

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI**

**FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD**

*Ústav porodní asistence*

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2015**

**Jarmila Nantlová**

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Jarmila Nantlová

## **Poporodní deprese**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Olomouc 2015

## **ANOTACE BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

**Název práce v ČJ:** Poporodní deprese

**Název práce v AJ:** Postpartum depression

**Datum zadání:** 2015-01-31

**Datum odevzdání:** 2015-04-30

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

**Autor:** Nantlová Jarmila

**Vedoucí:** Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

**Oponent:**

**Abstrakt v ČJ:** Přehledová bakalářská práce se zabývá depresí u žen v poporodním období. V práci jsou předloženy poznatky o možných příčinách, které se podílejí na vzniku poporodní deprese, o příznacích, kterými se toto onemocnění projevuje. V bakalářské práci je zmíněn i vliv poporodní deprese na vývoj dítěte. Zabývá se také farmakologickou léčbou, psychoterapií a dalšími metodami. Věnuje pozornost přínosům, ale i rizikům léčby farmaky. Dále popisuje péči porodní asistentky o psychiku ženy v poporodním období na oddělení šestinedělí i v komunitní péči.

**Abstrakt v AJ:** This overview bachelor thesis deals with depression of women in the postpartum period. The thesis presents possible causes which influence the development of postpartum depression and its symptoms, which manifest this mental illness. The bachelor thesis also mentions the influence of the postpartum depression on the child`s development. It discusses the medical treatment, psychotherapy and other methods. It pays attention to the benefits, but also risks of medical treatment. It describes midwifery care of the women who are in the postpartum period and are in treatment in the postpartum hospital department or are being treated in the community care.

**Klíčová slova v ČJ:** psychika ženy, poporodní deprese, matka, psychika po porodu mrtvého plodu, příčiny poporodní deprese, příznaky poporodní deprese, léčba poporodní deprese, péče porodní asistentky

**Klíčová slova v AJ:** woman's psyche, postpartum (postnatal) depression, mother, psyche after stillbirth, causes of postpartum depression, symptoms of postpartum depression, treatment (therapy) of postpartum depression, midwifery care

**Rozsah práce:** 57 stran / 2 přílohy

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 30. Dubna 2015

.....

podpis

Děkuji Mgr. Šárce Vévodové, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady při zpracování této bakalářské práce. Také děkuji všem svým blízkým za podporu během studia.

## OBSAH

OBSAH.....	5
ÚVOD .....	6
1. Příčiny poporodní deprese .....	9
2. Příznaky poporodní deprese.....	16
3. Léčba poporodní deprese .....	24
3.1. Farmakoterapie.....	24
3.2. Psychoterapie .....	33
3.3. Další metody léčby .....	37
4. Péče porodní asistentky o psychiku ženy.....	40
5. Shrnutí teoretických východisek a jejich význam .....	44
ZÁVĚR .....	45
SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ .....	47
SEZNAM ZKRATEK.....	54
PŘÍLOHY .....	55

## ÚVOD

Žena po porodu prochází několika změnami, které mohou ovlivnit její psychiku. Jsou to změny hormonální, fyzické a sociální. Dále na ni působí únava a vyčerpání. Mysl se soustředí na zpracovávání nových zážitků spojených s porodem. Žena se adaptuje na roli matky a soustředí se na novorozence a na péči o něj. Pociťuje zodpovědnost za zdraví a výchovu dítěte (Ratislavová, 2008, s. 82). U žen po porodu dochází k nárůstu impulzivity a poklesu socializace. Jsou více úzkostné, mají větší sklony k stereotypním činnostem a jsou méně důvěřivé k okolí (Koucká, 2010, s. 1).

Po porodu je žena vystavena fyzické a psychické zátěži. Může pociťovat obavy, emocionální labilitu a úzkost. Tato subdepressivní epizoda postihuje až 80% žen během 3.-6. dne po porodu. Tyto psychické změny ale většinou spontánně odezní bez potřeby terapie. Někdy ovšem mohou být psychické změny hlubší, příznaky psychické nepohody širší a déletrvající. Zde se jedná o poporodní depresi, která postihuje asi 10% žen a může vzniknout kdykoliv během šesti měsíců po porodu (Ratislavová, 2008, s. 82-91). Mezi hlavní příznaky patří pokleslá a depresivní nálada, pokles zájmů, anhedonie, méně energie a únava (Praško, 2008, s. 44).

Poporodní depresi lze detekovat pomocí Edinburghské škály postnatální deprese (Ratislavová, 2008, s. 91). Včasná detekce je velmi důležitá, jelikož poporodní deprese ovlivní život nejen ženy, ale také jejího dítěte. Může narušit emocionální, behaviorální, kognitivní, fyzikální a nervový vývoj dítěte ale také utváření vztahu k matce (Herba, 2014, s. 409; Honzák, 2010, s. 81).

Cílem přehledové bakalářské práce je odpovědět na otázku: „Jaké existují nejnovější publikované poznatky o poporodní depresi?“

Práce na otázku odpoví s využitím odborných článků a studií. Bude rozdělena do několika kapitol. První kapitola se bude zabývat přehledem poznatků o příčinách a rizikových faktorech, které mohou být důvodem propuknutí poporodní deprese. Druhá kapitola se bude věnovat příznakům, které doprovází poporodní depresi. Třetí



kapitola se zaměří na různé metody léčby. Čtvrtá kapitola se bude věnovat péči ze strany porodní asistentky. Stanovené dílčí cíle tedy jsou:

Cíl 1.

Předložit nejnovější publikované poznatky o příčinách poporodní deprese.

Cíl 2.

Předložit nejnovější publikované poznatky o příznacích poporodní deprese.

Cíl 3.

Předložit nejnovější publikované poznatky o léčbě poporodní deprese.

Cíl 4.

Předložit nejnovější publikované poznatky o péči porodní asistentky o psychiku ženy po porodu.

#### Vstupní studijní literatura:

Nicolson, Paula. /Poporodní deprese/. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2001. 147 s. Psyché. ISBN 80-7169-938-1.

Geisel, Elisabeth. /Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady/. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2004. 253 s. ISBN 80-86356-32-9.

Křivohlavý, Jaro. /Jak zvládat depresi/. 2., rozš. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 176 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0575-3.

Čepický, Pavel. /Péče o ženu v porodnici a v šestinedělí/. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2004. 14 s. ISBN 80-7071-244-9

Honzák, Radkin. /Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci/. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 111 s. Folia Practica; sv. 8. ISBN 80-85824-95-7.

#### Vyhledávací strategie:

Rešerše byla provedena z online databází Univerzity Palackého v Olomouci a s pomocí Vědecké knihovny v Olomouci.

Pro vyhledání odborných recenzovaných článků k bakalářské práci byla použita tato klíčová slova: psychika ženy, poporodní deprese, matka, psychika po porodu mrtvého plodu, příčiny poporodní deprese, příznaky poporodní deprese, léčba poporodní deprese a péče porodní asistentky. Rešerše byla provedena v období od prosince 2014 do dubna 2015.

Rešerší byla vyhledána recenzovaná periodika v databázích Medvik, PubMed a EBSCO a byl použit vyhledávač Google Scholar. Nalezeno bylo celkem 440 článků. Použito bylo 56 článků, z toho 33 v českém jazyce, 20 v anglickém jazyce a 3 ve slovenském. Pro tvorbu bakalářské práce byly také použity 4 bibliografické zdroje. Ostatní články nebyly použity z důvodu duplicity, opakujících se informací a vzdálenosti obsahu ke stanoveným cílům. Vyhledávací období rešerše bylo 2002-2014.

## 1. Příčiny poporodní deprese

Poporodní období je pro ženu zatěžující i přes fyziologický průběh porodu. Zvyšuje se pravděpodobnost manifestace různých duševních poruch, kterými v minulosti trpěla. Nejvíce jsou to změny nálady (Izáková a kol., 2013, s. 26). Herba uvádí, že podle studií týkajících se těhotenství a poporodního období se ukázalo, že 19,8 % žen již má v anamnéze duševní poruchy (Herba, 2014, s. 408). Ovšem pokud ženy v minulém těhotenství poporodní depresí již trpěly, mají až 50% pravděpodobnost, že se u nich v dalším těhotenství opět objeví (Hirst, Moutier, 2011, s 30). Praško uvádí, že 30% žen, které již v minulosti zažívaly depresi, mají riziko vzplanutí i po porodu. A stejně jako Hirst a Moutier, Praško udává, že 52 – 62% žen má velké riziko manifestace poporodní deprese, pokud ji v minulém těhotenství již zažily (Praško a kol., 2008, s. 41). Dále také ženy, které v těhotenství prožívaly psychické vypětí nebo depresivní stavy mají vyšší riziko poporodní deprese (Hirst, Moutier, 2011, s 30). I podle WHO má vliv na poporodní depresi to, jak žena prožívala samotnou graviditu a následně porod. Některé prožívají těhotenství v obavách a to jim znesnadňuje prožívat jej v klidném emocionálním stavu. Porod je pro ně přechod do něčeho nového (Jedličková, 2008, s. 89). Podle ACOG mnoho depresivních epizod vzplane již v graviditě, především u žen, které mají depresi v anamnéze a během těhotenství přerušily léčbu. Gravidita je pro ženu velmi citlivé období, a proto je zde velká pravděpodobnost recidivy (Luskin, 2008, s. 34). Výzkum Wang z USA pojednává o prevalenci a rizikových faktorech poporodní deprese během prvních tří let po porodu. Podle měřící škály, byla stanovena deprese časná, do 6 měsíců po porodu a pozdní od 24 měsíců po porodu. Dále byla rozdělena na chronickou, která trvala déle než 24 měsíců po porodu. Výsledkem výzkumu bylo zjištění, že výskyt deprese byl 32,2% pro časný nástup, 7,4% pro pozdní nástup a 13,4% pro chronickou depresi. Nejvyšší prevalence byla v 1. měsíci po porodu. Nejrizikovější ve výzkumu byly ženy 18-24 let, nezaměstnané, z nižších sociálních podmínek a bez partnera (Wang, 2011, s. 711-718).

Negativní vliv pro vznik poporodní deprese má i postoj společnosti k rodičovství. Společnost očekává radost z mateřství ihned po porodu. To ale nemusí být v náročném poporodním období reálné (Izáková a kol., 2013, s. 75). Po porodu

některé ženy prožívají spíše únavu, podrážděnost a sklíčenost než pocit štěstí. Tyto stavy by se měly bedlivě sledovat a nezanedbávat (Jedličková, 2008, s. 89). Některé ženy o svých psychických problémech nechtějí mluvit. Důvodem je, že společnost stigmatizuje osoby s psychickými obtížemi. V opačném případě některé ženy své problémy zveličují a až příliš často vyhledávají odbornou pomoc (Jedličková, 2008, s. 90). Co nejlepší zvládnutí laktace, je odborníky a společnostmi velmi oceňováno. To také může vést k negativním náladám u matek s nedostatečnou laktací (Izáková a kol., 2013, s. 28). Praško k rizikovým psychosociálním faktorům pro vznik deprese po porodu řadí nedostatečnou sociální podporu, negativní životní události, nestabilní partnerství a ambivalentní pocity k těhotenství (Praško a kol., 2008, s. 41). Ratislavová považuje jako důvod proč je v dnešní době deprese rozšířenější než dříve to, že v dnešní době už není zachována ochrana ženy v šestinedělí a novorozence, jak tomu bylo dříve nebo jak se to dodržuje ještě v původních kulturách. Tyto ženy jsou 40 – 100 dnů chráněny před zevním prostředím a pouští k sobě pouze ženy, které jim radí a pomáhají podobně, jako porodní asistentka. Poté proběhne rituál a ženě je uznána nová role (Ratislavová, 2008, s. 1). Cílem studie Eastwooda bylo zjistit prevalenci a rizikové faktory pro výskyt poporodní deprese u australanek. Ženy byly hodnoceny 2-3 týdny po porodu. Studie zjistila, že depresivní příznaky ve velké míře ovlivňují chování dítěte a pocit nenaplněného očekávání matek a že významným rizikovým faktorem pro vznik mateřské deprese je sociální izolace (Eastwood, 2012, s. 148-158). Podle turecké studie, která zkoumala vyvolávající faktory poporodní deprese, není hlavním důvodem věk, vzdělání, ekonomické postavení, zaměstnanost, parita, plánovanost těhotenství, způsob porodu a další faktory, které udává většina zdrojů. Podle této studie je vysoké riziko poporodní deprese u žen, které nemají podporu během těhotenství, necítí se dostatečně připravené na roli matky a mají problémy s kojením (Efe, 2009, s. 14-20).

