je zmírnit nebo úplně odstranit obavy spojené s porodem a minimalizovat strach z porodních bolestí. Tyto kurzy vedou zkušené porodní asistentky a jsou rozděleny na teoretickou část, která obsahuje informace, rady a přednášky týkající se těhotenství, porodu a šestinedělí, a na část praktickou, která je pojata jako tělesné cvičení. V kurzech se porodní asistentky také zabývají péčí o kojence, což pomáhá nastávajícím rodičům nahlédnout do reality všedního dne s kojencem, což zmírňuje jejich obavy tím, že umožňují, aby si rodiče nacvičili úkony, které jsou součástí běžné péče o kojence. Setkání probíhá například v rodinných centrech a probírají se zde poznatky o aktuálních problémech a diskutuje se nad nimi (Geisel, 2004, s. 176-178).

V České republice od roku 2014 funguje organizace zvaná Úsměv mámy, kterou založila Veronika Kubrichtová jako odpověď na skutečnou prožitou epizodu poporodní úzkosti. Úsměv mámy, z. s., podporuje šťastné mateřství a ženy, které se během těhotenství nebo v období po porodu setkají s psychickými potížemi. Úsměv mámy, z. s. se věnuje osvětovým aktivitám, organizuje svépomocné podpůrné skupiny v různých městech, propojuje ženy se zkušeností a snaží se vyjednávat o lepší systémové péči. „Snažíme se, aby se všem maminkám, které se necítí dobře, dostalo rychlé pomoci. Sdílíme s nimi své příběhy, povzbuzujeme, vyslechneme a snažíme se je nasměrovat na kvalitní a ověřenou odbornou péči. V některých regionech postupně rozšiřujeme své služby i o psychologickou pomoc a další podpůrné aktivity. S odborníky navazujeme dobré vztahy, aby se měl o naše maminky, kdo dobře postarat. Ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví se snažíme podpořit zavedení plošného screeningu, který se dokáže odhalit potíže v jejich zárodku.“ (<https://www.usmevmamy.cz/o-nas/>)

2.4 Časné intervence

U poporodní deprese je nejdůležitější včasná diagnostika, aby se mohlo začít co nejdříve s léčbou, u které je velmi důležité znát závažnost symptomů. Důraz by se měl klást na informovanost pacientky, zejména o skutečnosti nutnosti lékařské péče u příznaků, které přetrvávají déle než dva týdny. Pomoc partnera či rodiny je v tomto období velice důležitá, zajistí péči o miminko i domácnost. Pokud u ženy příznaky přetrvávají déle jak 14 dní, je vždy na místě psychiatrické vyšetření. U žen, které mají lehké depresivní stavy a deprese nezasahuje příliš do jejich fungování, může být velmi užitečná psychoterapie. Antidepressivní medikaci zvolíme tehdy, pokud příznaky jsou závažnější (Praško, 2002, s. 41-46) (Horowitz and Goodman, 2004, s. 264). Neléčená poporodní deprese přináší spoustu rizik, například nedostatečnou péči o novorozence, poškození vztahu mezi matkou a dítětem, zvýšené riziko sebepoškozování, ublížení dítěti, zvýšený příjem alkoholu nebo nikotinu, ale také může negativně ovlivnit život a zdraví ženy, neboť mohou přetrvávat celý život (Kašpárek, 2013, s. 37-38). Zdravotnický personál, který pečuje o ženu, se podílí nejen na diagnostice poporodní deprese, ale také se i díky komunikaci, aktivnímu naslouchání a povzbuzení významně podílí na terapii. Metody léčby jsou různé, mohou být farmakologické i nefarmakologické (Takács et al., 2015, s. 79). Během léčby poporodní deprese je důležité dodržet určité zásady, například požadavek na léky, které mají krátký poločas vylučování a nízký počet nežádoucích účinků. (Seifertová et al., 2007, s. 118). Poporodní deprese se léčí několik týdnů až měsíců a pokud se podcení a léčba se nezahájí, její trvání může být dlouhodobé.

Ideálně by měl mít každý zdravotník základy v oblasti psychoterapie, která patří mezi základy léčby poporodní deprese, protože nemá funkci pouze v léčbě, ale také v prevenci, a i pouhý rozhovor mezi zdravotníkem a ženou může velmi pomoci k přijetí dané situace (Jedličková, 2008, s. 87). „*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). K psychologickým prostředkům u psychoterapie se řadí prostředky komunikační a také vztahové povahy. Komunikačními prostředky v tomto případě rozumíme sdělování významů v mezilidském kontextu s cílem ovlivnit druhého a navodit žádoucí změny. Komunikaci rozlišujeme na verbální a neverbální. Terapeut vytváří psychoterapeutická vztah, který odpovídá jeho chování, osobnosti a přístupu, který zastává a jeho chování může být neosobní, spíše direktivní anebo také může probíhat v rovině osobního setkání, kde terapeut zastává roli průvodce a nikoliv experta (Vymětal, 2003, s. 301-305).

Mezi psychoterapeutické prostředky řadíme:

- Psychoterapeutický rozhovor – ženy jsou přímo ovlivňovány rozhovorem
- Expoziční terapii - vystavujeme ženu nepříjemným situacím, které v ní vyvolají nepříjemné pocity, které mohou zmírnit úzkost a strach
- Sugestivní postupy a hypnóza – obchází vědomou kontrolu pacienta
- Relaxační a psychofyzilogické postupy – snaha o uvolnění, působí především anxiolyticky, zaměření na koncentraci a imaginativní cvičení, kterým terapeut zjišťuje subjektivní významy osobně důležitých prožitků a obsahů našeho vědomí
- Psychogymnastiku – akceptuje neverbální projevy (gesta, mimika, pohyby) a pomáhá získat náhled

Máme několik druhů psychoterapie, které můžeme využít při léčbě poporodní deprese. Rodinnou, kdy se do procesu léčby zapojí rodina ženy, individuální, kdy se do terapie zapojí pouze žena a terapeut a jejím přínosem je individuální péče a přízpusobivost, a skupinovou terapii, kdy žena je součástí skupiny, která jí umožňuje vzájemnou komunikaci, společen-

skou podporu a pomáhá navázat sociální kontakty a zařadit se lépe do společnosti. Psycho-
terapie spočívá v porozumění, naslouchání a edukaci. Porodní asistentka zaměřená i na žen-
skou psychiku by danou metodu měla umět používat a během svých návštěv u žen po porodu
vytvářet přátelskou atmosféru a navodit dostatečnou důvěru, aby se jim pacientky svěřovaly
(Praško et al., 2009, s. 64-65). V léčbě lehké a středně těžké poporodní deprese je psychote-
rapie nejúčinnější metodou, která pomáhá nejen ženě, ale celé rodině. Psychoterapie může
mít trvalejší výsledky než farmakoterapie a výhodou je, že nezatěžuje matku ani dítě (Ta-
lová, et al., 2014, s. 35). Spoustu žen odmítá farmakologickou léčbu z důvodu účinku léku
na kojence, proto je nezbytné znát také alternativní metody nahrazující farmakologii (Corral,
2007, s. 221). Bylinky a bylinné přípravky by měly být používány s opatrností, protože jejich
síla nemusí být vždy známá či regulovaná, ale může být pro ženu přínosem. Alternativní
medicínu by měla žena ovšem užívat ve spolupráci se svým lékařem, který by měl být se-
známen o doplňkových a alternativních terapiích v průběhu těhotenství, porodu a kojení, aby
mohl ženám podávat přesné a aktuální informace (Gossler, 2010, s. 35).

U ženy, které mají psychickou poruchu v době těhotenství a laktace, je specifická léčba
pomocí psychofarmak, kdy je nezbytná spolupráce gynekologa, porodníka, psychiatra a ne-
onataloga. Vždy je zapotřebí brát zřetel na dvě možná rizika. Riziko pro plod či kojence při
podání léku a riziko, které by nastalo v případě, že u ženy nedojde k léčbě psychického one-
mocnění a má tedy negativní vliv nejen na matku, ale také a kojence, protože se matka o něj
není schopna postarat (Seifertová, 2007, s. 118). Ukázalo se, že léčba antidepressiv je jedna
z nejúčinnějších metod těžké poporodní deprese. Antidepressiva pomáhají přenášet nervové
impulzy ve specifických systémech mozku zodpovědných za náladu (Praško et al., 2009 s.
59). Nejčastější léky, které se podávají při léčbě poporodní deprese jsou antidepressiva typu
SSRI (Takács et al., 2015, s. 81). Užívat SSRI lze i během kojení a obvykle není nutné ho
přerušit nebo úplně ukončit, ale při jeho užívání je důležité sledovat stav dítěte, především
mladších kojenců a těch krmených jen kojením (Kašpárek, 2013, s. 38). Během léčby anti-
depressiv by se nemělo zapomínat na velmi důležitou věc. Léky přecházejí do mateřského
mléka a mohou mít fatální vliv na kojence, což ale není pravidlem a ne vždy, je při jeho
užívání okamžitou nutností zástava laktace. Zástava laktace se volí u farmak, jejichž relativní
dávka v oběhu kojence je větší než 10 % dávky matky, proto je výběr antidepressiv velmi
důležitý a při jeho výběru je vždy úkolem lékaře zvolit lék, který je pro ženu nejlepší volbou
a umožňuje jí další pokračování laktace bez její zástavy (Šebela, 2019, s. 70).

3 SCREENING POPORODNÍ DEPRESE

3.1 Screeningové metody

Zatím nebyl nalezen jednoznačný biomarker, který by mohl sloužit jako screeningový nástroj u duševních poruch, proto nejdostupnější screening stále vychází ze sebehodnocení příznaků duševních poruch v dotaznících, jako je například Edinburská škála deprese, která je všude ve světě již v gynekologické praxi využívána. Metoda tužka papír je klasická metoda screeningu, která je vzhledem ke své vysoké časové náročnosti a administrativě v běžném provozu primární péče málo častá. Přijatelnou metodou jak pro ženy, tak i pro personál v primární gynekologické péči je screening duševních poruch v těhotenství a po porodu pomocí online dotazníku. Nejnovější studie efektivity screeningu perinatálních duševních poruch poukazují na jasná data o jeho přínosech, které převažují nad riziky. Dle těchto studií je screening ekonomicky efektivnější a přináší jisté benefity pro samotné ženy, ale i pro zdravotní systém (Šebela, 2019, s. 3). Mezi další kategorie screeningových metod, jež slouží k identifikaci žen s depresivními příznaky v období po porodu, představují specifické škály určené ke screeningu poporodní deprese, které umožňují identifikaci žen s rizikem vzniku poporodní deprese, a u nichž je například následně provést psychiatrické vyšetření a na jehož základě můžeme stanovit diagnózu. Autoři se shodují v tom, že prvotní použití screeningových nástrojů k zachycení rizikových žen je optimálním postupem, především proto, že tyto nástroje jsou časově nenáročné a snadno interpretovatelné (Norhayati et al., 2015, s. 34-52). Méně často využívanou kategorií screeningových metod, představují nespecifické nástroje, které slouží ke zjištění intenzity depresivních symptomů u obecné populace. Mezi ně řadíme Beck Depression Inventory (Manian et al., 2013, s. 259-268), Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (Cheng, Walker & Chu, 2013, s. 539-555) a Zung Self-rating Depression Scale (Choi et al., 2010, s. 120-127). Spousta autorů ovšem využití screeningových metod odmítá z důvodu, že tyto škály zpravidla nejsou validovány pro populaci žen v období porodu, a proto mohou u této populace podávat falešně pozitivní výsledky (Ratislavová, 2008; Mohr, 2015, s. 75-101).

3.2 Modely screeningu ve světě

Ve světě se nejčastěji pro diagnózu poporodní deprese využívá Edinburská škála postpartální deprese. Dotazník vznikl v roce 1987 ve Skotsku ve zdravotních střediscích v Livingstonu a Edinburghu s cílem pomoci zdravotníkům v primární péči zachytit depresivní příznaky u matky. Dotazník nám slouží jako určitý screening, pomocí kterého lze odhalit

poporodní deprese (Giesel, 2004, s. 189; Rastislavová, 2008, s. 91). Metodu vyvinuli výzkumníci Cox, Holden a Sagovsky za účelem zlepšit diagnostiku deprese u žen v poporodním období a následně byla validována v mnoha dalších zemích včetně České republiky a v dnešní době představuje nejužívanější nástroj ke screeningu poporodní deprese (Boyd, Le, & Somberg, 2005, s. 141-153). Dotazník byl široce testován a byl využit ve 23 zemích. Má vysokou úroveň senzitivity (86 %) a specificity (78 %) v identifikaci ohrožených osob nebo potenciálně trpících prenatální nebo poporodní depresí. Dotazník je mezinárodně platný a je dostupný v mnoha jazycích (Cox et al., 1986, s. 782-786). Dotazník má maximální skóre 30 a při vyhodnocení 10 a více bodů, může ukázat možnou depresi různé závažnosti. Při potvrzení diagnózy musí být provedeno pečlivé zhodnocení (Cox et al., 1987, p. 782-786). Fiala et al. (2017) uvádějí, že dotazník je především využíván ke screeningu poporodní deprese, ale vyšší skóre dosažený v tomto dotazníku může poukazovat i na vyšší míru úzkosti, jež představuje specifický symptom pro depresivní poruchu (Fiala et al., 2017). V rámci výzkumu je využívána hodnota cut-off skóre a tato hodnota se v rámci jednotlivých studií pohybuje v rozmezí 9 až 13 bodů (Norhayati et al., 2015, s. 34-52). V původní studii z roku 1987 autoři doporučili hodnotu cut-off skóre stanovit na 9/10 bodů, ale tato hodnota měla za následek velké množství falešně pozitivních výsledků (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). Autoři posléze doporučili hodnotu cut-off skóre zvýšit na 11/12 bodů (Cox & Holden, 2003).

Mezi další sebesuzovací škálu, která je také určena pro screening poporodní deprese, můžeme zařadit i Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) (Beck, & Gable, 2000, s. 272-82). Tato škála se skládá celkem z 35 položek a má 7 následujících faktorů: 1. poruchy spánku a příjmu potravy, 2. úzkost a nejistota, 3. emoční labilita, 4. poruchy kognitivních funkcí, 5. narušené sebepojetí, 6. pocity viny a studu a 7. myšlenky na sebepoškození. Odpovědi na jednotlivé položky jsou zaznamenávány na pětibodové škále od 1 (rozhodně souhlasím) do 5 (rozhodně nesouhlasím). Škála poukazuje na stavy a pocity žen, které se u nich vyskytly v průběhu posledních dvou týdnů. Na vysoké riziko depresivní poruchy poukazuje výsledný skóre v rozmezí 80 až 175 bodů, což slouží jako indikace ke klinickému vyšetření. Hodnota cut-off skóre 80/81 bodů umožňuje identifikovat ženy, které mají středně těžké či těžké depresivní poruchy. Tato škála je oproti Edinburské škále postpartální deprese využívána jen zřídka, i přesto, že škála je uživatelsky vstřícná a disponuje dobrými psychometrickými vlastnostmi (Beck, & Gable, 2001, s. 155-164).

Poporodní depresi lze také diagnostikovat na mezinárodní úrovni dle kritérií dvou hlavních diagnostických systémů, mezi které patří Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN),

kteřá je vydává na Světovou zdravotnickou organizaci (WHO, 2013) a Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM), který vydává Americká psychologická asociace (APA, 2013). Poporodní deprese lze zařadit pod různé diagnostické kategorie pomocí desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), což umožňuje poporodní psychické poruchy kódovat podle přítomné psychické poruchy a dodatkového kódu O99.3, což značí asociaci s puerperiem (Pavlovský, 2012). Studie, které se zabývají danou problematikou poporodní deprese často používají k identifikaci této poruchy odlišné diagnostické, resp. screeningové metody. I přes to, že diagnostika psychických poruch by měla být vždy založena na klinickém vyšetření, využívá velkou část studií k identifikaci žen s poporodní depresí pouze screeningové dotazníky, což vede následně k nejednotným závěrům ohledně prevalence a rizikových faktorů poporodní deprese (Parker et al., 2015, s. 239-244). Norhayati et al. (2015) shrnuli ve svém systematickém review výsledky 203 studií, které byly věnované poporodní depresi a byly publikovány mezi lety 2005 a 2014. Až 94 % z těchto studií použilo k identifikaci žen s poporodní depresí pouze screeningové dotazníky, jež dle autorů mají tendenci poskytovat signifikantně vyšší hodnoty prevalence poporodní deprese než strukturované diagnostické rozhovory (Norhayati et al., 2015, s. 34-52). V otázce, kdy je vhodné provádět screening poporodní deprese, panuje značná nejednotnost. Toto rozpětí se pohybuje v rámci jednotlivých studií od prvních dnů po porodu až po 12 měsíců po porodu (Escriba-Aguir, & Artazcoz, 2011, s. 320-326). Boyed, Le a Somberg (2005) ve své studii uvádějí, že screening poporodní deprese by měl proběhnout v časovém rozpětí 2 týdny až 6 měsíců po porodu, ovšem autoři doporučují provést screening poporodní deprese co nejdříve po uplynulých dvou týdnech od porodu (Boyd, Le a Somberg, 2005, s. 141-153).

3.3 Efekt screeningu

Diagnostika poporodní deprese musí být především včasná a správná, což představuje základ pro úspěšnou léčbu. U žen v období po porodu je častým psychickým onemocněním právě deprese, ačkoliv je deprese v tomto případě velmi častá, zůstává často nediodagnostikována a neléčena. Vesga-López et al. (2008) ve své studii uvádějí, že depresivní porucha u žen v období po porodu je rozpoznána a léčena pouze u 14 % matek, zatímco v obecné populaci je míra rozpoznání a léčba deprese 26 % (Vesga-López et al., 2008, s. 805-815). Kettunen a Hintikka (2017) uvádějí, že v tomto případě jsou nejvíce ohroženy ženy, u kterých v poporodním období dojde k výskytu první depresivní epizody. Podle této studie pouze 5 % žen vyhledá odbornou pomoc (Kettunen a Hintikka, 2017). Mohr (2015) ve své práci uvádí, že v rámci diferenciální diagnostiky poporodní deprese je vždy nutné

zvážit především bipolární afektivní poruchu, úzkostné poruchy, poporodní psychózu, poruchu přizpůsobení či posttraumatickou stresovou poruchu (Mohr, 2015, s. 75-101). Wisner et al. (2013) uvádějí, že ženy, které měly pozitivní screening na poporodní depresi, byla následně po provedení klinického vyšetření diagnostikována až v 68,5 % depresivní porucha, dále bipolární afektivní porucha (22,6 %) a úzkostné poruchy (5,6 %). Mnoho autorů ve svých studiích potvrzuje, že bipolární afektivní porucha je v tomto období poměrně častá a její riziko je v poporodním období oproti jiným životním etapám výrazně zvýšené (Laursen, 2012; Azorin et al., 2012, s. 710-715). Šebela (2019) ve své práci uvádí, že dle nejnovější studie efektivity screeningu perinatálních poruch přinášejí jasná data o jeho přínosech, které převažují nad riziky. Dle těchto studií je screening duševních poruch v období těhotenství a po porodu pomocí online dotazníku ekonomicky efektivní strategií, ze které mají benefit nejen samotné ženy, ale také zdravotní systém (Šebela, 2019, s. 3).

3.4 Zapojení rizikových žen do péče

Vyhledávání žen ve vyšším riziku onemocnění již v průběhu těhotenství řadíme mezi základní strategie prevence rozvoje poporodní deprese. Aktivní vyhledávání žen s vyšším rizikem pro vznik poporodní deprese je uveden v medicínských doporučených postupech ve Velké Británii, Austrálii a USA. Po identifikaci ženy, která má vyšší riziko pro vznik poporodní deprese by mělo následovat psychiatrické vyšetření, definice rizik a triáž žen s pozitivním screeningem. Důležitým krokem je co nejrychlejší účinná léčba, i když se jedná o subklinické či mírné formy (Šebela, 2018, s. 471). Pokud máme podezření u ženy na poporodní depresi je nutné vyšetřit matku na onemocnění štítné žlázy, anémie a diabetu mellitu z důvodu toho, že tyto choroby mohou mít vliv na změny nálady a být omylem považovány za poporodní depresi (Horowitz and Goodman, 2004, s. 267).

V České republice nyní existuje několik limitací zavedení systému aktivního vyhledávání rizikových žen. U poskytovatelů péče se jedná především o nedostatek času v rámci rutinní gynekologicko-porodnické praxe, malý přístup ke screeningovým škálám a chybějící systematická spolupráce psychiatrů a gynekologů-porodníků, což vede k omezeným možnostem zajištění navazující psychiatrické péče. Ze strany žen v období po porodu se jedná především o nízkou informovanost o duševním zdraví v šestinedělí a možnostech intervencí při jeho narušení (Šebela, 2018, s. 471). Z tohoto důvodu je zapotřebí, aby zdravotníci podávali informace srozumitelnou formou a případná mylná přesvědčení žen citlivě uváděli na pravou míru. Atmosféra důvěry, pozitivně laděný vztah a komunikační zdatnost je zde zásadní (Dick-Read, 2013; Ratislavová, 2008; Raynor & England, 2010). V tomto případě je

velice důležité sledování ženy a psychoprofylaktické působení na její psychiku, což není úlohou pouze lékařů, ale hlavně porodních asistentek, protože s ženou tráví největší množství času. Úspěšnost a pozitivní vliv působení porodních asistentek závisí především na vzájemné spolupráci všech zúčastněných. V mnoha případech porodní asistentka dokáže eliminovat problémy ženy pouhým zájmem o ženu a rozhovorem (Jedličková, 2008, s. 90). U ženy s depresí je vhodné se zaměřit také na období před porodem, protože na stavu ženy mohou mít významný vliv exogenní události, mezi něž patří stresující životní situace, jako je například partnerské neshody, konflikty nebo problémy s komunikací v rodině, které by bylo zapotřebí vyřešit. Bydlení, finanční problémy nebo také sociální problémy mohou být příčinou vzniku poporodní deprese. Dalším faktorem, který porodní asistentka dále zjišťuje je, zda je těhotenství chtěné či nikoliv. Zjistit, zda žena nepropadla před porodem obavám, že péči o dítě nemůže zvládnout z důvodu úzkostného nebo až perfekcionistaického osobnostního nastavení. Pokud u ženy došlo v předešlém těhotenství k potratu, je porodní asistentka schopna vyzorovat, zda se žena nadměrně neobává o zdraví dítěte (Olejárová, 2017, s. 168-169).

Pokud nedojde k léčbě poporodní deprese je dítě značně ohrožené. Mezi největší rizika neléčené poporodní deprese totiž patří dokonané suicidium a infanticida. Občasné vtíravé myšlenky, že matka může dítěti ublížit, jsou celkem časté, uvádí se, že se jsou až ve 40 % případů. Avšak u naprosté většiny žen jde o nechtěné myšlenky, které je spíše stresují, než aby je chtěly provést. Nejen ublížení dítěti, ale i nedostatečná péče o novorozence, zvýšený příjem alkoholu nebo nikotinu, poškození vazby mezi dítětem a matkou nebo zvýšené riziko poškozování patří mezi další rizika neléčené duševní choroby (Kašpárek, 2012, s. 37-38).

Typ léčby se odvíjí od závažnosti deprese, závisí také na tom, zda žena kojí své dítě a také to, co sama preferuje (Horowitz and Goodman, 2004, s. 264). K farmakoterapii není vždy nutné přistoupit ihned, mnohdy mohou být úspěšné i další léčebné metody, kdy preferujeme zejména psychoterapii, alternativou mohou být také elektrokonvulze (Seifertová et al., 2007, s. 118-124). V dnešní době je nejúčinnější metodou léčby poporodní deprese psychoterapie, která navíc může pomoci celé rodině. Psychoterapie nezatěžuje matku ani dítě a může mít trvalejší výsledky než farmakoterapie. Ženy, které jsou poznamenány z dětství mohou trpět úzkostmi a depresemi a medikace jim v tomto případě nepomůže (Talová et al., 2014, s. 35). Kognitivní behaviorální terapie, interpersonální psychoterapie, podpůrné poradenství, psychoedukace a psychodynamická terapie se ukázaly v tomto případě jako účinné

přístupy. Psychoterapii můžeme provádět nejen jednotlivě, ale i ve skupině. Během individuální terapie je ženě přínosem především individuální péče a přizpůsobivost. Studie poukazují na to, že ženy upřednostňují především léčbu zaměřující se na souvislosti respektující jejich postoje, zkušenosti, postavení ve skupině a nabízí jim pomoc při zvládnání požadavků na mateřství. Ve skupinové terapii je ženě umožněno vzájemné komunikace, společenská podpora, pomáhá žene navázat sociální kontakty a lépe se zařadit do společnosti (Horowitz and Goodman, 2004, p. 268). Kognitivně behaviorální terapie slouží k tomu, aby žena verbalizovala své pocity, včetně těch negativní. Během této diskuze mohou být přítomny otcové a partneři, což má často ten nejlepší dopad na všechny (Camp, 2013, s. 47). Tato terapie v souvislosti se systémovou rodinnou terapií může zlepšit kvalitu spánku a mírné až středně těžké deprese po porodu (Hou et.al., 2014, s. 47-52). Stuart uvádí že interpersonální psycho-terapie je ověřenou a primární léčbou pro ženy, které trpí depresí v mírném až těžkém spektru. V dnešní době je to nejlepší ověřená metoda a měla by být považována za první volbu, a to především u kojících žen (Stuart, 2006 in Stuart, 2012, s. 136-137). Léčba se zabývá psychiatrickými symptomy, oblastí mezilidských problému, kam řadíme konflikty, změny, ztráta zážitků v partnerských vztazích, a sociální podpora. Během této terapie by se měl klást důraz na vztah mezi matkou a dítětem, partnerem, její rodinou, rodinou partnera a přátel (Stuart, 2012, s. 134-140). Stuart udává jako další techniku terapie analýzu komunikace, kdy během diskuze o konkrétních mezilidských sporech a incidentech může pomoci najít situaci, které mohou být v komunikaci nejednoznačné a zavádějící (Stuart, 2012, s. 138).

Horowitz a Goodman poukazují na to, že psychoedukace je jeden z psychotherapeutických přístupů k léčbě poporodní deprese. Psychoedukace poskytuje ženě fakta o aktuálním problému a jejím zdravotním stavu. S ženou jsou prodiskutovány problémy, které jsou spojené s péčí o kojence, vztahy, změny rolí a podobné specifické potíže a snaží se ženám nabídnout optimální řešení nalezeného problému (Horowitz and Goodman, 2004, s. 268).

3.5 Role porodní asistentky ve screeningu

Největší množství času se ženou v porodnici tráví porodní asistentky, které mají možnost identifikovat rizikové faktory pro vznik poporodní deprese. Pokud porodní asistentka rozpozná rizikové faktory, začne ženě následně věnovat větší pozornost v oblastech, ve kterých tyto rizikové faktory vznikly. Celková práce s ženou a její rodinou umožňuje vnímat i úroveň sociální podpory ženy (Hendrych Lorenzová et al., 2016, s. 154). Porodní asistentka se během vyšetření matky s depresí zaměřuje především na období před porodem. Jejím cí-

lem je zjistit, zda má žena stresující životní situaci, což mohou být například partnerské neshody, finanční problémy, problémy v komunikaci s rodinou a partnerem, problémy s bydlením a sociální problémy. Důležitým aspektem je také, zda těhotenství bylo chtěné či nikoliv. Porodní asistentka by měla vyzorovat, zda se žena úzkostně neobává o zdraví dítěte, což se vyskytuje často u žen, u kterých předešlé těhotenství skončilo potratem, nebo zda žena nepropadla obavám, že péči o dítě nemůže zvládnout (Olejárová, 2017, s. 168-169). Pokud porodní asistentka vyzoruje známky poporodní deprese, měla by ženu odkázat na odborníka, který posoudí závažnost jejího psychického stavu a poskytne ženě psychologickou pomoc (Sinclair, 2004, s. 240). Porodní asistentka pro ženy s poporodní depresí slouží jako opora, která pomáhá s péčí o šestinedělku a o dítě. Poskytuje kontakt na další odborníky a dostatečně edukuje rodinu ženy (Hendrych Lorenzová et al., 2016, s. 154). Během porodu porodní asistentka vyjádří spoluúčast a podporu a poskytuje rodičce dostatek všestranných informací tak, aby se žena cítila bezpečně a kompetentně. Empatie porodní asistentky a její schopnost komunikace výrazně přispívá ke zmírnění ženiny úzkosti a strachu. V první době porodní se porodní asistentka zaměřuje především na somatický a psychický stav rodičky. Je velice důležité, aby porodní asistentka naslouchala jejímu přání a uměla poradit i jejímu partnerovi, uměla se vcítit do jejich role a vyvolávala v nich především důvěru (Roztočil et al., 2017, s. 190-196). Roztočil (2017) uvádí, že porodní asistentka může během porodu využít několik možností, které nabízí úlevu a pomoc při porodu, zejména aromaterapii a muzikoterapii. Aromaterapie je alternativní přírodní metoda využívající rostlinné látky k výrobě vysoce koncentrovaných esenciálních olejů. Aromaterapie se využívá k uvolnění a navození pohody nebo přímo k řešení určitých potíží a ve spojení s masáží přináší výrazný účinek. Porodní asistentka může v průběhu porodu také využít muzikoterapie, kdy hudba působí na rodičku ve smyslu psychického, ale i fyzického uvolnění. Žena během muzikoterapie pomaleji dýchá a má pravidelný srdeční tep. Velmi účinný je tzv. bílý šum, který připomíná zvuk zurčící vody, což uvolňuje nejen při bolestech, ale také napomáhá k psychickému zklidnění (Roztočil et al., 2017, s. 195). Největší snahou porodní asistentky v případě psychického ladění během porodu je vlídnost, přívětivost a povzbuzující komunikace s rodičkou, která je velmi prospěšná. Velký úkol porodní asistentky je zaměření na psychiku ženy a komunikace s ní (Stadelmann, 2009, s. 278). Žena na oddělení šestinedělí by měla být dostatečně edukována o psychických změnách. Dle Hájka (2014) „*lepší, než léčba psychické poruchy je její včasná prevence*“ by měla porodní asistentka podat 30 nejrozsáhlejších informací o možném poporodním psychickém ladění a o prevenci. S touto problematikou by měl být seznámen i partner ženy, který má být pro ženu v tomto období největší oporou (Hájek et al., 2014, s.

396). Porodní asistentka by měla při návštěvě ženy po porodu provést rozhovor o jejím duševním stavu. Během tohoto rozhovoru porodní asistentka ženu vyslechne a podpoří. Vhodné je také při rozhovoru ženu pobídnout k vyprávění o zážitcích, o tom, jaké emoce během porodu žena pociťovala a jakou má porodní zkušenost. Porodní asistentka by si na tento rozhovor měla vyhradit dostatek času, aby žena neměla pocit časové tísně. Porodní asistentka v žádném případě ženu nesoudí ani její duševní stav, ale pomáhá jí tento stav pojmenovat. Úlohou porodní asistentky během rozhovoru je vytvořit pro ženu takové prostředí, aby se nebála o svých pocitech otevřeně hovořit (Sinclair, 2004, s. 240).

Jakmile porodní asistentka vyzoruje výskyt obtíží u ženy v době šestinedělí, je zapotřebí se nejprve zaměřit na duševní rozpoložení šestinedělky a také na celkovou situaci v její rodině. Porodní asistentka vždy ocení, když ženu zná již z doby těhotenství, protože je jejich vztah mnohem otevřenější a žena porodní asistence důvěřuje a není jí na obtíž svěřit se jí s problémem, který ji trápí (Stadelmann, 2009, s. 278). Porodní asistentka by měla vyslechnout matčiny pocity nejen z mateřství, ale také pocity z jejího dítěte. Měla by hledat příznaky, které jsou pro porodní depresi typické, jako je nespavost a chronická únava. Snaží se o to, aby matka své pocity popsala co nejpřesněji. Izolace ženy bývá často příčinou, ale také důsledkem poporodní deprese, a proto by se porodní asistentka měla snažit najít zdroje emocionální podpory v její vlastní rodině a u přátel (Leifer, 2004, s. 289). Komunitní porodní asistentka, která navštěvuje ženy v domácím prostředí ihned při vstupu, si všímá maličkostí, jako například kdo jí přišel otevřít a jaká je atmosféra v rodině. Všímá si matky při jejich aktivitách a jejího celkového chování. Zabývá se i chováním dítěte, zda je klidné či ne a jak jeho chování působí na matku. Pro ženu je důležitou součástí péče porodní asistentky rozhovor o jejích pocitech, jak se cítí ona a jak se má její miminko. Porodní asistentka se také zajímá, jaká je péče rodiny o ženu po porodu a také jak nového člena přijali jeho sourozenci. Na konci návštěvy porodní asistentky je vždy nutné ženu poučit o režimu dne, který pro ni bude nejvhodnější, především ženě doporučit dostatek spánku a odpočinku (Šromerová, 2010, s. 210-211). Studie zahraničních psychologů ukazují na to, že poporodní deprese může vážně ohrozit vztah matky k dítěti. Proto je důležité, aby porodní asistentka byla schopna co nejdříve rozpoznat u ženy příznaky poporodní deprese, případně riziko, že by se tato nemoc mohla objevit a doporučit odbornou pomoc dříve, než dojde k rozvoji nemoci a narušení vývoje dítěte (Ratislavová, 2008, s. 4.).

PRAKTICKÁ ČÁST

4 FORMULACE PROBLÉMU

Málokdo je schopný pochopit, že tak nádherný okamžik, jako je narození dítěte, může v ženách vyvolat stavy úzkosti, smutku a deprese. Poporodní deprese je velmi citlivé a osobní téma a většině žen se o tom těžce hovoří (Coates et al., 2014). Ženy si nechtějí přiznat, že by se mohly setkat s tímto problémem anebo se za svoje pocity často stydí, a tak se stává, že se ženy nesvěří ani svým blízkým, natož aby vyhledaly odbornou pomoc. Tento jev pak vede k tomu, že až 75 % žen, které na mateřské nebo rodičovské dovolené zažívají duševní poruchu, není léčeno (Šebela et al., 2020).

Dosavadní výzkum objevil množství rizikových faktorů, které u žen mohou vést k rozvoji poporodní deprese. Tyto faktory mohly hrát roli už před otěhotněním, během těhotenství, ale i během porodu (Šebela et al., 2018, str. 468-473). Aktuální literatura udává, že u 10–15 % žen se po porodu rozvine poporodní deprese (Anokye et al., 2018). Zdá se, že jedním z nejsilnějších prediktorů pozdějšího rozvoje poporodní deprese je to, jak se žena cítí po porodu (Guintivano et al., 2018, str. 591-603). Mezi další rizikové faktory patří úzkosti a sociální situace, v které se žena nachází (Ghaedrahmati et al., 2017).

Většina žen v České republice rodí v porodnicích a jsou tedy v kontaktu se zdravotnickým personálem před porodem, během porodu, a i několik dní po něm. Z tohoto důvodu, se zdá pobyt rodičky na oddělení šestinedělí jako vhodný čas ke screeningu časného rizika rozvoje poporodní deprese a doporučení dané ženě, ať vyhledá další odbornou péči (Šebela et al., 2019, str. 1-4).

Abychom mohli aktivně vyhledávat ženy, které jsou v riziku rozvoje poporodní deprese, potřebujeme otestovat screeningové nástroje v každodenní klinické praxi.

Nejnáročnější období pro rozvoj deprese je návrat domů, kdy se žena musí začít starat o domácnost a je odkázána sama na sebe. Tyto ženy mají pocity selhání a začnou o sobě tvrdit, že jsou špatné matky. Můžou mít často těžké stavy úzkosti a mohou se objevit i myšlenky ublížení sobě či dítěti. Neléčená poporodní deprese může dopadnout pro dítě i ženu tragicky. Z tohoto důvodu je léčba poporodní deprese velice důležitá. Žena by měla mít oporu nejen ve svém partnerovi ale také ve své rodině a v případě komplikací by se neměla bát svěřit se do péče odborníka.

Poporodní deprese nemusí ale postihnout pouze ženu, negativně ovlivní například dítě, které kvůli úzkostlivé matce může být více plačtivé a může ho to zasáhnout i v budoucím životě. Poporodní deprese má vliv i na kojení, kdy se tělo ženy uzavře a není schopno produkovat dostatek mateřského mléka, což může poporodní depresi dále prohlubovat. Téměř ve stejné míře můžou tímto onemocněním trpět i otcové, kteří nejčastěji mají strach o budoucnost rodiny, finančním zabezpečení a strach z velké změny životního stylu. Poporodní deprese u otců může způsobit, že se bude méně věnovat svému potomkovi, a to se může negativně projevit na vývoji dítěte.

Podle mého názoru, je důležité, se starat nejen o tělesnou schránku ženy, ale i o její psychiku. V dnešní době nemají lidé pro toto onemocnění dostatek pochopení, situace, kdy přivedla na svět žena dítě je přeci to nejkrásnější období, a leckdy jí můžou lidé odsoudit. Proto si myslím, že je výskyt poporodní deprese větší, než se udává. Proto jsme se rozhodli tímto problémem zabývat, aby se zjistilo „Kolik žen může ve skutečnosti postihnout poporodní deprese?“

5 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

Hlavním cílem mé bakalářské práce je zmapovat přítomnost depresivních příznaků u žen po porodu hospitalizovaných na oddělení šestinedělí. Dalšími cíli je zmapovat přítomnost úzkostných příznaků a míru psychosociálního stresu u těchto žen. Práce si následně klade za cíl otestovat vztahy mezi depresivními příznaky, úzkostnými příznaky, psychosociálním stresem a věkem.

Dílčí cíl 1: Zjistit, jak časté jsou u žen po porodu klinicky významné příznaky deprese.

Výzkumný problém: U kolika žen, které vyplnily screeningové dotazníky, budou klinicky významné příznaky deprese?

Kritéria hodnocení: Celkový skóre 12 a více bodů na škále Edinburská škála poporodní deprese (EPDS) bude považován za přítomnost klinicky významných příznaků deprese.

Dílčí cíl 2: Porovnat míru úzkostných příznaků mezi skupinou žen s přítomnými klinicky závažnými příznaky deprese a skupinou bez příznaků deprese.

Výzkumný problém: Mají ženy s klinicky závažnými příznaky deprese vyšší výskyt úzkostných příznaků než ženy bez těchto příznaků?

Kritéria hodnocení: Rozdělení do skupin dle skóru na škále EPDS (prahový skór 12 bodů), poté statisticky otestuji meziskupinový rozdíl výsledků na Screeningové škále perinatálních úzkostí (PASS).

Dílčí cíl 3: Porovnat míru psychosociálního stresu mezi skupinou žen s přítomnými klinicky závažnými příznaky deprese a skupinou bez příznaků deprese.

Výzkumný problém: Zažívají ženy s klinicky závažnými příznaky deprese větší psychosociální stres než ženy bez těchto příznaků?

Kritéria hodnocení: Rozdělení do skupin dle skóru na škále EPDS (prahový skór 12 bodů), poté statisticky otestuji meziskupinový rozdíl výsledků škály Perinatální psychosociální profil (PPP).

Dílčí cíl 4: Otestovat vztahy mezi přítomností depresivních příznaků, úzkostných příznaků, psychosociálním stresem a věkem u žen po porodu.

Výzkumný problém: Přítomnost depresivních příznaků, úzkostných příznaků, psychosociálního stresu a věku matky spolu bude souviset. Budou s rostoucím věkem, úzkostí a psychosociálním stresem růst i depresivní příznaky?

Kritéria hodnocení: Korelační testy skórů na škálách EPDS, PASS, PPP a věkem žen po porodu.

6 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Do našeho výzkumu bylo zahrnuto 136 respondentek. Výběr těchto respondentek podléhal několika kritériím. Vstupní kritéria do výzkumu byla následující:

- 1) Ženy byly po porodu hospitalizované na oddělení šestinedělí v nemocnicích, Mělník či Neratovice
- 2) věk 18 – 45 let
- 3) žena se dorozumí v češtině a dala s účastí ve výzkumu svůj souhlas

7 METODIKA PRÁCE

Pro realizaci bakalářské práce jsme vybrali kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum je metoda standardizovaného vědeckého výzkumu, který má za cíl popsat jevy pomocí znaků, jejímž měříme určité vlastnosti. Výsledky měření pak zpracováváme a interpretujeme pomocí statistiky. Pracujeme většinou s velkým počtem respondentů. Jednou z technik sběru dat je dotazník, který zasáhne velký počet respondentů, přičemž zachová velkou anonymitu, kterou v této práci vzhledem k citlivým údajům, potřebuji. (ZICH, 2014)

Základní demografie - Účastnice vyplňovaly do dotazníku pouze svůj věk.

7.1 Použité dotazníky

7.1.1 Edinburská škála poporodní deprese

K mapování depresivních příznaků jsme vybrali standardizovaný dotazník Edinburská škála poporodní deprese, EPDS (Cox et al., 1987, str. 782-786), Dotazník se zaměřuje na skupinu žen po porodu a pomocí sebehodnocení mapuje výskyt depresivních příznaků. EPDS začíná oslovením a návodem ke správnému vyplnění. Dále je zde 10 otázek zaměřených na depresi. Dotazník není časově náročný, žena ho zvládne vyplnit do 2 minut. EPDS se skládá z otázek uzavřených polynomických - výběrových, u kterých má žena na výběr jednu z uvedených možností, ohodnocených body dle Likertova hodnocení.

7.1.2 Screeningová škála perinatálních úzkostí

Do výzkumu jsme zahrnuli i Screeningovou škálu perinatálních úzkostí, PASS (Perinatal anxiety screening scale, Somerville et al., 2015, str. 443-454), která se skládá z 31 sebehodnotících otázek uzavřených polynomických. Otázky nám pomáhají mapovat perinatální úzkost. Rozsah škály je 0-93 bodů a vyšší skóre značí pro vyšší míru úzkosti.

7.1.3 Perinatální psychosociální profil

Pro výzkum jsme také vybrali Perinatální psychosociální profil, PPP (Curry et al., 1998, str. 211-219). Tato škála je složena z 11 otázek uzavřených polynomických. Díky této škále můžeme mapovat míru vnímaného stresu při výskytu náročných životních událostí (např. stěhování, smrt blízkého člověka, domácí násilí, finanční nejistota).

7.2 Proces sběru dat

Potenciální účastnice byly oslovovány s dotazem, zda se nechtějí zúčastnit výzkumu třetí den po porodu. Po tom, co daly účastnice s účastí ve studii svůj souhlas, tak vyplnily studijní dotazníky online na tabletu v prostředí platformy forms.nudz (porodnice Neratovice a Mělník). Data z porodnic Neratovice a Mělník se následně automaticky vyhodnotila a uložila ve formátu Microsoft Excel.

8 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal v období od 1. 1. 2021 do 20. 2. 2021 v porodnici Mělník a Neratovice. Do nemocnic byl odeslán online dotazník, který byl v nemocnici následně rozdán. V porodnici Neratovice bylo osloveno 150 žen z toho 112 vyplnilo dotazník a v porodnici Mělník bylo osloveno 50 žen a 24 z nich vyplnilo dotazník. Návratnost dotazníku tedy činil 68 %. Účast ve výzkumu byla podmíněna podpisem informovaného souhlasu, který je součástí příloh.

9 ZPRACOVÁNÍ DAT

Získané výsledky byly zpracovány do tabulek v elektronické podobě v programu Microsoft Excel, přičemž k základnímu přehledu souboru byly vytvořeny sloupcové grafy s procentuálním zastoupením. Statistické zpracování dat bylo provedeno v programu SPSS verze 23.0. K demografickému popisu byla použita deskriptivní statistika. Normalita distribuce sledovaných proměnných byla testována pomocí Shapiro-Wilk testu. Mezi skupinové rozdíly (skupina EPDS skóre 12 a víc vs. skupina EPDS skóre 11 a méně) na škále PASS a PPP byly testovány pomocí nepárových t-testů nebo Mann-Whitneyho testu dle rozložení dat s hladinou statistické významnosti $\alpha = 0.05$. K testování vztahů mezi depresivními příznaky, úzkostí, psychosociálním stresem a věkem byly použity korelační testy (Pearsonův korelační koeficient pro normální distribuci a Spearmanův korelační koeficient pro data bez normální distribuce dat). Dále jsme u každé sledované škály (EPDS, PASS, PPP) provedli analýzu jednotlivých položek s cílem podrobněji popsat tři nejčastější depresivní a úzkostné příznaky a sociální stresové faktory.

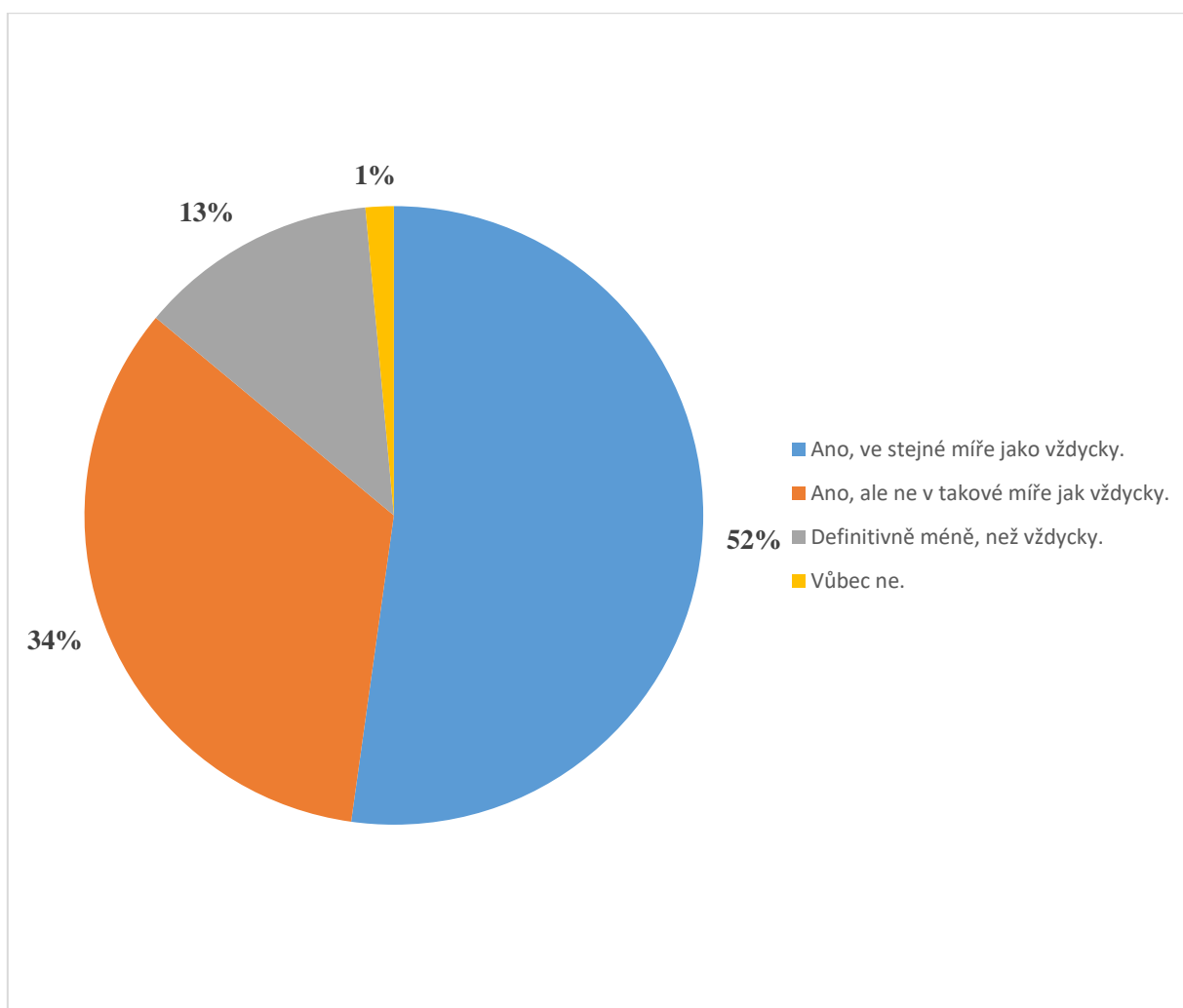
10 ANALÝZA DAT

10.1 Edinburská škála poporodní deprese

Průměrné skóre na škále EPSD bylo v našem souboru 7 ± 5 bodů, minimum 0, maximum 20. Ze 136 žen jich 25 (18,4 %) mělo celkový skór 12 a více bodů.

Otázka číslo 1 - **Byla jsem veselá a viděla převážně veselé stránky života.**

Graf 1 - Zda se cítí dotazované ženy veselé

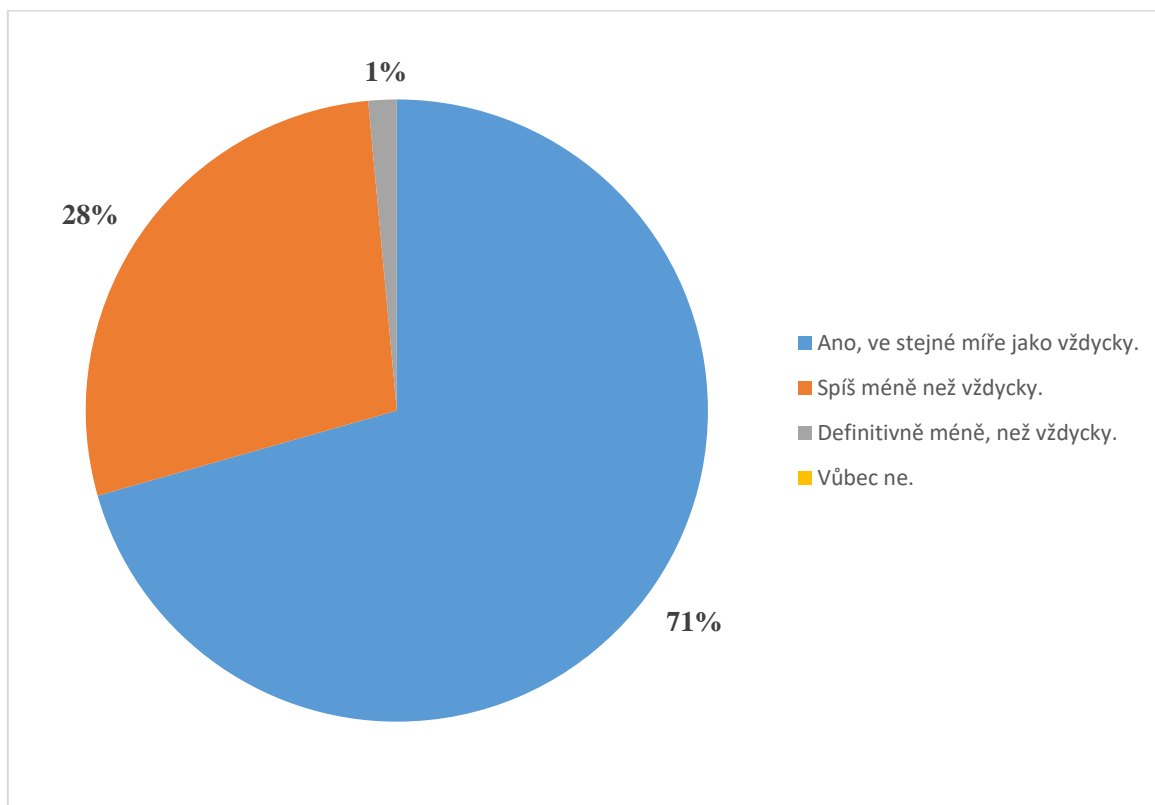


Zdroj: Vlastní

Bylo osloveno 137 respondentek a z nich 71 (52 %) uvedlo, že se cítí veselé ve stejné míře jako vždycky, 56 (34 %) žen se cítí veselé, ale ne v takové míře jak vždycky, 17 (13 %) žen je veselých definitivně méně než vždycky a pouhé 2 (1 %) respondentky se vůbec necítí veselé.

Otázka číslo 2 – **Hleděla jsem do budoucnosti s radostí a nadějí.**

Graf 2 – Radost do budoucnosti u dotazovaných žen

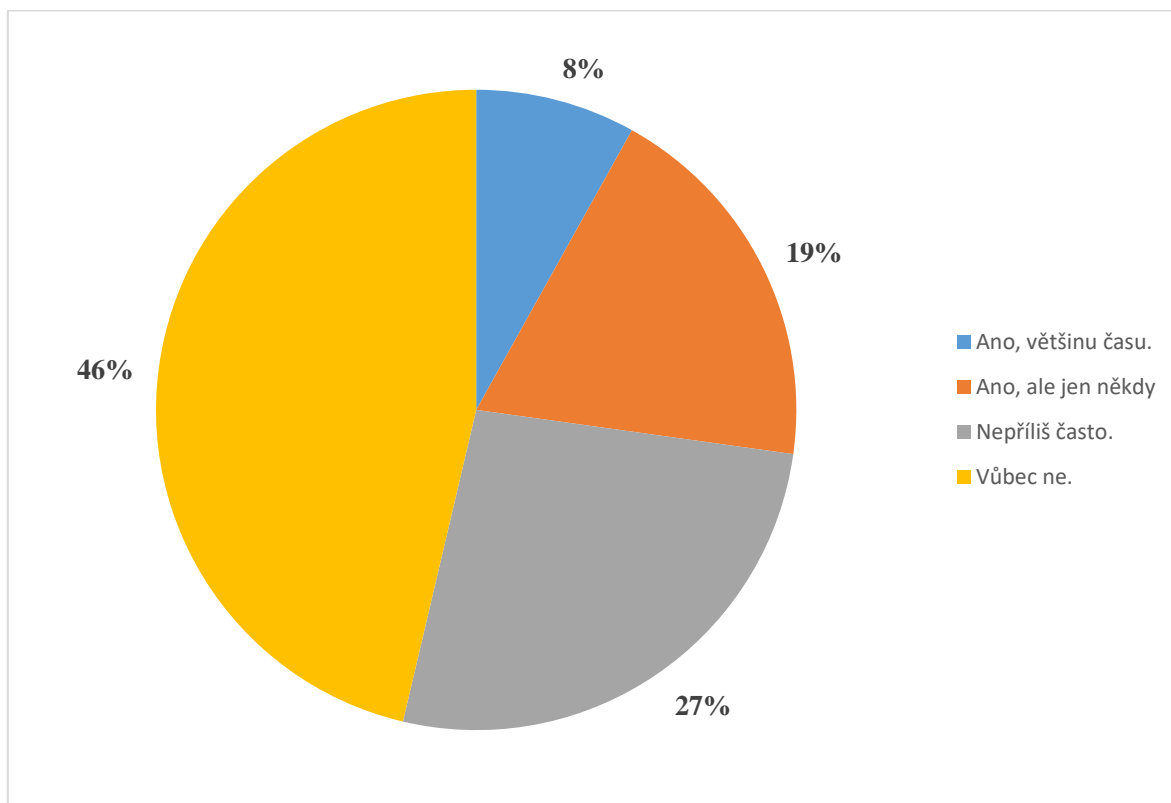


Zdroj: Vlastní

Ze 137 oslovených žen 96 (71 %) hledí do budoucnosti s radostí a nadějí ve stejné míře jako vždy, 38 (28 %) má radost do budoucnosti spíše méně než vždycky, 2 (1 %) ženy mají radost definitivně méně, než vždycky a ani jedna žena neodpověděla, že nemá radost vůbec.

Otázka číslo 3 - **Nepřiměřeně jsem se na sebe zlobila a vyčítala si, když se něco nedařilo.**

Graf 3 – Vztek sama na sebe u dotazovaných žen

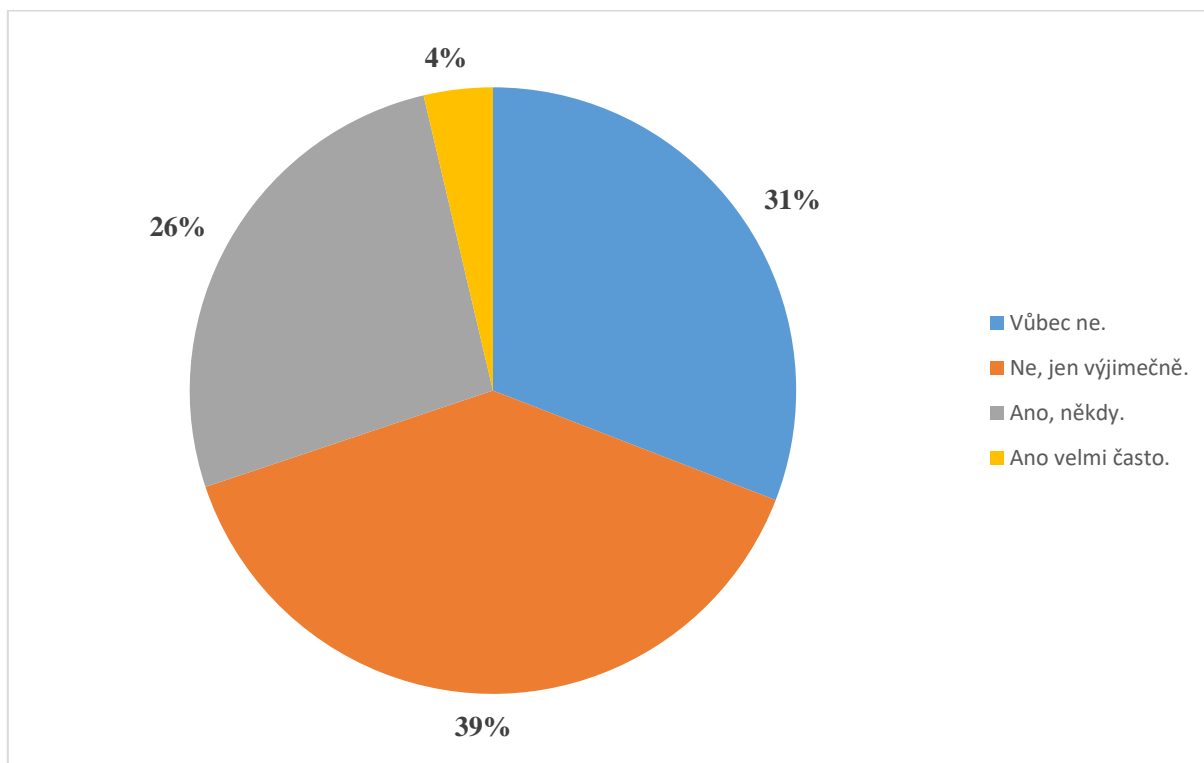


Zdroj: Vlastní

Až 63 (46 %) žen se na sebe nepřiměřeně nezlobí a nevyčítá si, když se něco nedaří, 36 (27 %) žen uvádí, že se na sebe příliš často nezlobí, u 26 (19 %) žen se ukázalo, že se na sebe nepřiměřeně zlobí a až 11 (8 %) dotazovaných žen odpovědělo, že se na sebe nepřiměřeně zlobí a vyčítá si, když se něco nedaří většinu času.

Otázka číslo 4 - **Byla jsem úzkostná a ustaraná, aniž by k tomu byly rozumné důvody.**

Graf 3 – Úzkost a ustaranost u dotazovaných žen

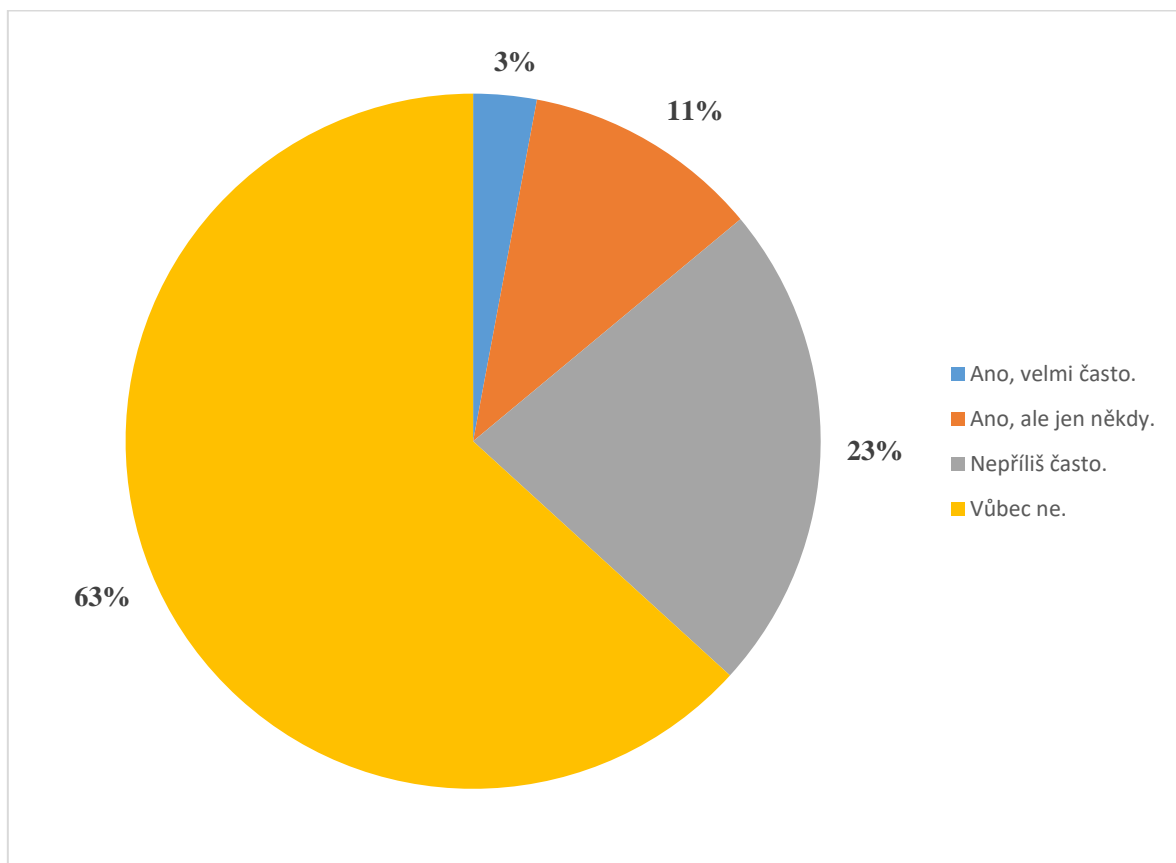


Zdroj: Vlastní

Z grafu vyplývá, že u 53 (39 %) žen se úzkost a ustaranost objevila jen výjimečně, u 42 (31 %) žen se neobjevila vůbec, 36 (26 %) žen odpovědělo, že někdy byly úzkostné a ustarané, aniž by k tomu byly rozumné důvody a 5 (4 %) žen uvádí, že velmi často byly úzkostné a ustarané.

Otázka číslo 5 - Cítla jsem se vyděšená, až trochu v panice, a to bez vážných důvodů.

Graf 4 – Vyděšenost dotazovaných žen

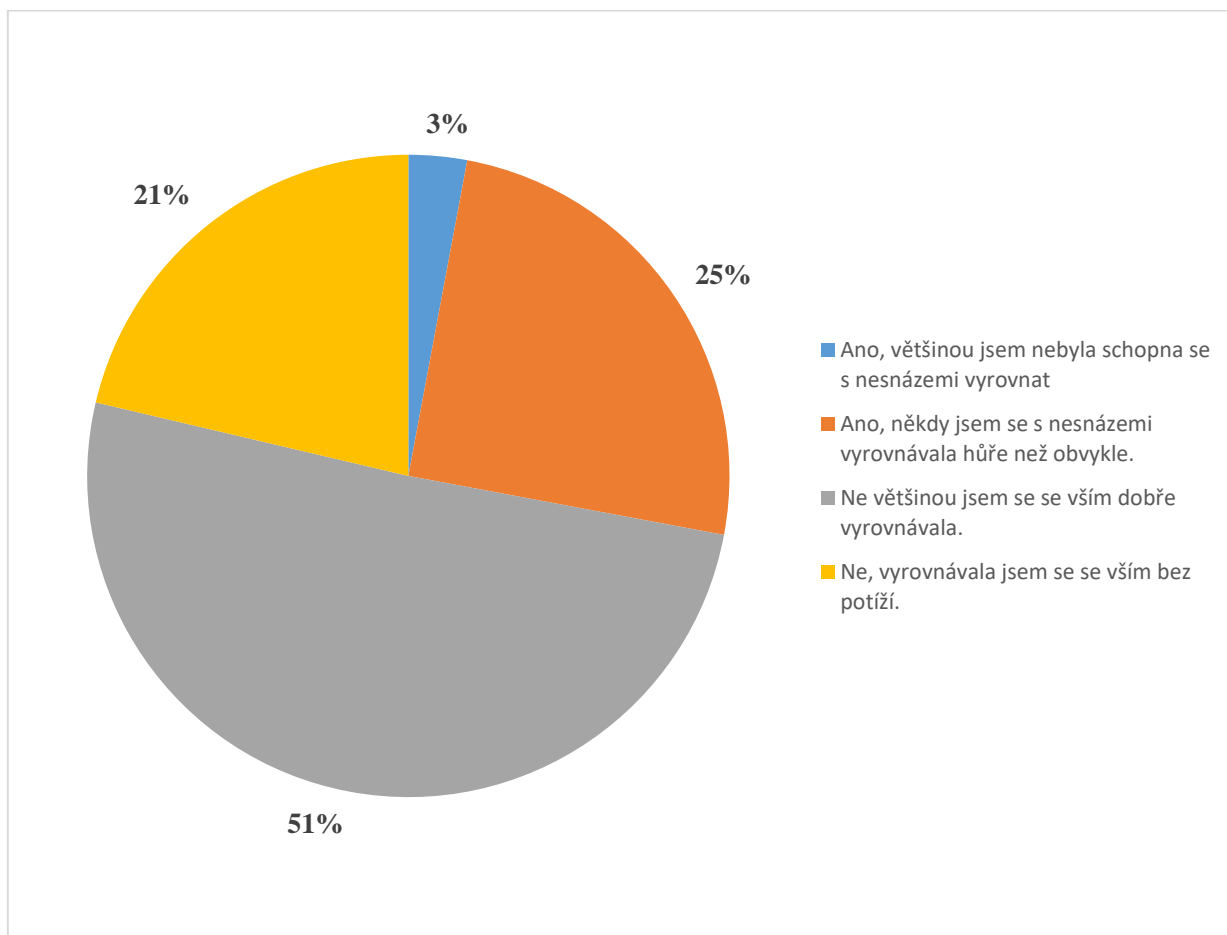


Zdroj: Vlastní

Z grafu můžeme vidět, že většina žen (86, tedy 63 %) se vůbec necítla vyděšena, 31 (23 %) dotazovaných žen odpovědělo, že vyděšenost se u nich neobjevila příliš často, 15 (11 %) uvádí, že se cítily vyděšené, až trochu v panice, a to bez vážných důvodů jen někdy a 4 (3 %) ženy se cítily vyděšené, až trochu v panice velmi často.

Otázka číslo 6 - **Mnoho věcí se mě nepříjemně dotýkalo.**

Graf 5 – Zda se žen nepříjemně dotýkalo mnoho věcí

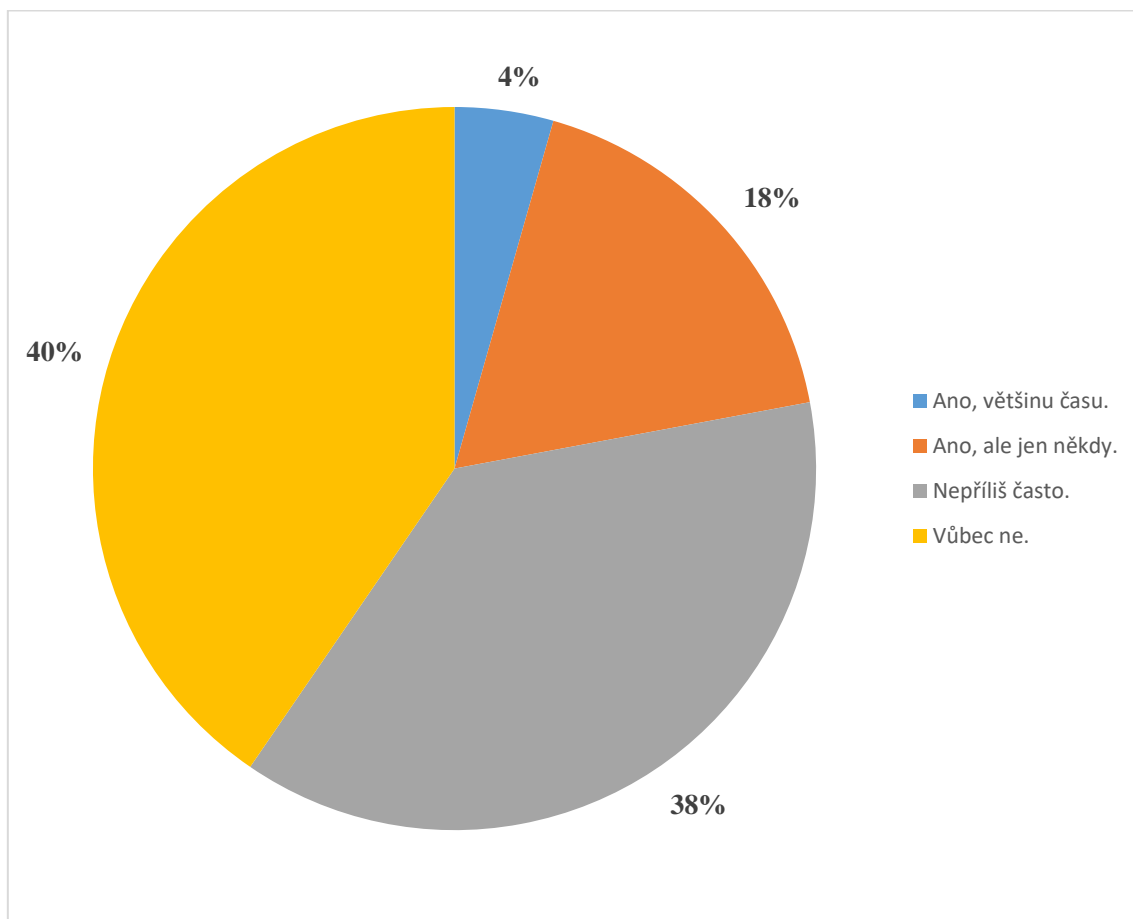


Zdroj: *Vlastní*

69 (51 %) dotazovaných žen uvádí, že se většinou se vším dobře vyrovnaly, 34 (25 %) žen uvádí, že mnoho věcí se jich nepříjemně dotýkalo a že se se svými nesnázeми vyrovnávaly hůře než obvykle, pouhých 29 (21 %) žen uvádí, že se se vším vyrovnávaly bez potíží a 4 (3%) ženy uvádějí, že se většinou nebyly schopny s nesnázeми vyrovnat.

Otázka číslo 7 - **Byla jsem tak znepokojená, že jsem špatně spala**

Graf 6 – Znepokojení, které vedlo ke špatnému spánku u dotazovaných žen

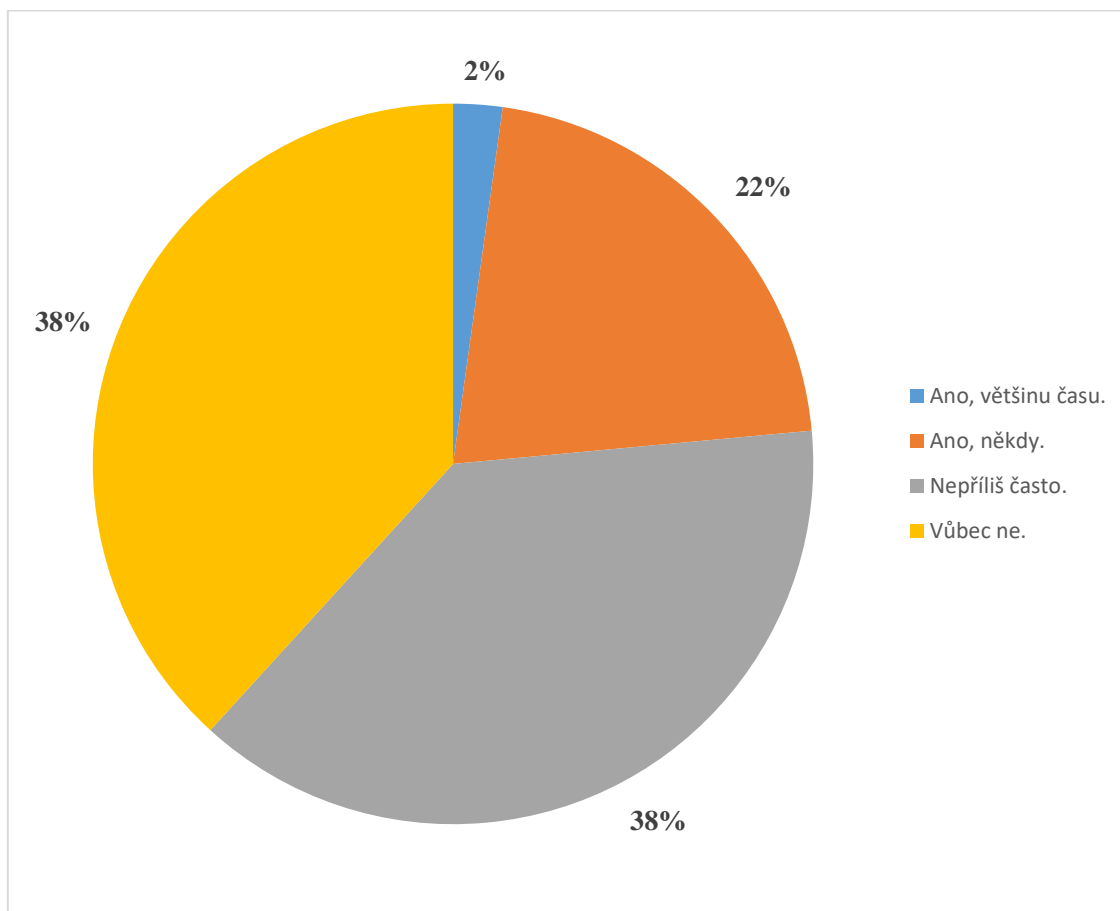


Zdroj: Vlastní

Z grafu vyčteme, že 55 (40 %) dotazovaných žen nebylo vůbec znepokojených, 51 (38 %) žen nebylo znepokojených příliš často, 24 (18 %) žen uvádí, že jen někdy byly tak znepokojené, že špatně spaly a pouhých 6 (4 %) žen většinu času bylo tak znepokojených, že špatně spaly.

Otázka číslo 8 - **Měla jsem špatnou a mizernou náladu.**

Graf 7 – Špatná nálada u dotazovaných žen

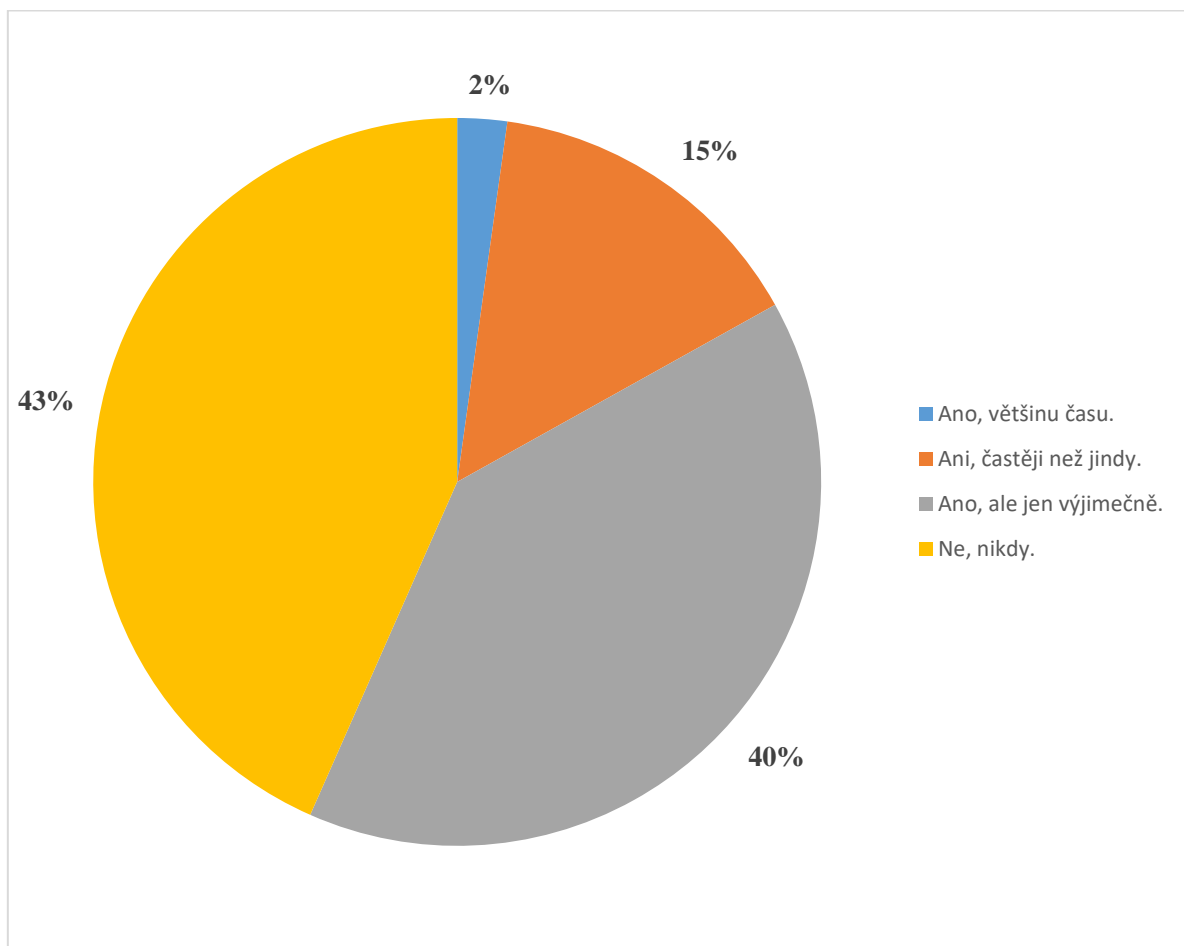


Zdroj: *Vlastní*

52 (38 %) dotazovaných žen nemělo vůbec špatnou náladu, stejně jako 52 (38 %) žen, které uvedly, že špatnou náladu neměly příliš často, 29 (22 %) dotazovaných žen mělo někdy špatnou až mizernou náladu a pouze 3 (2 %) ženy měly špatnou náladu většinu času.