Podle Herby mají ženy obecně vyšší riziko pro vznik deprese než muži. Vyskytuje se asi u 15% žen po porodu (Herba, 2014, s. 408). Janáčková doplňuje, že ženy jsou až o 17% náchylnější k depresím než muži, u kterých se ovšem může poporodní deprese objevit také. Uvádí rozmezí výskytu poporodní deprese u žen 9- 20% a u mužů 3% (Janáčková, 2009, s. 1). Nejčastější výskyt u žen je od 25 do 44 let. Je to tedy rozmezí věku kdy jsou nejvíce plodné. Proto je pravděpodobné, že se deprese

manifestuje právě po porodu (Janáčková, 2009, s. 1). Fait uveřejňuje podobný názor, že deprese se objevují především u primipar od 25 do 35 let (Fait, 2006, s. 7). Oproti tomu Dušová a Moniaková při zkoumání emočních změn žen po porodu pomocí Edinburské škály zjistily, že právě ženy v rozmezí 30-39 let, které Janáčková a Fait považují za rizikové, mají nejnižší sklony k depresi. Naopak jako nejrizikovější pro výskyt deprese uvádí ženy s horším rodinným zázemím, nižším věkem, prvoroďičky a svobodné ženy (Dušová, Moniaková, 2010, s. 122).

Další příčiny poporodní deprese popisuje Izáková. Řadí sem odlišnou biopsychosociální situaci, zátěž z důvodu zvýšené poporodní starostlivosti o dítě, vysazení léčby na psychické poruchy a hormonální změny (Izáková a kol., 2013, s. 29). Hormonální změny uvádí i Janáčková a dodává, že spustí poporodní depresi v kombinaci se změnami vnitřního prostředí a psychickým napětím (Janáčková, 2009, s. 1). Během 72 hodin po porodu klesá hladina progesteronu a estrogeneru. Z hypofýzy přechází do krve oxytocin a prolaktin na základě stimulace bradavek při kojení (Ratislavová, 2008, s. 82). Prolaktin způsobuje méně kvalitní spánek, horší zapamatování si a zhoršuje koncentraci. Adrenalin zvyšuje bdělost a ostražitost, která je bezpochyby potřebná k péči o dítě, ale může být příčinou neadekvátní představitivosti. Naopak ochraňujícím hormonem před depresí je Oxytocin, který navozuje euforizující náladu. Stejně tak působí i endorfiny, které navíc tlumí vnímání bolesti (Jedličková, 2008, s. 89). Podle Praška je příčinou především narušení serotonergního a noradrenergního systému a poruchy denních rytmů během hormonálních změn. Praško popisuje, že v některých částech mozku, je nedostatek neuromodulátorů, které mají vliv na přenos vzruchů mezi neurony. Také je během deprese nedostatek serotoninu, noradrenalinu a dopaminu na nervových synapsích. To dlouhodobě udržuje depresivní stav a dochází k zablokování energie potřebné k aktivnímu fungování organismu. Tyto změny mohou vzniknout i bez zjevné zevní příčiny. Mohou se manifestovat na základě rodinné dědičnosti či po prodělání deprese v minulosti (Praško a kol., 2008, s. 41-67). Anders a Fišar zkoumali jako příčinu deprese změny ve vlastnostech buněčných membrán v různých částech mozku. To způsobí změny neurotransmiterů. Jiné složení buněčných membrán působí na funkci přenašečů a tím se ovlivní přenos signálů. To může být příčinou vyšší citlivosti k depresím. Díky zjištění této příčiny se mohou vyvíjet nová

antidepresiva, která budou působit proti tomuto procesu (Anders, Fišar, 2007, s. 408 – 412).

Mocková uvádí jako příčinu vzniku deprese také oslabení imunitního systému a popisuje i genetické faktory. Udává, že pravděpodobnost výskytu mateřské deprese u porodu jednovaječných dvojčat je 43% a u dvojvaječných 18% (Mocková a kol., 2012, s. 188).

Významně mohou ke vzniku deprese přispět či vzniklou depresi ještě prohloubit poruchy biorytmů. Fyziologické je ve dne být na vrcholu sil, v noci být unavený a ve spánku načerpat energii. U člověka v depresi je tento rytmus porušen. Ráno je ještě ospalý a večer naopak není dostatečně unavený a nemá kvalitní spánek (Praško a kol., 2008, s. 67).

Podle studie na I. gynekologicko-porodnické klinice LF UK a UNB se depresivní příznaky v brzkém poporodním období nevyskytují příliš často. V souboru sledovaných žen byly zjištěny ochranné faktory proti poporodní depresi. Patří sem věk nad 30 let, dobré sociální zázemí, středoškolské nebo vysokoškolské vzdělání, fyziologický novorozenec a bezproblémový porod (Izáková a kol., 2013, s. 26-28).

Jedním z rizikových faktorů pro vznik poporodní deprese je osobnost ženy, především její emoční vyzrálost (Dušová, Moniaková, 2010, s. 122). Jiný názor má Labusová, která si myslí, že mateřská přecitlivělost poporodní depresi sama nespustí. Jako hlavní příčiny deprese uvádí nepřipravenost matky na svou novou roli a s tím spojený vnitřní chaos a ztrátu totožnosti (Labusová, 2011, s. 17). Praško řadí mezi rizikové pro vznik deprese ženy s nedostatečným sebevědomím, myslící spíše pesimisticky, které se neumějí pochválit a spoléhají na pochvalu od druhých a velmi se snaží druhým zavděčit. Ženy náchylné k depresi nejsou příliš asertivní a nedokáží něco či někoho odmítnout. Myslí si, že za vše nesou vinu ony, i když to tak není. Také život v nepříznivých podmínkách má silný vliv na vznik deprese (Praško a kol., 2008, s. 41).

Mezi příčinu poporodní deprese se řadí i její výskyt v rodinné anamnéze (Hirst, Moutier, 2011, s. 30). Labusová ale udává, že dědičné faktory hrají jen malou roli pro vznik deprese. Dalším spouštěčem může být prožití traumatu z minulosti, které prožily ženy týrané či zneužívané. Praško sem řadí i ztrátu důležité osoby v dětství,

kdy se může jednat o úmrtí, ale také rozchod rodičů. Důležitou roli hraje i matka ženy a jejich vzájemný vztah. Pokud ji matka zanedbávala nebo se o ni přehnaně starala. Labusová to vysvětluje tak, že novorozené dítě v ženě vyvolává negativní či pozitivní pocity, které prožívala, když sama byla dítě. Pokud její citové potřeby v dětství nebyly satureovány, nebude dobře snášet, že je její dítě na ní závislé. Praško také doplňuje předčasné oddělení od matky, rozmazlování, či deprese u rodičů, která je vzorem chování pro dítě. K traumatu z minulosti můžeme přiřadit i ztrátu dítěte v předchozím těhotenství. Kaspárková a Bužková na toto téma vytvořili studii. Zabývá se pocity po ztrátě dítěte a prožíváním dalšího těhotenství. Mnoho žen mělo strach z opakování situace, pociťovaly úzkost během dalšího těhotenství, některé měly až panický strach, pociťovaly úbytek energie a problémy se spánkem. Některé matky mají problém se v dalším těhotenství citově vázat k ještě nenarozenému dítěti, mohou se jim vracet vzpomínky z předchozího těhotenství. Ženy mají strach věřit v úspěšné dovršení těhotenství. Tato psychická zátěž může mít negativní dopad na nynější těhotenství. Může způsobit předčasný porod a nižší porodní hmotnost dítěte. Vysoký stres v těhotenství může dokonce způsobit i potrat. Zmírnění psychického napětí umožňuje časté lékařské sledování. Pro snadnější smíření se se ztrátou dítěte by mělo být umožněno rozloučit se s ním, obdržet informace o příčině úmrtí a je doporučeno plánování dalšího těhotenství po 6 měsících od ztráty nebo dle psychického a fyzického stavu ženy. Jako další a hlavní příčinu poporodní deprese uvádí Labusová trauma po samotném porodu. Některé ženy se cítí po lékařsky vedeném porodu prázdné a ne příliš šťastné. Některé dokonce porod prožívají jako traumatickou událost, která vede k vyhýbání se početí dalšího potomka, strachu, nočním děsům apod. Britští psychologové dokonce odhalili, že až 5% žen po náročném porodu má symptomy posttraumatické stresové poruchy. Psychika ženy se po těžkém porodu zklidní pomocí bondingu. Naopak izolace dítěte spolu s bolestí během šití poporodních poranění a fyzické vyčerpání velmi snadno navodí psychickou nerovnováhu (Labusová, 2011, s. 17; Praško a kol., 2008, s. 60; Kaspárková, Bužgová, 2013, s. 648).

Životní událost jako je změna životní role a péče o dítě, je také jeden ze stresorů, které mohou být příčinou deprese (Praško a kol., 2008, s. 61-63). Cílem studie Zelkowitz bylo zkoumat faktory spojené s rodičovskou úzkostí po narození dítěte s velmi nízkou porodní hmotností (pod 1500g). Rodičům byly podány

dotazníky na měření jejich úzkosti a na kvalitu partnerského vztahu a sociální podporu. Před propuštěním domů byli rodiče sledováni při interakci s dítětem. U matek byla zjištěna větší úzkost během péče o dítě, které mělo menší porodní hmotnost. Více úzkostlivé byly mladší matky. U otců nebyla úzkost výrazněji zhoršena socioekonomickým statusem nebo zdravotními riziky spojenými s nedonošeností u dítěte. Větší roli hrála země původu, sociální podpora a kvalita partnerského vztahu. Úzkost ovlivňovala chování rodičů více než zdravotní rizika u dítěte. Závěrem výzkumu je doporučení pro zdravotníky pracovat s rodičovskou úzkostí s cílem podpoření vztahu mezi rodičem a dítětem (Zelkowitz, 2007. s. 296-313). Lidé jsou zvyklí žít rutinně. Velké množství změn v krátkém čase snižuje psychickou i fyzickou odolnost. Depresivní reakce většinou nenásleduje ihned po změně, ale za určité časové období. Tyto události, jsou ohodnoceny body. Poukazují na index závažnosti. Překročení 250 bodů za rok se často projeví na psychice či tělesným onemocněním. Tyto změněné životní události se řadí do čtyř skupin. První je ztráta osoby, např. úmrtí partnera (100 bodů), smutek je pochopitelný, člověk by však měl po určitém čase truchlení začít znovu žít. Do druhé skupiny se řadí problémy ve vztazích, zejména u partnerů (35 bodů), ale i přátel, rodičů, apod. Problémy vznikají při nesplnění očekávání od druhých. Třetí skupina je změna role, kam se řadí svatba, přechod do důchodu (45 bodů), narození dítěte (40 bodů), kdy žena ztrácí svobodu a přijímá velkou odpovědnost. Do poslední skupiny patří nedostatek vztahů např. při sociální izolaci, kdy má člověk málo podnětů k rozvoji osobnosti (Praško a kol., 2008, s. 61-63).

Faktorem zhoršujícím depresi po porodu může být i neinformovanost rodiček o poporodní depresi. Jedličková zjišťovala ve své studii povědomí žen o této problematice a navrhla screeningový dotazník. Výzkum probíhal na oddělení šestinedělí v Pardubicích a ve Svitavách. Týkal se žen, které byly 3. den po vaginálním porodu a 5. den po operačním porodu. Obdržely dotazník, který obsahoval osobní informace (kolik má dětí, zda byl otec u porodu, ukončené vzdělání, kolik má let, apod.), aktuální psychický stav a informovanost o poporodní depresi. Dotazník odevzdalo 100% zúčastněných žen. Indikaci k psychiatrickému vyšetření mělo 12% žen ze Svitav a 32% žen z Pardubic. Informovanější byly ženy ze Svitav. Více jak polovina, tedy 60% z dotazovaných vědělo, co je to poporodní deprese. V Pardubicích to vědělo 40% žen. Ve Svitavské nemocnici nejvíce



informací ženy získaly od porodních asistentek a v Pardubicích od známých či příbuzných nebo z internetu. V závěru své studie Jedličková doporučuje zavedení screeningového dotazníku do praxe k lepšímu zachytu žen s poporodní depresí a zvýšení informovanosti pomocí letáků. Neinformovanost a nerozpoznání příznaků deprese může být bohužel i u zdravotníků. Jedličková se domnívá, že suicidium během poporodní deprese, může být iatrogenního původu. Důvodem je nerozpoznání příznaků deprese a nedostatečná pozornost těchto varovných signálů (Jedličková, 2008, s. 87-90).

Prokázanou příčinou poporodní deprese je délka hospitalizace ženy, vystupování zdravotníků a pocit bezmoci po propuštění (Jedličková, 2008, s. 90). Depresivní stavy se zvyšují u matek dětí s handicapem, u žen s nižším vzděláním, ekonomicky nezajištěných a sociálně vyčleňovaných. (Honzák, 2010, s. 81) Dalšími faktory ovlivňujícími poporodní depresi jsou životospráva a abusus návykových látek (Dušová, Moniaková, 2010, s. 122). Mezi onemocnění spouštějící poporodní depresi patří gestační diabetes mellitus (Hirst, Moutier, 2011, s. 30). Izáková mezi tato onemocnění řadí i onemocnění štítné žlázy, astma a další chronické nemoci (Izáková, 2013, s. 162). Deprese se může vyskytnout jak po porodu vaginálním, tak po císařském řezu (Janáčková, 2009, s. 1). Ratislavová však uvádí sedmkrát vyšší riziko u žen po urgentním operativním porodu (Ratislavová, 2008, s. 91). Příčinou poporodní deprese může být i prodělání zátěžové situace v období porodu. Jednou z těchto situací je předčasný porod nezralého novorozence. Je to velká psychická zátěž pro rodiče. Janáčková popisuje rozdílné reakce otce a matky dítěte. Otcové jsou v této situaci racionální. Chtějí slyšet vysvětlení, prognózu, řešení a dávají obvykle otázky, které nejsou snadno zodpověditelné. Nemají rádi nejistotu a mnohdy reagují i agresivně. Matky většinou zaujímají pasivnější postoj, vinu dávají spíše sobě, mají pocit, že neuspěly ve funkci rodiče, protože o dítě nemohou pečovat, později může matka postrádat pouto k dítěti. V 10% si rodiče nepřejí záchranu svého dítěte (Janáčková, 2008, s. 1).