Otázka číslo 9 - **Byla jsem tak nešťastná, že jsem plakala.**

Graf 8 – Pláč u dotazovaných žen

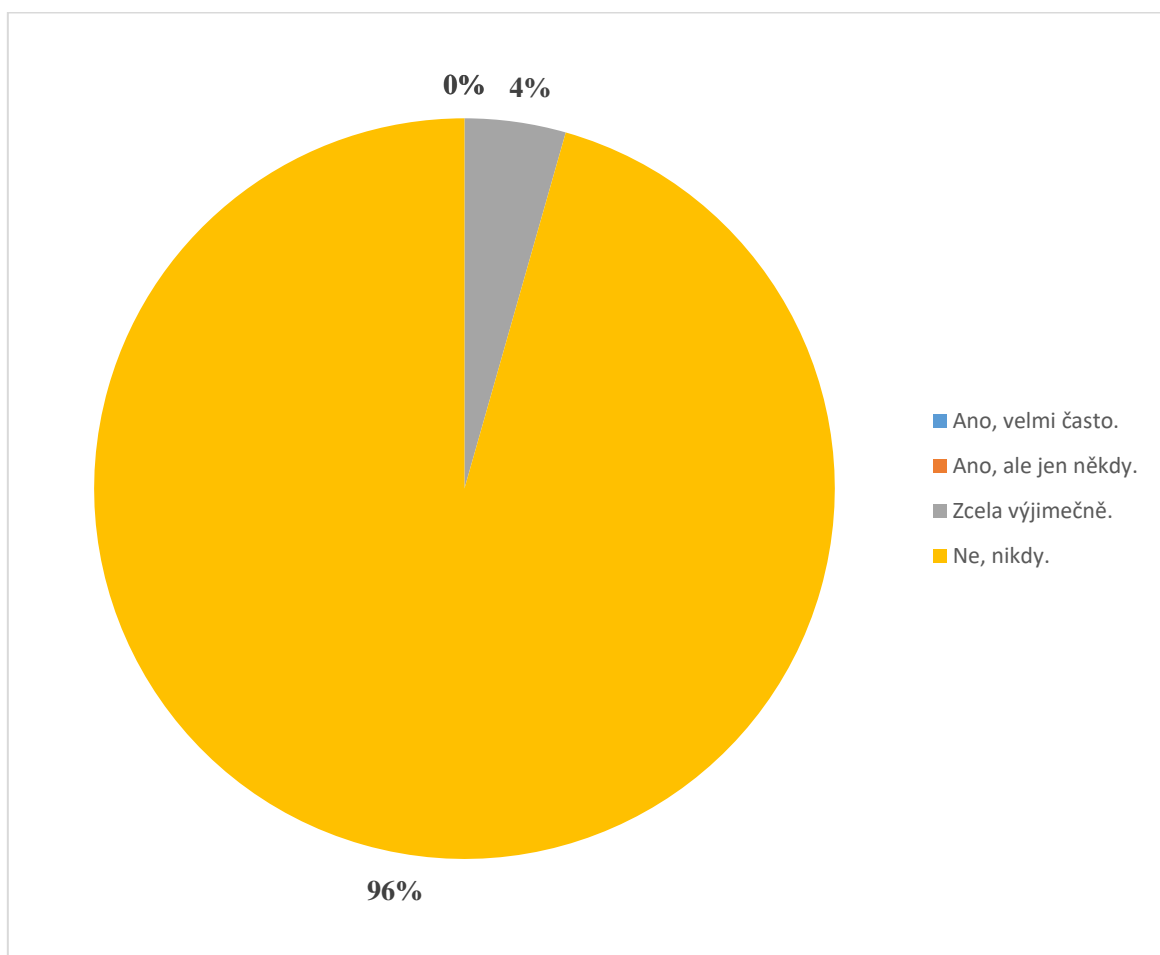


Zdroj: *Vlastní*

Z celkového počtu 137 žen 59 (43 %) žen odpovědělo, že nikdy nebyly tak nešťastné, aby plakaly, 54 (40 %) uvádí, že jen výjimečně byly tak nešťastné, aby plakaly, 20 (15 %) žen plakalo častěji než jindy a 3 (2 %) ženy plakaly většinu času.

Otázka číslo 10 - **Napadaly mě myšlenky, že si ublížím.**

Graf 9 – Myšlenky na ublížení u dotazovaných žen



Zdroj: *Vlastní*

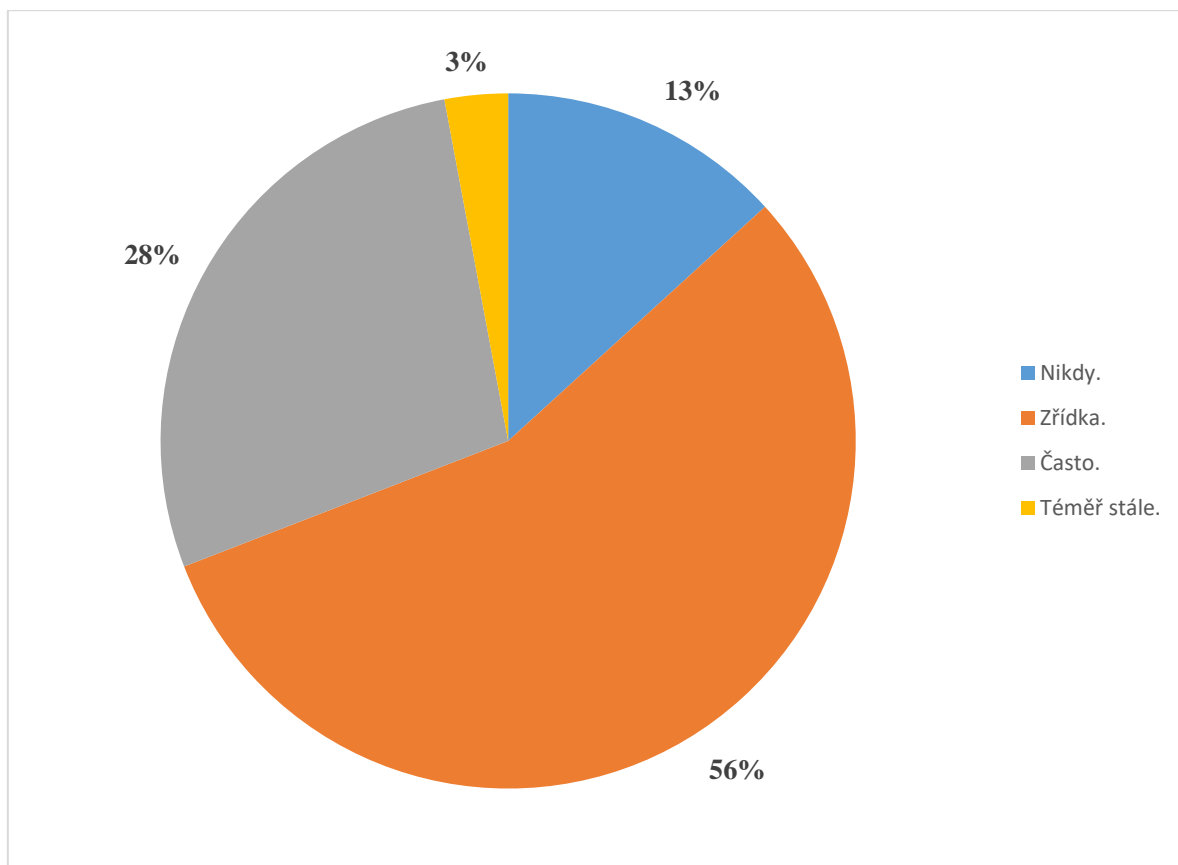
Většina (130, tedy 96%) žen odpovídala, že nikdy neměly myšlenky na to, že by si ublížily a pouze 6 (4 %) dotazovaných žen v dotazníku uvedlo, že myšlenky na to, že by si ublížily, měly jen výjimečně.

10.2 Screeningová škála perinatálních úzkostí

Průměrné skóre na škále PASS bylo v našem souboru 21 ± 11 bodů, minimum 0, maximum 53. U žen s EPDS skórem 12 a více bodů byla nalezena větší míra úzkostných příznaků než u žen s EPDS skórem méně než 12 bodů (rozdíl 13 ± 2 body; $t = 5,742$; $p < 0,001$).

Otázka číslo 1 - **Mívám obavy o dítě, či o průběh těhotenství.**

Graf 10- Obavy o dítě dotazovaných žen

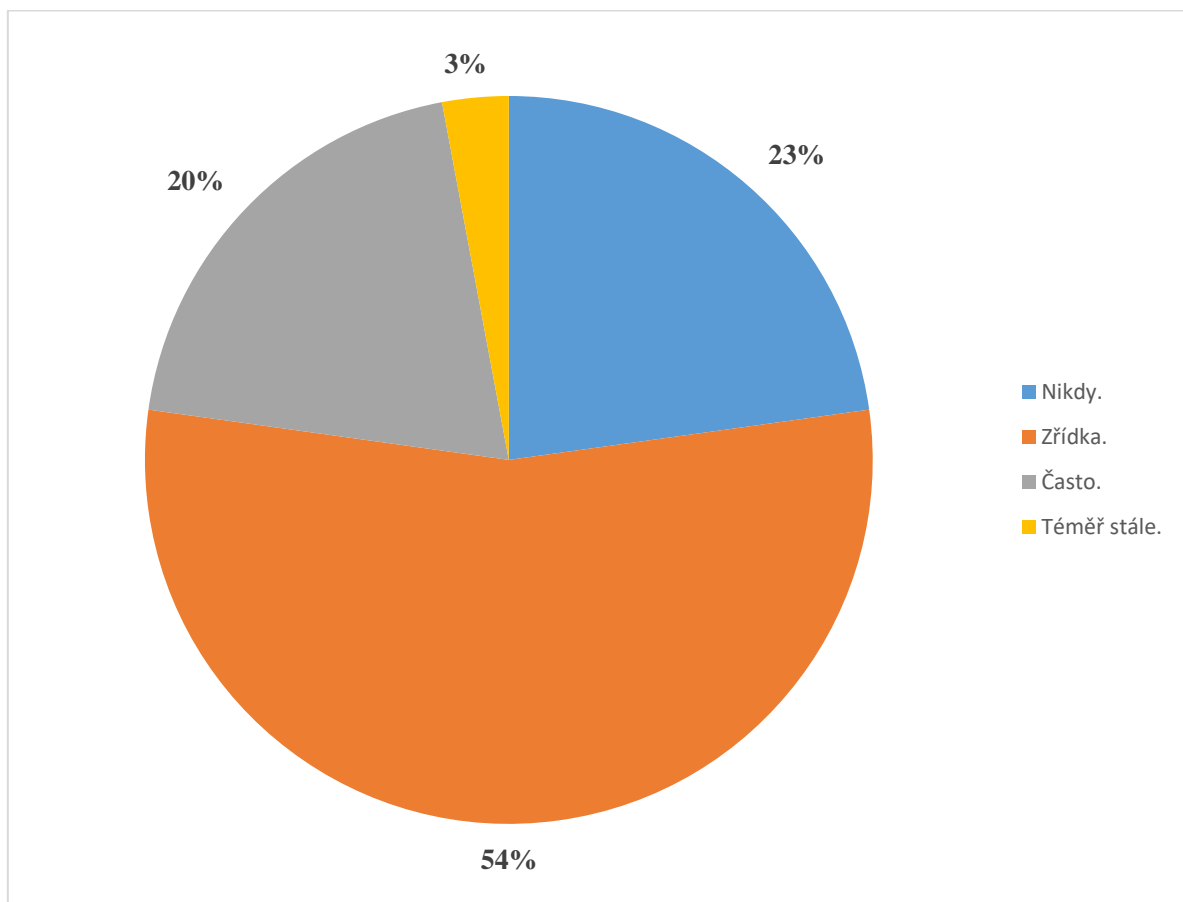


Zdroj: Vlastní

Ze 136 dotazovaných žen 76 (56 %) odpovědělo, že má zřídka obavy o dítě, či o průběh těhotenství, 38 (28 %) žen odpovědělo, že mají často obavy o dítě, 18 (13 %) dotazovaných žen uvedlo, že nikdy neměly obavy o dítě, či o průběh těhotenství a pouze 4 (3 %) ženy uvedly, že mají téměř stále obavy o dítě.

Otázka číslo 2 - **Mívám strach, že mé dítě bude ohroženo.**

Graf 11 – Strach z ohrožení dítěte dotazovaných žen

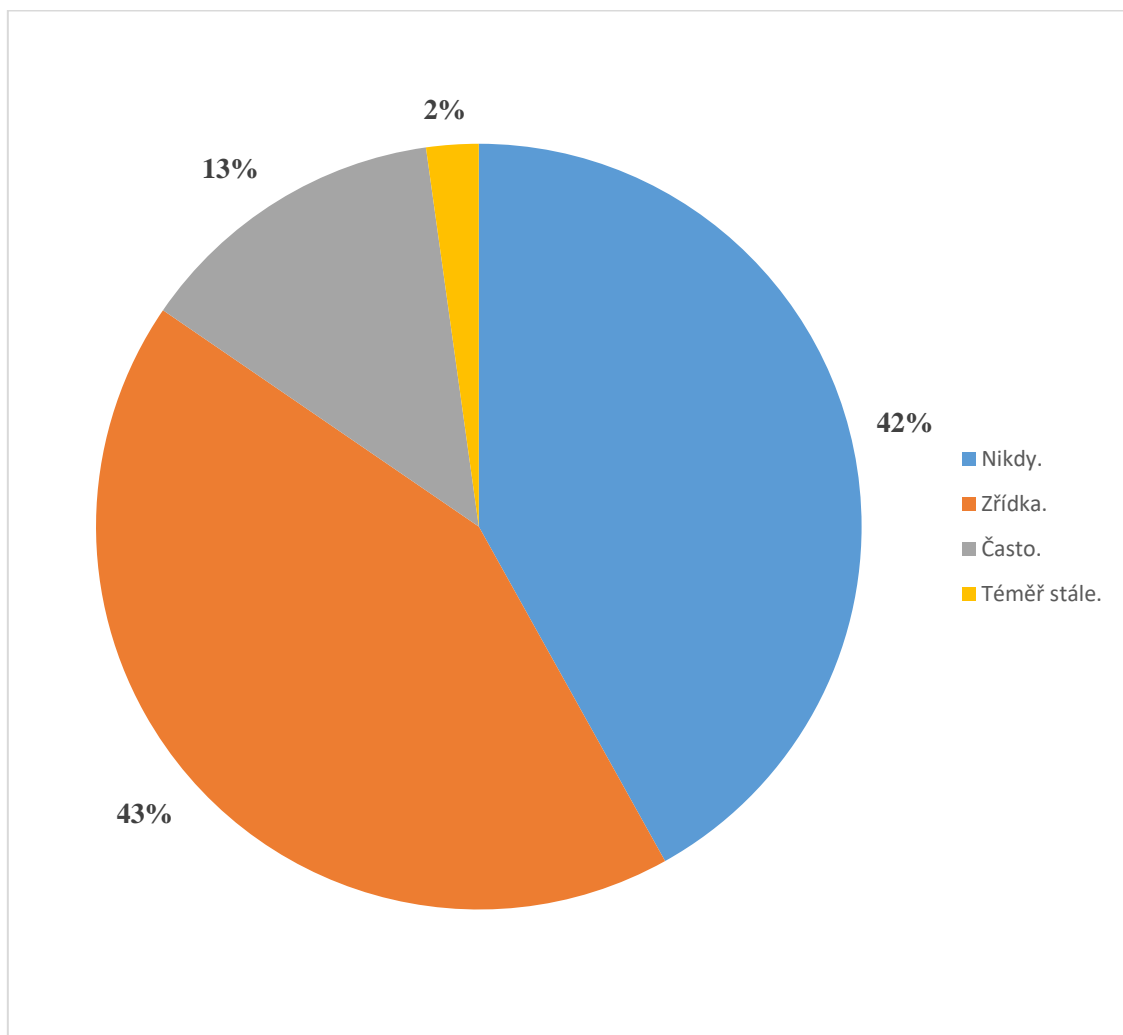


Zdroj: Vlastní

Z vyhodnocení dotazníku vyplývá, že 74 (54 %) dotazovaných žen mívá pouze zřídka strach z toho, že jejich dítě bude ohrožené, 31 (23 %) dotazovaných žen uvedlo, že nikdy neměly strach, že jejich dítě bude ohrožené, 27 (20 %) žen má často strach o své dítě a pouze 4 (3 %) ženy mají téměř stále strach, že jejich dítě bude ohroženo.

Otázka číslo 3 - **Mívám pocit, že se stane něco špatného.**

Graf 12 – Pocit dotazovaných žen, že se stane něco špatného

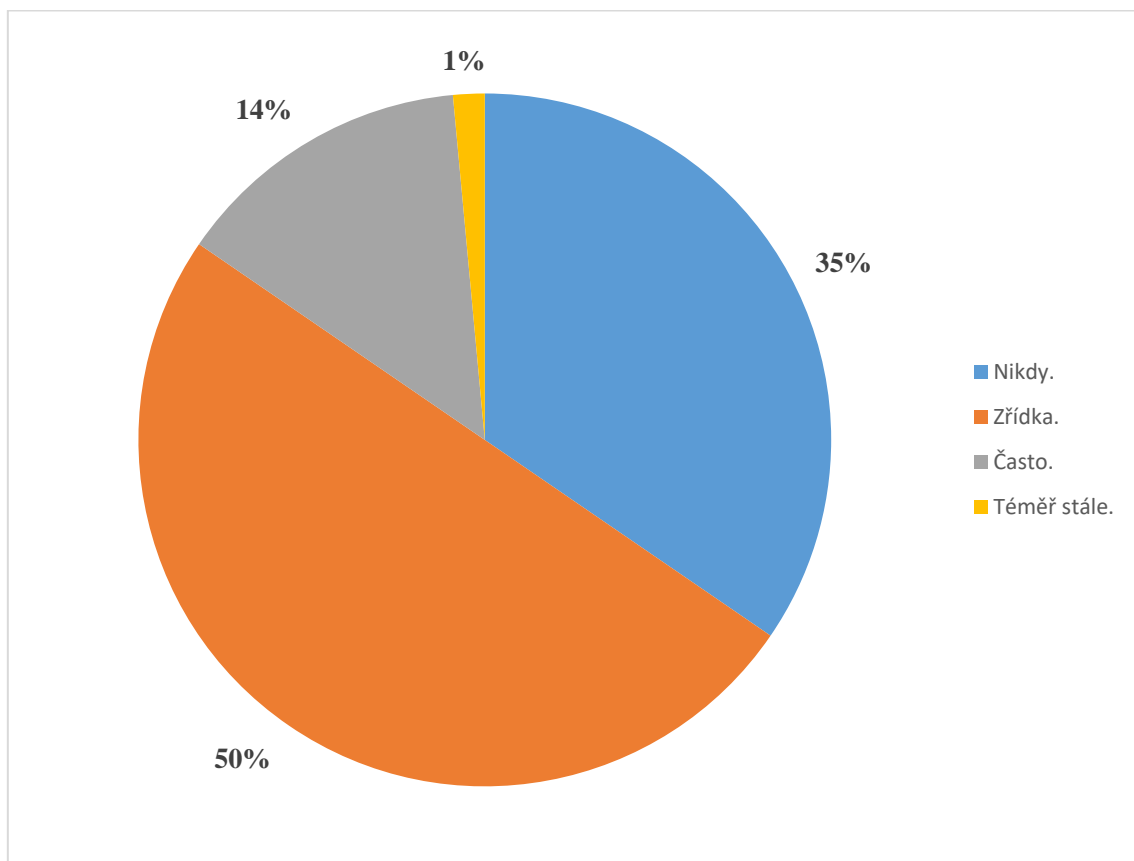


Zdroj: Vlastní

Na otázku, zda mívají pocit, že se stane něco špatného, 58 (43 %) dotazovaných žen odpovědělo, že zřídka, 57 (42 %) žen uvedlo, že nikdy nemají pocit, že se stane něco špatného, 18 (13 %) dotazovaných žen má často pocit, že se stane něco špatného a pouze 3 (2 %) ženy mají téměř stále pocit, že se stane něco špatného.

Otázka číslo 4 - **Obávám se mnoha věcí.**

Graf 13 – *Obavy dotazovaných žen z mnoha věcí*

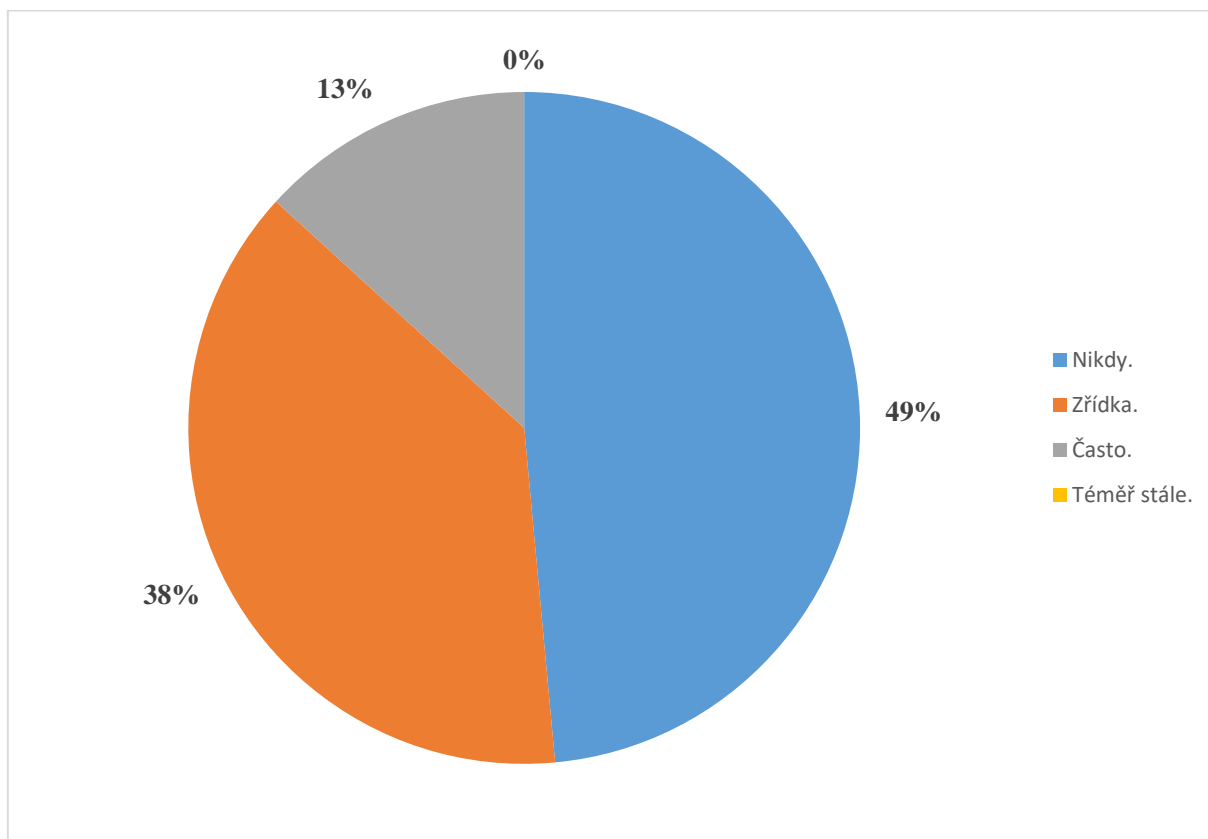


Zdroj: *Vlastní*

Až 68 (50 %) dotazovaných žen na otázku, zda mají obavy z mnoha věcí, odpovědělo, že zřídka, 47 (35 %) žen uvedlo, že nikdy nemají žádné obavy, 19 (14 %) dotazovaných žen má často obavy z mnoha věcí a pouze 2 (1 %) ženy odpověděly, že mají téměř stále obavy z mnoha věcí.

Otázka číslo 5 - **Obávám se budoucnosti.**

Graf 14 – Obavy dotazovaných žen z budoucnosti

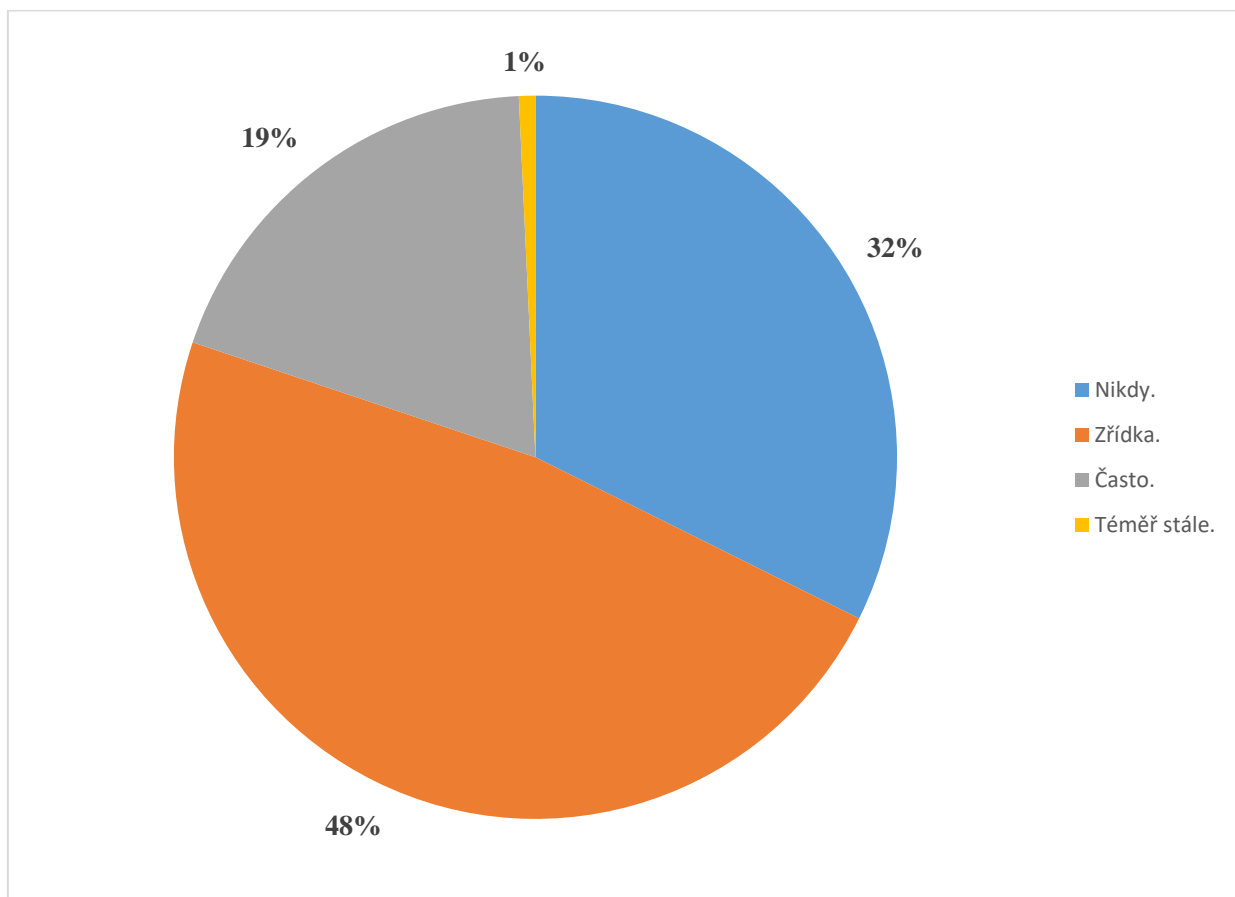


Zdroj: Vlastní

Ze 136 dotazovaných žen 66 (49 %) odpovědělo, že nikdy neměly obavy z budoucnosti, 52 (38 %) žen uvedlo, že zřídka mají obavy z budoucnosti, 18 (13 %) žen odpovědělo, že mají často obavy z budoucnosti, a odpověď téměř stále nezaškrtnla ani jedna žena.

Otázka číslo 6 - **Připadám si často přetížená.**

Graf 15 – Přetíženost dotazovaných žen

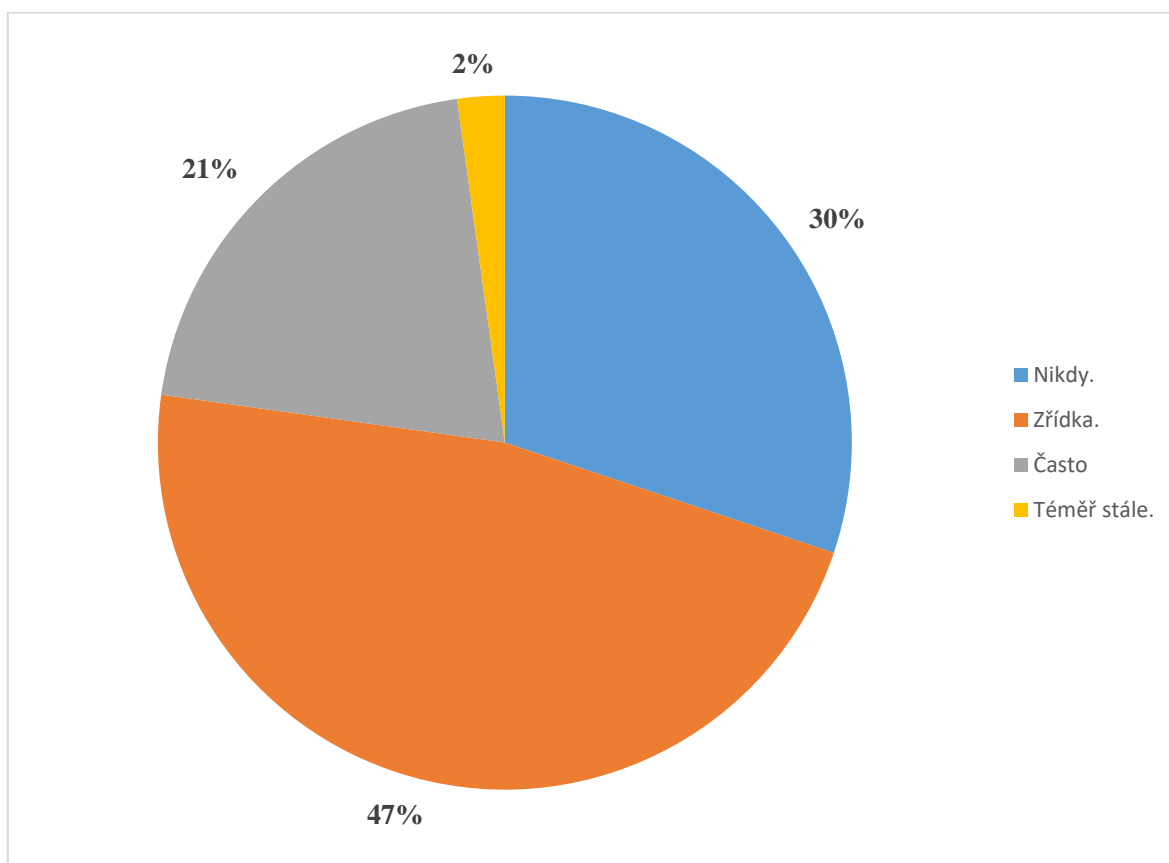


Zdroj: Vlastní

65 (48 %) dotazovaných žen zaškrtnulo, že se zřídka cítí být přetížené, 44 (32 %) žen uvádí, že se nikdy necítí přetížené, 26 (19 %) žen se dle grafu cítí často přetížené a pouze 1 (1%) žena uvedla, že se téměř stále cítí být přetížená.

Graf číslo 7 - Mívám veliký strach z věcí, jako jsou jehly, krev, porod, bolest apod.

Graf 16 – Strach z porodu, bolesti, jehel a krve dotazovaných žen

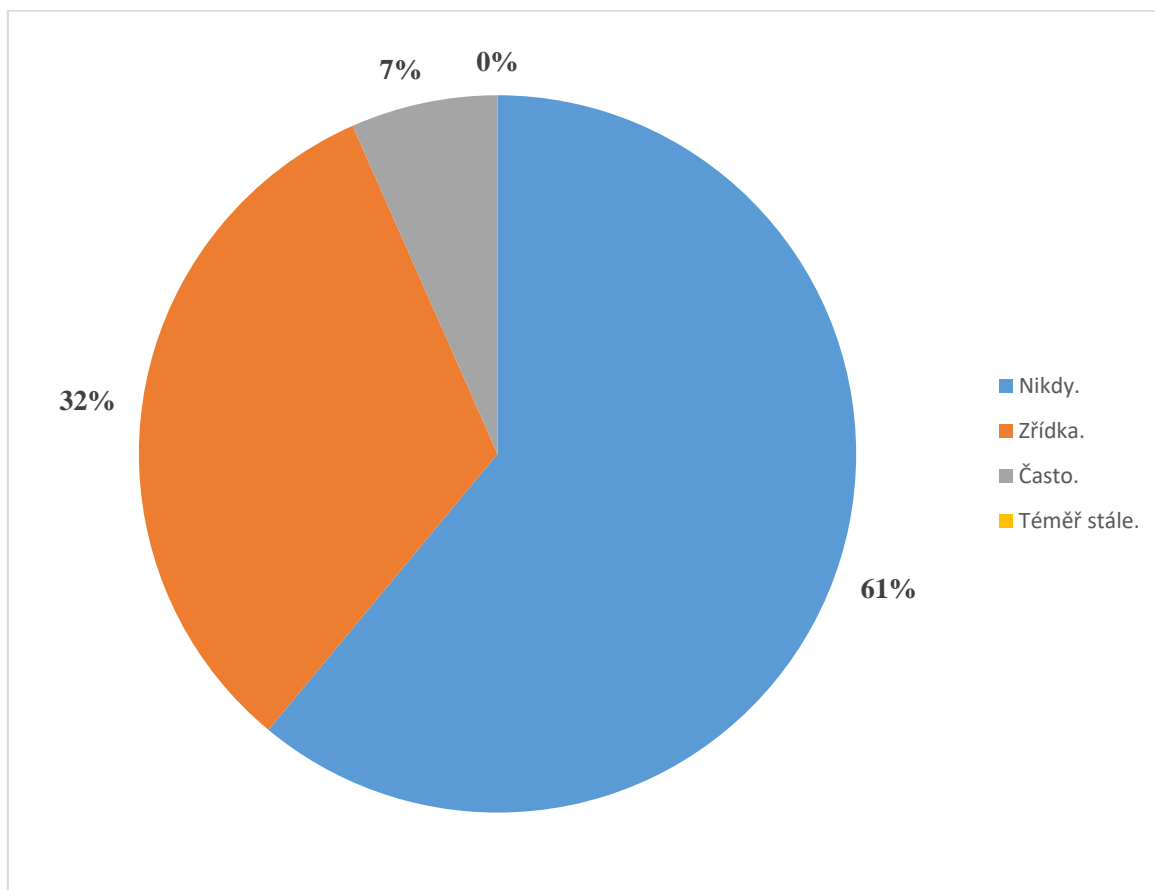


Zdroj: Vlastní

Z grafu můžeme vidět, že 64 (47 %) dotazovaných žen má zřídka veliký strach z jehel, krve, porodu a bolesti, 41 (30%) žen uvedlo, že nemají strach z jehel, krve, porodu a bolesti, 28 (21 %) dotazovaných žen má často strach z těchto věcí a pouze 3 (2 %) ženy odpověděly, že mají téměř stále velký strach z jehel, krve, porodu a bolesti.

Otázka číslo 8 - **Mívám náhlé stavy velkého strachu a celkové nepohody.**

Graf 17 – Náhlé stavy velkého strachu a celkové nepohody u dotazovaných žen

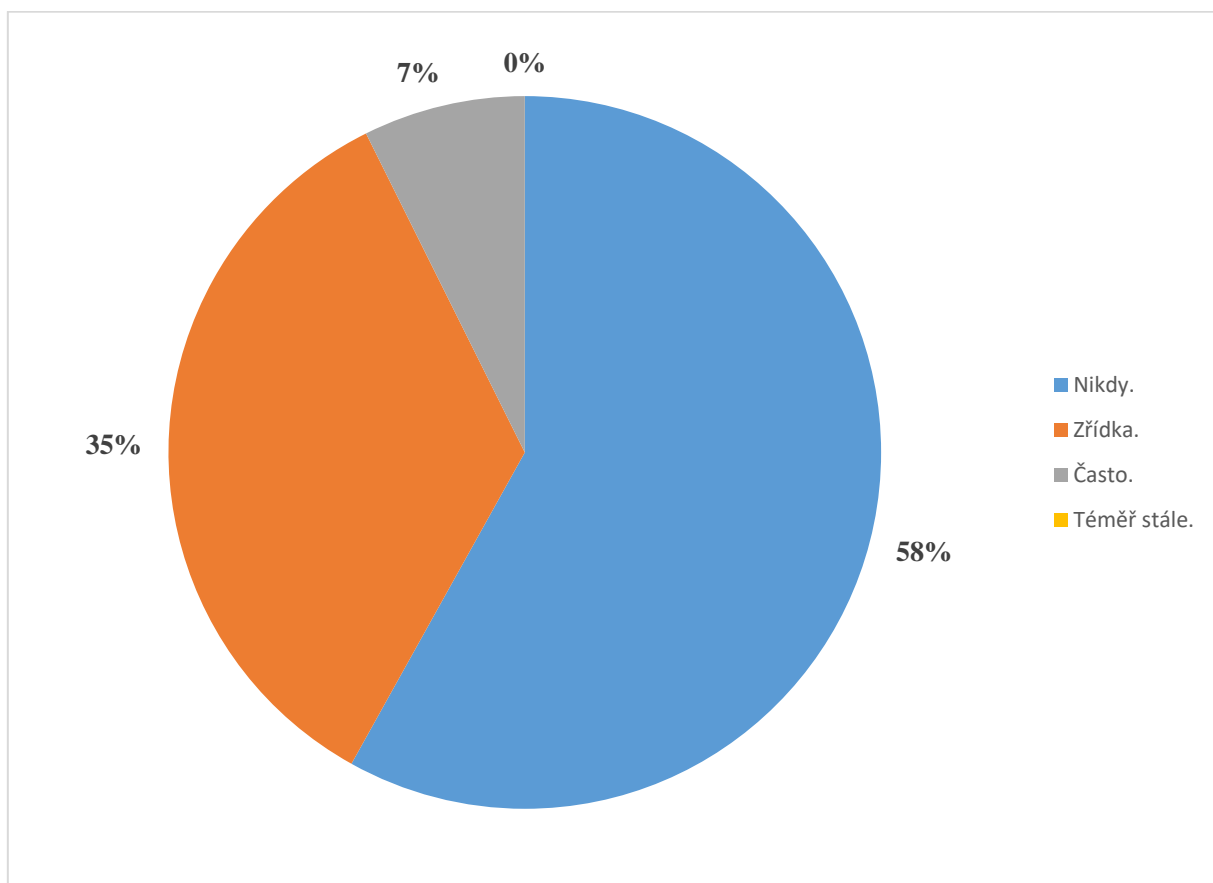


Zdroj: Vlastní

Na otázku, zda ženy mívají náhlé stavy velkého strachu a celkové nepohody, až 83 (61 %) dotazovaných žen odpovědělo, že nikdy, 44 (32 %) žen uvedlo, že mají náhle stavy strachu pouze zřídka, 9 (7 %) žen má často náhlé stavy velkého strachu a celkové nepohody a ani jedna žena u této otázky nevedla, že téměř stále.

Otázka číslo 9 - **Přepadají mě opakující se nepříjemné myšlenky, které je těžké zastavit nebo kontrolovat.**

Graf 18 – *Opakující se nepříjemné myšlenky u dotazovaných žen, které je těžké zastavit*

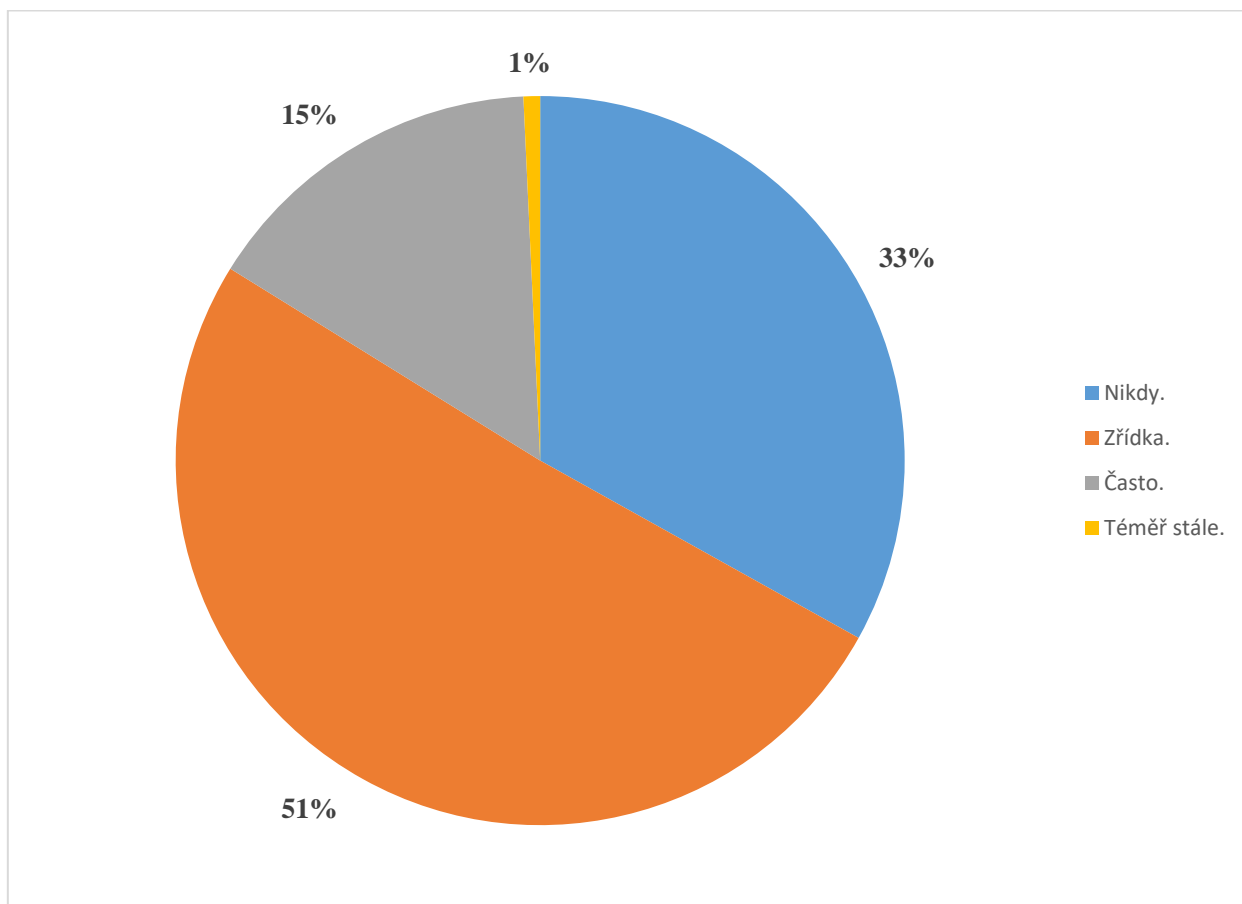


Zdroj: *Vlastní*

Ze 136 dotazovaných žen 79 (58 %) odpovědělo, že nikdy nemají opakující se nepříjemné myšlenky, které je těžké zastavit, 47 (35 %) žen uvedlo, že zřídka mají opakující se nepříjemné myšlenky, 10 (7 %) dotazovaných žen má často opakující se nepříjemné myšlenky, které je těžké zastavit nebo kontrolovat, a ani jedna žena neodpověděla, že téměř stále.

Otázka číslo 10 - **Mívám problém se spánkem i přesto, že mám možnost jít spát.**

Graf 19 – *Problém se spánkem u dotazovaných žen*

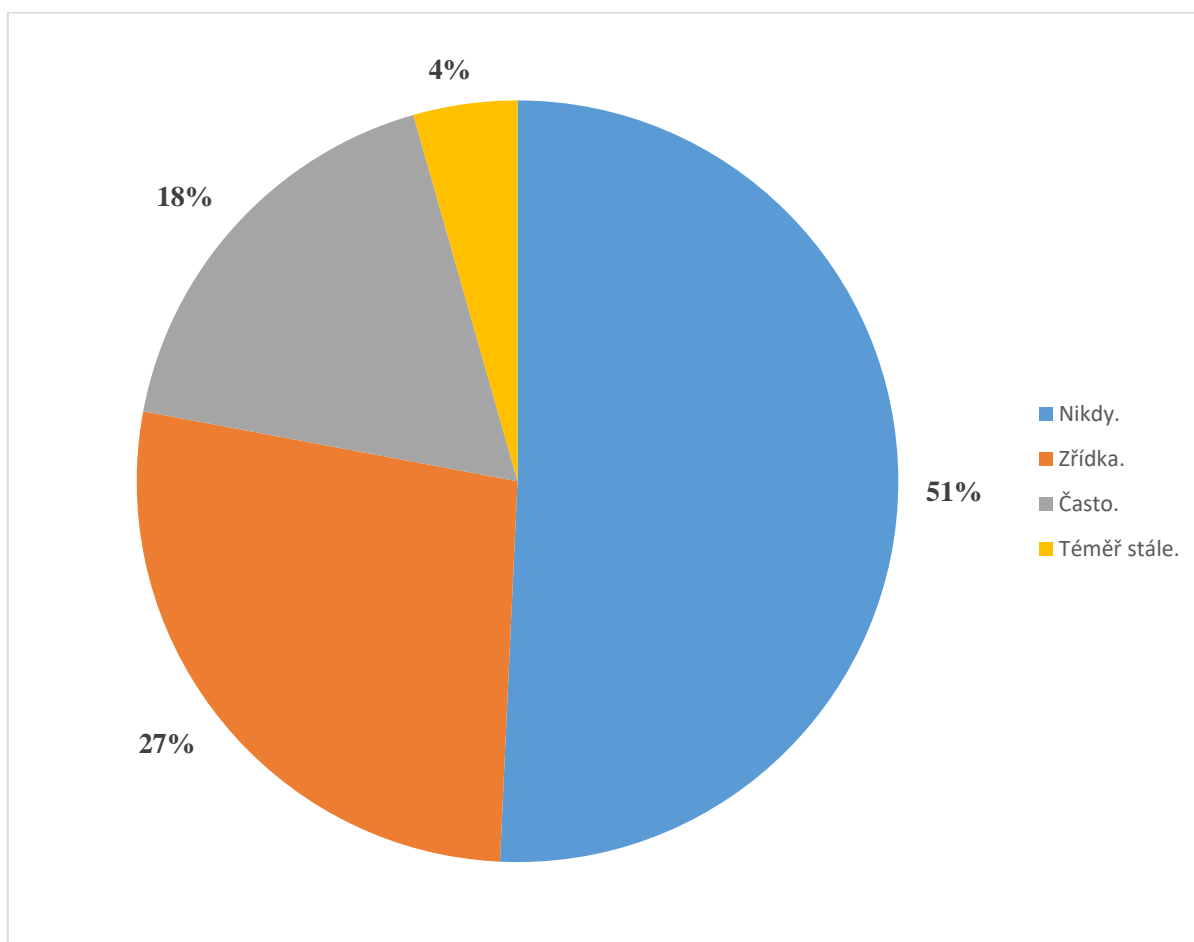


Zdroj: Vlastní

Až 69 (51 %) ze 136 dotazovaných žen uvedlo, že mají zřídka problém se spánkem, 45 (33 %) žen nikdy nemělo problémy se spánkem, 21 (15 %) dotazovaných žen uvedlo, že mají často problém se spánkem i přesto, že mají možnost jít spát, a pouze 1 (1 %) žena odpověděla, že téměř stále má problém se spánkem.

Otázka číslo 11 - **Stává se mi, že musím některé věci udělat přesně podle určitého sledu.**

Graf 20 – Stav dotazovaných žen, kdy musí některé věci dělat přesně podle určitého sledu

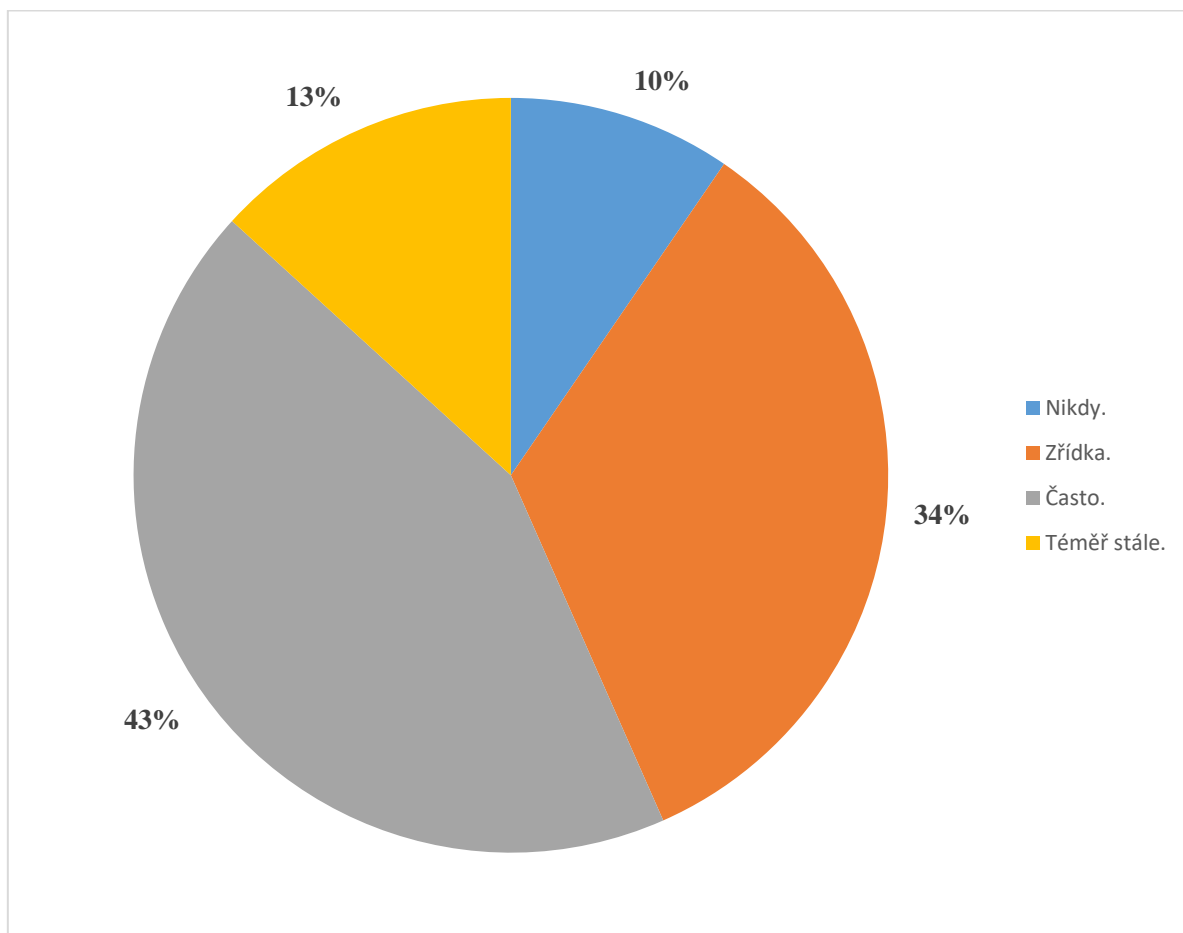


Zdroj: Vlastní

Až 69 (51 %) dotazovaných žen uvedlo, že se jim nikdy nestalo, že by musely některé věci dělat přesně podle určitého sledu, 37 (27 %) žen odpovědělo, že se jim to stává zřídka, 24 (18 %) dotazovaných žen u této otázky odpovědělo, že často, a pouze 6 (4 %) žen uvedlo, že téměř stále se jim stává, že musí některé věci dělat přesně podle určitého sledu.

Otázka číslo 12 - **Chci mít vše udělané perfektně.**

Graf 21 – Počet dotazovaných žen, které chtějí mít vše udělané perfektně

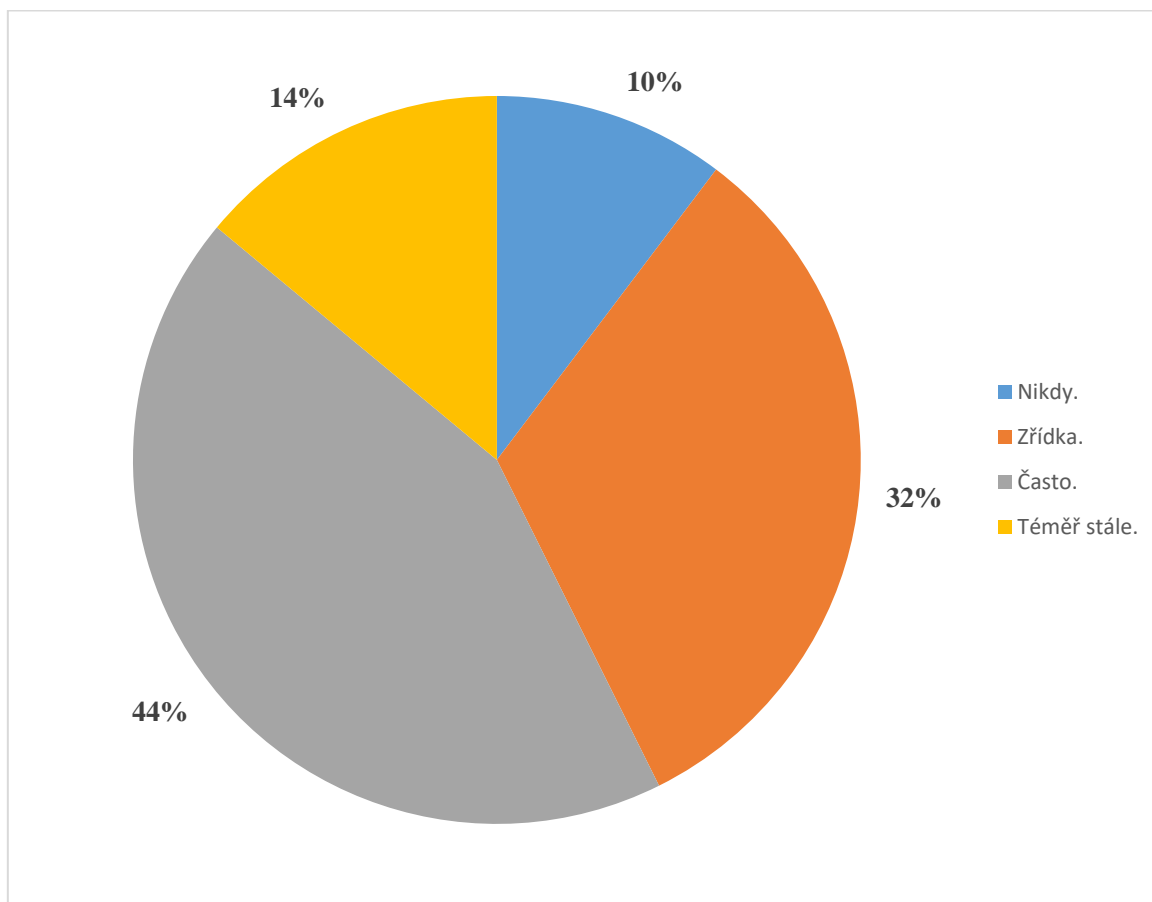


Zdroj: Vlastní

59 (43 %) žen chce mít vše udělané perfektně, 46 (34 %) dotazovaných žen chce mít pouze zřídka vše udělané perfektně, 18 (13 %) odpovědělo na tuto otázku, že téměř stále, a pouze 13 (10 %) žen uvedlo, že nikdy nechtějí mít vše udělané perfektně.

Otázka číslo 13 - **Potřebuji mít věci zcela pod kontrolou.**

Graf 22 *Potřeba dotazovaných žen mít vše pod kontrolou*

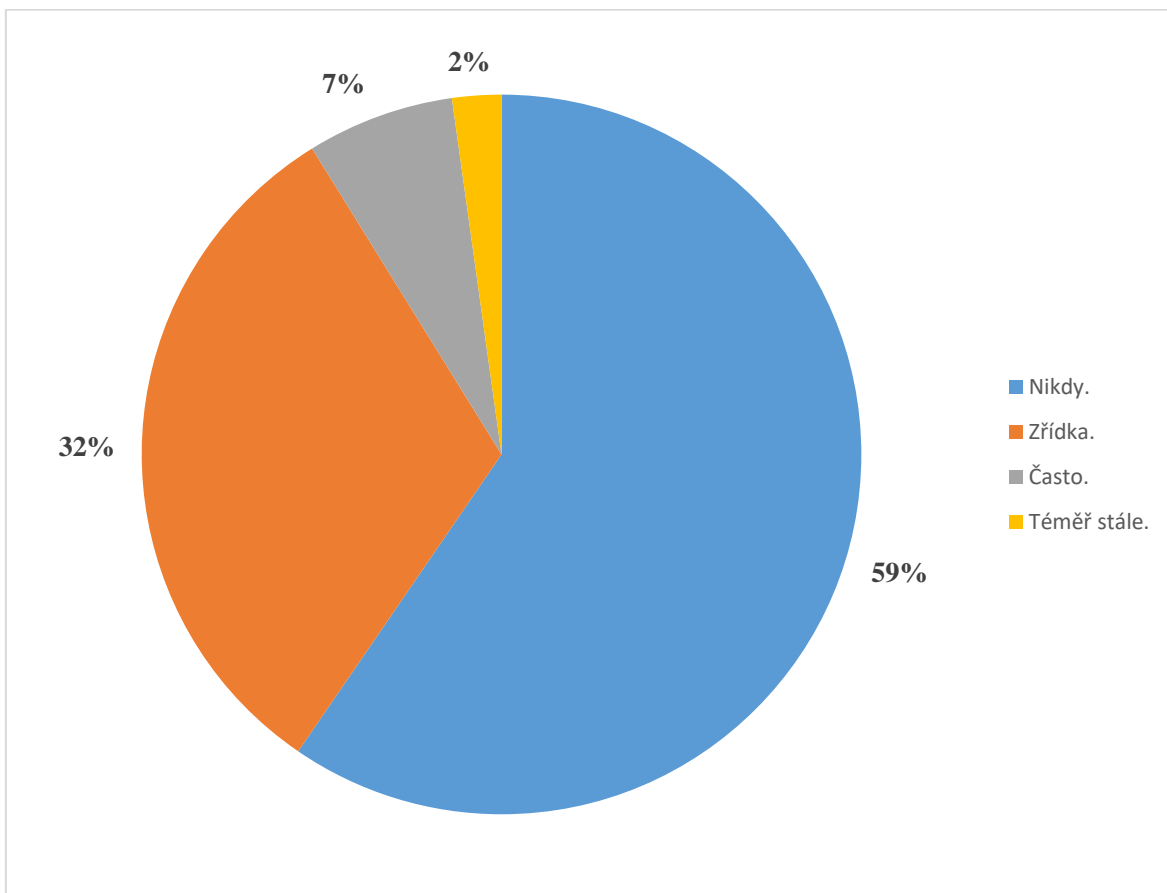


Zdroj: Vlastní

Z grafu můžeme vidět, že 59 (44 %) ze 137 dotazovaných žen odpovědělo, že mají často potřebu mít vše pod kontrolou, 44 (32 %) žen odpovědělo zřídka, 19 (14 %) žen má danou potřebu téměř stále a pouze 14 (10 %) dotazovaných žen uvedlo, že nikdy nemají potřebu mít vše pod kontrolou.

Otázka číslo 14 - **Mívám problém přestat kontrolovat vykonané úkoly, případně se mi stává, že některé činnosti opakují stále a stále dokola.**

Graf 23 – Potřeba dotazovaných žen kontrolovat vykonané úkoly

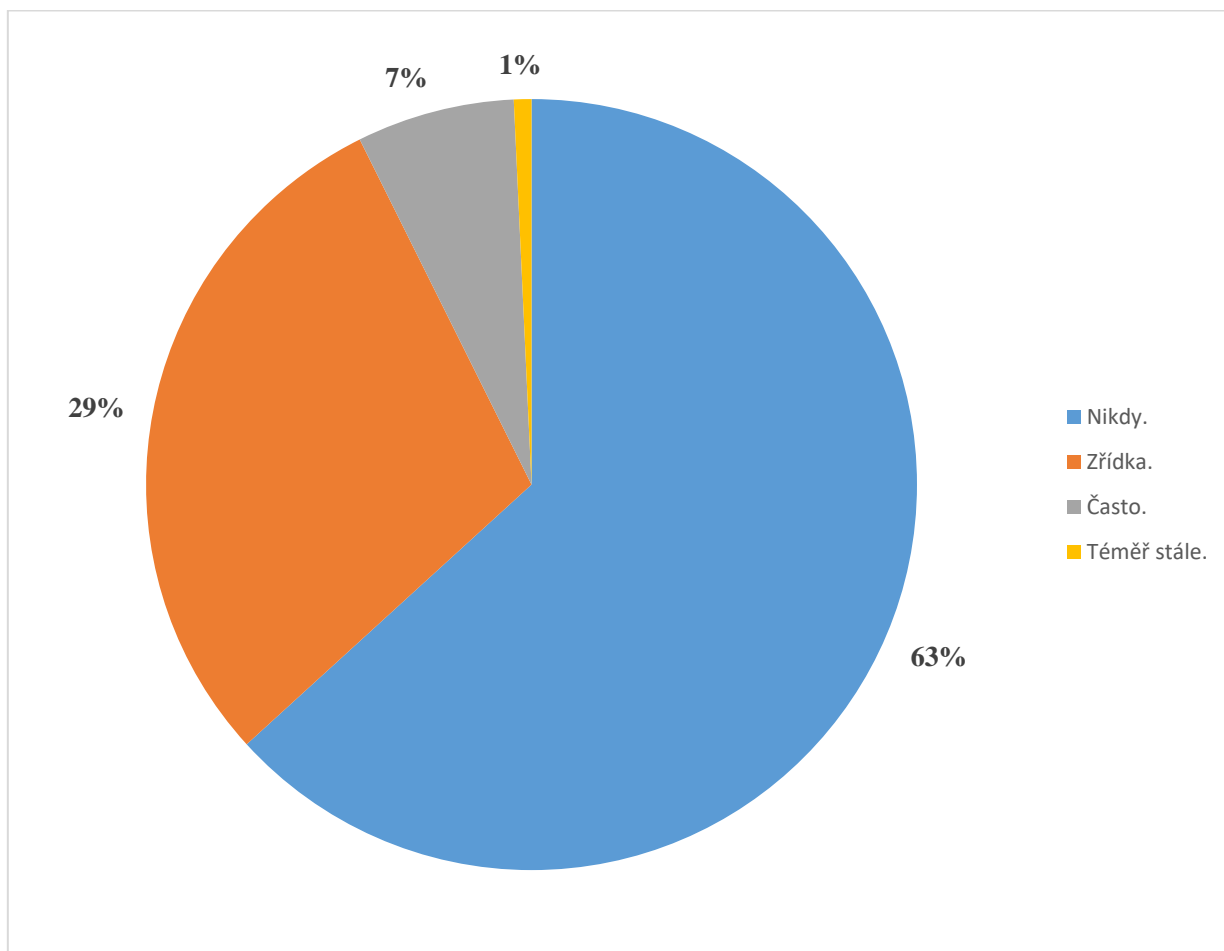


Zdroj: Vlastní

Na otázku, zda ženy mívají problém přestat kontrolovat vykonané úkoly, případně zda se jim stává, že některé činnosti opakují stále a stále dokola, odpovědělo až 81 (59 %) dotazovaných žen, že nikdy, 43 (32 %) žen odpovědělo, že zřídka, 9 (7 %) dotazovaných žen uvedlo, že se jim to stává často, a pouze 3 (2 %) ženy uvedly, že téměř stále mají tento problém.

Otázka číslo 15 - **Velmi snadno, někdy i z ničeho nic, se v poslední době vylekám.**

Graf 24 – Vylekanost dotazovaných žen

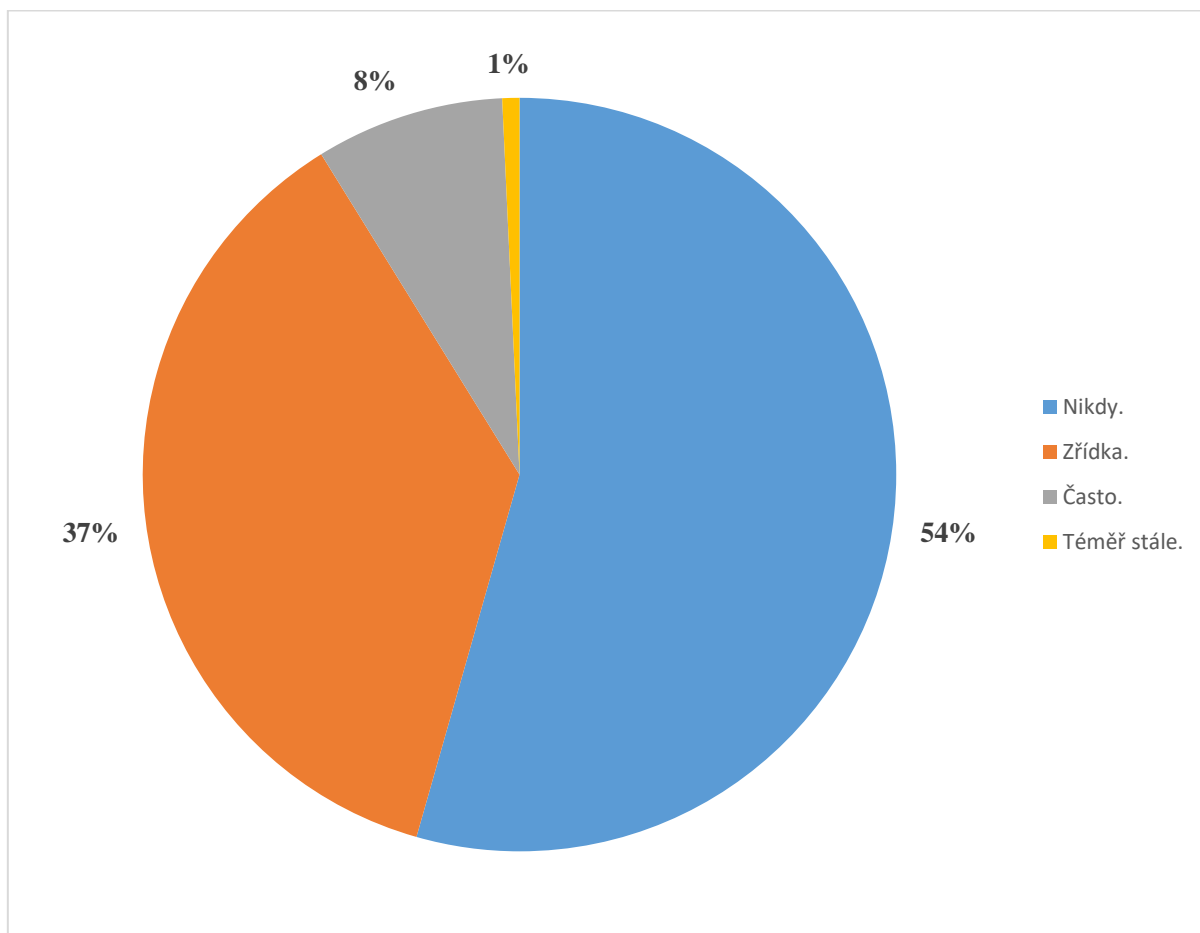


Zdroj: Vlastní

Ze 136 dotazovaných žen většina, 86 žen (63 %), odpovědělo, že se nikdy velmi snadno, někdy i z ničeho nic, v poslední době vylekají, 40 (29 %) žen odpovědělo, že zřídka, 9 (7 %) žen odpovědělo, že se jim to stává často, a pouze 1 (1 %) žena odpověděla téměř stále.

Otázka číslo 16 - **Koncentruji se na opakující se nepříjemné myšlenky.**

Graf 25 – Koncentrace dotazovaných žen na opakující se nepříjemné myšlenky

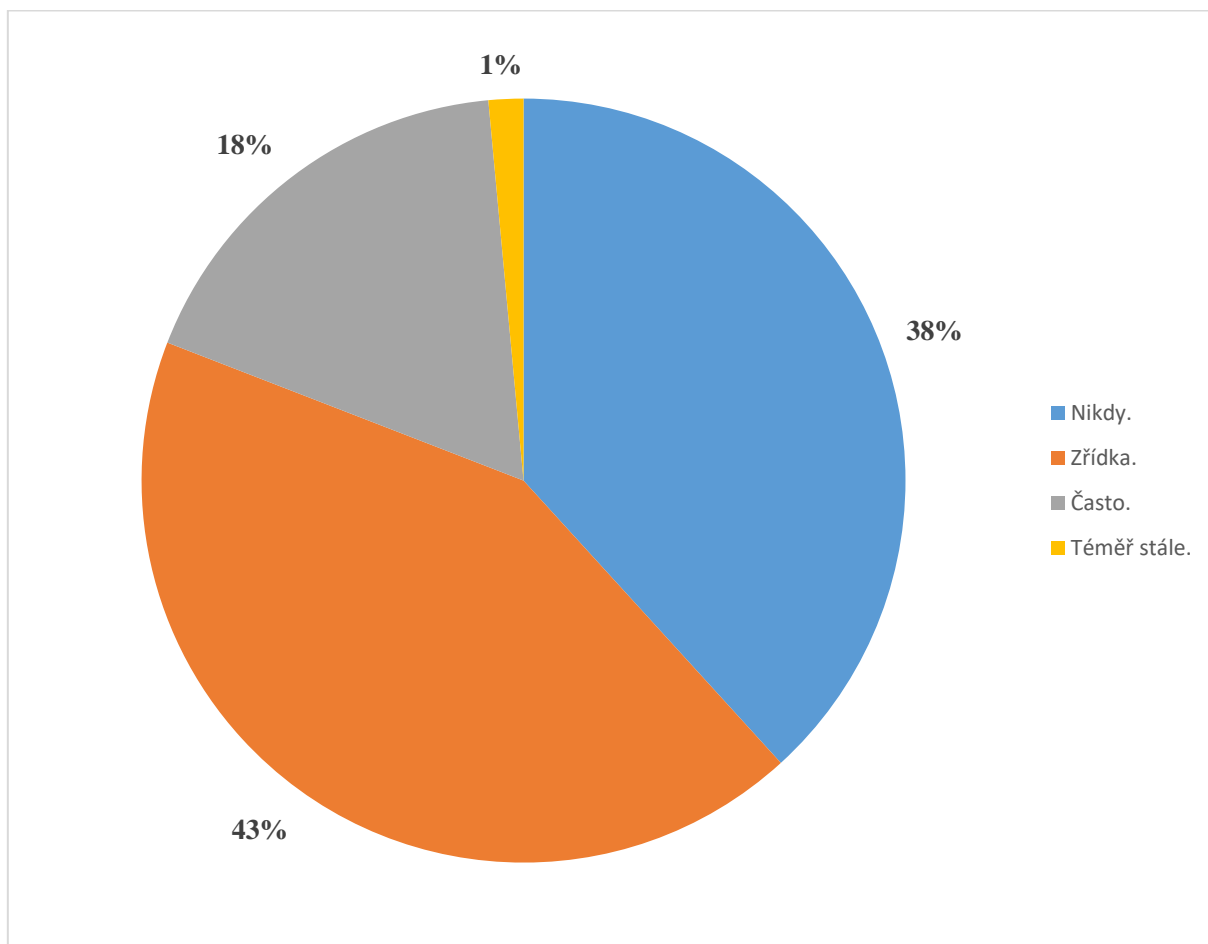


Zdroj: Vlastní

Většina (74, tedy 54 %) ze 136 dotazovaných žen v dotazníku zaškrtnulo, že nikdy, 50 (37 %) žen uvádí, že zřídka se koncentrují na opakující se nepříjemné myšlenky, 11 (8 %) dotazovaných žen uvedlo, že tento stav mají často, a pouze 1 (1 %) žena zaškrtnula téměř stále.

Otázka číslo 17 - **Zabezpečuji se a vyhýbám se určitým věcem, či situacím.**

Graf 26 – Počet dotazovaných žen, které se vyhýbají určitým věcem nebo situacím

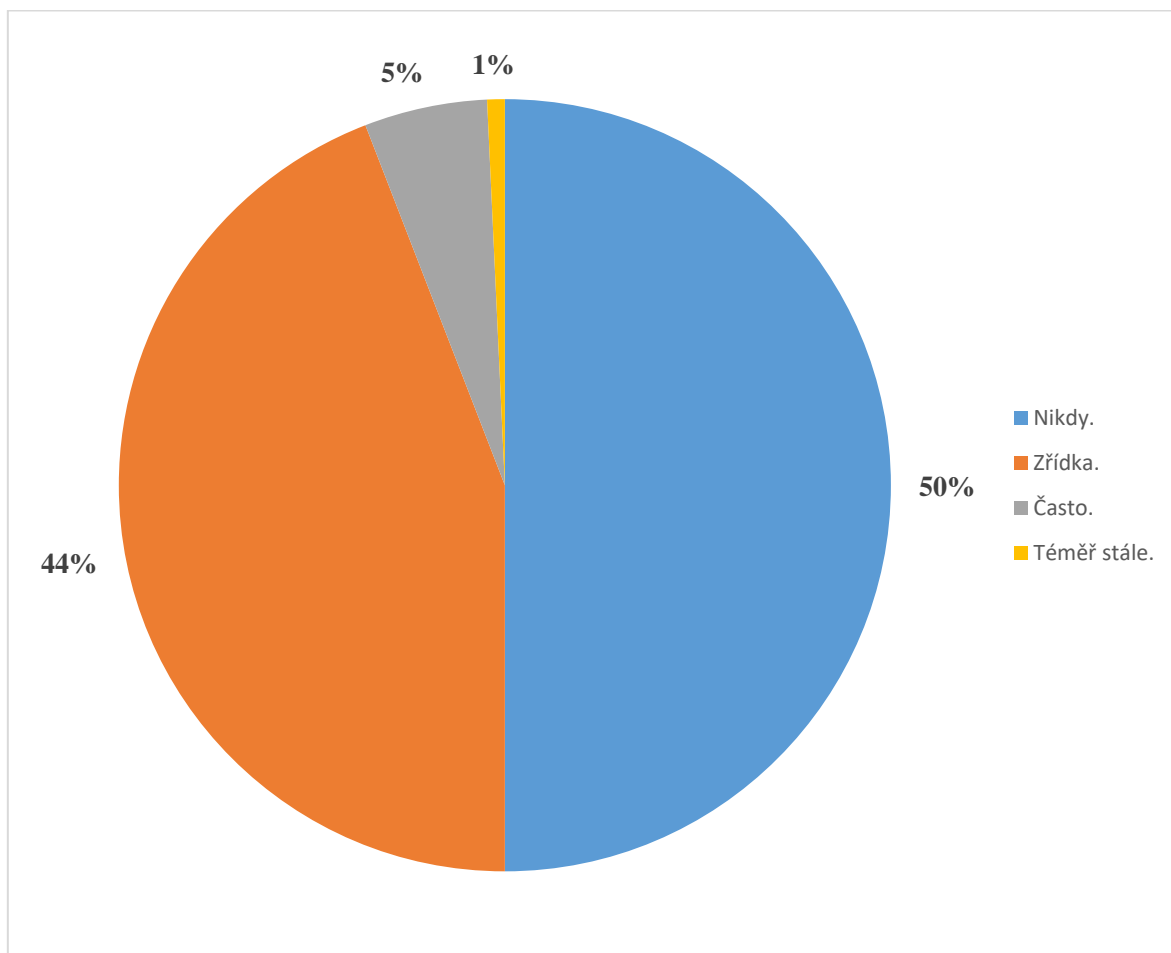


Zdroj: Vlastní

Z grafu lze vyčíst, že 58 (43 %) dotazovaných žen uvedlo, že se zřídka zabezpečují a vyhýbají se určitým věcem, či situacím, 24 (18 %) žen odpovědělo, že se často vyhýbají určitým věcem, a pouze 2 (1 %) ženy uvedly, že téměř stále se zabezpečují a vyhýbají se určitým věcem, či situacím.

Otázka číslo 18 - **Rozhodí mě opakovaně vzpomínky, sny nebo noční můry.**

Graf 27 – Opakované vzpomínky, sny nebo noční můry u dotazovaných žen

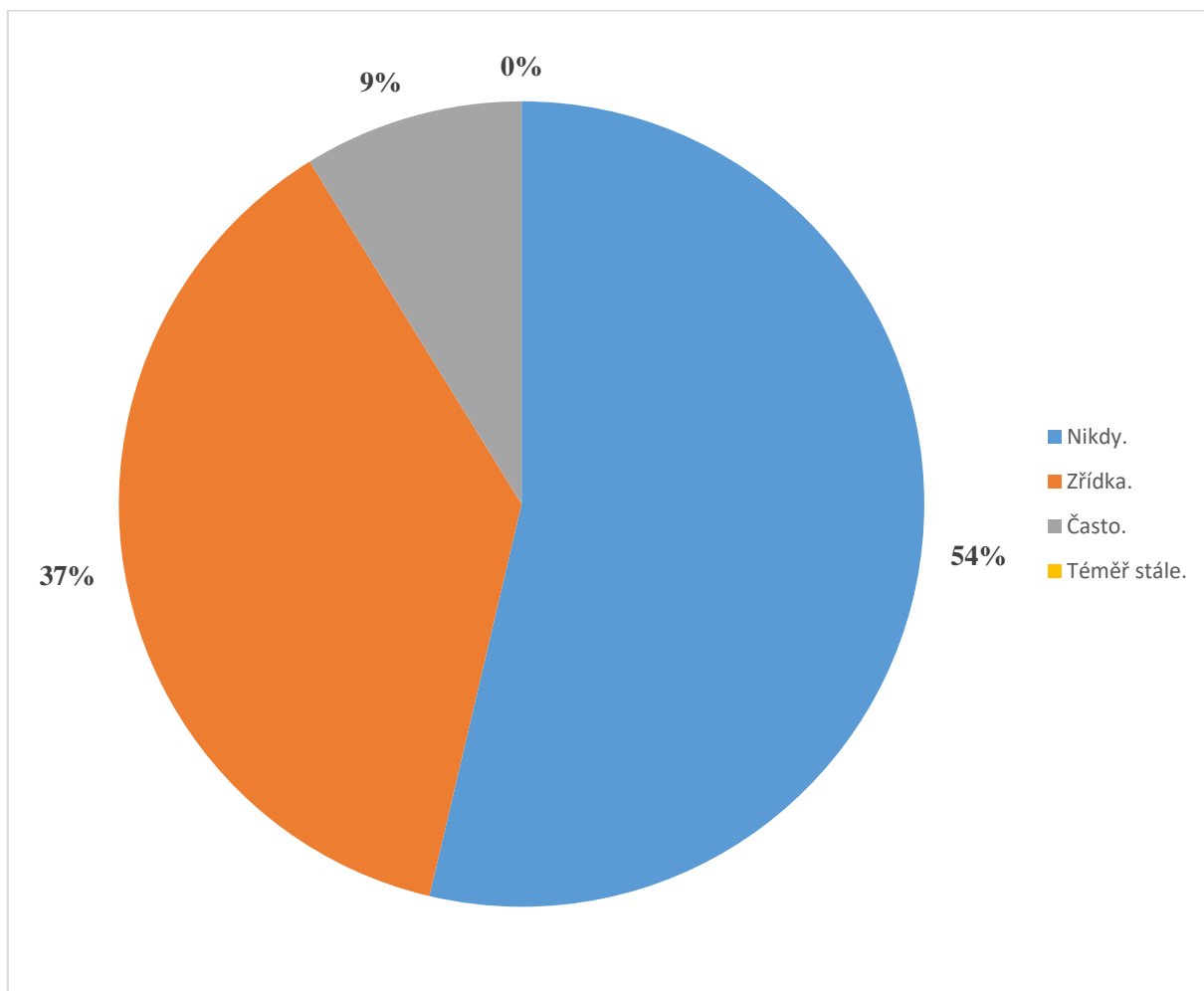


Zdroj: Vlastní

68 (50 %) dotazovaných žen nikdy nerozhodí opakované noční můry, vzpomínky či sny, 60 (44 %) žen zřídka rozhodí opakované vzpomínky, sny nebo noční můry, 7 (5 %) dotazovaných žen uvedlo, že je často rozhodí opakované vzpomínky, sny a noční můry, a pouze 1 (1 %) žena odpověděla, že téměř stále.