Portugalská studie Carvalha zkoumala, zda se dá poporodní depresi zamezit pozitivním působením na těhotnou ženu. Do studie bylo zahrnuto 491 těhotných žen. Zjistilo se, že negativní psychické vlivy ve formě stresu, nižší kvality života apod. byly spojeny s vyšší incidencí depresivních příznaků. Naopak pozitivní působení ve formě psychoterapie vykazovalo ochrannou roli před poporodní depresí. Nadále se toto

téma prozkoumává a zjišťuje se, zda psychoterapie v posledním trimestru může snížit riziko poporodní deprese (Carvalho, 2013, s. 5-12). Studie probíhající v Mexiku zase zkoumala ochranné vlivy před vznikem poporodní deprese a posouzení rizika u dospívajících matek. Studie zjistila, že mírně zvýšený výskyt je u dospívajících matek (14-19 let). Ochranným vlivem je sociální podpora, především u mladších žen. Bylo zjištěno, že porození dítěte ženského pohlaví zvyšuje možnost vzniku poporodní deprese (Decastro, 2011, s. 210-217).

Na I. gynekologicko-porodnické klinice LF UK a UNB probíhalo zjišťování poporodní deprese rodiček, pomocí dotazníků, Zungovy sebepoškozující škály a vizuálně analogové škály pro hodnocení stavu nálady. Poprvé předložili dotazník rodičkám před porodem. Účastnilo se 200 žen. Podruhé předložili dotazník 4. – 6. den po porodu, při propouštění. Podruhé vyplnilo dotazník 129 žen. Třetí vyhodnocení proběhlo po šestinedělí. Dotazník vyplnilo 50 žen. Výskyt depresivních příznaků před porodem mělo 10% žen. Ve 4. – 6. dni po porodu byl zaznamenán výskyt 14 - 18%. Podobně i po šestinedělí, kdy byl výskyt 11 – 20%. Nejvyšší věrnost ke studii měly ženy, které pociťovaly negativní náladu. U žen s příznaky poporodní deprese se ovšem diagnóza na základě psychiatrického vyšetření nepotvrdila (Izáková a kol., 2013, s. 26-28).

## 2. Příznaky poporodní deprese

Mocková dělí ženy, které mají depresi související s graviditou na ty, které měly depresi již před graviditou, užívají antidepressiva a plánovaně otěhotní, dále jsou ženy, které mají také již zjištěnou depresi před graviditou, užívají antidepressiva, ale otěhotní neplánovaně. A v poslední skupině jsou ženy, které onemocní až v průběhu gravidity (Mocková a kol., 2012, s. 188). U některých žen se ovšem během gravidity deprese neprojeví, ale manifestuje se až po porodu. V období po porodu jsou matky více náchylné ke vzniku psychických poruch. Tělo i psychika ženy prochází poporodními změnami. Patří sem změny involuční, progresivní (kojení) a hormonální (snížení estrogenů a progesteronu a zvýšení prolaktinu a oxytocinu). Dále jsou to změny tělesné, kdy je žena více unavená, a pozoruje na sobě změnu ve vzhledu. Po psychické stránce cítí úzkost, skleslost, plačtivost a náladovost z důvodu nové

sociální role. Tyto projevy jsou do určité míry adekvátní (Dušová, Moniaková, 2010, s. 122). V období po porodu se až u 50 – 80% žen objevuje zhoršená nálada, která se projevuje podrážděností, pláčem, pocity, že nestačí na dítě, vyčerpáním, kolísáním nálady ve smyslu střídání euforie s úzkostí a smutkem. Tyto výkyvy nálady se většinou projevují 3. - 4. den po porodu a jsou považovány za fyziologický, přechodný stav. U 10 – 15% žen zhoršená nálada trvá déle, objevuje se až za 6 – 12 týdnů po porodu, ale někdy i rok po porodu (Praško, 2008, s. 41). Dušová a Moniaková publikují, že bezprostředně po porodu se příznaky deprese nevyskytují. Objevují se 3.-4. den (Dušová, Moniaková, 2010, s. 122). Izáková ve svém článku píše, že určení diagnózy poporodní deprese probíhá první 4 týdny po porodu, podle klasifikace DSM-IV, oproti tomu klasifikace MKCH-10 uvádí šest týdnů po narození dítěte. Tyto symptomy trvají minimálně 2 týdny (Izáková, 2013, s. 162, zdroj 9). Poporodní psychické problémy se objevují s četností 1 na 400 žen po porodu (Fait, 2006, s. 7). Řecká experimentální studie se týkala vzdělávání pediatriů s cílem zlepšit identifikaci mateřské deprese. Deprese matek má negativní vliv na rodičovské dovednosti a péči o dítě. I přes to, že se dá poporodní deprese úspěšně léčit, je nadále hůře identifikována a nedostatečně léčena. Ze strany pediatriů je méně aktivit k detekci a léčení tohoto onemocnění. Cílem studie bylo změnit tyto skutečnosti a v závěru je viditelné zlepšení rozpoznání deprese (Agapidaki, 2013, s. 37-46).

Praško uvádí, že deprese se málokdy rozvine náhle. Předcházejí jí varovné signály. K těm patří nespavost, stísněnost, úzkost, únava, žena ztrácí pocit radosti, není schopna se dostatečně koncentrovat a pociťuje přetížení. Ale důležité je, že má pořád vědomou kontrolu nad sebou a dokáže mít náhled na onemocnění, což může u plně rozvinuté deprese chybět (Praško, 2008, s. 94). Rozvinutá deprese se vyznačuje především velkou únavou a vyčerpáním, podrážděností, sebevýcházkami, úzkostí, kdy je žena v psychickém napětí připravena na něco nepříjemného, ale není to nic konkrétního a určitého, úzkost na rozdíl od strachu nenutí člověka utíkat, ale spíše se projevuje strnulostí. Strach se ovšem u deprese vyskytuje také. Žena má strach z odmítnutí druhými a z vlastní nedostatečnosti. Trpí také nejistotou a strachem, který může vyvrcholit až ve fobické příznaky. Smutná nálada je zpočátku v pozadí, ale postupně se projevuje a zhoršuje až do deprese. Smutek mění vnímání všeho, co se děje kolem ženy. Všechno si vysvětluje negativním způsobem. Vidí jen negativa a myslí jen na neúspěchy. Smutek přechází k sebevýcházkám a může

vyvrcholit až v zoufalství. Klesá i schopnost pečovat o dítě, žena má pocit nedostatečných citů k dítěti a kvůli tomu si myslí, že jako matka selhala, má obavy z toho, že ji opustí partner, postupně se vyhýbá kontaktu s ostatními. Ztrácí zájem o aktivity, ze kterých měla dřív potěšení. Snaha o rozveselení končí pláčem či smutkem. Anhedonie souvisí s nedostatkem energie, kterou je třeba vynaložit pro radost, není schopna se dostatečně soustředit a upíná mysl na negativní myšlenky. Často a bez zjevné příčiny žena pláče, nemá chuť k jídlu a není schopna usnout. Depresivní myšlenky nutí ženu k pocitům viny, výčtkám a znehodnocování se. Praško popisuje depresivní automatické myšlenky. Přicházejí sami od sebe bez uvažování, nejsou založeny na faktech, ale jsou zkreslené, zveličené a sebekritické. Vyskytují se i u lidí bez deprese, ale ti jim nepřikládají váhu. Jsou to komentáře k prožívané události. U depresivních lidí jsou negativní a nekonstruktivní a připadají jim reálné a věří tomu. Zahrnují negativní hodnocení sebe, okolností a negativní myšlenky o budoucnosti. To napomáhá udržovat depresi. Situace vyvolávající depresivní myšlenky jsou kritika, potlačování vzteku, nespravedlnost, chybování, selhání, nedostatek uznání, podceňování či přehlížení ostatními, porovnávání se, apod. Většinou ženy po porodu zažívají mírný nebo středně těžký stupeň deprese (Praško, 2008, s. 41).

Izáková uvádí, že poporodní deprese může způsobit i poruchy kojení. Dále se deprese projevuje pocity zármutku, frustrací, obviňováním sebe sama za to, že není výkonná, degraduje se, nemá se ráda, pocity, že nedokáže zvládnout roli matky a milovat své dítě, ztrátou elánu, nedostatkem energie, vyčerpaností, nezájmem o ostatní, ztrátou sebevědomí a problémy s partnerem. Ve 3. až 4. dni po porodu se u matek objevuje náládovost. Izáková k příznakům dále uvádí negativní myšlenky, zármutek, nervozitu, vztek, zlost, plačtivost, úzkost, obavy o dítě a tíseň. Praško dále popisuje pocity selhání, nerozhodnost, strach ze samoty, sociální izolaci, bezmoc a beznaděj, kdy žena nedokáže depresi překonat a myslí si, že už nikdy nebude prožívat štěstí. Má obavy z budoucnosti, ztrátu zájmů, nekontrolovatelný pláč, nadměrnou lítostivost a potíže s péčí o dítě. Pociťuje podrážděnost, kterou vyvolalo napětí a úzkost. I při malém podnětu mohou reagovat hněvem. Při výrazném prohloubení příznaků má žena pocit, že deprese nikdy neodezní a mohou se objevovat myšlenky na sebevraždu. Mohou se projevit i panické ataky a nadměrné pití alkoholu. Praško uvádí časté fyzické příznaky, které mohou napodobovat tělesné

onemocnění. Patří sem únava, nevykonnost, napětí svalů, bolesti hlavy, páteře, břicha, nespavost, změněná chuť k jídlu, hubnutí, pocení, gastrointestinální potíže, závratě, bušení srdce, tlaky v hlavě, třes končetin, poruchy menstruace, snížené libido, apod. Tyto příznaky se někdy objevují ještě před vzplanutím depresivních myšlenek a přetrvávají ještě určitou dobu po odeznění. Fajt tělesné příznaky odůvodňuje tím, že tělo je velmi úzce spjato s psychikou. Část mozku, zodpovídající za náladu je spojena s částí pro regulaci hormonů a vegetativního systému (Izáková, 2013, s. 16; Labusová, 2011, s. 16; Fajt, 2006, s. 7; Praško a kol., 2008, s. 42). Lusskin uvádí, že některé příznaky mohou být skryté a nemusí se na první pohled podobat depresi. U ženy se mohou objevovat obsedantní myšlenky na poškození dítěte, nemusí cítit pouto k dítěti, může pociťovat panické stavy. Příznaky deprese se mohou projevit již v těhotenství. Je třeba je diagnostikovat a léčit. Zachytit je lze pomocí EPDS – viz příloha č. 1. Depresi po porodu je někdy obtížné diagnostikovat. S jistotou se dá odhalit, když žena myslí na sebevraždu. Ale další příznaky jako je nespavost, nedostatek energie, změna chuti k jídlu, úbytek na váze, apod. mohou být vzhledem k situaci, ve které se žena nachází adekvátní (Lusskin, 2008, s. 37). Podle doporučených postupů pro všeobecné praktické lékaře mezi hlavní symptomy deprese patří pokleslá a depresivní nálada, pokles zájmů, anhedonie, méně energie a únava. K vedlejším symptomům se řadí zhoršené soustředění a pozornost, snížené sebehodnocení a sebedůvěra, pocity viny a bezcennosti, smutné a pesimistické přemýšlení o budoucnosti, myšlenky na sebepoškození, poruchy spánku a snížená chuť k jídlu. Podle četnosti a délky trvání těchto příznaků se deprese dělí podle MKN 10 na lehkou, středně závažnou a těžkou. Lehká depresivní epizoda (F32.0) musí mít alespoň 2 hlavní a 2 vedlejší příznaky přetrvávající minimálně 2 týdny. Mohou ale i nemusí se objevovat somatické symptomy. Mezi somatické příznaky deprese patří ztráta zájmu a potěšení z radostných činností, buzení se brzy ráno, ranní depresivní stavy, psychomotorické zpomalení, neklid, ztráta chuti k jídlu, ztráta váhy (více jak 5% za měsíc), snížení libida. Dalším stupněm deprese je středně závažná depresivní epizoda (F32.1), zde jsou přítomny alespoň 2 hlavní příznaky a 3-4 příznaky vedlejší. Některé z příznaků se mohou projevit i výrazněji. Trvají minimálně 2 týdny. Jsou zde přítomny i obtíže při sociálních, domácích a pracovních aktivitách. Mohou se objevovat i somatické obtíže. Nejzávažnější je těžká depresivní epizoda. Ta je buď bez psychotických příznaků, nebo s psychotickými příznaky. Těžká depresivní epizoda bez

psychotických příznaků (F32.2) se projevuje výraznou úzkostí a neklidem nebo celkovým zpomalením. Jsou zde přítomny pocity viny, bezcennosti, absence sebeúcty. Je zde velké riziko suicida. Jsou také přítomny somatické symptomy. Z hlavních symptomů jsou přítomny 3 a z vedlejších minimálně 4. U těžké depresivní epizody s psychotickými příznaky (F32.3) je navíc i přítomnost bludů a halucinací. Psychomotorické zpomalení může přejít až do depresivního stuporu. Zvláštním případem je larvovaná deprese (F32.8), kdy se primárně manifestují somatické příznaky jako je bolest hlavy, trávící obtíže, únava a palpitace (Laňková, Raboch, 2013, s. 5-7). Poruchy nálady jsou v pozadí, někdy nemusí být vůbec přítomné. Praško ji nazývá jako „depresi bez deprese“. Imituje tělesné onemocnění. K dalším tělesným příznakům patří pískání v uších, závratě, bolesti páteře, končetin, slabost, urologické poruchy a poruchy hybnosti. Před započítím léčby deprese je však nutné vyloučit fyzickou příčinu (Praško a kol., 2008, s. 44).