Otázka číslo 19 - **Obávám se, že se před ostatními lidmi ztrapním.**

Graf 28 – *Obavy dotazovaných žen, že se před ostatními lidmi ztrapní*

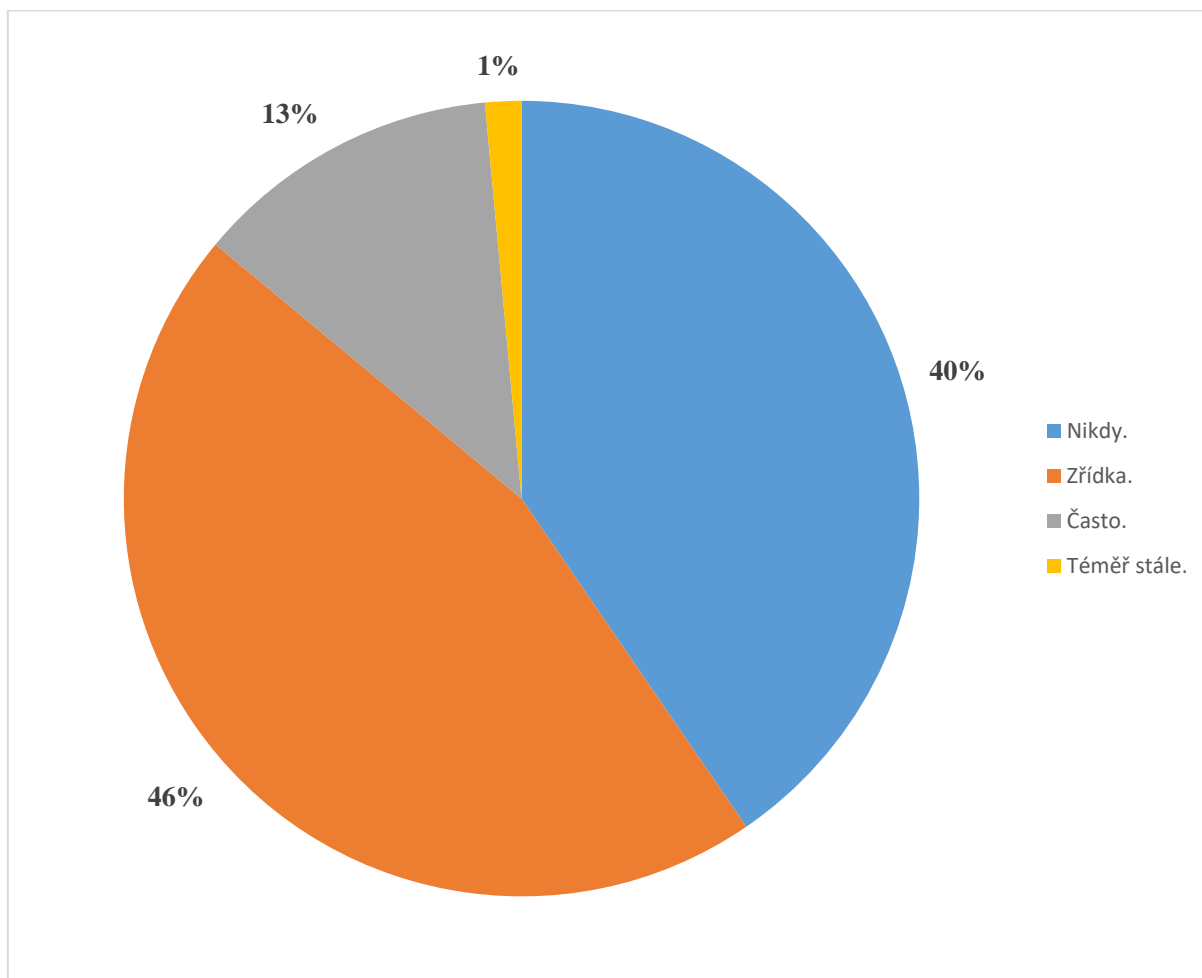


Zdroj: *Vlastní*

U otázky číslo 19 odpovědělo 73 (54 %) žen, že se nikdy neobávají toho, že se před ostatními lidmi ztrapní, 51 (37 %) uvedlo zřídka, 12 (9 %) dotazovaných žen odpovědělo, že se často obávají toho, že se před ostatními lidmi ztrapní, a ani jedna žena neodpověděla, že téměř stále.

Otázka číslo 20 - **Obávám se, že mě ostatní lidé budou negativně hodnotit.**

Graf 29 – Obavy dotazovaných žen, že je budou ostatní lidé negativně hodnotit

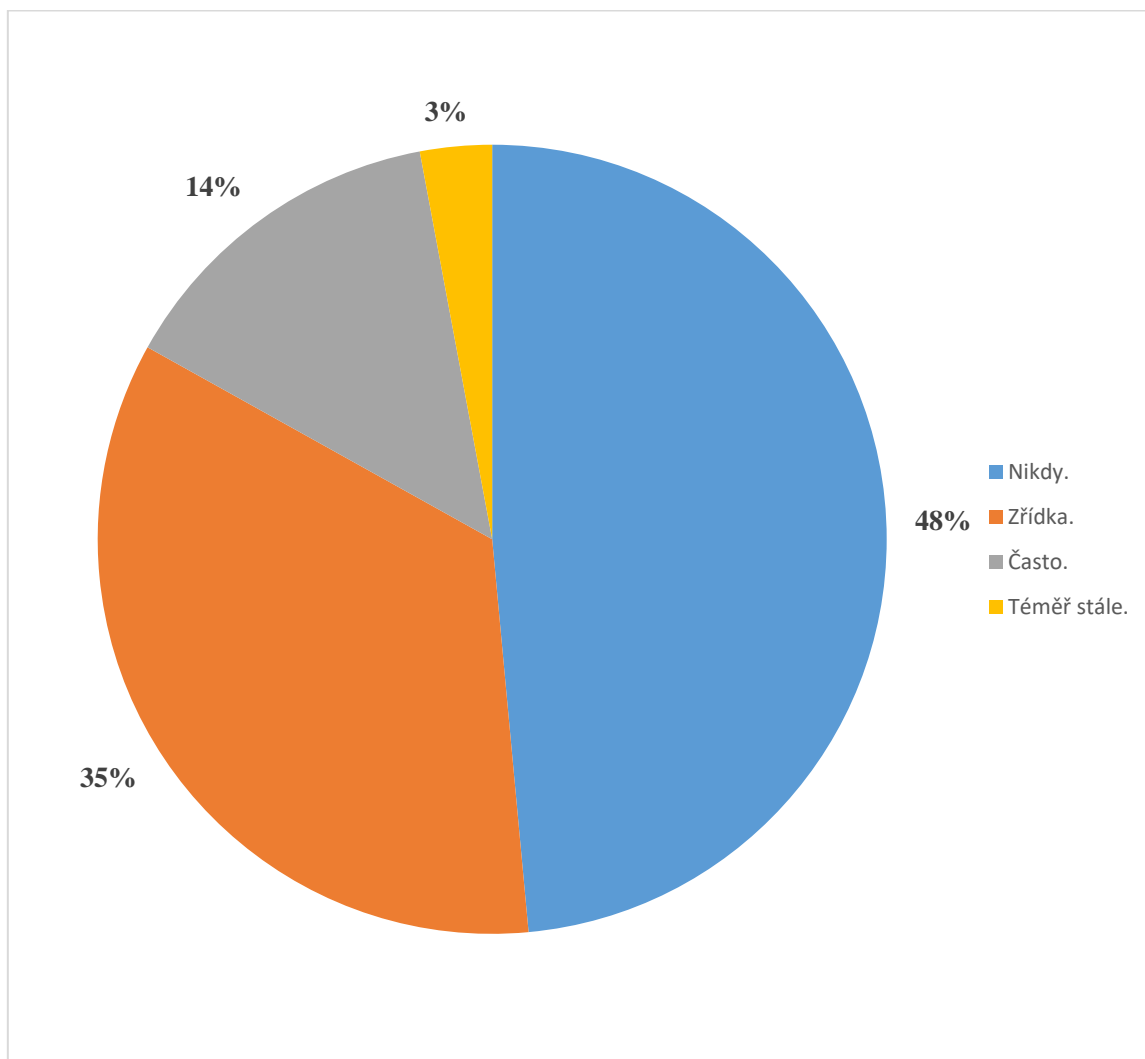


Zdroj: Vlastní

Až 62 (46 %) dotazovaných žen má zřídka obavy, že je ostatní lidé budou negativně hodnotit, 55 (40 %) uvedlo, že tyto obavy nemají nikdy, 17 (13 %) žen uvedlo, že často mají tyto obavy, a 2 (1 %) ženy odpověděly, že téměř stále mají obavy z toho, že je ostatní lidé budou negativně hodnotit.

Otázka číslo 21 - **Cítím se velmi nejistě ve větší skupině lidí, či v davu.**

Graf 30 – Pocit nejistoty ve větší skupině lidí, či v davu dotazovaných žen

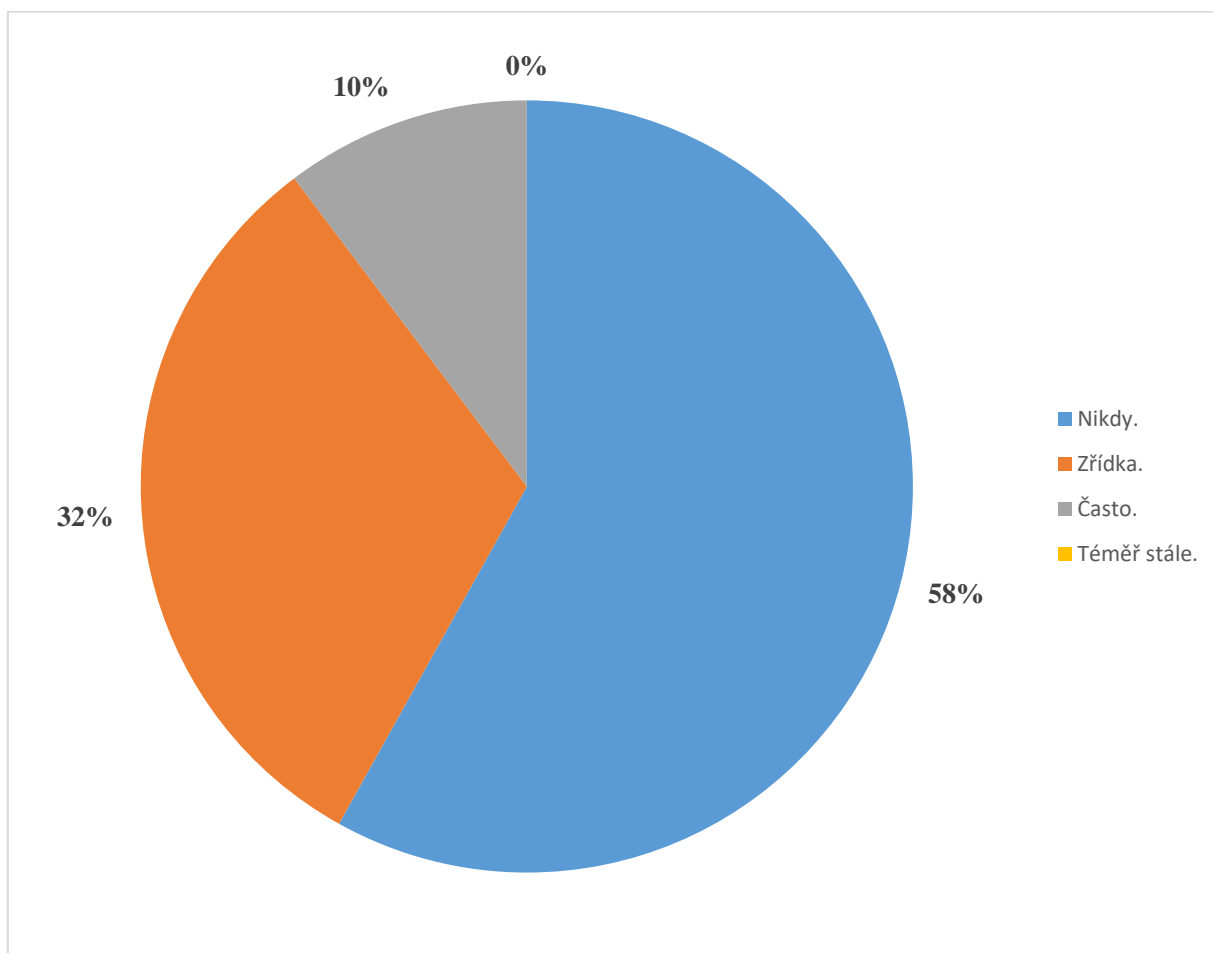


Zdroj: Vlastní

Ze 136 dotazovaných žen odpovědělo 66 (48 %) žen na otázku číslo 21, že nikdy, 47 (35 %) žen odpovědělo, že zřídka, 19 (14 %) dotazovaných žen uvádí, že často se cítí velmi nejistě ve větší skupině lidí, či v davu, a pouze 4 (3 %) ženy odpověděly téměř stále.

Otázka číslo 22 - **Vyhýbám se sociálním situacím, protože by mi přinesly velkou nervozitu.**

Graf 31 – Počet dotazovaných žen, které se vyhýbají sociálním situacím

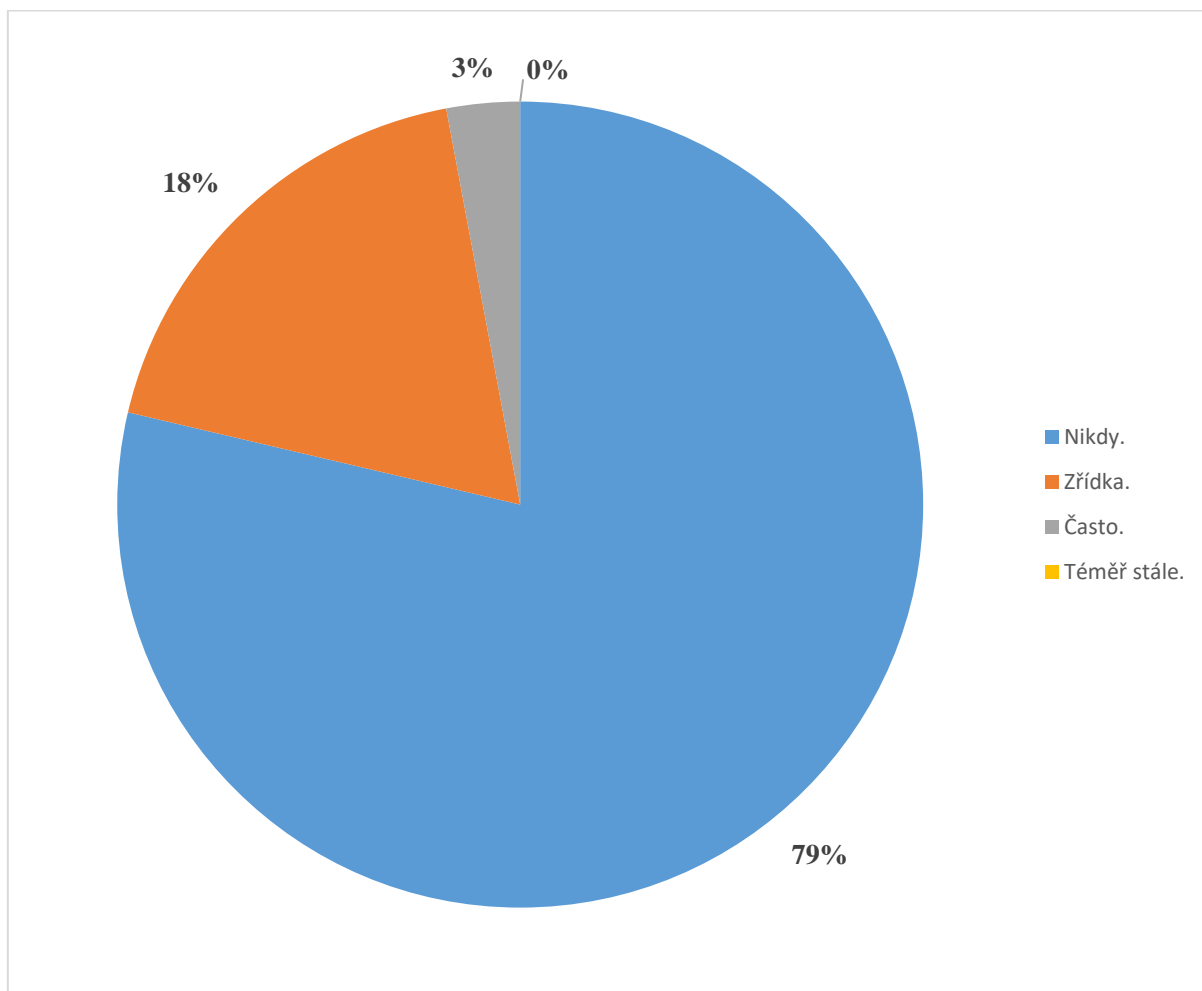


Zdroj: Vlastní

Většina žen (79, tedy 58 %) odpovědělo, že se nikdy nevyhýbají sociálním situacím, 43 (32 %) žen uvedlo, že zřídka se vyhýbají sociálním situacím, 14 (10 %) dotazovaných žen se často vyhýbá sociálním situacím, protože by jim přinesly velkou nervozitu, a ani jedna žena nevedla téměř stále.

Otázka číslo 23 - **Vyhýbám se svým koníčkům a zálibám.**

Graf 32 – Vyhýbavost svým koníčkům a zálibám u dotazovaných žen

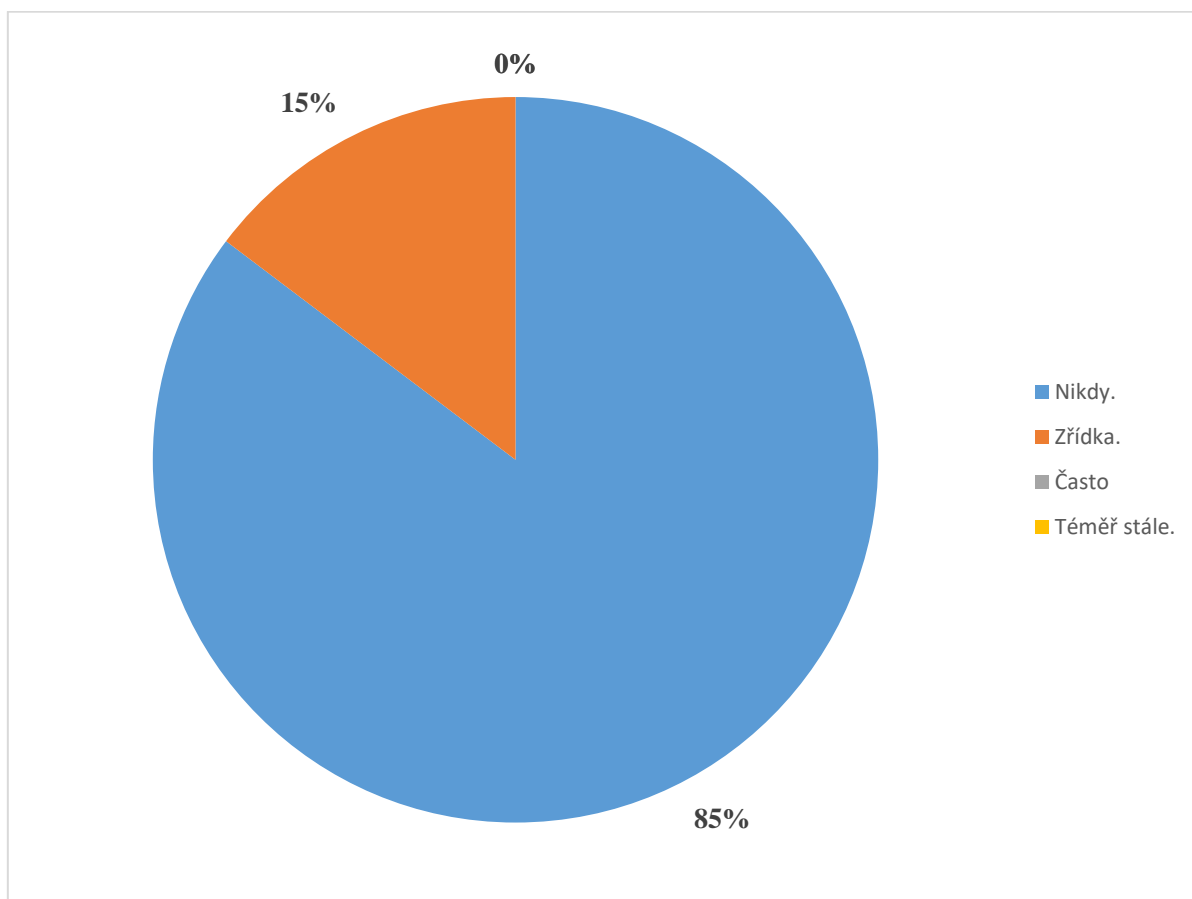


Zdroj: Vlastní

Drtivá většina (107, tedy 79 %) žen odpovědělo u otázky číslo 23, že nikdy, 25 (18 %) dotazovaných žen uvedlo, že zřídka se vyhýbají svým koníčkům či zálibám, pouze 4 (3%) ženy uvedly, že se často vyhýbají svým koníčkům a zálibám, a ani jedna žena u této otázky neodpověděla, že téměř.

Otázka číslo 24 - **Mívám pocit odtažení od sebe, jako bych se na sebe dívala v nějakém filmu.**

Graf 33 – Pocit odtažení od sebe u dotazovaných žen

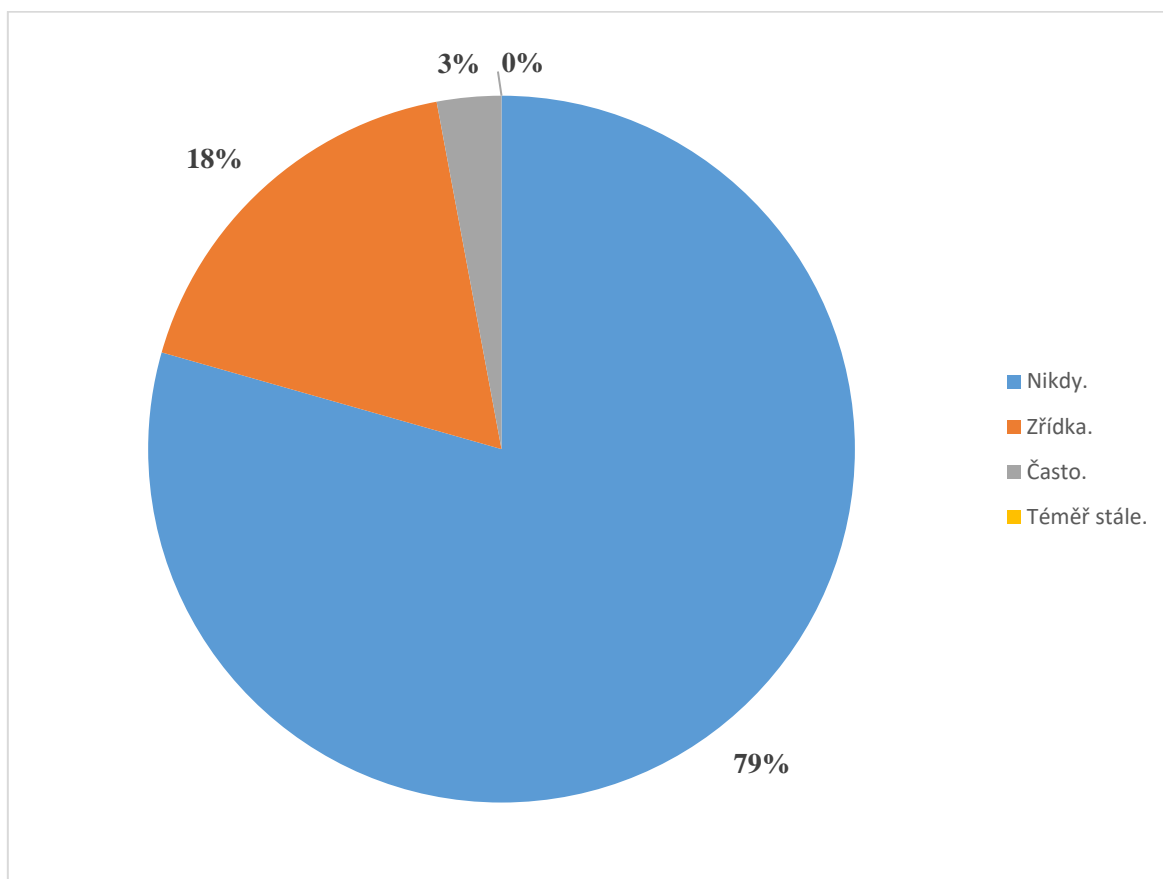


Zdroj: *Vlastní*

Většina žen (116, tedy 85 %), ze 136 dotazovaných žen odpověděla, že nikdy nemívají pocit odtažení od sebe, 20 (15 %) žen odpovědělo u této otázky, že zřídka, a ani jedna žena neodpověděla často a téměř stále.

Otázka číslo 25 - **Ztrácím se v časové posloupnosti a mívám problém zapamatovat si, co se stalo.**

Graf 34 – Počet dotazovaných žen, které se ztrácejí v časové posloupnosti

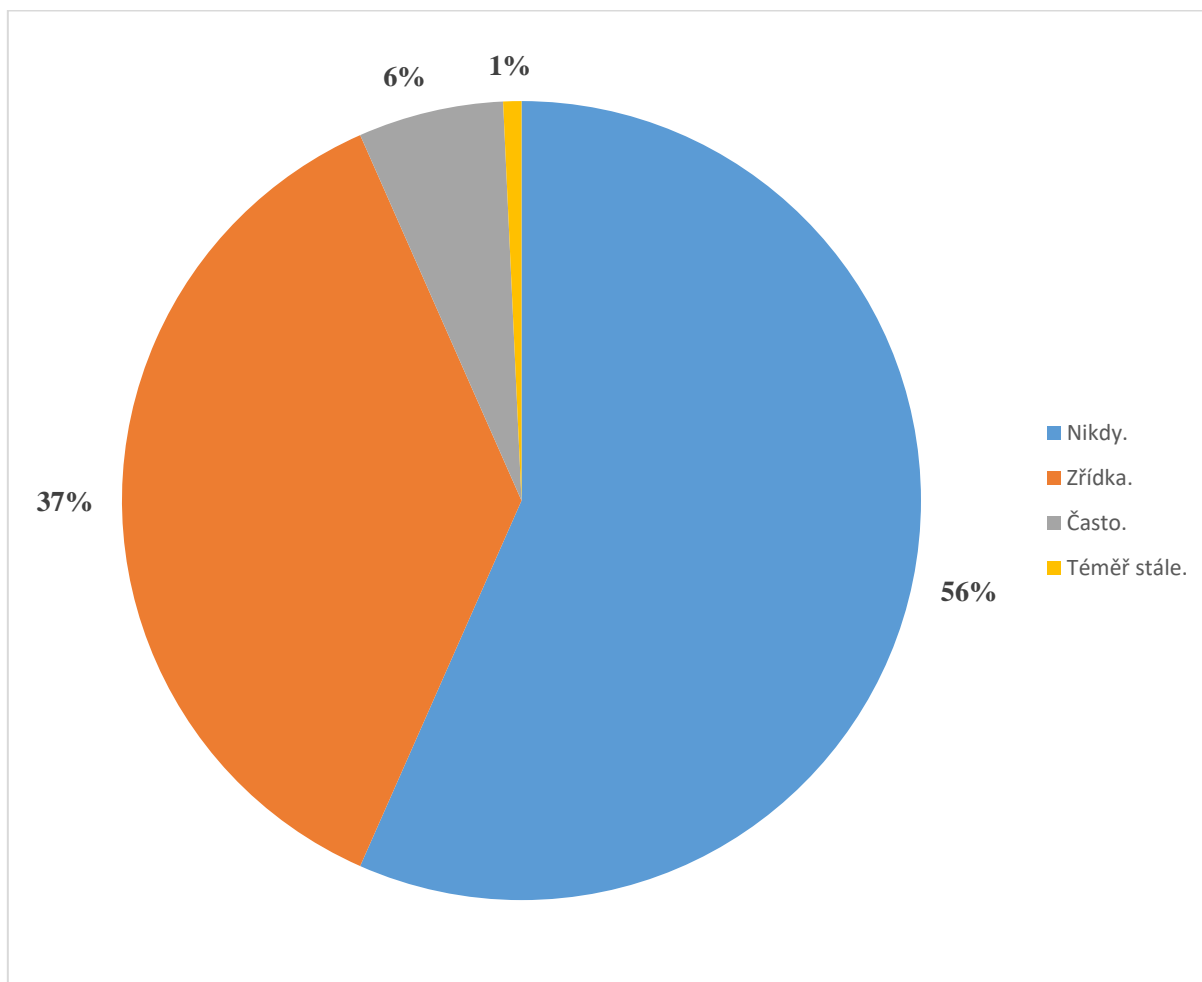


Zdroj: Vlastní

Z grafu můžeme vyčíst, že 108 (79 %) žen se nikdy neztrácí v časové posloupnosti a nemá problém zapamatovat si, co se stalo, 24 (18 %) dotazovaných žen u této otázky zaškrtno odpověď zřídka, pouze 4 (3 %) ženy odpověděly, že se často ztrácejí v časové posloupnosti a mají problém si zapamatovat, co se stalo, a ani jedna žena u této odpovědi nezaškrtnla možnost téměř stále.

Otázka číslo 26 - **Obtížně si nyní zvykám na změny.**

Graf 35– Počet dotazovaných žen, které si obtížně nyní zvykají na změny

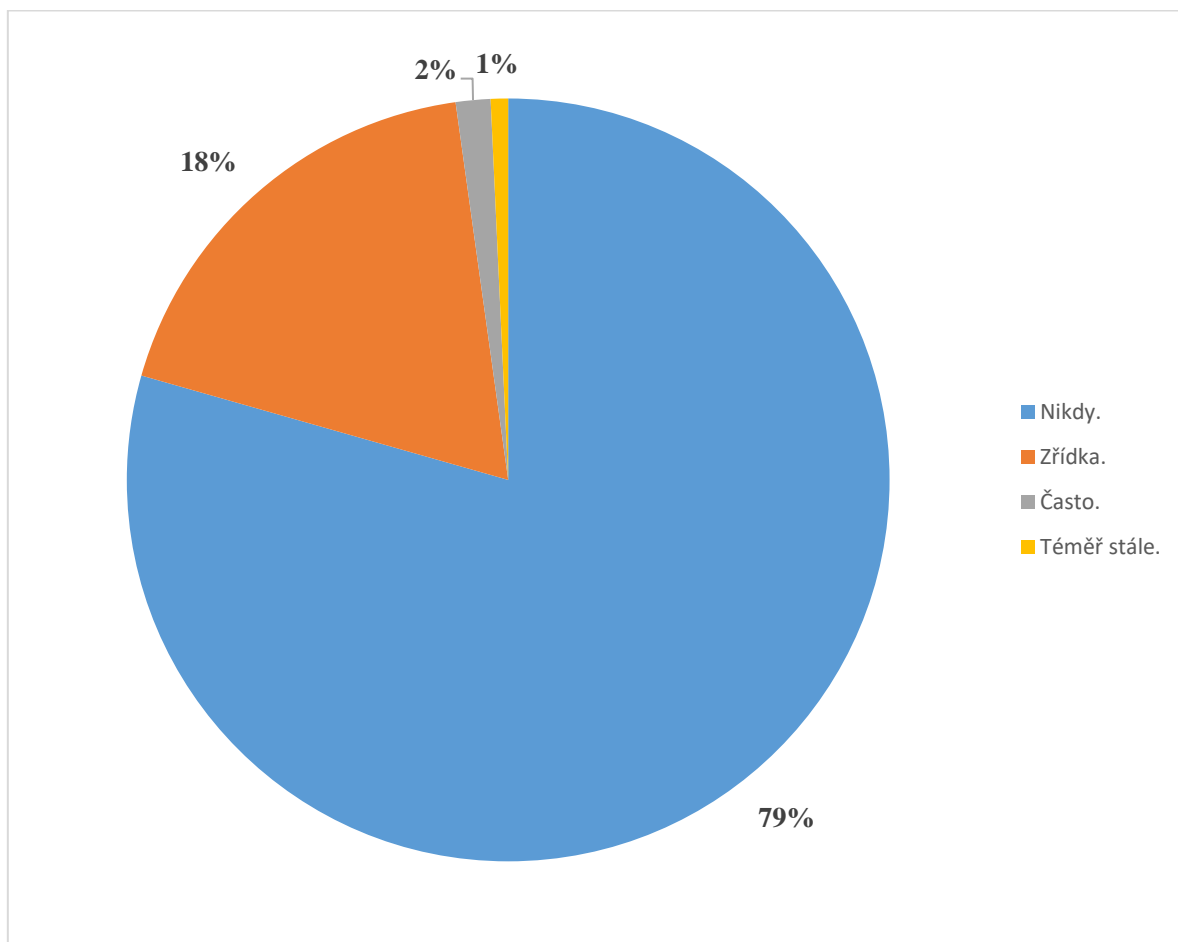


Zdroj: Vlastní

77 (56 %) dotazovaných žen odpovědělo u otázky číslo 26, že nikdy, 50 (37 %) žen si nyní zřídka obtížně zvyká na změny, 8 (6 %) dotazovaných žen u této otázky odpovědělo, že často, a pouze 1 (1 %) žena uvedla, že téměř stále si obtížně zvyká na změny.

Otázka číslo 27 - **Úzkostné prožívání mi brání ve schopnosti cokoliv dělat.**

Graf 36 – Úzkostné prožívání u dotazovaných žen

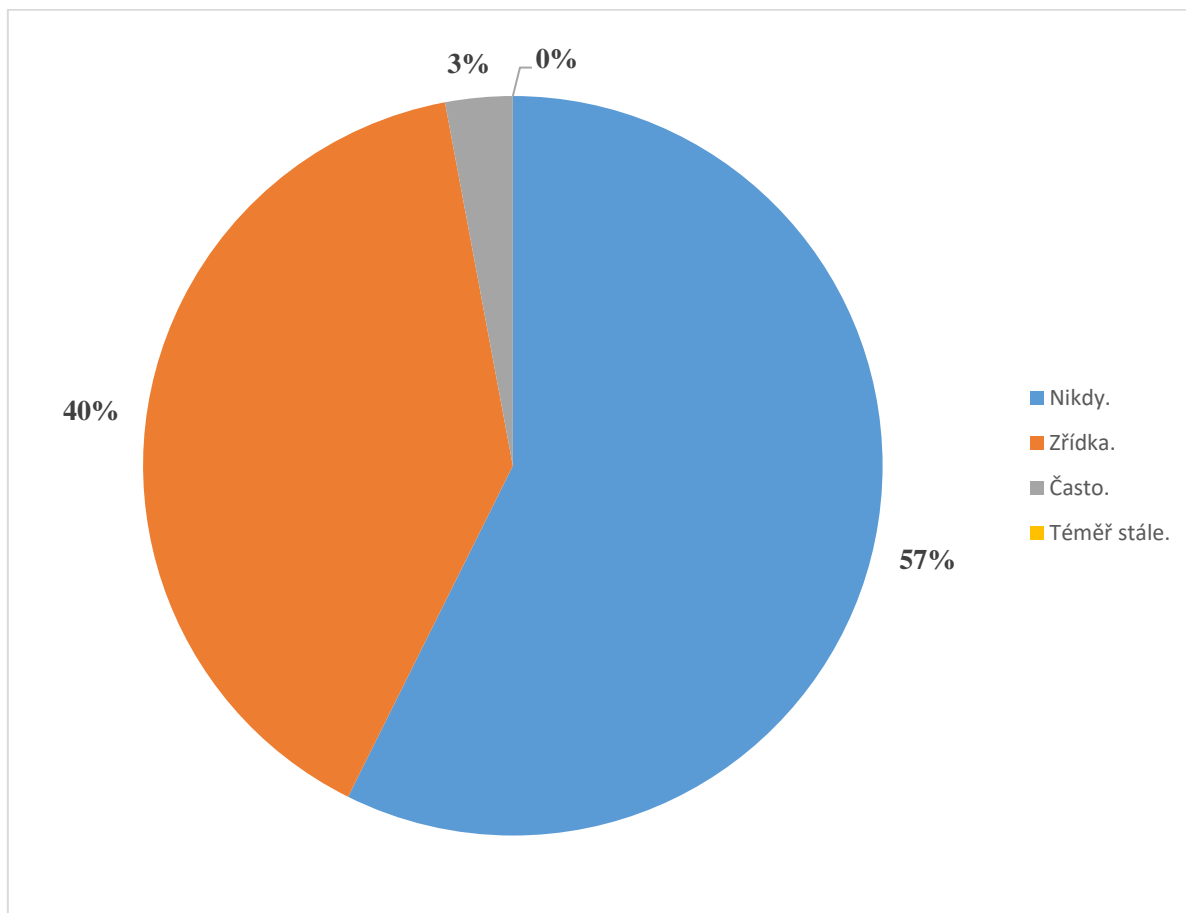


Zdroj: Vlastní

108 žen (79%) ze 136 dotazovaných žen uvedlo, že nikdy nemají úzkostné prožívání, které jim brání ve schopnosti cokoliv dělat, 25 (18%) žen odpovědělo u této otázky, že zřídka, 2 (2 %) ženy uvedly, že často mívají úzkostné prožívání, a pouze 1 (1 %) žena uvedla, že má téměř stále úzkostné prožívání, které jí brání ve schopnosti cokoliv dělat.

Otázka číslo 28 - **Myšlenky, které mi probíhají hlavou, mi způsobují problémy se dostatečně koncentrovat na jakoukoliv jinou činnost.**

Graf 37 – Myšlenky, které způsobují dostatečnou koncentraci u dotazovaných žen

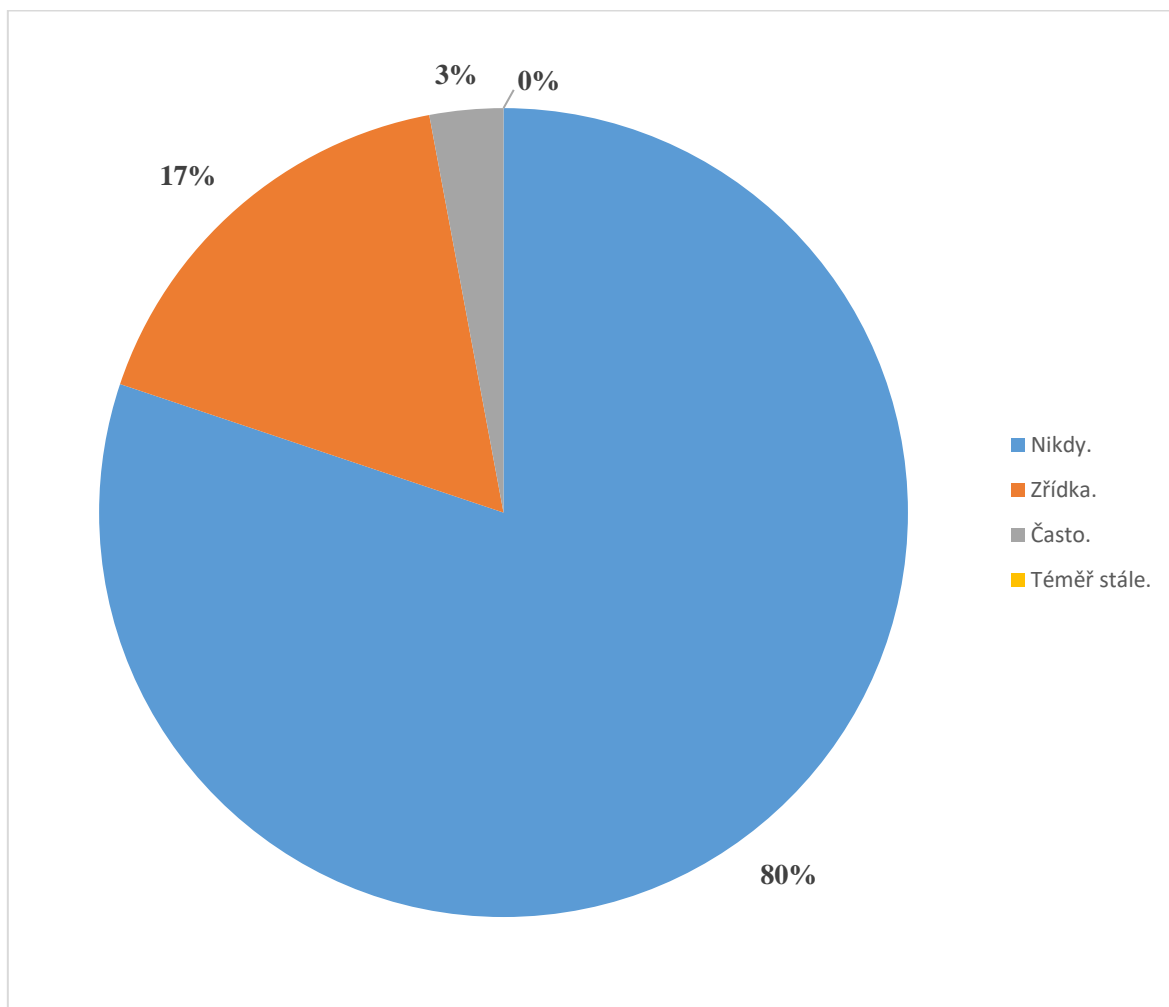


Zdroj: Vlastní

Na otázku 28 odpovědělo 78 (57 %) žen, že nikdy, 54 (40 %) dotazovaných žen na tuto otázku odpovědělo, že zřídka a pouze, 4 (3 %) ženy uvedly, že mají myšlenky, které jim probíhají hlavou a způsobují jim problémy se dostatečně koncentrovat na jakoukoliv jinou činnost, a ani jedna žena neuvedla u této otázky téměř stále.

Otázka číslo 29 - **Mám strach, že nad sebou ztratím kontrolu.**

Graf 38 – Strach u dotazovaných žen z toho že nad sebou ztratí kontrolu

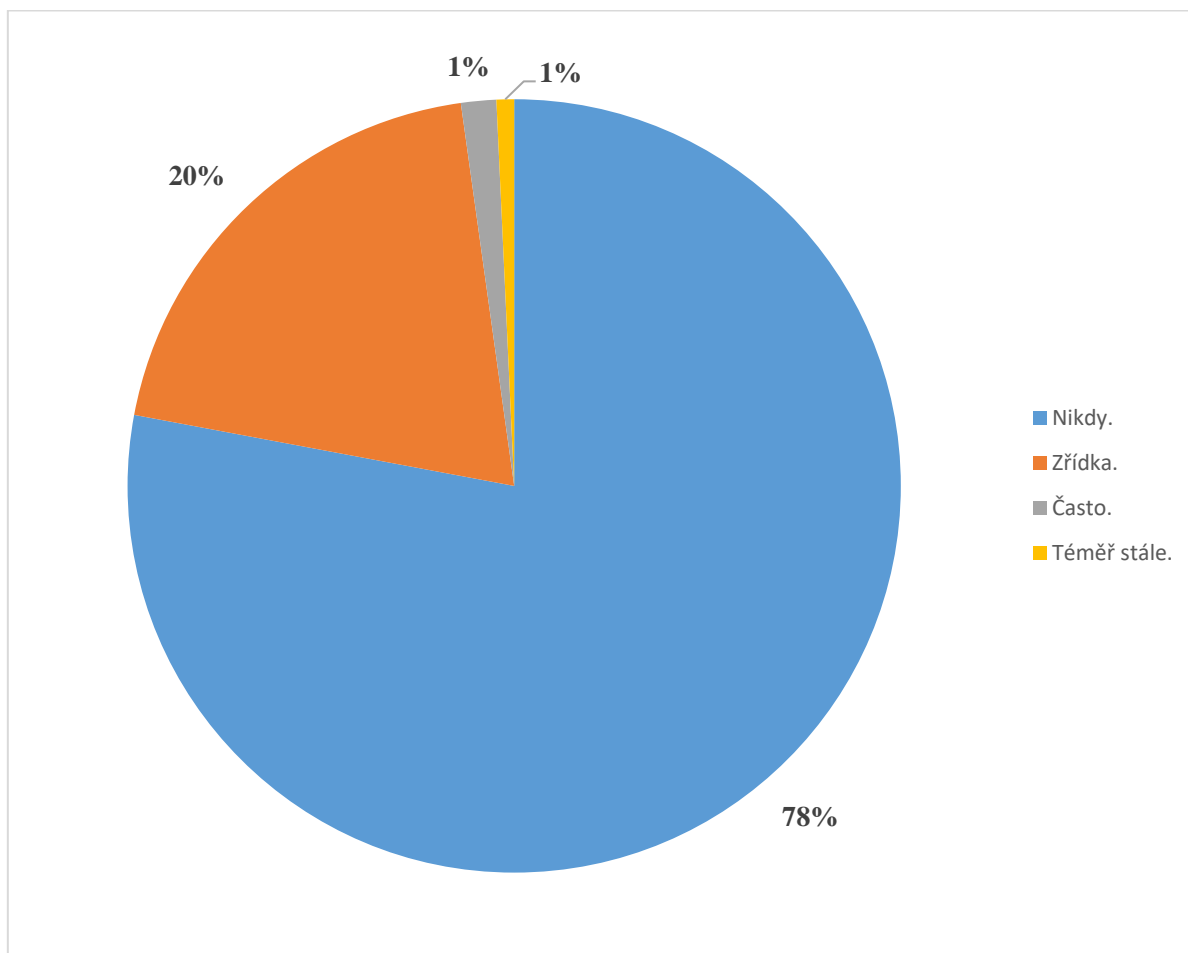


Zdroj: Vlastní

Až 109 (80 %) žen uvedlo, že nikdy nemají strach, že by nad sebou ztratily kontrolu, 23 (17 %) žen u této otázky odpovědělo, že zřídka, pouze 4 (3%) dotazované ženy mají často strach z toho, že nad sebou ztratí kontrolu a ani jedna žena u této otázky neodpověděla téměř stále.

Otázka číslo 30 - **Pocit'uji paniky.**

Graf 39 – Panika u dotazovaných žen

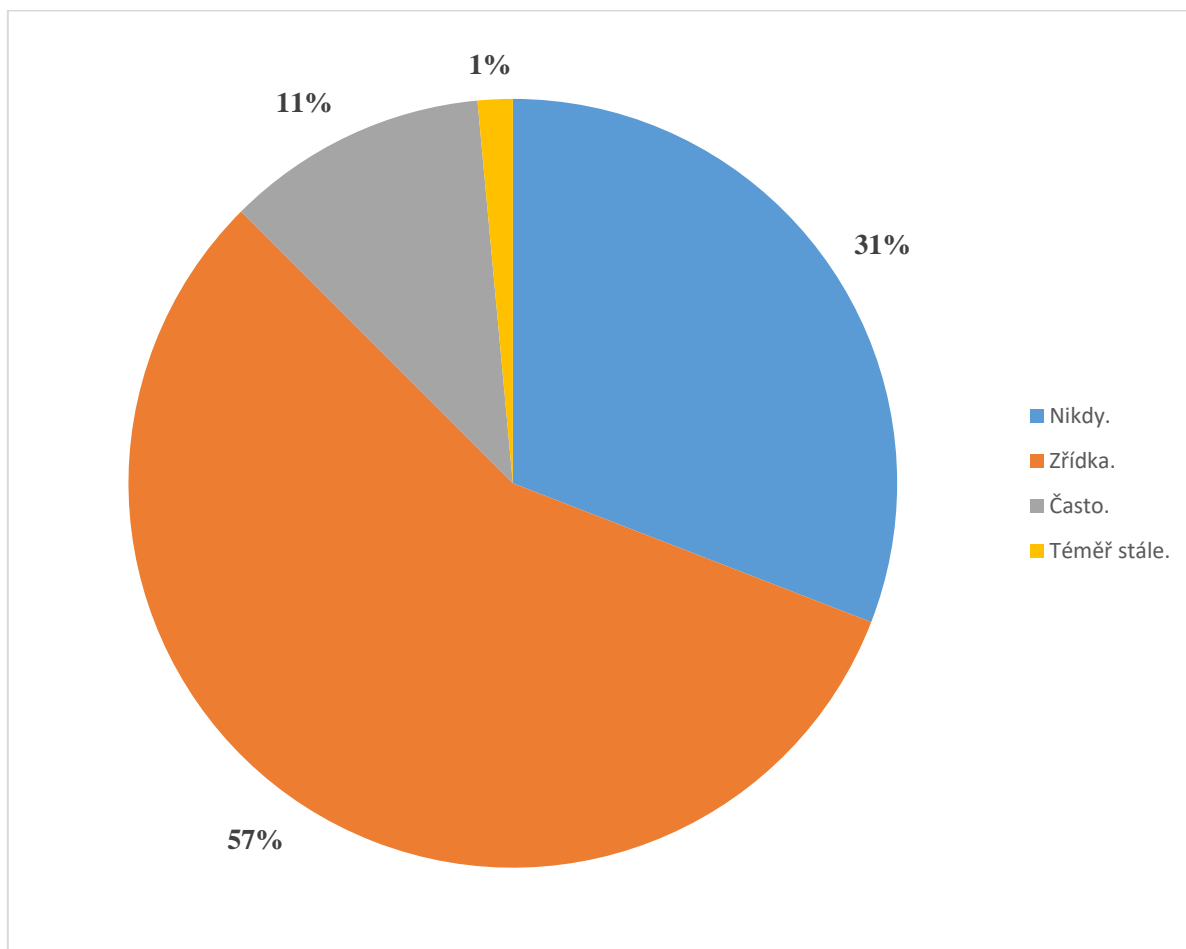


Zdroj: *Vlastní*

Až 106 (78 %) dotazovaných žen uvedlo, že nikdy nemá pocit paniky, 27 (20 %) uvedlo, že zřídka mají pocit paniky, 2 (1 %) ženy, odpověděly u této otázky, že často, a pouze 1 (1 %) žena uvedla, že téměř stále má pocit paniky.

Otázka číslo 31 - **Pocit'uji nervozitu.**

Graf 40 – Nervozita u dotazovaných žen



Zdroj: Vlastní

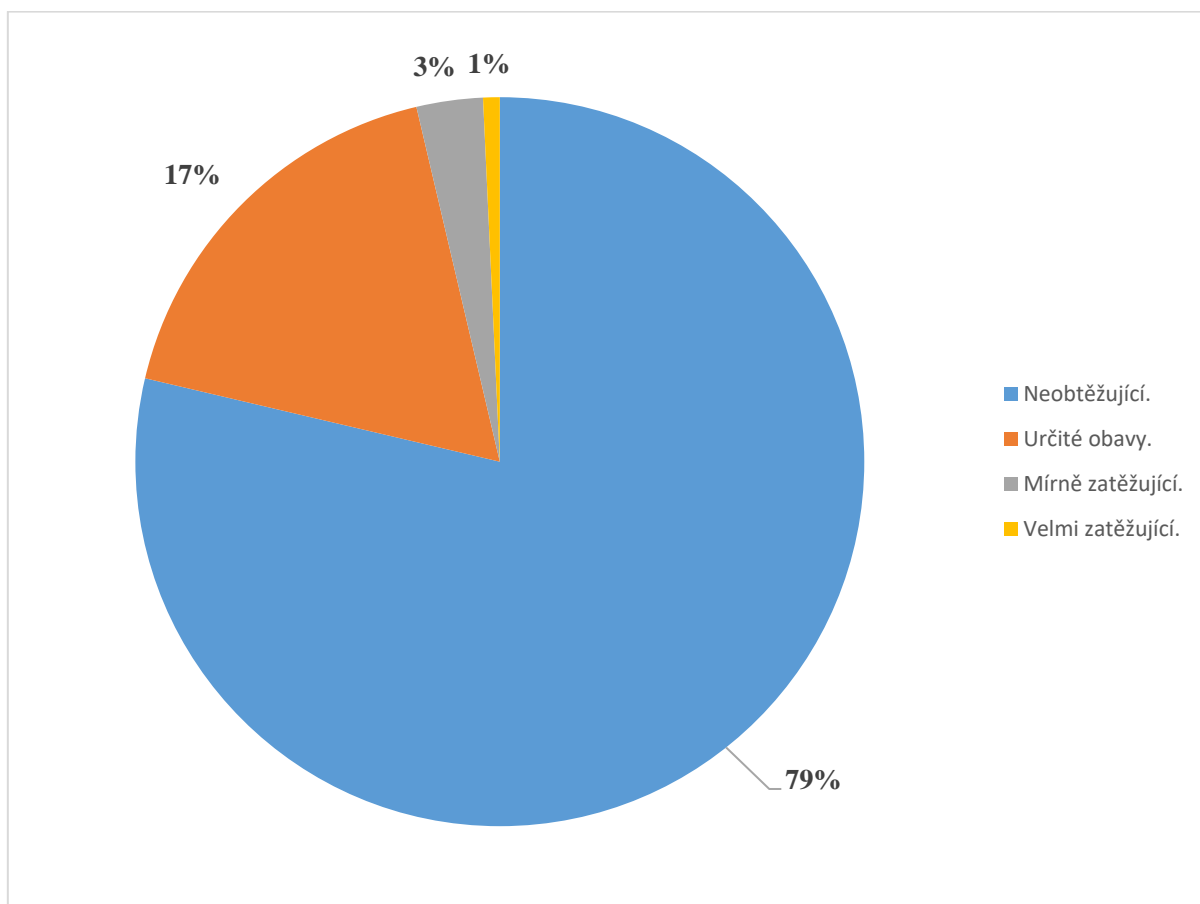
Z grafu můžeme vyčíst, že až 77 (57 %) dotazovaných žen uvedlo, že zřídka mají pocit nervozity, 42 (31 %) žen uvádí, že nikdy nemají pocit nervozity, 15 (11 %) dotazovaných žen odpovědělo u této otázky, že často, a pouze 2 (1 %) dotazované ženy uvedly, že téměř stále mají pocit nervozity.

10.3 Perinatální psychosociální profil

Průměrné skóre na škále PPP bylo v našem souboru 13 ± 3 body, minimum 11, maximum 38. U žen s EPDS skórem 12 a více bodů byla nalezena větší míra psychosociálních stresových faktorů než u žen s EPDS skórem méně než 12 bodů (rozdíl 2 ± 1 bod; $t= 2,516$; $p=0,01$).

Otázka číslo 1 - **Finanční starosti se zajištěním potřeb jako jsou jídlo, bydlení, zdravotní péče, doprava.**

Graf 41 – Finanční starosti u dotazovaných žen

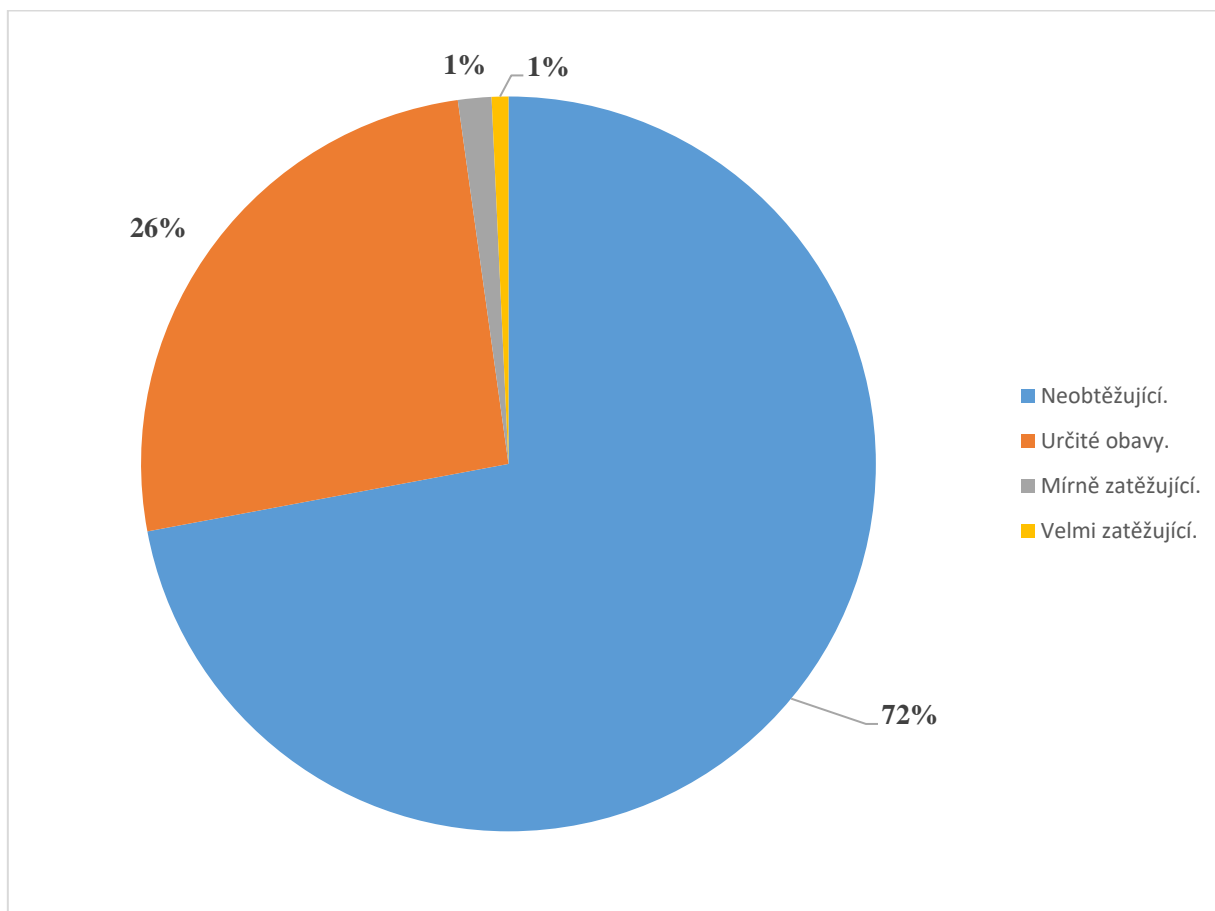


Zdroj: Vlastní

Až pro 107 (79 %) žen zajištění potřeb jako jsou jídlo, bydlení, zdravotní péče a doprava, je neobtěžující, 24 (17 %) žen u této otázky odpovědělo, že je mají určité obavy, 4 (3 %) ženy zakroužkovaly, že velmi zatěžující, a pouze pro 1 (1 %) ženu je zajištění potřeb jako jsou jídlo, bydlení, zdravotní péče a doprava velmi zatěžující.

Otázka číslo 2 - **Jiné finanční starosti, např. placení účtů.**

Graf 42 – Jiné finanční starosti u dotazovaných žen

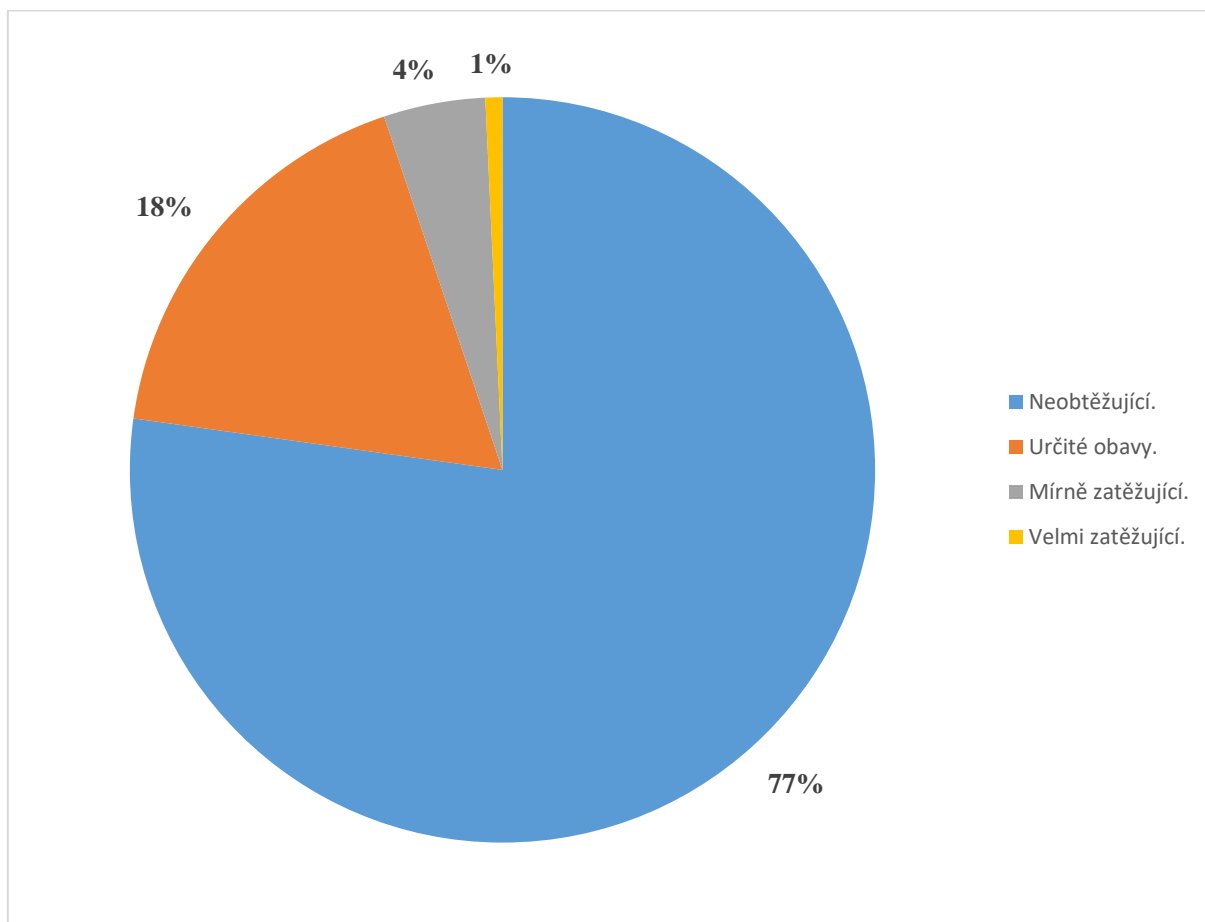


Zdroj: *Vlastní*

Z grafu můžeme vyčíst, že pro 98 (72 %) žen jsou jiné finanční starosti neobtěžující, 35 (26 %) žen má určité obavy z jiných finančních starostí, pouze pro 2 (1 %) ženy jsou jiné finanční starosti mírně zatěžující a pouze pro 1 (1 %) ženu jsou finanční starosti velmi zatěžující.

Otázka číslo 3 - **Problémy spojené s rodinou.**

Graf 43 – *Problémy s rodinou u dotazovaných žen*

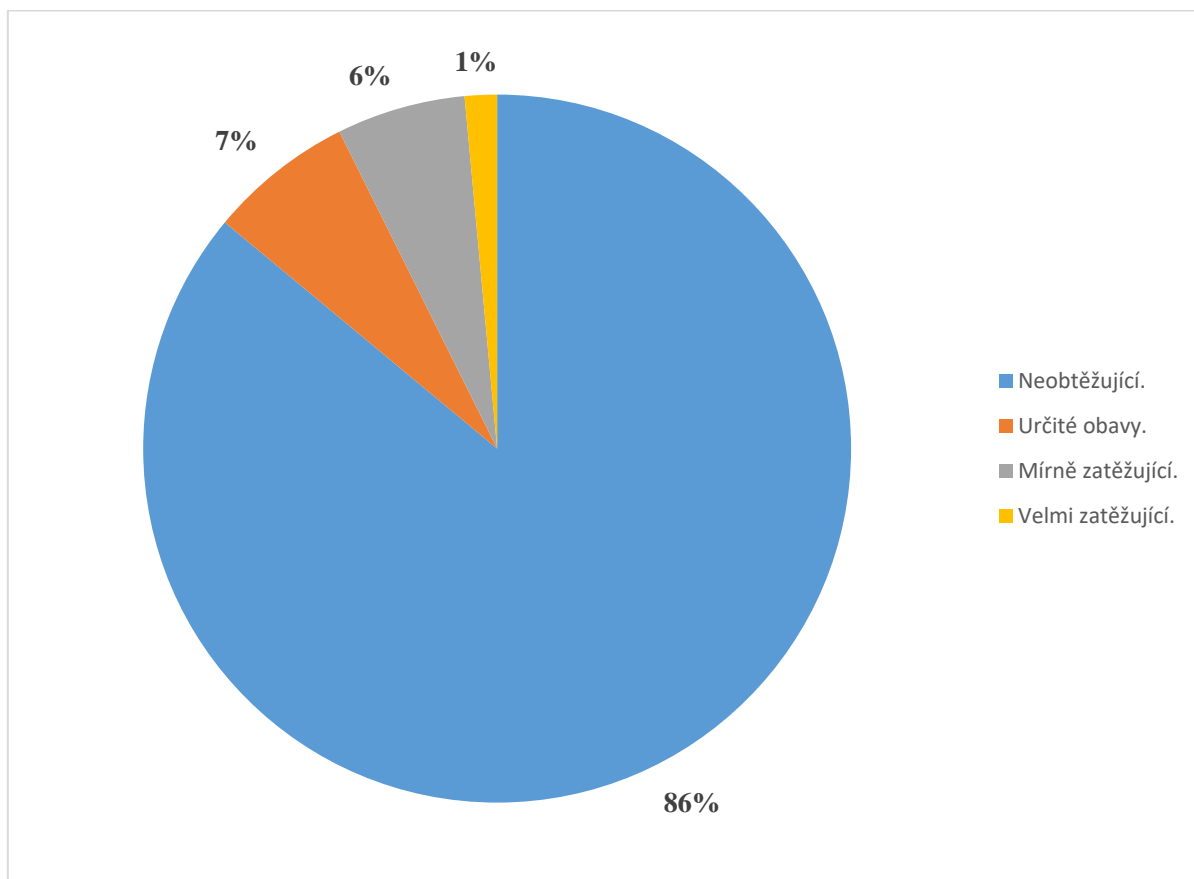


Zdroj: *Vlastní*

Na otázku číslo 2 odpovědělo 105 (77 %) dotazovaných žen neobtěžující, 24 (18 %) žen má určité obavy z problémů s rodinou, 6 (4 %) žen má mírně zatěžující problémy s rodinou a 1 (1%) žena má velmi zatěžující problémy s rodinou.

Otázka číslo 4 - **Stěhování - aktuálně nebo v blízké budoucnosti.**

Graf 44 – Stěhování u dotazovaných žen

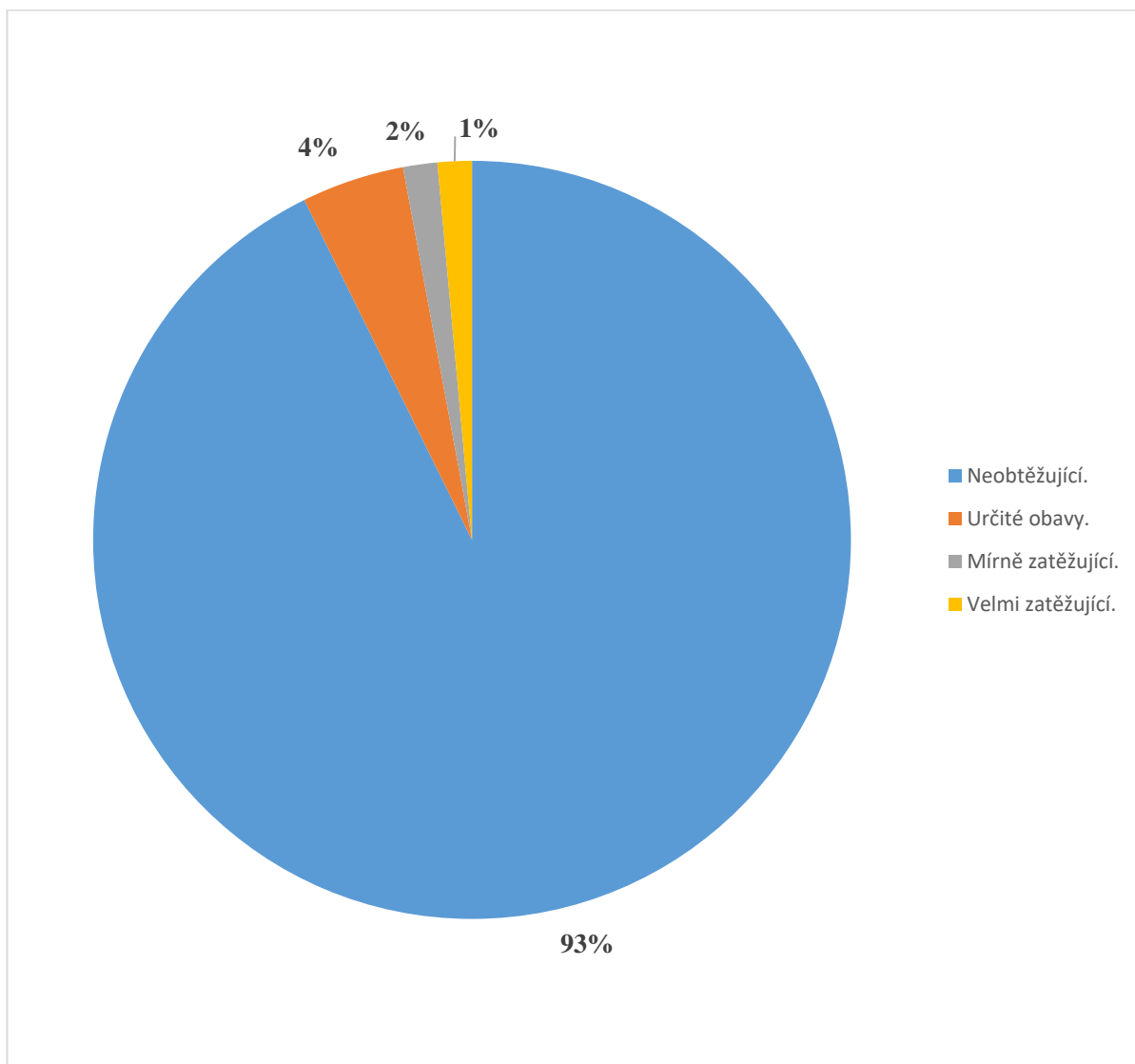


Zdroj: Vlastní

Drtivá většina (117, tedy 87 %) dotazovaných žen uvedla, že stěhování je pro ně neobtěžující, 9 (7 %) žen odpovědělo v této otázce, že má určité obavy, pro 8 (6 %) žen je stěhování mírně zatěžující a 2 (1 %) ženy uvedly, že stěhování je pro ně velmi zatěžující.

Otázka číslo 5 - Nedávná ztráta blízké osoby.

Graf 45 – Ztráta blízké osoby u dotazovaných žen

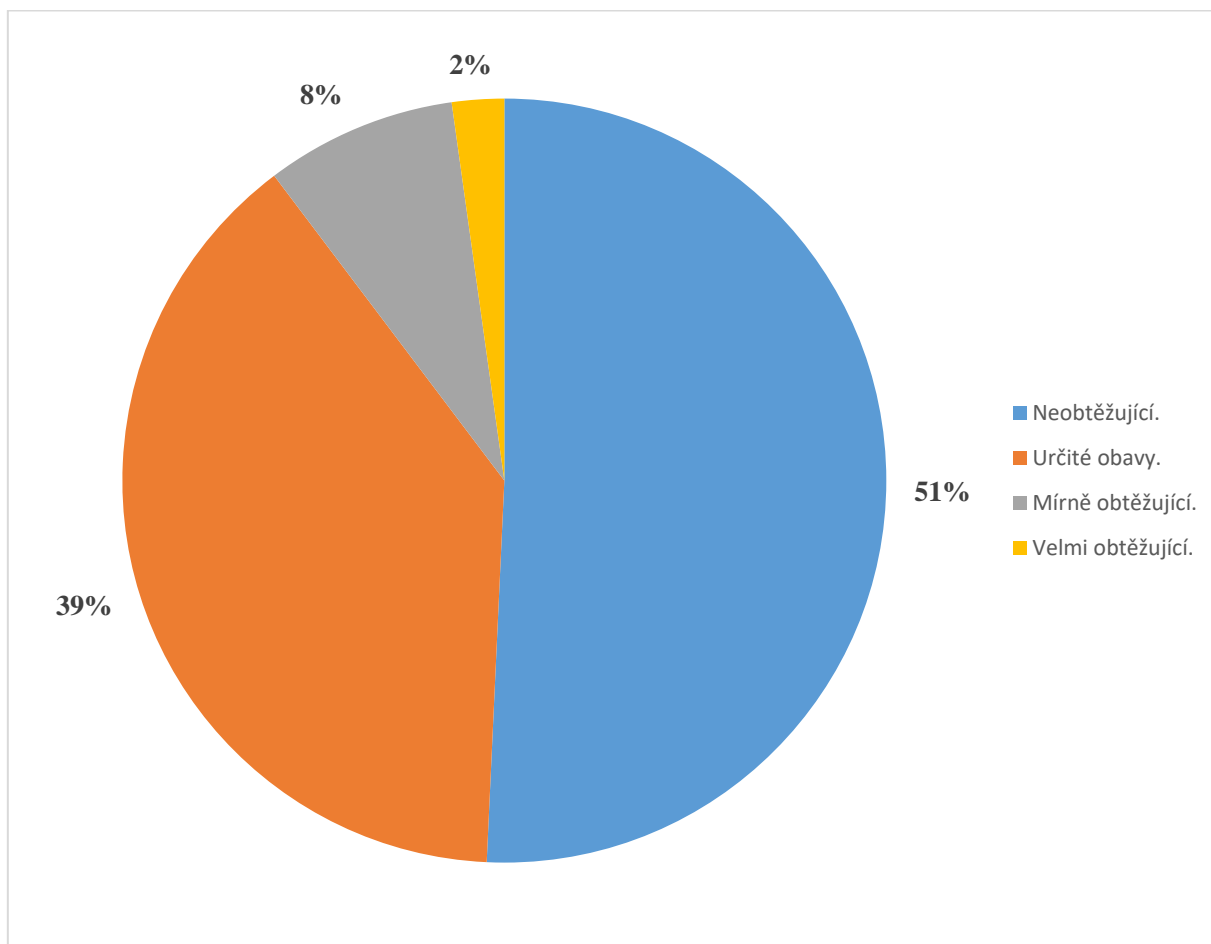


Zdroj: Vlastní

127 (93 %) ze 136 dotazovaných žen uvedlo, že u nich nedošlo k nedávné ztrátě blízké osoby, 6 (4 %) žen v této otázce uvedlo, že má určité obavy z nedávné ztráty blízké osoby, 2 (1 %) ženy uvádí, že je to pro ně mírně zatěžující a pouze 1 (1 %) žena odpověděla na tuto otázku, že je to pro ni velmi zatěžující.

Otázka číslo 6 - **Současné těhotenství/mateřství.**

Graf 46 – Současné těhotenství u dotazovaných žen

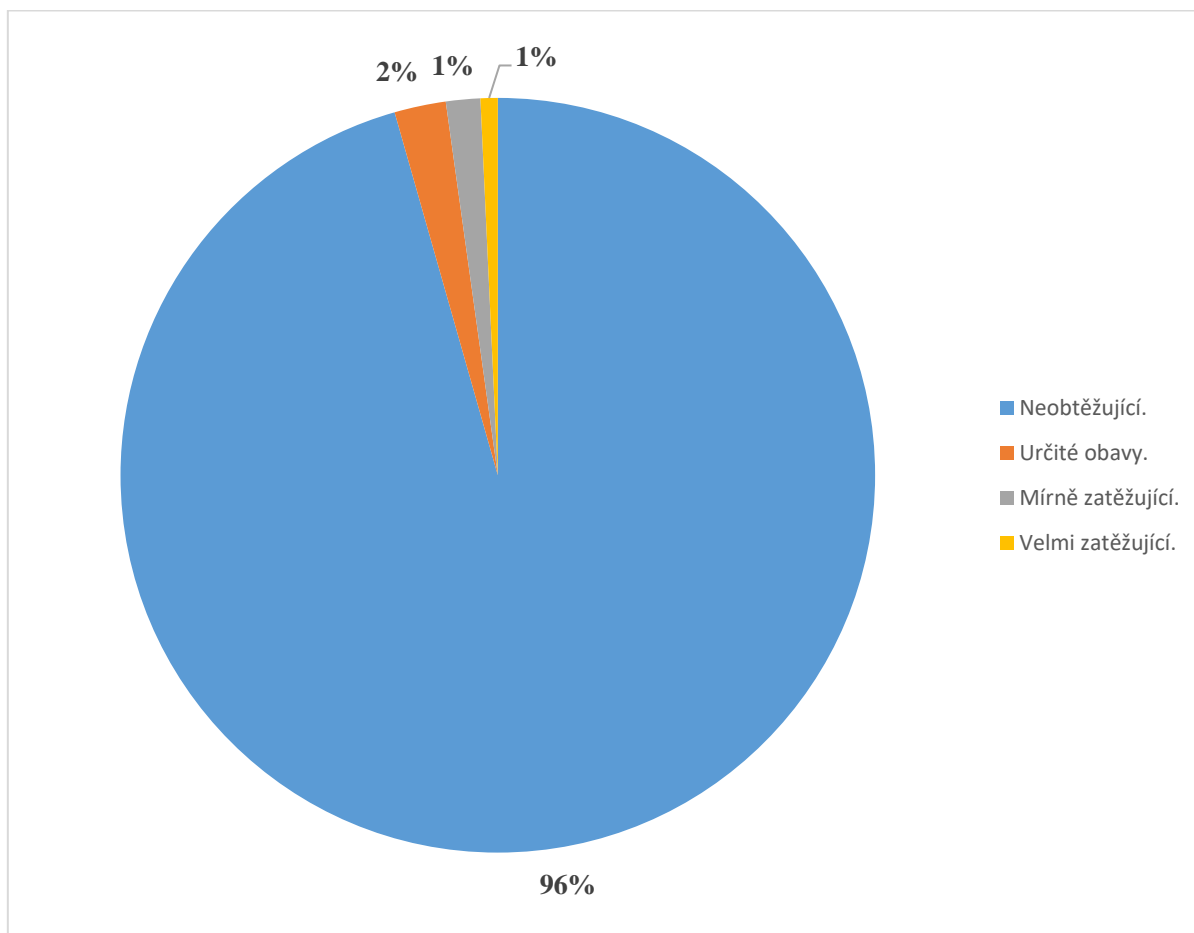


Zdroj: *Vlastní*

Z grafu můžeme vyčíst, že 69 (51 %) žen uvedlo, že je pro ně současné těhotenství neobtěžující, 53 (39 %) žen na tuto otázku odpovědělo, že mají určité obavy, pro 11 (8%) dotazovaných žen je současné těhotenství mírně zatěžující a pro 3 (2%) žen je velmi zatěžující.