Ratislavová rozděluje ženy s poporodní depresí do tří skupin, které se liší symptomy a následnou léčebnou strategií. Nejčastěji se vyskytuje insuficientní typ. Projevuje se nejistotou, která se stupňuje až k negativním myšlenkám vůči sobě. Žena má k dítěti ambivalentní pocity, někdy převažují spíše negativní. To může vést k myšlenkám na sebevraždu. Nejlepší a neúčinnější volbou terapie jsou antidepressiva. Další skupina je nutkavý typ. Má vtíravé myšlenky proti vůli ženy. Obsahem může být hostilita vůči dítěti. Žena pociťuje vinu a stud a nerada o tom komunikuje. Dítěti však neublíží. Objevuje se asi u 25% poporodních depresí. Je nutné rozlišit depresi od psychózy, kterou provází i halucinace. Třetí skupinu tvoří panický typ. Žena prožívá záchvat úzkosti a hrůzy doprovázený somatickými symptomy. Vzácně se objevuje záchvat paniky, kdy žena pociťuje velký strach z určitých situací. To vede k vyhýbavému chování (Ratislavová, 2008, s. 3).

Deprese matek mají vliv na emocionální, behaviorální, kognitivní, fyzikální a nervový vývoj dítěte. Podle longitudinální studie v Jižní Africe se zkoumal vztah mezi symptomy postnatální deprese matek a dětský psychický vývoj v 10 letech. Děti matek, které udávaly příznaky deprese 6 měsíců po porodu, měly dvakrát vyšší pravděpodobnost vzniku psychických problémů než děti, jejichž matky neměly postnatální deprese (Herba, 2014, s. 409). Poporodní deprese nepříznivě ovlivňuje vazbu matky a dítěte, která začíná již v prenatálním období. Matky nedokáží vycházet s dětmi tak, jak by chtěly. Nedokáží si s nimi hrát, bavit se, zpívat, číst

knížky. Mají problémy i s péčí o své děti a plněním rodičovských rolí (Honzák, 2010, s. 81). Názor Izákové, se shoduje v tom, že poporodní deprese zhoršuje vztah mezi matkou a dítětem a dále doplňuje, že může způsobit poruchy kojení, zhoršení a problémy v manželství a v extrémním případě může matka spáchat suicidium (Izáková, 2013, s. 162). Jak již bylo řečeno, deprese mají vliv na psychický a fyzický vývoj dítěte a vytváří se u nich psychosociální problémy (Herba, 2014, s. 409). Po psychické stránce se to může projevit neukázněností dětí, horším tvořením návyků, dítě hůře reaguje na matku a ta díky tomu prožívá úzkostné stavy. U starších dětí je toto úzkostné chování matek ještě více patrné (Honzák, 2010, s. 81). Izáková k psychickým příznakům u dětí doplňuje nespavost, agresi, hyperaktivitu a celkově problémové chování (Izáková, 2013, s. 162). Fyzickými důsledky mateřské deprese u dětí mohou být podvýživa a nízká porodní hmotnost (Herba, 2014, s. 409). Izáková tyto příznaky doplňuje o růstovou opožděnost a poruchy s příjmem potravy (Izáková, 2013, s. 162). Ve studii Fielda se věnovala pozornost novorozencům matek s depresí. Výzkum poukazuje na skutečnost, že tito novorozenci, vykazují nižší citlivost na živé či neživé podněty. Zkoumal se vliv hlasových podnětů, obrysy tváře matky a cizího člověka, nahrávka pláče dítěte, hudba a z umělých stimulů se předkládala rozdílná teplota a textura bradavek. Toto nedostatečné reagování na dané podněty u novorozence může být zapříčiněno zvýšenou hladinou kortizolu v prenatálním období, nižší hladinou dopaminu a serotoninu u novorozenců. Dalším faktorem může být porucha spánku v těhotenství a stres. Snížené pozornosti u novorozenců se dá zabránit pomocí včasných intervencí zahrnujících např. těhotenské a kojenecké masáže (Field, 2011, s. 94-105).

Podle studií Jamese Paulsona a Sharnaile Bazemora mohou poporodní deprese postihnout i otce novorozeneckých dětí. Dospěli k závěru, že celková míra otcovské deprese mezi prvním trimestrem a prvním rokem po porodu byla 10,4% (Cox, 2005, s. 982). Janáčková a Jedličková popisují výskyt poporodní deprese jen u 3% mužů. Na rozdíl od Paulsona a Bazemora však nezahrnují období těhotenství. (Janáčková, 2009, s. 1; Jedličková, 2008, s. 86). Ovšem mnohem vyšší incidenci uvádí Jedličková u mužů, jejichž ženy již trpí poporodní depresí. Podle ní se vyskytuje až u 42% partnerů. Nazývá to mužským šestinedělím (Jedličková, 2008, s. 86). Rozpoznání deprese u mužů může být obtížné. Stresory v poporodním období, jako je změna v manželském svazku, finanční problémy a nedostatek spánku, jsou

rizikovými faktory pro deprese matek, ale i otců. Ve své rozsáhlé studii komunity, Paul Ramchandani a jeho kolegové zjistili, že se na vzniku deprese u otců podílí vzniklá deprese u matky, což potvrzuje i Jedličková, problémy v partnerském vztahu a chování dítěte. Příznaky deprese u mužů jsou různé a mohou vést ke zlosti a podrážděnost. Screening, prevence a léčba musí brát v úvahu celou rodinu. Otcové jsou nyní často zapojováni do předporodních kurzů a účastní se porodu (Cox, 2005, s. 982).

Dlouhodobá studie ze Stockholmu zkoumala závislost mezi poporodní depresí matky a vztahem k dítěti a partnerovi během prvního roku po porodu. Cílem studie bylo zjistit jaký je výskyt depresivních příznaků prvních 10 dní po porodu a jak deprese působí na rodinné vztahy ve 3. a 10. dni a 6. a 12. měsíci po porodu. Do studie bylo zahrnuto 419 žen. Frekvence depresivních příznaků byla měřena pomocí EPDS. U 22 % žen byla pozitivní EPDS 10. den po porodu a depresivní nálada u nich přetrvávala i rok po narození dítěte. Tyto ženy byly ke své rodině i po roce odtažitější. Oproti tomu ženy, které měly pozitivní EPDS již 3. den po porodu, měly pozitivnější vztah s rodinou v 6. a 12. měsíci po porodu. Podle této studie můžeme usoudit, že čím dříve se u žen objeví depresivní příznaky, tím dříve mohou odeznít. A naopak pokud se deprese objeví později po porodu, může mít dlouhodobější charakter (Lilja, 2012, s. 245-253).

Poporodní deprese může vzniknout samostatně, nebo následovat po poporodním blues. Nemusí se objevit bezprostředně po porodu. Může se manifestovat měsíce po porodu. Obvykle ale čím později začne, tím má lehčí průběh. Deprese může přetrvávat nebo přejít v poporodní psychózu (Janáčková, 2009, s. 1). V případě vzplanutí poporodní psychózy se z forenzního hlediska posuzuje vražda novorozence, kterou žena spáchá v rozrušeném stavu po porodu. Pokud se prokáže, že jednala v psychotickém stavu, trestní sazba je zde nižší než u vraždy spáchané bez psychické poruchy. Psychopatologii v této situaci hodnotí psychiatr. Kromě okolností porodu, stupně rozrušení po porodu, hodnotí také sociální stav ženy, a jak moc ji její nepříznivá životní situace psychicky ovlivnila a osobnost ženy. Nejčastější pachatelky trestného činu jsou ženy mladé, nepřipravené na těhotenství a péči o dítě, graviditu zatajují, ale vraždu ovšem neplánují. Doufají, že se vše po narození dítěte nějakým způsobem změní (Pavlovský a kol., 2012, s. 87-88). „Podle § 220 trestního zákona, pokud matka, která je rozrušená po porodu, usmrtí své dítě, bude



souzena odnětím svobody na 3-8 let. Pokud ovšem trpěla psychickou poruchou v době spáchání trestného činu, může se posuzovat mírněji“ (Jíra a kol., 2005, s. 34). Byl proveden výzkum podle policejní databáze od roku 1992 do 2002. V tomto období bylo zavražděno 43 novorozenců a kojenců jejich matkami. Jejich průměrný věk byl 26 let, většina byla svobodných či rozvedených. Významnou roli nehrála zaměstnanost matky ani pohlaví dítěte. V 68% případech byli novorozenci usmrceni matkami, které byly po porodu rozrušené. Výzkumem bylo zjištěno, že převládajícím důvodem k usmrcení dítěte je spíše rozrušení po porodu, než špatná sociální situace. Podle soudních ustanovení, vědomě usmrtila své dítě 1/3 žen. Ženy by měly být informovány o možnosti utajeného porodu (Jíra a kol., 2005, s. 33). „Podle zákona č. 372/2011 Sb. se v § 37 pojednává o utajeném porodu. Pokud partner ženy nepřizná otcovství nebo není znám a žena má trvalý pobyt v České republice, má právo na utajený porod. Žena předloží zdravotnickému zařízení žádost o utajení své totožnosti při porodu a prohlášení o odmítnutí péče o dítě. Zdravotnické zařízení ženě v souvislosti s těhotenstvím a porodem zajistí anonymitu s výjimkou postupů k zajištění úhrady služeb ze zdravotního pojištění a zajištění informací pro Národní zdravotnický informační systém“ (ÚZ, 2014, s. 22). Dalšími psychicky náročnými situacemi, kdy se ženy více dopouštějí trestných činů, jsou období premenstruační tenze, kdy jsou kritické první a poslední čtyři dny cyklu. Ženy jsou více přecitlivělé, vznětlivé, úzkostné a mají větší tendence jednat ve zkratu. Dalším náročným obdobím je klimakterium, kdy žena může trpět podrážděností, depresivními příznaky, až paranoidně depresivní psychózou. Ženy celkově páchají trestné činy méně často než muži v poměru 19:1. Jednají více v souvislosti s psychickým onemocněním, v zemích, kde mají ženy větší svobodu a rovnoprávnost je větší podíl žen na páchání trestných činností. U žen po 45. roce života stoupá trestní činnost z důvodu rozpadu rodiny, vzniku deprese a alkoholismu. Vražd se často dopouštějí ženy, které byly dlouhodobě týrané. Důvody vražd dětí jsou nejčastěji psychotické, dále narození neplánovaného a nechtěného dítěte, msta vůči partnerovi a ojedinělé jsou i případy vraždy ze soucitu u dítěte s handicapem (Pavlovský a kol., 2012, s. 87-88).

### 3. Léčba poporodní deprese

Každá matka po porodu potřebuje psychické povzbuzení svého okolí. Především od svého partnera a personálu v porodnici (Labusová, 2011, s. 16). Poporodní deprese, i přes to, že se neobjevují vzácně (10 – 20% do roka po porodu), se často nezjistí a negativně ovlivňují život ženy a jejího okolí. Proto by ženám měla být věnována zvýšená pozornost v náročném poporodním období. Bylo by vhodné zabývat se psychoprevencí, poučením, pozitivně působí také otec u porodu a přítomnost laktančních poradkyň brzy po porodu (Izáková a kol., 2013, s. 26).

#### 3.1. Farmakoterapie

Jednou z možností léčby je farmakoterapie. Využívá se i při výskytu tělesných příznaků deprese. Patří sem antidepresiva s možností kombinace s dalšími léky, jako jsou například benzodiazepiny a neuroleptika (Jedličková, 2008, s. 87). Mezi důvody k započatí farmakoterapie u deprese patří 5 a více symptomů, perzistující či dlouhodobé potíže, pozitivní rodinná či osobní anamnéza, nízká podpora blízkých a suicidální myšlenky (Laňková, Raboch, 2013, s. 9). Antidepresiva zvyšují množství neuromodulátorů, serotoninu a noradrenalinu a upravují biologickou rovnováhu v mozku. Zároveň se upravuje hormonální disbalance. Tento proces trvá 3-6 týdnů (Praško a kol., 2008, s. 67). Antidepresivem volby je to, které má nízké riziko teratogenity, nízký počet metabolitů, krátký biologický poločas a co nejméně vedlejších účinků (Strunzová a kol., 2005, s. 35).