Otázka číslo 7 - **Aktuální sexuální, emoční či fyzické zneužívání.**

Graf 47 – Sexuální, emoční či fyzické zneužívání u dotazovaných žen

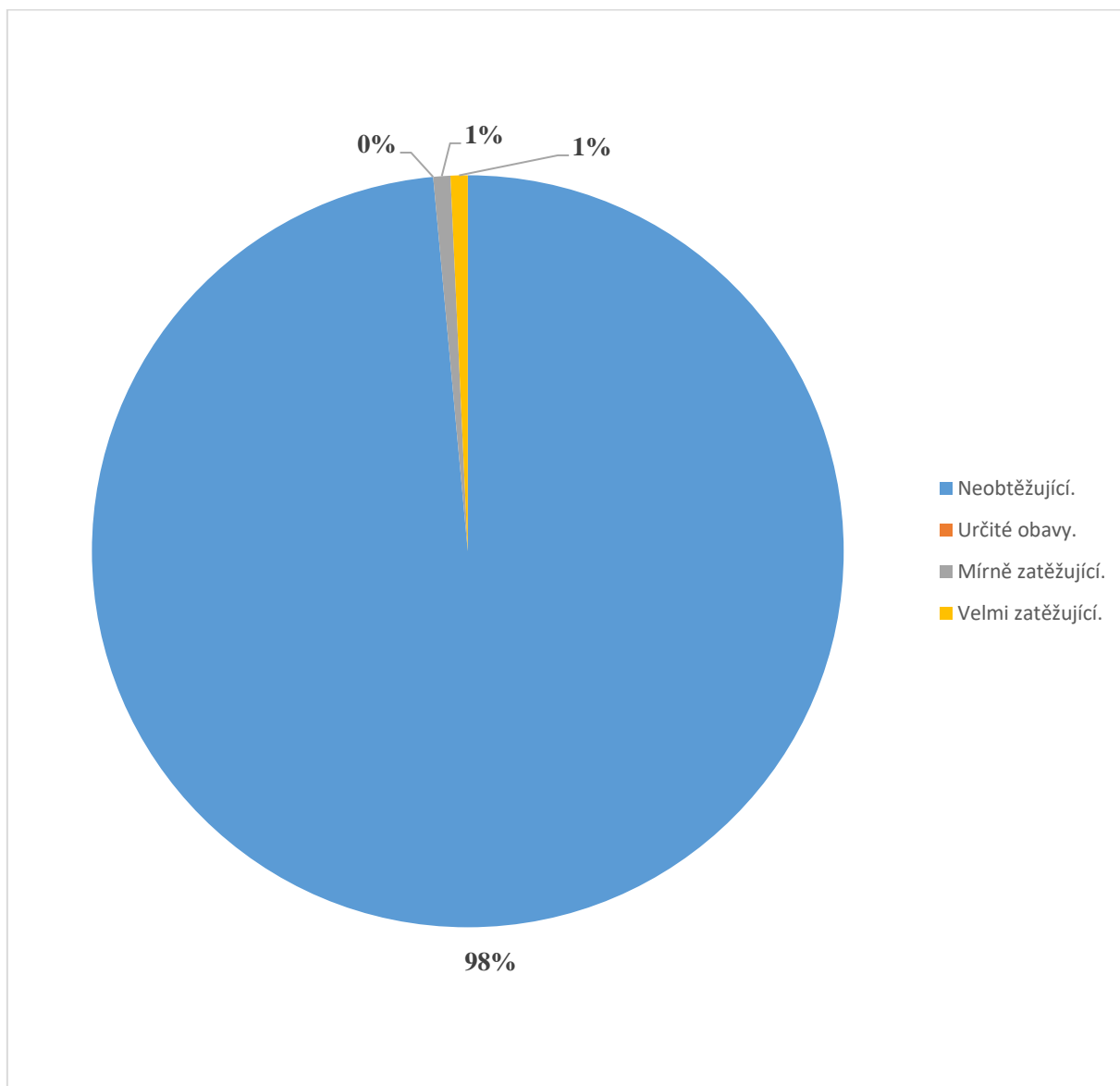


Zdroj: *Vlastní*

Drtivá většina (130, tedy 96 %) dotazovaných žen u této otázky zakroužkovala možnost neobtěžující, 3 (2 %) ženy má určité obavy ze sexuálního, emočního či fyzického zneužívání, pro 2 (1 %) ženy je to mírně zatěžující a pouze pro 1 (1 %) ženu je velmi zatěžující aktuální sexuální, emoční, či fyzické zneužívání.

Otázka číslo 8 - **Problémy s alkoholem, či jinými psychoaktivními látkami.**

Graf 48 *Problémy s alkoholem, či jinými psychoaktivními látkami u dotazovaných žen*

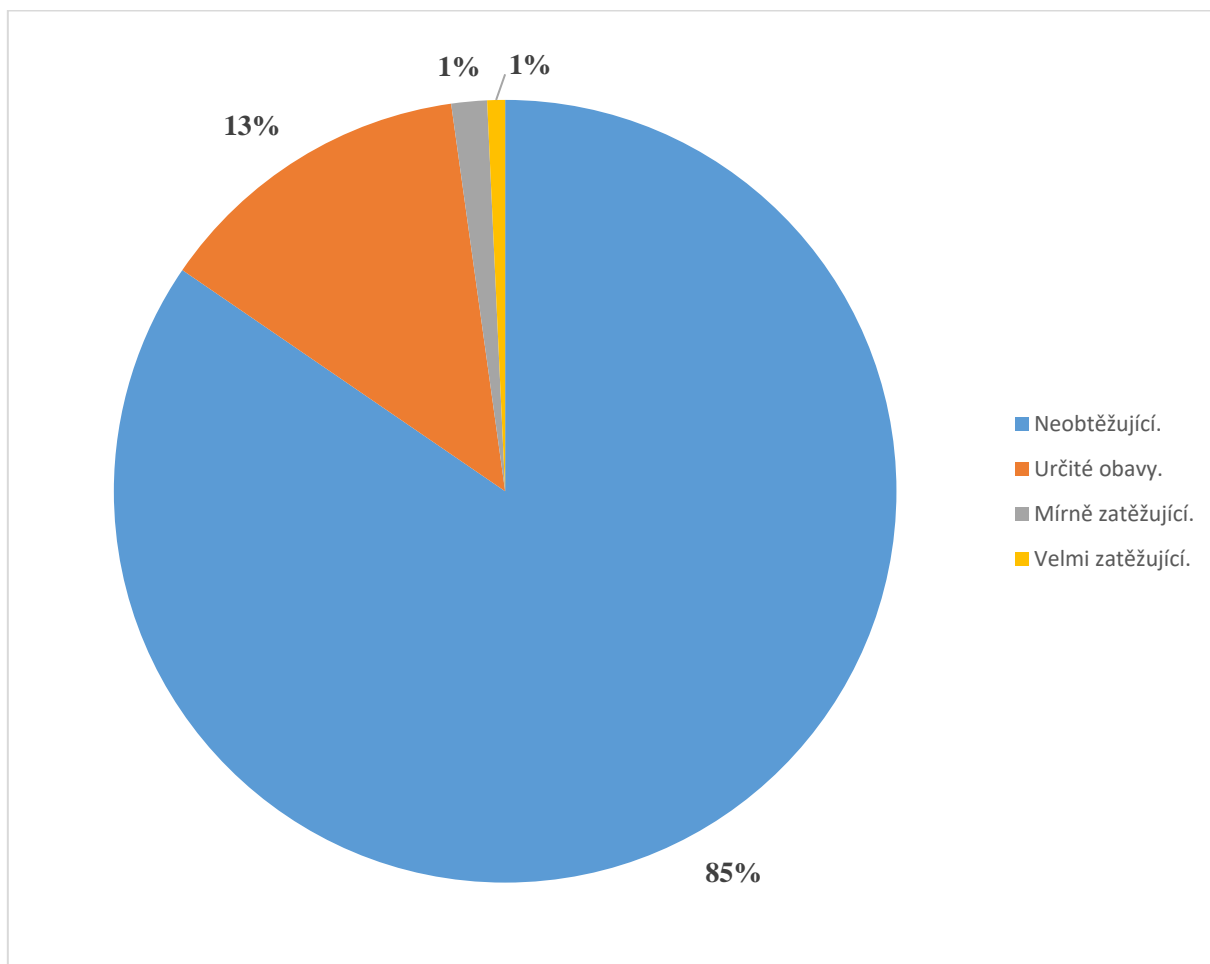


Zdroj: *Vlastní*

Ze 136 dotazovaných žen 134 (98 %) uvedlo, že nemá problémy s alkoholem a jinými psychoaktivními látkami, pro 1 (1 %) ženu je toto téma mírně zatěžující a pro 1 (1 %) ženu je to velmi zatěžující a ani jedna žena nevedla, že má určité obavy s tímto problémem.

Otázka číslo 9 - **Pracovní problémy jako například obavy z propuštění.**

Graf 49 – Pracovní problémy u dotazovaných žen

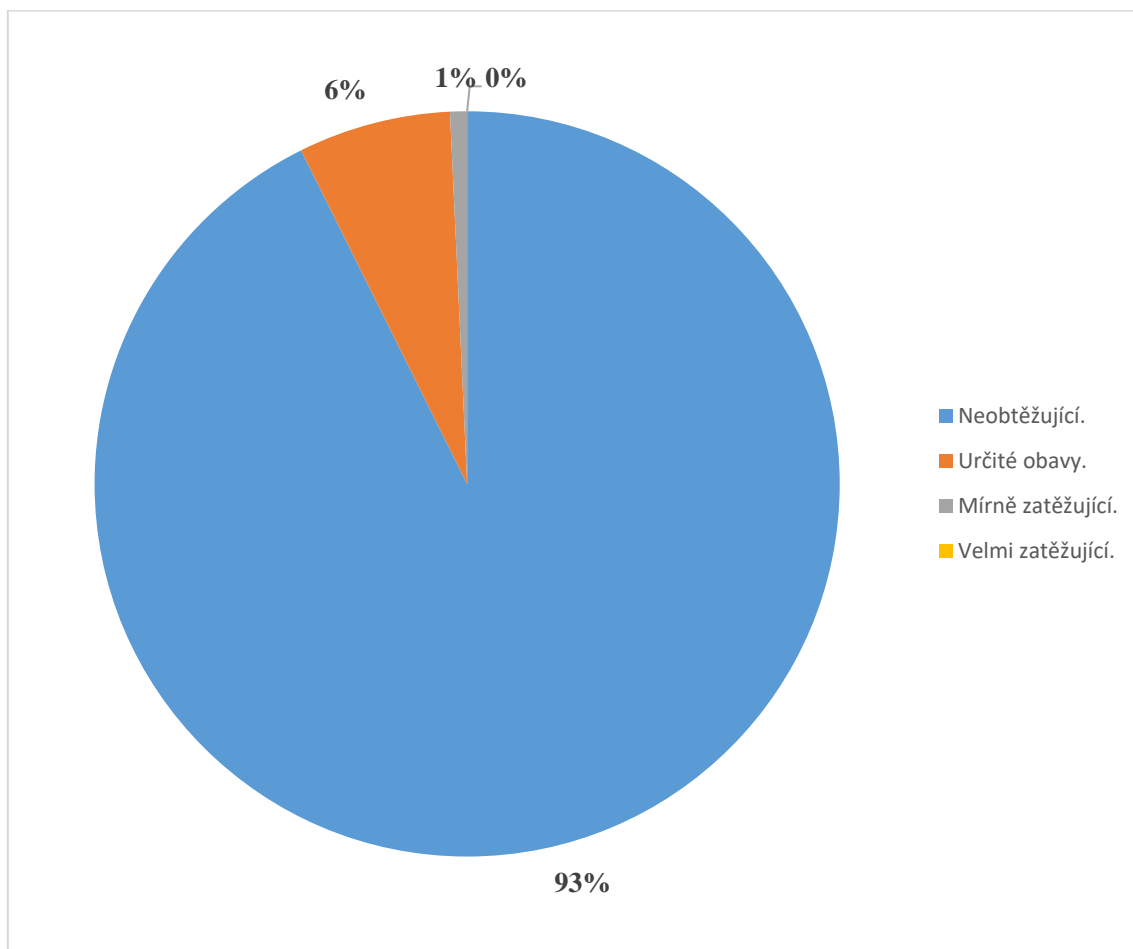


Zdroj: Vlastní

Z grafu vyplývá, že 115 (85 %) žen nemá žádné pracovní problémy a ani obavy z propuštění, 18 (13 %) žen má určité obavy, pro 2 (1 %) ženy jsou pracovní problémy jako například obavy z propuštění mírně zatěžující a pouze pro 1 (1 %) ženu je to velmi zatěžující.

Otázka číslo 10 - **Problémy spojené s Vašimi přáteli.**

Graf 50 – *Problémy s přáteli u dotazovaných žen*

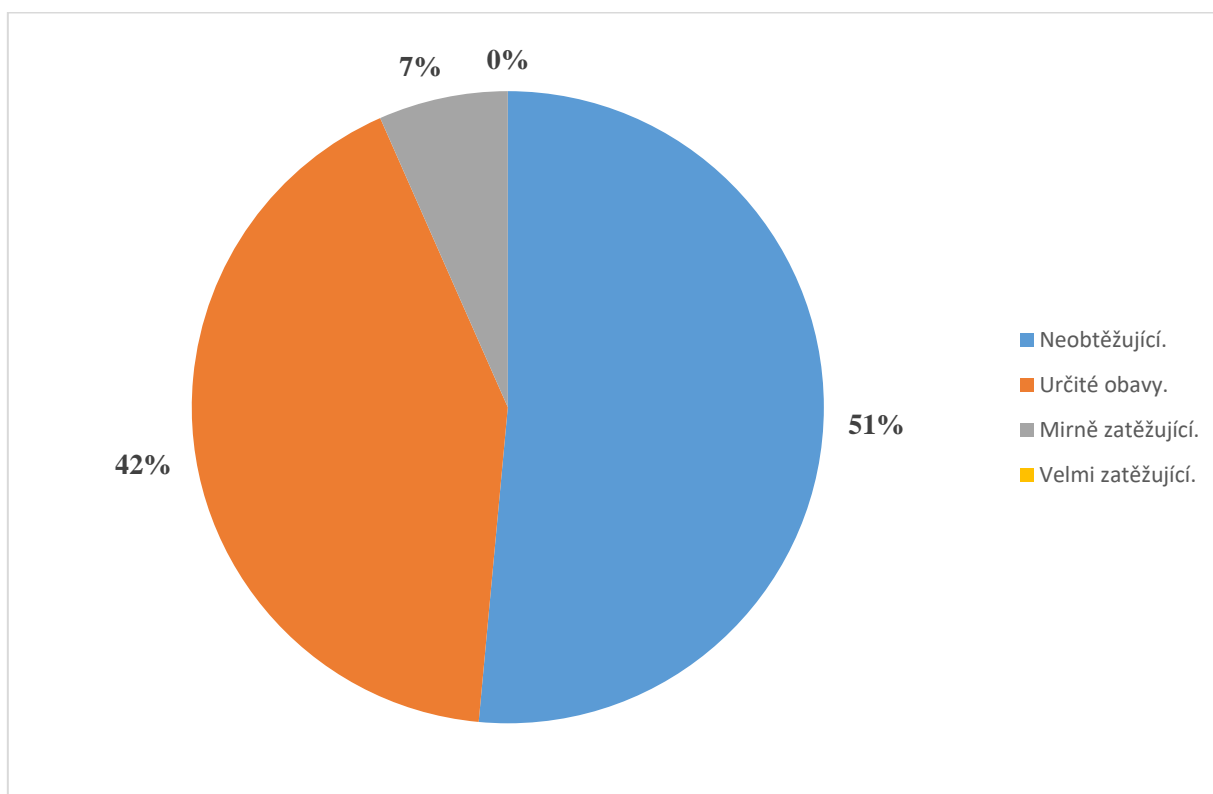


Zdroj: Vlastní

Až 126 (93 %) ze 136 dotazovaných žen uvedlo, že nemá žádné problémy se svými přáteli, 9 (6 %) žen má určité obavy a pro 1 (1 %) ženu jsou problémy s přáteli mírně zatěžující a ani jedna žena u této otázky nezvolila odpověď velmi zatěžující.

Otázka číslo 11 - Pocity celkového přetížení.

Graf 51 – Pocity přetížení u dotazovaných žen



Zdroj: Vlastní

70 (51 %) žen nemá pocity celkového přetížení, 57 (42 %) dotazovaných žen má určité obavy z pocitu celkového přetížení, pro 9 (7 %) žen je to mírně zatěžující a ani jedna žena neuvedla, že jsou pro ni pocity celkového přetížení velmi zatěžující.

10.4 Test vztahů mezi přítomností depresivních příznaků, úzkostných příznaků, psychosociálním stresem a věkem u žen po porodu.

Užité škály: EPDS, PASS, PPP a věk

V našem souboru nebyl nalezen signifikantní vztah mezi skóry věkem a skórem na škále EPDS ($r=0,032$; $p=0,7$), věkem a skórem na škále PASS ($r=0,034$; $p=0,7$) a věkem a skórem na škále PPP ($r=0,122$; $p=0,2$).

Nalezli jsme signifikantní vztah mezi škálami EPDS a PASS ($r=0,6$; $p<0,001$), EPDS a PPP ($r=0,5$; $p<0,001$) a PASS a PPP ($r=0,5$; $p<0,001$).

11 PREZENTACE A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH VÝ- SLEDKŮ

Dílčí cíl 1: Zjistit, jak časté jsou u žen po porodu klinicky závažné příznaky deprese.

Výzkumný problém: U kolika žen, které vyplnily screeningové dotazníky, budou klinicky významné příznaky deprese?

Kritéria hodnocení: Celkový skóre 12 a více bodů na škále Edinburská škála poporodní deprese (EPDS) bude považován za přítomnost klinicky významných příznaků deprese.

K danému výzkumnému problému se vztahují otázky: (EPDS) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Ženy po porodu jsou ve velkém psychickém rozpoložení, což často může způsobit rozvoj poporodní deprese. I když se od ženy očekává, že by měla být plná pozitivních myšlenek a dobré nálady, neměli bychom zapomínat na riziko poporodní deprese. Díky našemu dotazníku jsme zjistili, že ze 136 dotazovaných žen má 25 (18,4 %) žen klinicky významné příznaky deprese a 6 (8 %) žen bylo s 11 body těsně pod hranicí. První známky poporodní deprese se ale nejčastěji objevují až po příchodu matky s dítětem domů, proto dotazník nemusel odhalit všechny ženy, které mají klinicky závažné příznaky deprese. Poporodní deprese se nejčastěji projevuje špatnou náladou ženy a může vést až k myšlenkám, že si žena ublíží. I přes to, že dle našich výsledků až 130 (96 %) dotazovaných žen odpovědělo na otázku, zda je napadaly někdy myšlenky, že si ublíží, nikdy, můžeme se s tím v praxi setkat. 6 (4 %) žen na téže otázku odpovědělo zcela výjimečně. Tyto stavy neohrožují pouze ženu samotnou, ale i její dítě. Nejenom, že je ohrožen vztah mezi matkou a dítětem, ale ženy s těžkou poporodní depresí mohou mít myšlenky, jak ublížit nejen sobě, ale také svému dítěti. Pomocí našeho dotazníkového šetření jsme zjistili, že největší procento žen odpovídalo u otázky, zda se na sebe nepřiměřeně zlobí a vyčítají si, když se něco nedařilo. U této otázky až 11 (8 %) dotazovaných žen odpovědělo, že se na sebe nepřiměřeně zlobí většinu času a až 26 (19 %) žen odpovědělo, že se na sebe někdy nepřiměřeně zlobí a vyčítají si, když se něco nedařilo. V našem dotazníku jsme se také ptali na to, zda ženy byly úzkostné a ustarané, aniž by k tomu byly rozumné důvody. U této otázky zakroužkovalo odpověď, ano někdy, až 36 (26 %) dotazovaných žen, odpověď, velmi často, uvedlo v dotazníku 5 (4 %) žen. Ženy v těhotenství jsou pod velkým hormonálním tlakem, což může zapříčinit, že těhotné ženy bývají častěji citlivější. V dotazníku jsme pomocí otázky, zda se žen během těhotenství mnoho věcí nepříjemně dotýkalo, zjistili, že až 34 (25 %) dotazovaných žen se vyrovnávalo

s nesnázeami hůře než obvykle a 4 (3 %) ženy uvedly, že se většinou s nesnázeami nebyly schopny vyrovnat.

Mezi specifické symptomy, které upozorňují na probíhající depresi můžeme zařadit katastrofické obavy z budoucnosti, proto jsme se v dotazníku žen ptaly, zda během těhotenství hleděly do budoucnosti s radostí a nadějí. Drtivá většina (96, tedy 71 %) u této otázky odpověděla ano a odpověď, vůbec ne, nezaškrtnla ani jedna žena. Paniku můžeme taktéž zařadit mezi příznaky deprese, proto jsme se na ní v našem dotazníku ptali a většina žen (86, tedy 63 %) dotazovaných žen odpověděla, že se během těhotenství necítily vůbec vyděšené, až trochu v panice, a to bez vážných důvodů a pouze 4 (3 %) ženy uvedly u této otázky, ano, velmi často. Deprese se nejčastěji projevuje především pokleslou a smutnou náladou. Z tohoto důvodu jsme do dotazníku zařadili otázku, zda ženy během těhotenství byly veselé a viděly převážně veselé stránky života. 71 (52 %) dotazovaných žen uvedlo, že se cítily veselé ve stejné míře jako vždycky a pouze 2 (1 %) ženy se během těhotenství dle našich výsledků necítily vůbec veselé.

Dílčí cíl 2: Porovnat míru úzkostných příznaků mezi skupinou žen s přítomnými klinicky závažnými příznaky deprese a skupinou bez příznaků deprese.

Výzkumný problém: Mají ženy s klinicky závažnými příznaky deprese vyšší výskyt úzkostných příznaků než ženy bez těchto příznaků?

Kritéria hodnocení: Rozdělení do skupin dle skóru na škále EPDS (prahový skór 12 bodů), poté statisticky otestuji meziskupinový rozdíl výsledků na Screeningové škále perinatálních úzkostí (PASS).

K danému výzkumnému problému se vztahují otázky: (EPDS) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, (PASS) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31.

Screeningová škála perinatálních úzkostí má hranici pro mírnou až středně těžkou úzkost 21 – 41, což dle našich výsledků splňuje až 54 (76 %) žen. Hranice pro těžkou úzkost je 42 - 93 a tuto hranici splňuje 5 (7 %) ze 136 dotazovaných žen. Tyto hodnoty ukazují, že až 60 (82 %) dotazovaných žen má úzkostné příznaky. Průměrné skóre na škále PASS bylo v našem souboru 21 ± 11 bodů, minimum 0, maximum 53. U žen s EPDS skórem 12 a více bodů byla nalezena větší míra úzkostných příznaků než u žen s EPDS skórem méně než 12 bodů (rozdíl 13 ± 2 body; $t = 5,742$; $p < 0,001$).

Potřeba žen mít vše pod kontrolou a mít vše udělané perfektně, může vést k rozvoji úzkosti u žen, a proto jsme se na to žen zeptaly prostřednictvím našeho dotazníku. Až 59 (44 %) dotazovaných žen uvedlo, že potřebu, mít věci zcela pod kontrolou mívají poměrně často a 19 (14 %) žen u této otázky zaškrtno, téměř stále. Stejný počet žen uvedlo 59 (44 %), že poměrně často chtějí mít věci udělané perfektně a 18 (13 %) v našem dotazníku uvádí, že chtějí mít neustále věci udělané perfektně. Nadměrná úzkost žen se nejčastěji týká pocitu odpovědnosti a péče o novorozence. Mohou se vyskytnout i nadměrné obavy o bezpečnost a zdraví dítěte. Dle našich dosažených výsledků 74 (54 %) dotazovaných žen má občas obavy o své dítě a 27 (20 %) žen tyto obavy mívá často. Úzkostné ženy mohou mít pocit odtažení od sebe, což ale dle našich výsledků není tak častý příznak. Až 116 (85 %) dotazovaných žen uvedlo, že neměly nikdy pocit odtažení od sebe, jakoby se koukaly na sebe v nějakém filmu a ani jedna žena ne zvolila možnost odpovědi, často a téměř stále. Úzkost může dovést ženu k obavám, že nad sebou ztratí kontrolu. Dle našich získaných výsledků, tyto obavy ženy nepocítují příliš často, protože drtivá většina (109, tedy 80 %) dotazovaných žen uvedla, že nikdy nemají strach z toho, že nad sebou ztratí kontrolu a ani jedna žena u této otázky ne zvolila odpověď, téměř stále. Úzkostné stavy mohou také ovlivnit ženu v koncentraci a ve schopnosti cokoliv dělat. V dotazníku jsme se ptaly, kolik žen má úzkostné prožívání, které jim brání cokoliv dělat. 25 (18 %) žen odpovědělo občas, 2 (2 %) ženy odpověděly často a naopak většina žen (108, tedy 79 %) uvedla, že nikdy neměly úzkostné prožívání, které by jim bránilo cokoliv dělat. 54 (40 %) dotazovaných žen v dotazníku uvedlo, že mají problémy s dostatečnou koncentrací na jakoukoliv věc. Úzkost u žen po porodu se může projevit také např. panikou, kterou dle našeho dotazníku pocítuje téměř stále pouze jedna žena a 2 (1 %) ženy v dotazníku uvedly, že paniku pocítují poměrně často, naopak až 106 (78 %) žen v tomto případě nepocítuje paniku nikdy. Větší počet žen 15 (11 %) v dotazníku uvedlo, že velmi často pocítují nervozitu a jedna žena ji pocítuje téměř stále.

Pokud úzkostné stavy trvají déle jak 14 dní, může to značit přechod do poporodní deprese, což potvrdily i naše výsledky z dotazníku. Dle našich výsledků 25 (34 %) žen s klinicky závažnými příznaky deprese, má až 19 (26 %) žen úzkostné příznaky. Úzkostné poruchy se objevují častěji a dřív, než se objevují depresivní příznaky. Podle našeho dotazníku vyplývá, že z 60 (82 %) žen s úzkostnými příznaky má 41 (56 %) klinické příznaky úzkosti bez projevu klinicky závažných příznaků deprese.

Dílčí cíl 3: Porovnat míru psychosociálního stresu mezi skupinou žen s přítomnými klinicky závažnými příznaky deprese a skupinou bez příznaků deprese.

Výzkumný problém: Zažívají ženy s klinicky závažnými příznaky deprese větší psychosociální stres než ženy bez těchto příznaků?

Kritéria hodnocení: Rozdělení do skupin dle skóru na škále EPDS (prahový skór 12 bodů), poté statisticky otestují meziskupinový rozdíl výsledků škály Perinatální psychosociální profil (PPP).

K danému výzkumnému problému se vztahují otázky: (EPDS) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, (PPP) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

Stres ženy v těhotenství může nejenom způsobit předčasný porod a spoustu jiných komplikací, které souvisejí s těhotenstvím, ale také se u ženy kvůli stresu může objevit po porodu deprese, která značně postihne nejenom její život, ale také postihne její dítě a život jejího partnera. Průměrné skóre na škále PPP bylo v našem souboru 13 ± 3 body, minimum 11, maximum 38. U žen s EPDS skórem 12 a více bodů byla nalezena větší míra psychosociálních stresových faktorů než u žen s EPDS skórem méně než 12 bodů (rozdíl 2 ± 1 bod; $t = 2,516$; $p = 0,01$). Ženy v těhotenství by se měly co nejvíce snažit stresu vyvarovat. Dle výsledků je pro ženy nejvíce stresující současné těhotenství, kdy až 53 (39 %) žen uvedlo, že v tomto případě mají určité obavy. 57 (42 %) dotazovaných žen také odpovědělo, že má určité obavy v oblasti celkového přetížení. V tomto případě, ženy poměrně často mají pocit přetížení. Pro ženy jsou také poměrně často stresující problémy s financemi. Zjistili jsme, že 35 (26 %) z dotazovaných žen, má určité obavy z finančních problémů, jako je například placení nájmu. 24 (17 %) žen má určité obavy ze zajištění potřeb, jako je například, doprava, zdravotní péče a jídlo. K této otázce odpověděly až 4 (3 %) ženy, že je pro ně toto téma mírně zatěžující. Z 60 (82 %) žen, které mají klinické příznaky úzkosti, se ukázalo, že 46 (63 %) žen, má také vyšší skór pro psychosociální profil. Ze získaných výsledků jsme byli schopni zjistit to, že pouze 2 (3 %) ženy, které měly vyšší míru psychosociálního stresu, měly také klinicky významné příznaky deprese a úzkosti. 4 (5 %) ženy, které měly vyšší míru pro psychosociální stres, měly také klinické příznaky úzkosti, ale nebyly u nich prokázány příznaky deprese. A největší hodnoty měly 2 ženy, které ovšem neměly klinicky závažné příznaky deprese ani úzkosti. Z tohoto poznatku tedy vyplývá, že ne vždy je stres

spouštěčem pro porodní depresi u ženy. Žena, která má velkou stresovou zátěž, nemusí propadnout úzkosti a depresi. Tyto ženy se často se stresovou zátěží naučí pracovat, a proto je velká pravděpodobnost, že se zrovna u nich příznaky deprese neprokáží.

Dílčí cíl 4: Otestovat vztahy mezi přítomností depresivních příznaků, úzkostných příznaků, psychosociálním stresem a věkem u žen po porodu.

Výzkumný problém: Přítomnost depresivních příznaků, úzkostných příznaků, psychosociálního stresu a věku matky spolu bude souviset. Budou s rostoucím věkem, úzkostí a psychosociálním stresem růst i depresivní příznaky?

Kritéria hodnocení: Korelační testy skóre na škálách EPDS, PASS, PPP a věkem žen po porodu.

K danému výzkumnému problému se vztahují otázky: (EPDS) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, (PASS) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, (PPP) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Ve spoustě studií se můžeme dočíst, že poporodní depresi spíše propadnou ženy, které jsou mladší. Což ovšem naše získané výsledky vyvrací. Dle našich získaných výsledků se dotazníku účastnily ženy s průměrným věkem $31,8 \pm 4,1$ let; minimum 19 let; maximum 43 let a u těchto žen, jsme nenašli statisticky významné vztahy mezi věkem, úzkostí, depresí ani psychosociálním stresem. Deprese se může objevit takřka u každé ženy v každé věkové kategorii.

V dnešní době se zvyšuje průměrný věk prvorodiček, proto se poporodní deprese může objevit i u starších žen. Pro vznik deprese u žen není rizikový faktor věk, ale spíše například obavy z porodu, špatná finanční situace, neshody s partnerem a přijetí nové životní role. Starší ženy mohou mít obavy, jak ve svém věku zvládnou péči o novorozence a zda budou mít dostatek sil na jeho výchovu. Často se můžeme setkat s tím, že ženy neustále odkládají početí svého potomka kvůli svému kariernímu růstu. U těchto žen může dojít k výčitkám vůči dítěti až dokonce k nenávisti. Tyto ženy berou dítě spíše jako svou povinnost, například vůči partnerovi, než jako svou radost. U těchto žen je velká pravděpodobnost rozvoje poporodní deprese, proto je velmi důležité se také ptát, zda dítě bylo chtěné či ne. Spíše bychom se měli zaměřit na rizikové faktory, jako jsou finanční situace, vztah s rodinou a partnerem, celková životní situace ženy a celkově se zabývat jejími pocity a díky těmto rizikovým faktorům se ženám, které mají větší riziko pro vznik deprese, více věnovat.

DISKUZE

V naší bakalářské práci jsme se snažili zjistit, kolik žen po porodu má větší pravděpodobnost pro vznik poporodní deprese. Přesněji vyhledat ženy, které mají po porodu klinicky významné příznaky deprese. Bakalářská práce zjišťuje nejenom klinické příznaky deprese, ale také příznaky úzkosti a psychosociální faktory, které mohou vést ke vzniku deprese u žen. Těhotenství je pro ženu velká zátěž, a to nejen tělesná, ale také emocionální. Žena se musí připravit na změnu své životní role, na péči o novorozence a domácnost. U žen mohou nastat obavy z porodu a strach z bolesti, které mohou vést ke vzniku úzkosti už během těhotenství. Spousta žen už do těhotenství vstupuje s rizikovými faktory pro vznik poporodní deprese, jako mohou být například psychické poruchy v minulosti, problémy ve vztahu s partnerem, těžká finanční situace či nedostatečná sociální podpora okolí. Tyto rizikové faktory by měly být vyzorovány porodními asistentkami či lékaři už na začátku těhotenství a měly by se včas začít řešit. Poporodní deprese je poměrně závažné onemocnění, které ale ovšem není dostatečně diagnostikováno. Na ženu po porodu se hledí jako na šťastnou bytost, která se raduje z příchodu svého dítěte, a kladou se na ni často velké nároky. Ovšem žena po porodu je pod velkou hormonální zátěží, kterou nemusí zvládnout. Ke zjištění klinických příznaků deprese jsme využili Edinburskou škálu poporodní deprese, Screeningovou škálu perinatálních úzkostí a Perinatální psychosociální profil, pomocí kterých jsme získali potřebné informace o psychickém stavu respondentek. Tyto dotazníky se skládají z uzavřených polynomických otázek, které nejsou časově náročné na vyplnění. Oslovili jsme velkou skupinu žen po porodu v porodnici Neratovice a Mělník. Ve naší bakalářské práci jsme si stanovila 4 dílčí cíle a 4 výzkumné problémy.

V prvním cíli jsme se snažili zjistit, kolik žen má klinické příznaky poporodní deprese. K dílčímu cíli číslo jedna se vztahuje výzkumný problém a to ten, u kolika žen, které vyplnily screeningové dotazníky, budou klinicky významné příznaky deprese. Dle našich získaných informací jsme zjistili, že ze 136 dotazovaných žen má 25 (18,4 %) žen příznaky deprese. Tato procenta mě velice překvapila, protože z osobní zkušenosti se ženami, a to i po celou dobu šestinedělí jsem se setkala pouze se dvěma případy, kdy žena vykazovala příznaky poporodní deprese. Šebela (2018) ve svém výzkumu uvádí, že celosvětová prevalence poporodní deprese je 17 %. Roztočil (2008), ve své studii uvádí, že poporodní deprese se nejčastěji vyskytuje u žen po příchodu s novorozencem do domácího prostředí, kdy je žena odkázána sama na sebe. Což může být jeden z hlavních důvodů vzniku poporodní deprese. Na základě tohoto výzkumu, kdy byly rozdány screeningové dotazníky, nemůžeme

přesněji určit reálná procenta výskytu poporodní deprese. Další limitací je to, že u žen se může jednat o poporodní blues, a tedy přechodný stav. Otázkou zůstává, u kolika z nich dále v šestinedělí budou depresivní příznaky přetrvávat. Tuto problematiku by mohly vyřešit služby spojené s péčí komunitní porodní asistentky, která dochází k žene domů po celou dobu šestinedělí a pomáhá jí zvládat její novou roli matky. Práce komunitní porodní asistentky v domácím prostředí spočívá v péči o novorozence, fyzický stav ženy po porodu a především o její psychický stav. Jsem přesvědčena o tom, že kdyby se tato služba, služba porodní asistentky, rozšířila po celém území České republiky, došlo by k včasné diagnostice, a tudíž by mohla klesnout i procenta klinických příznaků deprese.

Ve druhém dílčím cíli nás zajímala míra úzkostných příznaku mezi skupinou žen s přítomnými klinicky závažnými příznaky deprese a skupinou bez příznaků deprese. K tomuto cíli se vztahuje další výzkumný problém, zda ženy s klinicky závažnými příznaky deprese mají vyšší výskyt úzkostných příznaků než ženy bez těchto příznaků. Talová a Praško (2014) píše o tom, že přibližně 30 % žen se setká s nějakým typem úzkostné poruchy. Z našeho výzkumu vyplynulo, že ženy zažívající depresivní příznaky zažívají také významně více úzkostí než ženy bez depresivních příznaků. Tento výsledek mě příliš nepřekvapil, protože ženy v období porodu jsou citlivější a mají strach a obavy z porodu a o dítě. Spousta žen má syndrom bílého pláště, což vede k nedůvěře ke zdravotnickému personálu a následným obavám při porodu. Ratislavová (2008) psala ve svém výzkumu o tom, že je velice důležité, aby žena byla dostatečně informována, především o svém zdravotním stavu a možných následcích. Nedostatečná informovanost nastávající matky, může vést k rozvoji úzkostných stavů. Praško (2016) ve své studii uvádí, že 8,7 -30 % šestinedělek s poporodní depresí zažívá také úzkostné stavy, které mohou zažívat už během těhotenství. Dle našich získaných informací pomocí screeningového dotazníku jsme zjistili, že z 25 (18,4 %) žen, u kterých se projeví klinické příznaky deprese, se až 19 (76 %) žen rovněž potýká s úzkostnými stavy. Tato procenta mě opět příliš nepřekvapila, jelikož psychické potíže ženy se především projevují úzkostnými stavy, které poté vedou k depresi. Velká část žen má během těhotenství velké obavy o své dítě a strach z bolesti způsobené porodem. V tomto případě je velice důležité, aby lékař či porodní asistentka, dokázali diagnostikovat tyto psychické poruchy už během těhotenství. Včasná diagnostika by v tomto případě měla být na místě. Myslím si, že tato péče o nastávající matku a její psychický stav během těhotenství není dostatečující. Práce porodní asistentky spočívá nejen v tom, že odvede porod, ale je důležité, aby pro ženu během porodu byla oporou, díky čemuž je možné, že si žena k porodní asistenci

vybuduje důvěru či vztah a díky tomu se mohou zmírnit její obavy z porodu a následného rozvoje úzkosti. Porodní asistentka by měla být schopná vypořádat příznaky úzkosti během prvního setkání s ženou.

V dalším dílčím cíli jsme se snažili porovnat míru psychosociálního stresu mezi skupinou žen s přítomnými klinicky závažnými příznaky deprese a skupinou bez příznaků deprese. K danému cíli se vztahuje výzkumný problém, který se zabývá tím, zda ženy s klinicky závažnými příznaky deprese zažívají větší psychosociální stres než ženy bez těchto příznaků. Mezi psychosociální stres můžeme řadit například finanční potíže, problémy v rodině a s partnerem, problémy s alkoholem a jinými návykovými látkami a také emocionální či fyzické zneužívání. Hodnoty škály pro míru psychosociálního stresu jsou 11 – 44 a čím vyšší skóre, tím větší psychosociální stres. V našem výzkumu jsme zjistili, že ženy zažívající depresi také zažívají větší psychosociální stres než ženy bez depresivních příznaků. Ratislavová a Kennedy (2008) uvádějí, že socioekonomické faktory mohou ovlivnit vznik poporodní deprese. Roztočil (2017) píše o tom, že ekonomické problémy a problémy s bydlením mohou také značně ovlivnit vznik poporodní deprese. Ženy s finančními potížemi mají větší stresovou zátěž, což vypovídá o větším riziku pro vznik deprese. Na základě vyhodnocení našeho dotazníku jsme zjistili, že až 35 (26 %) žen má jisté finanční problémy. Tato procenta mě až tak nepřekvapila, protože jsem si vědoma toho, že finance pro výchovu dítěte jsou poměrně důležité. Setkala jsem se spoustou žen, které na tom nebyly finančně nejlépe a měly jisté obavy z toho, jak vše finančně zvládnou, až přivedou na svět své dítě. Porodní asistentky by se během své péče o ženu měly také zajímat o to, jaké má žena socioekonomické zázemí. V případě nedostatečnosti v této oblasti, by porodní asistentka měla být dostatečně informovaná o možné pomoci pro ženu, která by jí být plně poskytnuta.