Podle doporučených postupů pro lékaře se antidepresiva rozdělují na inhibitory zpětného vychytávání (dále jen RUI), inhibitory monoaminoxidázy a další (GM, MASSA). RUI se dělí na I. generaci, kam se řadí tricyklická antidepresiva (dále jen TCA) a tetracyklická antidepresiva (dále jen TeCA). Do této skupiny patří imipramin, amitriptylin, nortriptylin, dosulepin, clomipramin a dibenzepin. Do II. generace patří maprotilin. Dále se RUI dělí na III. generaci. Zde se zařazují selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (dále jen SSRI) patří sem fluvoxamin, citalopram, escitalopram, fluoxetin, sertralin a paroxetin. Do IV. generace se řadí inhibitory

zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (dále jen SNRI), inhibitory zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu (dále jen DNRI) a noradrenergní a specificky serotonergní antidepresiva (dále jen NaSSA). Zástupci SNRI jsou venlafaxin a duloxetin, do DNRI patří bupropion a k NaSSA můžeme zařadit mirtazapin a mianserin. Další velkou skupinou vedle RUI jsou inhibitory monoaminoxidázy. Zde je zařazen moclobenid patřící do skupiny reverzibilních inhibitorů monoaminoxidázy typu A (RIMA). Léky první volby u léčby deprese v těhotenství a po porodu jsou SSRI (Laňková, Raboch, 2013, s. 10-11).

Antidepresiva mohou mít vliv na těhotenství a kojení. U amitriptylinu z I. generace – TCA, nebyly prokázány anomálie u plodu, při užívání terapeutických dávek. Během kojení se však nedoporučuje kvůli přestupu malého množství do mateřského mléka (SÚKL, 2014c, s. 4). Užívání SSRI ke konci gravidity zvyšuje riziko perzistující plicní hypertenze novorozenců (PPHN). Riziko vzniku PPHN je 5 případů na 1000 těhotenství. Ze skupiny SSRI, které patří do III. generace uvádím fluoxetin, sertralin, citalopram a paroxetin a jejich vliv na matku. Při užívání fluoxetinu v těhotenství je riziko kardiovaskulárních defektů, především v prvním trimestru gravidity. Toto riziko je 2 případy na 100 těhotenství. Pokud žena užívá tento lék před porodem, mohou se u novorozence objevit příznaky podrážděnosti, hypotonie, neustálého pláče, třesu, horšího sání a obtížného usínání. Doba trvání těchto příznaků je závislá na poločasu rozpadu. U fluoxetinu je to 4 – 6 dnů. Fluoxetin je přítomen i v mateřském mléce. U kojících dětí se také vyskytovaly nežádoucí účinky. Je doporučeno ukončit kojení nebo užívat co nejnižší dávky (SÚKL, 2014a, s. 7 – 8). Během užívání sertralinu v těhotenství nebyly prokázány vrozené vady plodu. Byly popsány reakce po vysazení léku u některých novorozenců. U matek, které užívaly sertralin ke konci gravidity se mohou u novorozenců objevit tyto příznaky: cyanóza, dechová tíseň, apnoe, nestabilní tělesná teplota, horší příjem potravy, zvracení, hypoglykemie, hypertonie, hypotonie, hyperreflexie, třes, somnolence, letargie, neklid, poruchy spánku. Tyto příznaky se mohou objevit do 24 hodin po porodu. Během kojení se do mateřského mléka vylučuje jen malé množství sertralinu a N-desmethylsertralinu (metabolit sertralinu). Tato malá koncentrace v mateřském mléce nemá významné účinky na dítě. Nebyly hlášeny žádné nežádoucí účinky u kojenců matek, které užívaly tento lék. Riziko se ovšem nevylučuje. Výhody musí převážit rizika (SÚKL, 2013a, s. 8-9). Více než 2500

výsledků o ženách vystavených citalopramu nesvědčí o malformační fetoneonatální toxicitě. Pokud žena v třetím trimestru užívá tento lék, je nutné sledování novorozence. Citalopram nesmí být v graviditě náhle vysazen kvůli vzniku symptomů z vysazení. Citalopram je přítomný v mateřském mléce. Do organismu dítěte se dodá asi 5% denní dávky matky. U dětí ovšem byly pozorovány jen malé účinky (SÚKL, 2013b, s. 8). Při užívání paroxetinu v začátku těhotenství je podle epidemiologických studií u plodu zvýšené riziko kardiovaskulárních malformací (defektů komorového či síňového septa). Riziko narození dítěte s kardiovaskulární malformací je méně než 2 na 100 případů. V těhotenství se užívá jen v případech nutnosti. Je nutné sledování dítěte (echokardiografické vyšetření). Mohou se objevit symptomy z vysazení. Do mateřského mléka se vylučuje malé množství léku – méně než 2 ng/ml. Nebyly zatím zjištěny účinky na kojené dítě (SÚKL, 2014b, s. 8). Do skupiny SNRI ze IV. generace patří venlafaxin. Při jeho podávání až do porodu se u novorozenců mohou objevit symptomy z vysazení. Někteří novorozenci po narození vyžadují podporu dýchání a výživu sondou. Do 24 hodin po porodu se mohou objevit symptom, které vznikly v důsledku serotonergního účinku nebo po expozici. Jsou to: podrážděnost, tremor, hypotonie, dlouhodobý pláč, obtížné sání a narušený spánek. Venlafaxin spolu s O-desmethylvenlafaxinem (metabolit) se vylučují do mateřského mléka. Měly by se zvážit přínosy s riziky (SÚKL, 2010, s. 9). Údaje o podávání mirtazapinu ze skupiny NaSSA (IV. generace) jsou omezené, ale dosud nenaznačují vyšší riziko kongenitálních malformací. Ve studiích u zvířat byla zaznamenána vývojová toxicita. Není vyloučeno riziko PPHN. Při užívání krátce před porodem je vhodné sledování novorozence kvůli příznakům z vysazení. Do mateřského mléka je vylučován jen v malém množství (SÚKL, 2013c, s. 5-6). Hirst a Moutier doporučují použít k léčbě poporodní deprese antidepresiva s minimálními nežádoucími účinky, Lusskin doplňuje, že dále by mělo být dané antidepresivum řádně prozkoumáno. Proto není příliš vhodné zavádět novější léky, které nemají dostatek informací o bezpečnosti užívání během těhotenství a kojení. Nejvíce se používají SSRI a SNRI, je zde známo nejvíce údajů o bezpečnosti (Lusskin, 2008, s. 36-38). I Hirst a Moutier doporučují SSRI. Další výhodou těchto léčiv je relativní bezpečnost při předávkování. Na rozdíl od SSRI nejsou příliš vhodná tricyklická antidepresiva (Hirst, Moutier, 2011, s. 34- 35). Bareš ve svém článku uvádí rizika léčby tricyklickými antidepresivy a v graviditě. U TCA je zjištěn vyšší výskyt potratů a během kojení útlum dechového centra, acidóza a tremor. V séru novorozence se

nezjistily koncentrace sertralinu a paroxetinu. Naopak zjistitelné byly koncentrace fluoxetinu a citalopramu. Tato zjištěná koncentrace je však bezpečná. Je pod 0,1, což je hranice bezpečné koncentrace (Hirst, Moutier, 2011, s. 34). U fluoxetinu ovšem Bareš varuje před rizikem výskytu potratů a dále během kojení se může vyskytovat zvracení, průjem a kolika u novorozence (Bareš, 2002, s. 9-16).

Strunzová preferuje monoterapii ze skupiny SSRI nebo venlafaxinem. Během kojení považují Strunzová a Bareš za nejbezpečnější SSRI, clomipramin, desipramin, nortriptylin a amitriptylin (Strunzová a kol., 2005, s. 35; Bareš, 2002, s. 9-16). V prvním trimestru gravidity Bareš považuje za relativně bezpečný lék venlafaxin. Hirst a Moutier se zmiňují také o léčebném účinku estrogenu proti poporodním depresím. Vychází to z provedených studií, ale prozatím se v praxi nevyužívá (Hirst, Moutier, 2011, s. 35). Pro výběr vhodného antidepresiva v těhotenství slouží klasifikace U. S. FDA – viz příloha č. 2, která dělí léčiva do 5 skupin. Ty jsou odstupňované od nejvhodnějšího (A) po kontraindikované v graviditě (X) (Bareš, 2002, s. 9-16). Během kojení se vyskytuje jen malá koncentrace SSRI v krvi novorozenců. Proto jako nejvhodnější Lusskin považuje sertralin ze skupiny SSRI (Lusskin, 2008, s. 37). Kostiuk jako vhodnou léčbu doporučuje také SSRI a SNRI, které byly nejlépe prozkoumány a riziko teratogenity mají 3%. Nevhodný pro léčbu deprese v těhotenství je duloxetin (Kostiuk, 2009, s. 9).

Kojící ženy mají mnohdy obavy z užívání antidepresiv, kvůli vlivu na dítě. Proto by měl lékař s ženou prodiskutovat rizika, ale i přínosy této léčby. Přínosem je, že žena se po léčbě bude opět schopna plně starat o své dítě. Přetrvávající deprese narušuje spánek dítěte, vzájemný vztah mezi matkou a dítětem, způsobuje pomalejší růst a zhoršený vývin IQ dítěte. Později se také u dítěte mohou objevit depresivní symptomy a úzkostné stavy (Hirst, Moutier, 2011, s. 35). Někteří autoři ale popisují i rizika farmakologické léčby deprese. Bareš uvádí, že hlavním rizikovým faktorem pro novorozence je toxický účinek antidepresiva a vliv na vývoj mozku po porodu, který může být způsoben poklesem hladiny serotoninu v krvi. Riziková je také koncentrace antidepresiva vyšší jak 10% obsažená v mateřském mléce. Laktace při léčbě antidepresivy je kontraindikována pokud má novorozenec onemocnění jater, ledvin, neurologické onemocnění nebo se u něj vyskytly nežádoucí účinky (Bareš, 2002, s. 9-16). Hirst a Moutier doporučují u kojených dětí sledovat příznaky nežádoucích účinků na antidepresiva. Tyto příznaky popisují jako podrážděnost,

zhoršený příjem mléka a také nízký přírůstek na váze. U matek, které užívají antidepressiva, která mohou mít nežádoucí účinky na dítě, doporučují zvážit možnosti umělé výživy (Hirst, Moutier, 2011, s. 34- 35). Bareš doplňuje, že je důležité sledovat i laboratorní parametry u kojence matky s antidepressivy. Vyšetřují se jaterní testy, urea, kreatinin, krevní obraz, EKG a hladina antidepressiva v krevním séru. Tyto laboratorní testy by se měly sledovat hlavně u novorozenců, kteří měli výskyt nežádoucích účinků a alespoň jednou u každého novorozence vystavenému antidepressivu v mateřském mléce. Dále Bareš upozorňuje, že pokud je novorozenec léčen léky, které navzájem působí na antidepressiva, např. antibiotika a ibuprofen, je zde zvýšené riziko pro vznik nežádoucích účinků (Bareš, 2002, s. 9-16). Strunzová a uvádí, že antidepressiva přecházejí do mateřského mléka, ale jejich koncentrace je nižší než v krvi matky. Nejvíce rizikovým obdobím pro kojence je období do 10. týdne po narození (Strunzová a kol., 2005, s. 35). „Neexistuje možnost nulového vlivu na plod. Plod bude ovlivněn buď onemocněním, nebo farmakoterapií“ (Luskin, 2008, s. 38). Novější studie ovšem prokázaly, že neléčená deprese matky může převážit rizika užívání antidepressiv. Luskin upozorňuje, že některé studie sice zjistily spojitost mezi SSRI a některými vrozenými vadami. Většinou ovšem tento výskyt nebyl vyšší než 3% a žádná z těchto studií nezkoumala konzumaci alkoholu či stupeň deprese matky. Dále také Luskin zpochybňuje tvrzení metaanalýzy, která dávala do souvislosti užívání antidepressiv se spontánními potraty. Ve studiích nebyl zmíněn výskyt potratů v anamnéze ženy a závažnost deprese (Luskin, 2008, s. 36). Starší studie také poukazují na komplikace užívání antidepressiv u novorozenců, jako jsou přechodná dechová tíseň, obtížné krmení, nestabilní tělesná teplota, záchvaty, podle FDA také riziko PPHN. Ovšem Luskin upozorňuje, že ve studiích nebyla uvedena závažnost deprese, která by mohla svými neurochemickými změnami u matky ovlivnit vývoj plodu a dále také abusus návykových látek a alkoholu. Také s doporučením neužívat SSRI ve třetím trimestru gravidity Luskin nesouhlasí a argumentuje tím, že ve třetím trimestru je žena více citlivá, a proto by se měla dávka SSRI naopak zvýšit, pro udržení stabilní nálady (Luskin, 2008, s. 37). Vývojové opoždění po podávání SSRI po porodu byly zpochybněny studiemi se zvířaty, které tuto skutečnost neprokázaly. Naopak některé studie zjistily, že deprese u matek, které se neléčí SSRI, negativně ovlivňují vývoj dětí od 4 do 7 let (Luskin, 2008, s. 37). Kostiuik se také přiklání k léčení deprese během gravidity i po porodu farmakologickou cestou. Odůvodňuje své tvrzení tím, že ženy v depresi bez léčby,

nemusí dodržovat režim, mohou mít sklony k návykovým látkám, mohou mít myšlenky na sebepoškození či poškození plodu. Popisuje, že u tří čtvrtin žen, které trpěly depresí v minulosti, dojde při přerušení léčby v těhotenství k recidivě. Dokonce i ženy, které ve farmakoterapii pokračují, mohou pociťovat zhoršení deprese. Proto je nutné i ženy s nasazenou farmakoterapií v těhotenství sledovat a upravovat dávky léčiv. Kostiuk udává, že depresí trpí až čtvrtina těhotných žen. Příznaky deprese se často objeví již v graviditě a po porodu pokračují. Některé studie sice naznačily, že SSRI mohou zvyšovat riziko vrozených vad při užívání v období početí, ovšem Kostiuk namítá, že těchto zaznamenaných případů byl malý počet, a proto se mohlo jednat pouze náhodný jev. Také se ve studiích nezmiňují o kouření matky, hloubce deprese, kdy žena v těžké depresi může způsobit teratogenitu plodu jiným způsobem, např. při nekontrolovaném užívání jiných teratogenních léků nebo jiných látek. Z důvodu některých nežádoucích účinků na novorozence, jako je například riziko PPHN, se mnohdy nedoporučuje ke konci gravidity antidepressiva užívat. Ale ženy jsou právě ve třetím trimestru velmi citlivé na propuknutí deprese a vysazení farmak u nich často způsobuje zhoršení deprese. Tato neléčená deprese negativně ovlivňuje vývoj dítěte před nastoupením do základní školy (Kostiuk, 2009, s. 9). Během kojení se vyskytuje jen malá koncentrace SSRI v krvi novorozenců. Jako nejvhodnější se považuje sertralin (Luskin, 2008, s. 37). Luskin léčbu deprese přirovnal k léčbě epilepsie či hypertenze během těhotenství. Deprese není méně závažná než tato onemocnění. Neléčená deprese v těhotenství může vést k alkoholismu, kouření, nenavštěvování gynekologa v rámci prenatálních kontrol a může se to vystupňovat až v myšlenky na sebevraždu či zvažování interrupce (Luskin, 2008, s. 34). V americké observační studii, která se zabývala ženami rok po porodu s depresivní poruchou, se zjišťovalo, zda ženy s depresí, které užívají SSRI, jsou schopny zvládat svou mateřskou roli stejně, jako ženy bez deprese. Tato hypotéza byla potvrzena. Ženy, které užívaly SSRI měly buď jen mírné příznaky vyznačující se lehkou úzkostí, nebo žádné. Zajímal se o různé aktivity, socializovaly a cítily spokojenost se svým životem. Udávaly pouze běžné každodenní problémy, jako je například hádka s rodinným příslušníkem. Od narození dítěte poukazovaly na zlepšení vztahu s partnerem, častější kontakt a lepší soužití se sousedy a lepší vztah se svými rodiči. Obecně cítily větší radost ze života, pocit naplnění, radování se s dítětem a užívaly si společně strávené rodinné chvíle. Ženy, které neužívaly SSRI vykazovaly mírnou depresivní náladu, nespavost, potíže v sociální či pracovní

oblasti. Ale celkově byly schopny fungovat. Součástí výzkumu bylo zjistit, jak se cítí ženy v USA prvních 6 měsíců po porodu. Zjistilo se, že ženy měly sociální, fyzické i emocionální problémy. U 40% matek se zjistily problémy s kontrolou hmotnosti, 43% žen se cítilo být ve stresu, 34% trpělo nespavostí, 26% žen udávalo ztrátu libida, fyzické vyčerpání pociťovalo 25% žen, na bolesti zad si stěžovalo 24%. Téměř polovina žen po porodu měla nedostatek pohybu a 23% nemělo dostatečně zdravou výživu. Tato tvrzení byla ověřena pomocí EPDS, kdy byla pozitivní u 23% žen. Cílem bylo eliminovat krátkodobý a dlouhodobý dopad deprese na matku, dítě a rodinu (Logsdon, 2011, s. 1020-1026). Mocková zkoumala vliv antidepresiv na novorozené dítě. Do studie byly zařazeny ženy, které během gravidity užívaly antidepresiva, byly u nich přítomny i rizikové faktory jako kouření, užívání alkoholu a abúzus drog. V exponované skupině bylo zařazeno 42 matek s depresí a 42 jejich novorozenců. Incidence císařských řezů byla 23,8%. Týden gravidity při narození byl v průměru 38+5. Narodilo se 5 dětí předčasně, což může souviset s kouřením či užíváním návykových látek. Frontoocipitální obvod byl průměrně 33,9cm, byl tedy menší než je norma (normální je u chlapců 35-36cm, u dívek 34-35cm), to může být způsobeno právě antidepresivní terapií. Některá antidepresiva mohou negativně působit na thalamokortikální vývoj. U 26% novorozenců byl zaznamenán neonatální abstinční syndrom. Rozdíl v Apgar skóre oproti ženám bez antidepresivní léčby nebyl statisticky významný. Vrozená vývojová vada se vyskytovala u 5 novorozenců. U dvou dětí se objevila ovariální cysta, jedno mělo polydaktylii, u jednoho se vyskytovala pes equinovarus bilateralit (stočení nohy směrem dovnitř a vzhůru v oblasti talokrurálního kloubu) a jedno mělo hypospadii penisu (neúplné vytvoření distální části močové trubice). U 11 novorozenců se objevily příznaky diskontinuálního syndromu (iritabilita, tremor, neklid, hyperreflexie, poruchy spánku, excesivní pláč, hypertonie, hypotonie, poruchy výživy, zvracení, průjem, denaturace během krmení, RDS, hypoglykemie) U většiny novorozenců se vyskytovala iritabilita a hypertonie, u 2 se objevily tonicko-klonické křeče a 1 měl příznaky RDS (respiratory distress syndrome). U 16 novorozenců byla zvýšená hladina bilirubinu, která vyžadovala fototerapii. Žádný z novorozenců neměl známky PPHN (perzistentní plicní hypertenze novorozenců). U žen s antidepresivní léčbou plně kojilo pouze 52,5% (Mocková a kol., 2012, s. 189-190).



Jakmile odezní příznaky, je třeba v léčbě vytrvat ještě další 2 – 3 měsíce a pozvolna dávku snižovat a nakonec úplně vysadit (Jedličková, 2008, s. 87). Izáková uvádí obecná doporučení léčby poporodní deprese pomocí farmak, upravená podle Bazira. Pokud žena již užívá farmaka, je vhodné je vysadit před plánovaným početím. Při neplánovaném těhotenství vysadit léky v prvním trimestru (kongenitální malformace při expozici antidepresiva nejčastěji vznikají 14. a 35. den po početí). Pokud je ovšem zvýšené riziko znovu propuknutí psychické choroby, farmaka se nevysazují a volí se různé kombinace léků k dosažení co nejmenšího vlivu na plod. Preferuje se však léčba jedním lékem a co možná nejnižší dávkou. Během těhotenství a kojení se upřednostňují léky s co nejkratším eliminačním poločasem. Preferují se léky s co nejnižším toxickým účinkem na plod (FDA). Je vhodné léky vysadit nebo alespoň snížit dávku týden před porodem, kvůli syndromu z vysazení u novorozence. Po porodu, v případě, že matka kojí, je doporučeno neměnit léky, pokud je matka užívala během těhotenství. Dítě je během laktace léku vystaveno méně než intrauterině. Izáková dále doporučuje užít lék před spánkem dítěte a bezprostředně poté jej nakojit. Lék začne účinkovat v době, kdy dítě spí. Dalším doporučením je nekojit v době, kdy je v mléce nejvyšší koncentrace léku. Je důležité myslet na to, že v těhotenství se může změnit farmakokinetika daného léku. Po celou dobu užívání je nutné sledovat nežádoucí účinky. Během užívání léků je doporučeno substituovat vitamíny a často pít. Různá farmaka pro léčbu deprese mají sklon k hromadění se v mateřském mléce. Je to zapříčiněno tím, že pH mateřského mléka je kyselější než plasmu a v mléce obsažené proteiny na sebe daný lék mohou vázat. V zadním mléce je koncentrace léku vyšší, z důvodu vyšší koncentrace tuku. Není doporučeno kojit matkám s depresí, které mají nedonošené dítě, dítě s onemocněním ledvin, jater, srdce a neurologickým onemocněním. Ale není doporučeno ani kojení novorozenců donošených prvních pár dnů po narození. Důsledkem zástavy laktace ovšem může být prohloubení deprese, jelikož společnost vyzdvihuje kojení a všechny pozitiva pro dítě. Toto může vést k tomu, že matka bude mít pocit, že selhala. Ovšem pokud matka dobře spolupracuje a dodržuje určité zásady léčby, není vždy nutné laktaci zastavit (Izáková, 2013, s. 162-163). Jedličková ve svém článku popisuje tzv. bezpečná antidepresiva, která se užívají během těhotenství a laktace. Mezi ně patří např. SSRI, klomipramin a nortriptylin. Do mateřského mléka přestupuje asi 1% léku z plasmu. Vystavení novorozence antidepresivu ovlivňuje také stav metabolismu, dávka podaného léku a četnost kojení

(Jedličková, 2008, s. 87). Zásadou předepisování antidepresiv, je zjištění, zda žena již má nějaké zkušenosti s antidepresivy. Pokud jsou tyto zkušenosti pozitivní, měl by je lékař doporučit (Hirst, Moutier, 2011, s. 34; Strunzová a kol., 2005, s. 35; Lusskin, 2008, s. 37). Je také doporučena spíše monoterapie kvůli menšímu výskytu nežádoucích účinků pro matku a nižšímu riziku expozice pro plod (Strunzová a kol., 2005, s. 35; Bareš, 2002, s. 9-16). Léčba se zahajuje nízkou dávkou antidepresiva, kvůli zvýšené citlivosti žen po porodu. Tato počáteční dávka se podává první 4 dny a poté se postupně zvyšuje. Úvodní dávka u SSRI se většinou pohybuje od 5 do 25 mg. Během léčby se žena sleduje pomocí hodnotících škál (Hirst, Moutier, 2011, s. 34- 35). Dávkování antidepresiv by podle Bareše mělo být co nejnižší, ale zároveň by daná dávka měla být také účinná a přiměřená závažnosti deprese. U žen ve III. trimestru vzhledem ke změnám v organismu (snížení vazebné kapacity proteinů, zvýšení distribučního objemu, pokles gastrointestinální motility, zvýšení hepatálního metabolismu) je k udržení účinné dávky antidepresiv nutné zvýšit dávkování asi 1,6x. Podle některých studií je doporučeno vysadit antidepresiva 1-2 týdny před porodem, je však riziko vzniku poporodní deprese, především u těžší formy deprese v graviditě. Dále také hrozí syndrom z vysazení či relaps příznaků. Po porodu je tedy doporučeno opět nasadit antidepresiva. Mělo by se však zvážit dávkování, jelikož organismus ženy po porodu se opět vrací do období před koncepcí a je snížen hepatální metabolismus. Tímto se tedy při nezměněném dávkování zvyšuje koncentrace léčiva v krvi. Proto je doporučeno snížit dávku na úroveň před koncepcí nebo snížit o 1/3 oproti III. trimestru (Bareš, 2002, s. 9-16). Lusskin naopak vysazení antidepresiv nedoporučuje. Při vysazení léčby před otěhotněním a během gravidity hrozí recidiva deprese. Léčba recidivy během těhotenství je obtížnější než mimo graviditu. To samé platí pro změnu antidepresiv. Změna léčby po 20. týdnu gravidity zvyšuje riziko recidivy. Ženy, které mají s antidepresivy pozitivní zkušenosti a ty, které mají středně závažnou a těžkou depresi, je farmakoterapie vhodnou volbou (Lusskin, 2008, s. 36-38). Strunzová doporučuje zástavu laktace, ale pokud žena kojí, tak zvolení vhodného antidepresiva. To by mělo být takové, se kterým má žena pozitivní zkušenosti z minulosti, ale zároveň splňuje podmínky krátkého biologického poločasu a co nejmenší množství metabolitů. Upřednostňuje se monoterapie. Antidepresivum by se mělo podávat před posledním kojením před nejdelším spánkem dítěte (Strunzová a kol., 2005, s. 35). Pokud příznaky deprese ustanou, léčba přetrvává ještě dalších 6- 9 měsíců. Po této době se mohou antidepresiva

pozvolna v období dvou týdnů vysazovat. Postupné vysazování zabrání syndromu z vysazení, který se projevuje podobně jako chřipka (Hirst, Moutier, 2011, s. 34- 35). Bareš dále popisuje, co vše se musí brát v úvahu při léčbě antidepresivy kojících matek. Novorozenci mají nezralé metabolické procesy (snížená glomerulární filtrace a tubulární sekrece, nezralost metabolických procesů v játrech). Na přestup léku do mateřského mléka mají vliv i chemické vlastnosti léku – molekulární hmotnost, rozpustnost v tucích, vazba na bílkoviny, ionizace, apod. A v neposlední řadě na přestupu léku do mateřského mléka závisí také metabolismus kojící ženy, dávkování léčiva a způsob a četnost kojení (Bareš, 2002, s. 9-16).