V posledním dílčím cíli jsme se snažili otestovat vztahy mezi přítomností depresivních příznaků, úzkostných příznaků, psychosociálním stresem a věkem u žen po porodu. K tomuto dílčímu cíli se vztahuje poslední výzkumný problém, zda budou s rostoucím věkem, úzkostí a psychosociálním stresem růst i depresivní příznaky. Výsledek našeho výzkumu mě překvapil, protože jsem čekala, že větší riziko pro rozvoj deprese budou mít spíše starší ženy. Starší ženy, mají častěji velké obavy z porodu, vzhledem ke svému věku. Mohou mít také více zdravotních problémů, které mohou být pro těhotenství a porod značný problém. Tyto ženy si často kladou otázku, jak po fyzické stránce budou zvládat výchovu svého dítěte. Starší ženy, mají také větší procentuální zastoupení ve výskytu úzkostných stavů, které vedou též k rozvoji poporodní deprese. Starší ženy jsou častěji úzkostné právě kvůli

svému zdravotnímu stavu a kvůli zdravotnímu stavu svého dítěte. Ženy, které se rozhodnou přivést na svět dítě v pozdějším věku, většinou mají jasné důvody. Mezi tyto důvody často patří práce, kterou žena vykonává a která je pro ni často na prvním místě. U těchto žen, se můžeme setkat právě s úzkostnými stavy, které souvisejí se ztrátou zaměstnání z důvodu těhotenství. S rostoucím věkem roste také větší riziko zdravotních důvodů, jak pro matku, tak pro dítě. Pokud se ovšem porodní asistentka ve své praxi setká se ženou ve starším věku, určitě by jí neměla odsuzovat, ale naopak podporovat a zajímat se o její psychický stav.

Na základě našeho výzkumu a zpracování dané problematiky přináším následující doporučení do praxe pro porodní asistentky:

- Zajímat se o ženu a o její psychiku od začátku těhotenství a vyhledávat možná rizika pro vznik poporodní deprese.
- Během těhotenství si s ženou vybudovat pevný vztah a snažit se minimalizovat její obavy z porodu.
- Měly bychom dostatečně informovat i partnera ženy o jejích potřebách a informovat ho o možnosti vzniku poporodní deprese.
- Během těhotenství bychom měly ženu informovat o možnosti vzniku poporodní deprese a dostatečně ji edukovat.
- U porodu bychom měly ženu dostatečně informovat o jejím zdravotním stavu a o možných rizicích.
- Po porodu se více věnovat ženě a její psychice.
- Doporučila bych rozdávat screeningové dotazníky každé ženě po porodu. Ty by včas odhalily klinicky závažné příznaky poporodní deprese.
- Doporučila bych rozšířit péči komunitní porodní asistentky v domácím prostředí, z důvodu pozdějšího rozvoje poporodní deprese.
- Upozorňovat ženy na možné příznaky poporodní deprese a poskytnout jim dostatečnou podporu k tomu, aby se nebály sdělit své problémy někomu jinému.

ZÁVĚR

Naše bakalářská práce se zabývala problematikou screeningu poporodní deprese u žen. Teoretická část je rozdělená do tří částí. V první části jsme popsali charakteristiku poporodní deprese, její příznaky, diagnostiku a dopady poporodní deprese na matku a dítě. V druhé kapitole jsme se snažili poukázat na možné prevence poporodní deprese, kam jsem zařadila efekt kojení, psychohygienu, svépomocné skupiny, a především časnou intervenci. Třetí kapitola teoretické části se zabývala problematikou screeningu poporodní deprese jak v České republice, tak i v jiných zemích. Popsali jsme druhy screeningu a jejich efekt a snažili se také popsat roli porodní asistentky ve screeningu poporodní deprese. Zmapovali jsem, jak porodní asistentky mohou nejen zlepšit svou péči o ženu po porodu a v šestinedělí, ale také jak mohou napomoci lepší diagnostice poporodní deprese.

Praktická část bakalářské práce je zpracovaná formou kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Do výzkumu jsme zařadili tři druhy dotazníku. Edinburskou škálu poporodní deprese, screeningová škála poporodních úzkostí a perinatální psychosociální profil. Do dotazníku jsme využili otázky uzavřené polynomické.

Hlavním cílem bakalářské práce, bylo zjistit, kolik žen trpí poporodní depresí. Překvapujícím zjištěním bylo množství žen, které dle našich výsledků má klinicky závažné příznaky poporodní deprese. Během výzkumu jsme se také zabývali výskytem úzkostných stavů a psychosociálního stresu. Velká stresová zátěž ženy během těhotenství často vede k rozvoji úzkostných poruch a ty nadále vedou k rozvoji poporodní deprese. Během našeho výzkumu jsme zjistili, že největším stresovým faktorem pro ženy, jsou finanční potíže, což mě až tak nepřekvapilo. Zjistili jsme, že ženy v těhotenství často propadají celkovému přetížení, které pro ně mohou být spouštěčem poporodní deprese. Ukázalo se, že většina žen s depresivními příznaky trpí současně i úzkostnými stavy. Nejčastěji mají těhotné ženy obavy o své dítě. Nenalezli jsme žádný vztah mezi věkem ženy a přítomností depresivních a úzkostných příznaků nebo psychosociálním stresem.

Výsledky našeho výzkumu mohou sloužit jako podklad pro porodní asistentky, které pracují v gynekologické ambulanci, aby byly schopny včas vypozerovat rizikové faktory pro vznik poporodní deprese. Pro porodní asistentky pracující na porodním sále, kde by porodní asistentka měla být hlavní oporou pro ženu. Dále také pro porodní asistentky na oddělení šestinedělí, kde by mohly rozdávat screeningové dotazníky, které by jim mohly pomoci s včasnou diagnostikou poporodní deprese. Ale také pro komunitní porodní asistentky, které

navštěvují ženu v domácím prostředí, kde je velice důležité se zabývat nejen fyzickou stránkou ženy, jejího dítěte, ale také o její psychiku.

Díky psaní této bakalářské práce jsem si uvědomila vážnost poporodní deprese a její nedostatečnou diagnostiku. Seznámila jsem se díky odborné literatuře s mnoha informacemi, které byly pro mě velice zajímavé a ráda je budu aplikovat do své praxe. Zjistila jsem, že tato problematika je v dnešní době nedostatečně zveřejňovaná, i přes to, že odborné literatury na toto téma je dostatek. Bohužel jsem objevila i spoustu nedostatků v péči o ženy v těhotenství a v péči o jejich psychiku.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje:

1. **COX John, HOLDEN Jeni.** *Perinatal mental health: a guide to the edinburgh postnatal depression scale EPDS.* Velká Británie : RCPsych Publications, 2014. 1909726133.
2. **ČEŠKOVÁ Eva, Radovan PŘÍKRYL.** *Praktická psychiatrie: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky.* Praha : Maxdorf, 2013. 978-80-7345-316-9.
3. **DICK-READ, Grantly.** *Childbirth Without Fear.* Londýn : Pinter & Martin Ltd., 2013. 1780660553.
4. **GEISEL, Elisabeth.** *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady.* Praha : Grada, 2004. 80-863-5632-9.
5. **HÁJEK Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL.** *Porodnictví 3.* Praha : Grada, 2014. 978-80-247-4529-9.
6. **KOUDELKOVÁ Vlasta, Radovan PŘÍKRYL.** *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí.* Praha : Triton, 2013. 978-80-7387-624-1.
7. **LEIFER, Gloria.** *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství.* Praha : Grada, 2004. 80-247-0668-7.
8. **MATOUŠEK, Oldřich.** *Základy sociální práce.* Praha : Portál, 2001. 80-717-8473-7.
9. **NICOLSON, Paula.** *Poporodní deprese.* Praha : Grada, 2001. 80-716-9938-1.
10. **ODENT, Michel.** *Znovuzrozený porod.* Praha : Argo, 1995. 80-857-9405-2.
11. **OLEJÁROVÁ, Zora.** *Psychiatrie pro všeobecné sestry a porodní asistentky.* Ústí nad Labem : Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2017. 978-80-7561-047-8..
12. **PAVLOVSKÝ, Pavel.** *Soudní psychiatrie a psychologie.* Praha : Grada, 2012. 978-80-247-4332-5.
13. **PIDRMAN, Vladimír.** *Žena a poruchy nálady.* Praha : Galén, 2006. 80-726-2462-8.

14. **PRAŠKO Ján, BULIKOVÁ Barbora a SIGMUNDOVÁ Zuzana.** *Depresivní porucha a jak ji překonat.* Praha : Galén, 2009. 978-80- 7262-656-4..
15. **PRAŠKO Ján, Jana PRAŠKOVÁ a Hana PRAŠKOVÁ.** *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaděje 3. Vydání.* Praha : Portál, 2015. 9788026208594.
16. —. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději 1. Vydání.* Praha : Portál, 2003. 80-7178-809-0.
17. **RATISLAVOVÁ, Kateřina.** *Aplikovaná psychologie porodnictví.* Praha : Reklamní atelier Area, 2008. 978-80-254-2186-4.
18. **ROZTOČIL, Aleš.** *Moderní porodnictví.* Praha : Grada, 2008. ISBN9788024719412.
19. **SIMKIN, Penny.** *Partner u porodu: vše, co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoc.* Praha : Argo, 2000. 80-720-3308-5.
20. **SINCLAIR, Constance.** *A midwife's handbook.* St. Luis : Saunders, 2004. 978-0-7216-8268-9.
21. **SLEZÁKOVÁ Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ.** *Ošetřovateltství v gynekologii a porodnictví: vše co potřebujete vědět, abyste mohli ženě při porodu pomoci.* Praha : Grada, 2017. 978-80-271-0214-3.
22. **STADELMANN, Ingeborg.** *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené a praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinky, homeopatických přípravků a éterických olejů.* Praha : One Women Press, 2009. 978-80-86356-50-1.
23. **ŠAMÁNKOVÁ Marie, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ.** *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci: aplikované v ošetřovatelském procesu.* Praha : Grada, 2011. 978-80-247-3223-7.
24. **ŠROMEROVÁ, Zuzana.** *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče).* Praha : Argo, 2010. 978-80-257-0324-3.

25. **TAKÁCS Lea, SOBOTKOVÁ Daniela, ŠULOVÁ Lenka a kolektiv.** *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace.* Praha : Grada, 2015. 978-80-247-5127-6.
26. **TENENBAUM, Sylvie.** *Deprese, odkaz předků: transgenerační přenos.* Praha : Portál, 2018. 978-80-262-1301-7.
27. **VYMĚTAL, Jan.** *Úvod do psychoterapie.* Praha : Grada, 2003. 978-80-247-2667-0.
28. **WINDER, Jennifer.** *Pozor! Jak se nezbláznit po porodu, aneb, jak po narození dítěte získat zpět svou postavu, fyzické a duševní zdraví a obnovit sexuální život.* Praha : Metafora, 2009. 978-80-7359-202-8.
29. **ZICH František, ROUBAL Ondřej.** *Úvod do sociologického výzkumu.* Praha : Vysoká škola finanční a správní Eupress, 2014. 978-80-7408-093-7.

Internetové zdroje:

30. **ANOKYE, Reindolf, ACHEAMPONG, Enoch, BUDU-AINOOSON, Amy, OBENG, Edmind Isaac a AKWASI, Adjei Gyimah.** *Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management.* *Annals of General Psychiatry* [online]. 2018, 17(1) [cit. 2020-11-28]. ISSN 1744-859X. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12991-018-0188-0>
31. **AZORIN, Jean-Michel, Jules ANGST, Alex GAMMA, Charles L. BOWDEN a et al.** *Identifying features of bipolarity in patients with first-episode postpartum depression: Findings from the international BRIDGE study.* *Journal of Affective Disorders*, [online]. 2012, 136(6), 710-715 [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22044629/>
32. **BECK, Cheryl Tatano a Robert GABLE.** *Further validation of the postpartum depression screening scale.* *Nursing Research* [online]. 2001, 50(3), 155-164 [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2001/05000/Further_Validation_of_the_Postpartum_Depression.5.aspx
33. **BECK, Cheryl Tatano a Robert GABLE.** *Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing.* *Nursing Research* [online]. 2000, 49(5), s. 272-282 [cit.

2021-02-14]. Dostupné z: https://journals.lww.com/nursingresearchonline/Abstract/2000/09000/Postpartum_Depression_Screening_Scale_Development.6.aspx

34. **BOYD, Rhonda, R SOMBERG a H.N. LE.** *Review of screening instruments for postpartum depression. Arch Womens Ment Health* . [online]. 2005, 8(3), s. 141-153 [cit. 2021-03-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16133785/>

35. **CAMP, J. M., B. S. N. R. N.** *Postpartum depression ioi: Teaching and supporting the family. International Journal of Childbirth Education* [online]. 2013, 28, 45-49. [cit. 2021-02-20] Dostupný také ISSN 08878625

36. **COATES, Rose, AYERS, Susan a Richard de VISSER.** *Women's experiences of postnatal distress: a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth 14* [online]. 2014, 359, [cit. 2020-11-28]. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-359>

37. **COX, John. L., HOLDEN Janica Miner a R SAGOVSKY.** *Detection of Postnatal Depression Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of Psychiatry* [online]. 1987, (150), s. 782-786 [cit. 2021-01-30]. Dostupné z: <https://www.semanticscholar.org/paper/Detection-of-postnatal-depression.-Development-of-Cox-Holden/a5ab73bca06b9592eba2f6bc79cd8b5eb0543c5c?p2df>

38. **CURRY, Marry, Ann, BURTON, Deborah a FIELDS, Jonathan.** *The prenatal psychosocial profile: A research and clinical tool. Res Nurs Health*. 1998, 21(3), s. 211-219 [cit. 2020-11-28]. Dostupné z: [https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199806\)21:3%3C211::AID-NUR4%3E3.0.CO;2-K](https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/(SICI)1098-240X(199806)21:3%3C211::AID-NUR4%3E3.0.CO;2-K)

39. **DOUCET, Stephanie a Nicole LETOURNEAU.** *Coping and suicidal ideations in women with symptoms of postpartum depression. Clinical Medicine. Reproductive Health* [online]. 2009 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.4137/CMRH.S3801>

40. **EARLS, Marian F.** *Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. Pediatrics* [online]. 2010, 126 (5) [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20974776/>

41. **FIALA, Adam, Jan ŠVANCARA, Jana KLÁNOVÁ a Tomáš KAŠPÁREK.** *Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233*

mothers from the Czech ELSPAC study. *Psychiatrie BMC hlasitost* [online]. 2017, 17(104) [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <https://bmcpshiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1261-y>

42. FIGUEIREDO, B, C CANÁRIO a T FIELD. *Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression* [online]. 2014, 44 (5) [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23822932/>

43. GHAEDRAHMATI, Maryam, KAZEMI, Ashraf, KHEIRABADI, Gholamreza, EBRAHIMI, Amrollah a BAHRAMI. *Masood. Postpartum depression risk factors: A narrative review. J. J Educ Health Promot.* [online]. 2017, 60(6) [cit. 2020-11-28]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28852652/>

44. GOSSLER, Sandra M. *Use of complementary and alternative therapies during pregnancy, postpartum, and lactation. Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services* [online]. 2010, 48(11) [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21053788/>

45. GUINTIVANO, Jerry, MANUCK, Tracy a MELTZER-BRODY, Samantha. *Predictors of Postpartum Depression. Clinical Obstetrics and Gynecology* [online]. 2018, 61(3), s. 591-603 [cit. 2020-11-28]. ISSN 0009-9201. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6059965/>

46. HALBREICH, Uriel a Sandhya KARKUM. *Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms.. Journal of Affective Disorders* [online]. 2006, 91(2-3), s. 97-111 [cit. 2021-01-31]. ISSN 0165-0327. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16466664/>

47. HAMDAN, Aisha a Hani TAMI. *The relationship between postpartum depression and breastfeeding. International Journal of Psychiatry in Medicine.* [online]. 2012, 43, [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.2190/PM.43.3.d>

48. HENDRYCH LORENZOVÁ, Eva, Mária BOLEDOVIČOVÁ a Lucie KAŠOVÁ. *Midwifery care of women in puerperium with postpartum depression. Pediatrie pro praxi* [online]. 2016, 17(5), 322-325 [cit. 2021-02-20]. ISSN 12130494. Dostupné z: doi:10.36290/ped.2016.072

49. **HOU, Yongmei, Peicheng HU, Yongmei ZHANG, Qiaoyun LU a et al.** *Cognitive behavioral therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression. Revista Brasileira De Psiquiatria* [online]. 2014, 36(1), 47-52 [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24604461/>
50. **HOROWITZ, June Andrews a Janice H. GOODMAN.** *Identifying and Treating Postpartum Depression. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* [online]. 34 (2). 2005 [cit. 2021-01-31]. ISSN 1552- 6909. Dostupné z: [https://www.jognn.org/article/S0884-2175\(15\)34251-9/abstract](https://www.jognn.org/article/S0884-2175(15)34251-9/abstract)
51. **CHENG, Ching-Yu, Lorraine O WALKER a Tsui-Ping CHU.** *Physical Conditions and Depressive Symptoms of Chinese Postpartum Mothers in the United States and Taiwan. Health Care for Women International.* 2013, 34(7), s. 539-555 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23384405/>
52. **CHOI, Hyungin, Tatsuhisa YAMASHITA, Yoshihisa WADA, Jin NARUMOTO, Hiromi NANRI, Akihito FUJIMORI a et al.** *Factors associated with postpartum depression and abusive behavior in mothers with infants. Psychiatry and Clinical Neurosciences.* 2010, 64(2), s. 120-127 [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <https://online-library.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1440-1819.2010.02063.x>
53. **JEDLIČKOVÁ, M.** *Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického* [online]. 12. Prakt Gyn, 2008 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2008-2/obecny-nahled-na-problematiku-deprese-po-porodu-z-hlediska-gynekologicko-porodnickeho-48253>
54. **KENNEDY, Robert a SUTTENFIELD Kelley.** *Postpartum depression. Medscape General Medicine* [online]. 2001, 3(4), s. 1-10 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <http://www.medscape.com/viewarticle/408688>
55. **KETTUNEN, Pirjo, KOISTINEN, Eeva & HINTIKKA, Jukka.** *Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression. BMC Pregnancy Childbirth*[online]. 2014, 14 (402) [cit.2021-02-20] Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-014-0402-2>

56. **MANIAN, Nanmathi, Elizabeth SCHMIDT, Marc H. BORNSTEIN a Pedro MARTINEZ.** *Factor structure and clinical utility of BDI-II factor scores in postpartum women.* *Journal of Affective Disorders.* 2013, 149(1-3), s. 259-268 [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032713000943>
57. **NORHAYATI, Mohd Noor, Nik HAZINA, Nik HUSSAIN, Ab Razak ASRENEE a WMA WAN EMILIN.** *Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review.* *Journal of Affective Disorders.* 2015, (175), s. 34-52 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714008271>
58. **PARKER, Gordon B., Bronwyn HEGARTY, Amelia PATERSON, Dušan HADZI-PAVLOVIC, Isabelle GRANVILLE-SMITH a Aniela GOKIERT.** *Predictors of post-natal depression are shaped distinctly by the measure of 'depression'.* *Journal of Affective Disorders* [online]. 2015, 173, 239-244. [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032714006995>
59. **PRAŠKO, Ján.** *Psychoterapie poporodních depresí.* *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii* [online]. 2002, 6 (2), s. 39-44 [cit. 2021-01-30]. ISSN 1211-7579. Dostupné z: <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/psychsupp202/11.htm>
60. **RATISLAVOVÁ, Kateřina.** *Psychologie časného poporodního období. Moderní babičtví* [online]. 2008, 6(15) [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=15%2030>.
61. **RATISLAVOVÁ, Kateřina.** *Psychologie pozdního šestinedělí. Moderní babičtví* [online]. 2008, 6(16) [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=6>
62. **ROBERTSON, Emma, CELASUN, Nalan a STEWART, Donna.** *Risk factors for postpartum depression.* *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions* [online]. *Report for Toronto PublicHealth. Toronto: University Health Network and Toronto Public Health,* 2003, s. 35 [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf
63. **SEIFERTOVÁ, D., MOHR, P., STRUNZOVÁ, V., ČEPICKÝ, P.** *Léčba psychofarmaky v těhotenství a laktaci* [online]. *Psychiatrie pro praxi,* 2007 [cit. 2021-02-15]. Dostupné z: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1758&magazine_id=2

64. **SKALKIDOU, Alkistis, Charlotte HELLGREN, Erika COMASCO, Sara SYLVÉN a Inger Sundström POROMAA.** *Biologické aspekty poporodní deprese* [online]. 2012, 8 (6) [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23181531/>
65. **SOMERVILLE, Susanne, DOHERTY, Dorota, PAGE, Aandrew.,C.,DEDMAN, Kellie, HAGAN, Rosemary, et al.** *The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation.* *Arch Womens Ment Health.* 2014, 17(5), s. 443-454 [cit. 2020-11-28]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-014-0425-8>
66. **STUART, Scott.** *Interpersonal psychotherapy for postpartum depression.* *Clinical Psychology & Psychotherapy* [online]. 2012, 19(2), 134 [cit. 2021-02-14]. Dostupný z WWW: ISSN 1063-3995
67. **ŠEBELA, Antonín, HANKA, Jan a MOHR, Pavel.** *Etiology, risk factors, and methods of postpartum depression prevention.* *Česká gynekologie.* 2018,83 (6)., s. 468-473 [cit. 2021-01-31]. PMID: 30848154. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/328319111_Etiology_risk_factors_and_methods_of_postpartum_depression_prevention
68. **ŠEBELA, Antonín, HANKA, Jan, MOHR, Pavel.** *Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese.* *Česká gynekologie* [online]. 2018, 83 (6), s. 474 -477 [cit. 2021-01-31] Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-1-24/diagnostika-amoderni-trendy-v-terapii-poporodni-deprese-112780>
69. **ŠEBELA, Antonín, MARTAN, Stanislava, KUBRICHTOVÁ, Veronika, HANKA, Jan a MOHR, Pavel.** *Prevence perinatálních duševních poruch: současná situace ve světě a v České republice.* *Gynekologie a porodnictví* [online]. 2019, 3(5), s. 320-323 [cit. 2021-02-14].ISSN2533-4689. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Antonin-Sebela/publication/335224141_Prevention_of_perinatal_mental_disorders_the_current_situation_in_the_world_and_in_the_Czech_Republic/links/5d583ade45851545af4c0054/Prevention-of-perinatal-mental-disorders-the-current-situation-in-the-world-and-in-the-Czech-Republic.pdf
70. **ŠEBELA, Antonín, BYATT, Nancy, FORMÁNEK, Tomáš a WINKLER, Petr.** *Prevalence of mental disorders and treatment gap among Czech women during paid maternity or parental leave.* *Archives of Women's Mental Health* [online].2020, 24, s. 335-338 [cit.

2020-11-28]. ISSN 1434-1816. Dostupné z: doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32691155/>

71. *Úsměv mámy* [online]. 2015 [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <https://www.usmevmamy.cz/>

72. **VESGA-LOPEZ, Oriana, Carlos BLANCO, Katherine KEYES, Mark OLFSON a et al.** *Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. Archives of General Psychiatry* [online]. 2008, 65(7), 805-815. [cit. 2021-02-20]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2669282/>

73. **ESCRIBA-AGÜIR, Vicenta a Lucía ARTAZCOZ.** *Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. Journal of Epidemiology & Community Health* [online]. 2011, 65(4), 320-326 [cit. 2021-02-14]. Dostupné z: <https://jech.bmj.com/content/65/4/320.short>

74. **WEIER, Kira M. a Margaret W. BEAL.** *Complementary Therapies as Adjuncts in the Treatment of Postpartum Depression. The Journal of Midwifery & Women's Health.* [online]. 2004, 49(2) [cit. 2021-01-31]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15010661/>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 informovaný souhlas

Příloha 2 Screening poporodní deprese

PŘÍLOHY

Příloha 1 Informovaný souhlas

Dotazník i informovaný souhlas byl do nemocnic odeslán elektronickou formou.

Národní ústav duševního zdraví, Klecany
a
Nemocnice Neratovice
Verze 2.0 k 4.7.2019

Informace pro účastníka studie

Milá budoucí maminko,

dovolujeme si Vás pozvat k účasti na výzkumném projektu: **Screening perinatální deprese v prostředí gynekologicko-porodnického oddělení: studie proveditelnosti.**

Duševní poruchy významně snižují kvalitu života nemocného ve všech aspektech jeho života. Duševní onemocnění v těhotenství a poporodním období mohou významně narušit fungování a kvalitu života celé rodiny, což se odráží i do vývoje dítěte. Duševní onemocnění u těhotné ženy je často diagnostikováno pozdě, což komplikuje léčbu.

I přes závažnost této problematiky není zatím tématu duševního zdraví a pohody těhotné v České republice věnována dostatečná pozornost. V projektu, do kterého si Vás dovolujeme pozvat, chceme s Vaší pomocí tuto situaci změnit.

Cíle projektu:

- **Otestovat a zavést do praxe screeningový nástroj na zachycení deprese a úzkostných poruch v perinatálním období.**

Co je perinatální období?

Perinatálním obdobím rozumíme dobu od početí dítěte až do konce šestinedělí. Těhotné jsou v tomto psychicky náročném období ve zvýšeném riziku vývoje duševní nepohody. Psychickými onemocněními, které ženu ohrožují během těhotenství a šestinedělí nejvíce, jsou poruchy nálady a úzkosti. Duševní zdraví maminky je zásadní i pro vývoj jejího nenarozeného dítěte či novorozeného miminka.

Co je screening?

Screening je metoda k vyhledání osob s onemocněním v časném stadiu, které se potom může začít účinně léčit. Díky screeningu již dnes běžně léčíme časná stadia rakoviny prsu, těhotenské cukrovky, či tlustého střeva.

Národní ústav duševního zdraví, Klecany

a

Nemocnice Neratovice

Verze 2.0 k 4.7.2019

Pokud dáte Váš souhlas s účastí v této studii, rádi bychom, abyste s námi spolupracovali na **následujícím**:

1) Screeningového vyšetření duševního zdraví

Poprosíme Vás o vyplnění cca 5 minutového online dotazníku mapujícího Vaše duševní zdraví.

Dotazník budete vyplňovat online v prostředí chráněného softwaru forms.nudz.cz Národního ústavu duševního zdraví. Vývoj Vaší duševní pohody je důležitý, proto dotazník budete vyplňovat při dalších kontrolách v ambulanci.

Součástí dotazníku bude i vyplnění stručných identifikačních údajů (věk, týden těhotenství/šestinedělí, emailová adresa či telefonní číslo). Tyto údaje jsou důležité, abychom Vás v případě nutnosti mohli kontaktovat a nabídnout Vám profesionální péči o Vaše duševní zdraví.

Navíc, při každém vyplnění dotazníku od nás dostanete bleskovou zpětnou vazbu na Vámi uvedený email. Pokud budete chtít, tak Vám na Váš email budeme dotazník odesílat á 2 měsíce, abyste si mohla otestovat své pocity.

2) Pohovor s odborníkem

Pokud u Vás bude na základě screeningového vyšetření nalezeno vyšší riziko výskytu duševní nepohody, tak Vám bude nabídnuta možnost pohovoru s lékařem perinatální psychiatrické ambulance Národního ústavu duševního zdraví v Klecanech.

Cílem pohovoru je bližší vyšetření vašeho stavu. V případě potřeby pomoci, Vám ji zajistíme či doporučíme, kam se můžete obrátit.

3) Sběr a analýza dat o průběhu těhotenství, porodu a časně adaptaci Vašeho miminka

Tyto údaje jsou důležité z toho důvodu, abychom mohli zjistit přesný vztah mezi duševní pohodou v těhotenství a průběhem těhotenství a porodu. Informace by byly získány z porodnického dokumentu „Porodopis“.

Kde budou vyšetření probíhat?

V Nemocnici Mělník. Dotazník vyplníte na tabletu. Případný pohovor by proběhl v Národním ústavu duševního zdraví, Klecany.

Je studie spojená se zdravotními riziky?

Veškerá vyšetření ve studii jsou nezáěžová, nebolestivá a nejsou spojena se zdravotními riziky.

Budou osobní informace nějak zveřejněny?

V žádném případě nebudou zveřejňovány žádné osobní informace, ani jiné, které by mohly vést k identifikaci účastníka studie v souladu se zákonem 101/2000 sb., o ochraně osobních údajů a GDPR.

Vaše osobní údaje jsou zpracovávány maximálně po dobu jednoho roku od Vašeho vstupu do studie, přičemž po uplynutí této doby jsou záznamy vymazány. Vaše emailová adresa či jiná forma uvedeného osobního kontaktu **nebudou** poskytovány třetím stranám, budou využity zásadně jen pro účely komunikace s Vámi (domluva osobního pohovoru). V souvislosti se zpracováváním osobních údajů **máte následující práva**: právo na přístup k osobním údajům, právo na opravu Vašich osobních údajů, právo na výmaz Vašich osobních údajů (můžete kdykoliv kontaktovat níže uvedeného Dr. Šebelu, s přáním, aby Vaše údaje sbírané ve studii byly vymazány), právo na omezení zpracování Vámi poskytnutých údajů, právo podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů a právo souhlas se zpracováním osobních údajů kdykoliv odvolat.

Výsledky uveřejňované ve vědeckých časopisech jsou vždy přísně anonymní a prezentují se formou celkových dat souboru po statistickém zpracování. Provedení studie bylo schváleno Etickými komisemi Národního Ústavu Duševního Zdraví a Nemocnice Neratovice.

Správce osobních údajů získaných v rámci této studie je Národní ústav duševního zdraví, p. o., IČO: 00023752, se sídlem Topolová 748, 250 67 Klecany.

Při zhoršení Vašeho duševního stavu během těhotenství či šestinedělí nás můžete kdykoliv kontaktovat.

Budou pro mě vyplývat ze studie nějaké náklady?

Národní ústav duševního zdraví, Klecany
a
Nemocnice Neratovice
Verze 2.0 k 4.7.2019

Z účasti ve studii pro Vás žádné finanční náklady nevyplývají.

Mohu ze studie odstoupit?

Účast ve studii je zcela dobrovolná po celou dobu trvání a každý účastník může ze studie kdykoliv odstoupit i bez udání důvodu. Na Vaši písemnou žádost budou všechna Vaše data vymazána z databáze.

Na koho se mohu obrátit v případě dotazů či obtíží?

Pro jakékoliv další vysvětlení týkající se studie se obraťte na: MUDr. Antonín Šebela, Národní Ústav Duševního Zdraví, Topolová 748, Klecany, email: antonin.sebela@nudz.cz.

Máte-li jakékoliv dotazy týkající se Vašich práv jakožto účastníka této studie obraťte se na Etickou komisi Národního ústavu duševního zdraví; doc. MUDr. Martin Bareš, Ph.D. – předseda Etické komise Národního ústavu duševního zdraví, email: martin.bares@nudz.cz.

Máte-li jakékoliv dotazy týkající se zpracování Vašich osobních údajů, obraťte se na pověřence pro ochranu osobních údajů, kterým je Alexandr Borovička, Dis., email: gdpr@nudz.cz.

INFORMOVANÝ SOUHLAS

1. Byla jsem seznámena s těmito „Informacemi pro účastníka studie a Informovaným souhlasem“ a porozuměla jsem údajům v něm obsaženým. Tyto informace jsem si také osobně přečetla. Všechny mé dotazy a připomínky byly zodpovězeny k mé spokojenosti.
2. Jsem si vědoma, že můj souhlas je dobrovolný a nehonorovaný.
3. Obdržela jsem a ponechala jsem si stejnopis formuláře „Informace pro účastníka studie a Informovaný souhlas“.
4. Souhlasím s tím, že vyplním screeningový dotazník na porodnicko-gynekologickém oddělení Nemocnice Neratovice.
5. Souhlasím s tím, že informace z dokumentu „Porodopis“ mohou být v rámci studie sbírány a analyzovány.

Já, _____ jsem si přečetla výše uvedené informace, těmto informacím rozumím a dobrovolně souhlasím se svou účastí ve studii a se zpracováním osobních údajů v rámci této studie shromážděných.

Datum podpisu:

Podpis výzkumníka:

Screening po porodu

Na začátek Vás poprosíme o vyplnění základních údajů.

1. Vaše jméno a příjmení: Zadejte prosím Vaše jméno.....

2. Váš věk. Zadejte prosím Váš věk v letech.....

3. Termín porodu: dd.mm.rrrr.....

Nyní před sebou máte několik otázek a prosíme Vás, abyste u každé zvolila tu odpověď, která nejlépe vyjadřuje, jak jste se cítila v posledním týdnu. Nejde tedy o to, jak se cítíte právě v tento okamžik, ale o přibližnou hodnotu, jak jste se cítila v průběhu posledního týdne.

Snažte se prosím, aby Vaše odpovědi byly co nejpřesnější a vyjadřovaly daný stav. Odpovězte prosím na každou otázku a vždy zaškrtněte pouze jednu odpověď, která Váš stav nejlépe vyjadřuje.

Nejprve uvedeme příklad otázky:

V minulém týdnu jsem se cítila šťastná

1. Ano, po celou dobu.
2. Ano, po většinu doby.
3. Jen zřídka.
4. Ne, vůbec ne.

Jestliže zaškrtnete např. druhou možnost, znamená to, že jste se cítila šťastná po většinu minulého týdne.

Nyní pokračujte ve vyplňování dalších otázek.

- 1. Byla jsem veselá a viděla převážně veselé stránky života.**
 - a) Ano, ve stejné míře jako vždycky.
 - b) Ano, ale ne v takové míře jak vždycky.
 - c) Definitivně méně, než vždycky.
 - d) Vůbec ne.
- 2. Hleděla jsem do budoucnosti s radostí a nadějí.**
 - a) Ano, ve stejné míře jako vždycky.
 - b) Spíš méně než vždycky.
 - c) Definitivně méně, než vždycky.
 - d) Vůbec ne.
- 3. Nepřiměřeně jsem se na sebe zlobila a vyčítala si, když se něco nedařilo.**
 - a) Ano, většinu času.
 - b) Ano, ale jen někdy.
 - c) Nepříliš často.
 - d) Vůbec ne.
- 4. Byla jsem úzkostná a ustaraná, aniž by k tomu byly rozumné důvody.**
 - a) Vůbec ne.
 - b) Ne, jen výjimečně.
 - c) Ano, někdy.
 - d) Ano velmi často.
- 5. Cítila jsem se vyděšená, až trochu v panice, a to bez vážných důvodů.**
 - a) Ano, velmi často.
 - b) Ano, ale jen někdy.
 - c) Nepříliš často.
 - d) Vůbec ne.
- 6. Mnoho věcí se mě nepříjemně dotýkalo.**
 - a) Ano, většinou jsem nebyla schopna se s nesnázemi vyrovnat.
 - b) Ano, někdy jsem se s nesnázemi vyrovnávala hůře než obvykle.
 - c) Ne většinou jsem se se vším dobře vyrovnávala.
 - d) Ne, vyrovnávala jsem se se vším bez potíží.
- 7. Byla jsem tak znepokojená, že jsem špatně spala.**
 - a) Ano, většinu času.
 - b) Ano, ale jen někdy.
 - c) Nepříliš často.
 - d) Vůbec ne.
- 8. Měla jsem špatnou a mizernou náladu.**
 - a) Ano, většinu času.
 - b) Ano, někdy.
 - c) Nepříliš často.
 - d) Vůbec ne.
- 9. Byla jsem tak nešťastná, že jsem plakala.**
 - a) Ano, většinu času.
 - b) Ano, častěji než jindy.
 - c) Ano, ale jen výjimečně.
 - d) Ne nikdy.

10. Napadaly mě myšlenky, že si ublížím.

- a) Ano, velmi často.
- b) Ano, ale jen někdy.
- c) Zcela výjimečně.
- d) Ne, nikdy.

Nyní před sebou máte druhou část otázek a prosíme Vás, abyste u každé zvolila tu odpověď, která nejlépe vyjadřuje, jak jste se cítila v posledním měsíci a zda a jak často jste prožívala níže uvedené příznaky. Nejde tedy o to, jak se cítíte právě v tento okamžik, ale o přibližnou hodnotu, jak jste se cítila v průběhu posledního týdne.

Snažte se prosím, aby Vaše odpovědi byly co nejpřesnější a vyjadřovaly daný stav. Odpovězte prosím na každou otázku a vždy zaškrtněte pouze jednu odpověď, která Váš stav nejlépe vyjadřuje. Vyplňte prosím všechny otázky, i kdybyste si nebyla zcela jistá.

1. Mívám obavy o dítě, či o průběh těhotenství.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

2. Mívám strach, že mé dítě bude ohroženo.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

3. Mívám pocit, že se stane něco špatného.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

4. Obávám se mnoha věcí.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

5. Obávám se budoucnosti.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

6. Připadám si často přetížená.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

7. Mívám veliký strach z věcí, jako jsou jehly, krev, porod,

bolest apod.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

7. Mívám náhlé stavy velkého strachu a celkové nepohody.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

9. Přepadají mě opakující se nepříjemné myšlenky, které je těžké zastavit nebo kontrolovat.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

10. Mívám problém se spánkem i přesto, že mám možnost jít spát.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

11. Stává se mi, že musím některé věci udělat přesně podle určitého sledu.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

12. Chci mít vše udělané perfektně.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

13. Potřebuji mít věci zcela pod kontrolou.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

14. Mívám problém přestat kontrolovat vykonané úkoly, případně se mi stává, že některé činnosti opakuji stále a stále dokola.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

15. Velmi snadno, někdy i z ničeho nic, se v poslední době vylekám.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

16. Koncentruji se na opakující se nepříjemné myšlenky.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

17. Zabezpečuji se a vyhýbám se určitým věcem, či situacím

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

18. Rozhodí mě opakovaně vzpomínky, sny nebo noční můry.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

19. Obávám se, že se před ostatními lidmi ztrapním.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

20. Obávám se, že mě ostatní lidé budou negativně hodnotit.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

21. Cítím se velmi nejistě ve větší skupině lidí, či v davu.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

22. Vyhýbám se sociálním situacím, protože by mi přinesly velkou nervozitu.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

23. Vyhýbám se svým koníčkům a zálibám.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

24. Mívám pocit odtažení od sebe, jako bych se na sebe dívala v nějakém filmu.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

25. Ztrácím se v časové posloupnosti a mívám problém zapamatovat si, co se stalo.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

26. Obtížně si nyní zvykám na změny.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

27. Úzkostné prožívání mi brání ve schopnosti cokoliv dělat.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

28. Myšlenky, které mi probíhají hlavou, mi způsobují

problémy se dostatečně koncentrovat na jakoukoliv jinou činnost.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

29. Mám strach, že nad sebou ztratím kontrolu.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

30. Pociťuji paniky.

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

31. Pociťuji nervozitu

Nikdy Zřídka Často Téměř stále

Do jaké míry Vás v současnosti stresují či obtěžují zmíněné položky?

1. Finanční starosti se zajištěním potřeb jako jsou jídlo, bydlení, zdravotní péče, doprava.

Neobtěžující Určité obavy Mírně zatěžující Velmi zatěžující

2. Jiné finanční starosti, např. placení účtů.

Neobtěžující Určité obavy Mírně zatěžující Velmi zatěžující

3. Problémy spojené s rodinou.

Neobtěžující Určité obavy Mírně zatěžující Velmi zatěžující

4. Stěhování - aktuálně nebo v blízké budoucnosti.

Neobtěžující Určité obavy Mírně zatěžující Velmi zatěžující

5. Nedávná ztráta blízké osoby.

Neobtěžující Určité obavy Mírně zatěžující Velmi zatěžující

6. Současné těhotenství/mateřství

Neobtěžující Určité obavy Mírně zatěžující Velmi zatěžující

7. Aktuální sexuální, emoční či fyzické zneužívání

Neobtěžující Určité obavy Mírně zatěžující Velmi zatěžující

8. Problémy s alkoholem, či jinými psychoaktivními látkami.

Neobtěžující Určité obavy Mírně zatěžující Velmi zatěžující

9. Pracovní problémy jako například obavy z propuštění.

Neobtěžující Určité obavy Mírně zatěžující Velmi zatěžující

10. Problémy spojené s Vašimi přáteli.

Neobtěžující Určité obavy Mírně zatěžující Velmi zatěžující

11. Pocity celkového přetížení.

Neobtěžující Určité obavy Mírně zatěžující Velmi zatěžující