### 3.2. Psychoterapie

Psychoterapie je podstatou léčby a prevencí poporodní deprese ( Jedličková, 2008, s.87). Volba psychoterapie je vhodná, pokud byl příčinou deprese psychosociální faktor. Důležité je, aby žena s depresí měla sama zájem o tuto léčbu (Kryl, 2006, s. 250). Základy psychoterapie by měl zvládat veškerý zdravotnický personál. Psychoterapeuticky působí i vhodná komunikace (Jedličková, 2008, s. 87). Důkazem toho je výzkum skupiny amerických psychologů, kteří zkoumali matky, které měly potíže s vytvořením citové vazby se svým dítětem. Aktivně s nimi komunikovali o jejich dětství a nechali je emočně vyjádřit své pocity z dětství. Poté se jim ulevilo a byly schopny navázat silnou citovou vazbu se svým dítětem (Labusová, 2011, s. 17). Honzák také popisuje studii, kdy byla sledována skupina matek s dětmi od 1 do 4 let ze slabých sociálních poměrů a nepostačující zdravotní péčí, u kterých byla screeningem zjištěna poporodní deprese. Matky byly rozděleny do dvou menších skupin. V té první absolvovaly kognitivně behaviorální terapii, ve které byly poučeny o možných následcích pro dítě, vztazích mezi chováním a myšlením a souvislostech mezi chováním matky a dítěte. Ve druhé skupině se o matky starali standardně sociální pracovníci. U obou sledovaných vzorků se projevilo zlepšení. U vzorku s KBT byl také pozitivní výsledek v chování dítěte. Je důležité se nezaměřovat jen na brzké poporodní období, ale na delší časový úsek (Honzák, 2010, s. 81 - 83).

Nezbytnou součástí psychoterapeutické léčby je, aby klientka porozuměla tomu, co se s ní v depresi děje, naučila se a rozvinula zdravé prožívání, obnovila žebříček hodnot, začala sama sobě důvěřovat, aby se cítila v bezpečí a měla svůj život pod kontrolou. Napomáhá jí najít cestku k řešení problémů. Praško stejně jako Kryl, doporučuje psychoterapii u lehké a středně těžké deprese. V tomto stádiu je velmi účinnou terapeutickou metodou a u lehké deprese může být dokonce i jedinou. U hluboké deprese se může psychoterapie aplikovat také, ale je účinná spíše ve fázi, kdy odeznívá (Praško, 2008, s. 86). Kryl vytyčuje jako hlavní cíl této léčby opětovné začlenění se do společnosti a získání důvěry k ostatním. Tento cíl se začne realizovat vytvořením si důvěry k psychoterapeutovi (Kryl, 2006, s. 251). Praško popisuje psychoterapeuta jako odborníka, který má schopnost empatie, zkušenosti, odborné znalosti, umí klientovi porozumět a detailně pochopit jeho problémy. Navrhuje způsoby k překonávání příznaků deprese. Psychoterapeut je jako průvodce na cestě za uzdravením. Průvodce je vhodný pojem, protože nepředstavuje roli kamaráda ani rodiče. Pomáhá člověku, aby se sám změnil. Je důležité, aby měl klient k této léčbě aktivní přístup (Praško, 2008, s. 87). Kryl popisuje jako další cíle psychoterapie probudit v člověku chuť do života, změnit svůj dosavadní postoj, vnímat depresi jako přechodnou a ne trvalou, podpořit jej v compliance při užívání psychofarmak, naučit klienta rozpoznat a správně zareagovat na první příznaky deprese při případné rekurenci. Po dosažení cílů by měly obnovovat zájmy, mezilidské vztahy a mizet depresivní automatické myšlenky. Celkově by se měla naučit zvládat další problémy, se kterými se v budoucnu setká a získat zpět sebevědomí (Kryl, 2006, s. 251).

Volba postupu při psychoterapii je individuální. Každý má jiné preference, jinou symptomatiku, jiné vytyčené cíle. Používají se časově ohraničené terapie, jako je kognitivní, behaviorální a kognitivně-behaviorální terapie. Dále jsou přístupy, které se zaměřují na změny osobnosti a mezilidských vztahů. Patří sem psychoanalytická psychoterapie, psychodynamická psychoterapie, interpersonální psychoterapie, gestalt terapie a logoterapie. Dalším přístupem je skupinová psychoterapie, která může být vedena jako kurz či u hospitalizovaných klientů (Kryl, 2006, s. 251). Skupinová psychoterapie pomáhá klientovi uvědomit si spoustu věcí. Zjišťuje, že není sám s tímto problémem a spoustu lidí prožívá podobné věci. Lidé ve skupině se učí od sebe navzájem pod vedením psychoterapeuta. Tato metoda je však účinná

spíše u lehčí deprese či odeznívající, kdy pomůže v socializaci a řešení problémů. U hluboké deprese není vhodná. Klient se cítí ve skupinové terapii zahlcen a přetížen. Terapie probíhá ve skupině 8 – 12 lidí, vedena nejlépe dvěma psychoterapeuty. Trvá 1,5 hodiny. Lidé jsou otevření, upřímní a chovají se jak v reálném životě. To napomáhá utvářet důvěrnou atmosféru. Skupina může být buď uzavřená, nebo otevřená, kdy se mohou postupně přijímat noví členové. Psychoterapie individuální obnovuje důvěru. Pracuje zde jeden psychoterapeut s jedním klientem. Je zde přátelská atmosféra. U těžší deprese je vhodná v kombinaci s psychofarmaky. Další možností je rodinná psychoterapie. Zde jsou začleněni i rodinní příslušníci. Snáze takto rodina pochopí příčinu depresivního onemocnění u svého blízkého a nebudou hledat viníka. Zjistí, že není na místě spekulovat o příčinách ve výchově, vinit se navzájem a hádat se, ale důležité je být oporou v léčbě jejich blízkého a pomoci vytvořit pro něj příznivou atmosféru během léčby. Psychoterapeut napomáhá uklidnit vztahy v rodině. Nejúspěšnější psychoterapií u léčby lehké a střední deprese je Kognitivně-behaviorální psychoterapie (dále jen KBT). Patří mezi léčbu první volby u těchto stupňů deprese. U těžké deprese musí být kombinovaná s farmaky. Napomáhá člověka celkově zklidnit, přijmout svoje onemocnění, změnit způsob myšlení, upravit chování a naučit se relaxovat. KBT klienta učí jak pracovat s příznaky deprese, zbavovat se jich a jak efektivně překonat stresující situace. Zdokonaluje sebevědomí a adaptaci. Tyto metody zvládnání zátěže dále může klient aplikovat v budoucnosti při řešení různých problémů. KBT také napomáhá zvládat automatické depresivní myšlenky a plánovat různé činnosti. Pomůže klientovi porozumět depresi, nacvičit si asertivní jednání a komunikaci s lidmi a předcházet relapsu onemocnění (Praško, 2008, s. 88-90). Kryl popisuje jednotlivé postupy u KBT. U klienta je terapeutické změnit styl myšlení, aby byl schopen zpracovat své emoce a učit se jiným způsobům myšlení, především změnit sebeobviňování a pocity viny. Naučit se asertivně jednat a zvládat sociální dovednosti. Změnit postoj k sobě a k ostatním v pozitivním smyslu. Dalším terapeutickým postupem KBT je učení novým vzorcům chování a jednání a omezení sociální izolace. Také uvádí další metody léčby u jiných terapeutických směrů. U Behaviorálních a analytických směrů je důležitá aby si klient uvědomil, jak pracovat se sebeobviňováním, měl by se naučit zvládat vnitřní konflikty, analytické směry dále učí zpracovávat traumatické prožitky. Humanistické a existenciální směry zase povzbuzují klienta v rozvoji své osobnosti, upevnění sebevědomí, sebeúcty

a sebedůvěry, napomáhají utvářet a držet se žebříčku hodnot a zodpovídat za svůj život (Kryl, 2006, s. 253). Roubal se ve svém článku zabývá použitím gestalt terapie u léčby deprese. Ta se zabývá především prací s emocemi. Gestalt psychoterapie může probíhat buď individuálně či skupinově. Terapie je zaměřená na to, co klient prožívá právě teď. Své minulé zážitky může zobrazovat v přítomnosti a také může změnit způsob, jakým se v minulosti choval k sobě či k ostatním. Psychoterapeut vstupuje do dialogu s klientem a nezasahuje svojí interpretací, ale nechá klienta samotného vyjádřit pocity k danému prožitku. Gestalt terapie pomáhá odpoutat se od naučených vzorců chování v určitých situacích a uvědomit si je. Pomáhá budovat vnitřní podporu. Během prvních sezení si terapeut s klientem vytváří důvěru. Naslouchá a pozoruje vyjádření emocí. Psychoterapeut klienta chválí za vynaložené úsilí. U dalšího sezení navrhuje vhodné intervence. Klient může vyjádřit potlačené emoce, zpracovávat pocit křivdy, vztek, apod. Během třetího sezení se pracuje s alternativními způsoby reagování a tvoření nových emocí. Psychoterapeut klienta chválí a podporuje za pokroky a vede ho k sebechvále (Roubal, 2007, s. 341-345). Kryl popisuje, že psychoterapie může mít i nežádoucí účinky při léčbě deprese. Jak již Praško uvedl, u klienta s depresí, při individuální či skupinové terapii, špatné načasování aktivizace, kdy klient není ve fázi ústupu příznaků, může zhoršit jeho příznaky. Předcházet se tomu dá stanovením přesné indikace k psychoterapii a průběžným hodnocením klientova stavu. Při indikaci psychoterapie by se měla brát v úvahu komorbidita, inteligence a osobnost klienta a stupeň deprese. Dalším velmi důležitým faktorem je souhlas klienta s terapií (Kryl, 2006, s. 253). Nepodaří-li se dosáhnout remise pomocí psychoterapie do 12 týdnů, je doporučeno začít s léčbou pomocí antidepresiv. Podle posledních studií je dosaženo nejlepších výsledků léčby deprese při kombinaci psychoterapie a farmakoterapie. Ošetřující lékař může provádět podpůrnou psychoterapii. Je důležité, aby byl empatický, laskavý, aby uměl naslouchat, podporovat a povzbuzovat. Zároveň by měl dávat reálné cíle a informovat o léčbě a předpokládaném vývoji. Tato podpůrná psychoterapie ovšem sama o sobě k léčbě deprese nepostačuje (Laňková, Raboch, 2013, s. 9).

U těhotných žen se nejvíce používá interpersonální psychoterapie a kognitivně behaviorální. Ve studii 99 žen s poporodní depresí, které po dobu 12 týdnů navštěvovaly interpersonální psychoterapii, bylo dosaženo dvojnásobného zlepšení stavu (Smith, 2004, s. 31-37). Podle studie Spinelli je pro léčbu deprese v těhotenství

vhodná interpersonální psychoterapie. Během 16 týdnů 13 těhotných žen s depresí během gravidity navštěvovalo interpersonální psychoterapii. U žen se po 16 týdnech psychoterapie výrazně snížily příznaky deprese. Interpersonální psychoterapie tedy může být alternativou farmakoterapie v těhotenství (Spinelli, 1997, s. 1028-1030). Australská studie posuzovala účinnost interpersonální psychoterapie u léčby poporodní deprese. Účastnilo se jí 18 matek s diagnostikovanou poporodní depresí. Psychoterapie byla přístupná i pro partnery účastnic. Vztahy účastnic a jejich partnerů se zlepšily, zlepšily se i příznaky poporodní deprese (Reay, 2006, s. 31-39).

### 3.3. Další metody léčby

Fototerapie slouží jako adjuvantní léčba u chronické deprese. Spolu s SSRI antidepresivy se používá především k léčbě sezónní deprese (Laňková, Raboch, 2013, s. 9). Intenzivní dávka světla (2500-5000 luxů) se aplikuje ráno před svítáním. Může být velmi účinná a u určitého typu deprese pomoci již za týden. Způsobuje harmonizaci hormonů. Aplikace fototerapie trvá asi 2 hodiny (Praško, 2008, s. 91).

Praško popisuje, že lidské tělo je konstituováno na tělesnou námahu. Pokud člověk nemá dostatek pohybu, v nervovém systému převládá sympatikus a tělo na to reaguje prožíváním stresu. Dále se také snižuje metabolismus a člověk přibírá na váze. Dále se může cítit více unavený, má poruchy spánku a snížené libido. Zavedením pravidelného pohybu se lépe zbaví stresu, zvýší se parasympatikus, zpomaluje se srdeční akce a navozuje se pocit psychické i fyzické pohody. Po cvičení se zlepšuje i kvalita spánku. Lidé s absencí tělesného cvičení mají depresi 2x častěji než fyzicky aktivní lidé (Praško, 2008, s. 176). Bylo prokázáno, že 14 – denní program aerobního cvičení má příznivý antidepresivní účinek. Zmírnění příznaků lze pozorovat zejména u lehčích depresí (Laňková, Raboch, 2013, s. 9). Aerobní cvičení trvá alespoň 20 minut. Probíhá v přiměřeném tempu, bez přestávky a zaměřuje se především na svaly dolních částí těla. Během cvičení se uvolňují endorfiny a pozitivně působí na náladu, způsobují relaxovanou bdělost a jsou prevencí deprese. Aerobní cvičení má pozitivní vliv i na paměť. Podporuje růst

nervových spojení a schopnost lepšího vybavení. Příkladem aerobního cvičení je vytrvalostní běh či jízda na kole. Když člověk začne s tímto cvičením, začátky pro něj mohou být demotivující. Může pociťovat bušení srdce, nedostatek dechu, lehký pocit závratě, apod. Ale důležité je začít s lehčí námahou a nestanovovat si příliš náročné cíle. Pokud tělo není zvyklé na větší fyzickou aktivitu, musí se zatěžovat postupně. Lidé mnohdy po prvním cvičení nemají chuť setrvávat, další den pociťují bolest svalů. Ale pokud setrvají, po týdnu pravidelného cvičení by se měli cítit lépe. Důležité je cvičit z vlastní vůle a ne z donucení. Při nuceném cvičení může převažovat stres nad přínosem (Praško, 2008, s. 176-177).

Jako prevence vzplanutí deprese je vhodná relaxace. Relaxace uvolňuje jak tělo, tak i psychiku. Není jako spánek. Ve spánku se někdy mysl ani tělo plně neuvolní, může být přerušovaný a člověk se po něm nemusí cítit odpočatě. Ale relaxace je vědomé uvolnění. Tělo se harmonizuje pomocí pravidelného dýchání s prodlouženým výdechem, srdeční akce se zpomalí, krevní tlak se mírně sníží, uvolní se svaly a zpomalí se i další tělesné pochody. Automatické myšlenky vymizí, mysl se soustředí na jednu věc, např. rytmus dechu. Relaxace má mnoho pozitivních účinků na organismus a mysl. Je to vhodný způsob uvolnění se po fyzické námaze. Nabízí možnost psychické pohody tím, že zabraňuje působení stresu a zároveň zvyšuje odolnost vůči stresu. Napomáhá načerpat novou energii, ale i naopak může pomoci lépe usnout. Zvyšuje schopnost koncentrace, učení a pamatování. Zvyšuje sebedůvěru a napomáhá myslet více optimisticky. Relaxace se může provádět i přímo v zátěžové situaci. Nejdříve je ale vhodné ji cvičit v příznivém prostředí. V místnosti by měl být klid, pološero, vhodná teplota a dostatek čerstvého vzduchu. V pozadí může tiše hrát příjemná hudba. Člověk by měl mít pohodlné oblečení pro snadnější uvolnění. Relaxace by se měla uskutečňovat alespoň 2 hodiny po jídle, aby ji nerušily trávicí pochody. Během učení se relaxovat by si měl člověk vymezit 30 minut, ale jakmile bude zkušenější, budou mu stačit pro rychlé uvolnění i 3 minuty. Relaxovat se dá v sedě či v leže, hlavně by se člověk měl cítit pohodlně. Začíná se napínáním a uvolňováním jednotlivých svalů. Napnutí svalu probíhá na konci nádechu a uvolnění během dlouhého výdechu. V napětí by sval měl být po dobu 5 vteřin. Toto cvičení by se mělo provádět asi 10 minut. Napomáhá uvědomit si napětí v zátěžové situaci a tímto relaxačním cvičením ho eliminovat. Imaginace je dalším prostředkem k dosažení relaxace. Uvolní lidskou tvořivost a pomůže připravit



na řešení obtížných situací. Imaginace může být pozitivní, ale i negativní. Negativní imaginace se může projevat automaticky, podobně jako automatické myšlenky. Může být doprovázena stresem, strachem či obavami. Pracovat s imaginací se dá naučit. Nejdříve si člověk pomocí vnitřního zraku představuje různé jednoduché předměty, jak např. jablko, strom, slunce, apod. A poté si představuje jejich vůni, chuť a dotek. Později si představuje různé činnosti, setkávání se s lidmi, komunikace s nimi, může si představovat sám sebe nebo nějaké události z minulosti (Praško, 2008, s. 145-156).

K dalším nefarmakologickým postupům léčby deprese patří spánková deprivace, repetitivní transkraniální magnetická stimulace, vagová stimulace a elektrokonvulze. Z doplňků stravy napomáhají překonat depresi i vitamíny B9, B12 a nenasycené mastné kyseliny (Laňková, Raboch, 2013, s. 9 - 10). Terapeutický vliv má dále posílení biorytmu, zavedení rutinních činností a pravidelnosti. Pomáhá také zavedení ranní sprchy. (Praško a kol., 2008, s. 67).

Karl Deisseroth a kol. ze Stanfordské univerzity, provedl výzkum o nové metodě léčby deprese. Tento výzkum spočíval v ovlivnění neuronů produkujících dopamin, který vyvolává příjemné pocity a motivaci. Lidé, kteří mají depresivní poruchu, mají tuto schopnost omezenou. Výzkum byl prováděn na krysách, kterým byla provedena optogenetika (Kay M. Tye a kol., 2012, s. 537 – 541). Optogenetika je aktivace nebo tlumení nervových buněk, ovlivňující funkci mozku. Do neuronů se vnese bílkovina, ta funguje jako dráha, kterou mohou proudit ionty mezi buňkou a vnějším prostředím (Dohnal, 2014). Krysy přijaly bílkoviny reagující na světlo a vědci poté aktivovaly vybrané neurony, které produkují dopamin. Aktivace probíhala zábleskem modrým světlem. Ten zcela a okamžitě změnil chování krysy. Při mírně depresivním chování zmizely příznaky deprese ihned po aktivaci neuronů (Kay M. Tye a kol., 2012, s. 537 – 541).

## 4. Péče porodní asistentky o psychiku ženy

Porodní asistentka (dále PA) pracující na oddělení šestinedělí, by měla bedlivě sledovat, jak žena reaguje na poporodní změny. Psychika ženy po porodu prochází změnami způsobenými poklesem progesteronu, estrogenu a sekrecí prolaktinu a oxytocinu. Další vliv na psychiku má průběh samotného porodu, poporodní změny organismu, jako je snížení hmotnosti, laktace, zavinování dělohy, dále na psychiku působí únava, vyčerpání, absence spánku, nová role matky a opora v partnerovi a personálu. Změny, které žena prožívá, musí zpracovat a vyrovnat se s nimi. Patří sem upevnění citového vztahu s dítětem. Svoji vzájemnou vazbu zpočátku upevňují kojením a péčí. To ale s sebou nese vyčerpání a únavu matky, která zpočátku může mít pocit, že to nezvládne. PA by měla ženě vytvořit co nejlepší podmínky pro utváření pevného pouta s jejím dítětem. Ať se jedná o období bezprostředně po porodu, tak na oddělení šestinedělí. PA ženu trpělivě edukuje a zároveň jí nechává volný prostor pro intuici. Po porodu má žena možnost kontaktu s dítětem skin-to-skin a přiložení k prsu. To je pro vztah matky a dítěte velmi obohacující (Ratislavová, 2008a, s. 27-31). Skandinávská studie poukazuje na důležitost kontaktu s předčasně narozeným dítětem skin-to-skin. V těchto zemích se tato metoda používá již od roku 1980. Podle empirických studií, může být vhodná i pro terminální péči novorozence, kdy pomůže i v procesu smíření u rodičů. Pro novorozence je kontakt skin to skin významný pro blízkost s rodiči. Zdravotní sestry (porodní asistentky) považují skin to skin kontakt za přednostní v péči o umírající předčasně narozené dítě (Kymre, 2013, s. 669-676). Podle další studie má skin to skin i analgetický účinek pro novorozence. Touto metodou se v porovnání s kontrolní skupinou novorozenců výrazně eliminoval pláč a bolestivé grimasy během screeningu z patičky. Také se podstatně snížila srdeční frekvence vzniklá z rozrušení na bolestivý podnět (Gray, 2000, s. 1-6). Studie Feldmana srovnávala péči s metodou skin-to-skin a klasickou péči o předčasně narozeného novorozence. Do výzkumu bylo zahrnuto 73 nedonošených novorozenců. Díky kontaktu skin-to-skin dítě lépe vnímalo podněty a projevovalo více pozornosti a u matek byl menší výskyt poporodních depresí a vnímaly své dítě pozitivně. Během 3. měsíce byly rodiče více citliví ke svému dítěti a vytvářely lepší prostředí domova. V 6. měsíci po narození dítěte měly kojenci lepší mentální a psychomotorický vývoj. Studie dokazuje, že skin-

to-skin má pozitivní vliv na vývoj dítěte a tím i zlepšuje náladu, vnímání a chování rodičů k dítěti (Feldman, 2002, s. 16-26). Na oddělení šestinedělí je režim rooming-in. Neustálá vzájemná přítomnost matky a dítěte má pozitivní vliv na kojení a další upevňování citového pouta. Dítě se s matkou cítí bezpečně a důvěřuje jí. PA může ženu naučit jemné masáže a tím posílit její sebedůvěru a zároveň pozitivně stimulovat dítě. Pokud ženě dělá problémy kojení, PA by jí měla poskytnout důkladnou instruktáž a praktické nacvičení přikládání dítěte k prsu. Někdy může být neúspěšné kojení zapříčiněno psychickým rozrušením žen. Zde pomůže krátké relaxační cvičení či uklidňující hudba, a jakmile se žena uklidní, novorozenec to vycítí a poté si jej opět může zkusit přiložit k prsu. PA by měla sledovat, zda se u ženy objevuje poporodní blues projevující se podrážděností, úzkostlivostí, plačtivostí, únavou, nejistotou apod. Vyskytuje se až u 70 % žen kolem 3. dne po porodu. Na rozdíl od poporodní deprese je to fyziologická adaptační reakce na změny, mizící do 10. dne po porodu, bez terapie. Žena by měla být o tomto stavu informována z předporodního kurzu a neměl by ji zaskočit. Pokud ovšem tyto příznaky přetrvávají déle než 14 dnů, může se tato přirozená adaptační reakce rozvinout v poporodní depresi. O tom by měla ženu PA také poučit a dát jí kontakt na odborníka, který by posoudil závažnost psychických potíží, v případě přetrvávajících příznaků. Pokud PA u ženy pozoruje akutní a výrazné psychické potíže, jako jsou mánie, schizofrenie, atypická euforie, dezorientace, halucinace či paranoia, může se jednat o vzácný případ poporodní psychózy, který postihuje 0,1% žen v šestinedělí, kolem 3. dne po porodu. Záchyt této psychické poruchy je velmi důležitý, jelikož je ohrožen život ženy i dítěte. Je nutná okamžitá pomoc odborníka (Ratislavová, 2008a, s. 27-31).

Žena či PA si mohou všimnout varovných signálů, upozorňujících na rozvoj deprese. Patří sem např. nespavost, únava, stísněnost, napětí, úzkost, ztráta radosti, snížení koncentrace, pociťování tlaku na svou osobu, apod. Kromě doporučení návštěvy odborníka, může PA pomoci i radami na zmírnění deprese. Nejdříve by si žena měla uvědomit, že deprese je nemoc, která není napořád, ale správnou léčbou se jí může za několik týdnů či měsíců ulevit. Léčba bohužel není okamžitá, ale je třeba s ní vydržet. Po skončení příznaků by měla užívat antidepresiva ještě alespoň půl roku. Neměla by mít na sebe příliš vysoké nároky a spíše se soustředit na splnění menších cílů. Žena v depresi má méně energie a neúspěch by ji mohl ještě více demotivovat. V depresi by se neměla dělat zásadní rozhodnutí, kterých by žena

mohla později litovat. V průběhu deprese má změněné rozhodování. Žena by se měla zaměřit na činnosti, které jsou jí příjemné. I když jich zpočátku nebude moc, alespoň četba či sledování oblíbeného televizního pořadu může pro začátek prospět. Měla by stále udržovat sociální kontakty alespoň s nejbližšími lidmi. Je důležité, aby netrávila příliš času sama, kvůli negativním myšlenkám, které se automaticky objevují. PA by měla ženu upozornit, ať se nesnaží depresi řešit pitím alkoholu, protože tím se její stav ještě více zhorší a při užívání antidepresiv s alkoholem se zvýrazňují nežádoucí účinky léků. Měla by chodit do postele jen v případě, že je opravdu unavená a ne polehávat přes den. Měla by si najít člověka, kterému důvěřuje, může to být buď manžel, kamarádka, ale i psychoterapeut či PA, a tomu se svěřovat se svými pocity. Neměla by během depresivní epizody plánovat větší změny ani dovolenou v jiném prostředí. V depresi má člověk horší schopnost adaptace. PA by měla obeznámit i ostatní členy rodiny o stavu ženy a vysvětlit jim jak by se k ní měli chovat a že je to pouze dočasný stav (Praško, 2008, s. 91-95).

Porodní asistentka, která pracuje v komunitní péči, by se u žen v šestinedělí měla zaměřovat na tělesné potíže, ale neméně důležitou je i psychika. Měla by se zajímat o kvalitu vztahů v rodině. Zejména u primipar je vhodné sledovat proměnu ve vztahu mezi partnery. Dítě mění partnerský vztah a ten prochází zatěžkávací zkouškou. Začínají nové rodinné povinnosti, někteří muži mohou mít pocit, že jim partnerka nevěnuje tolik pozornosti jako dítěti. PA by měla také sledovat, jak se daří mužům zapojit se do péče o dítě a jak moc jsou své ženě oporou. Dobrý vztah s partnerem a jeho opora jsou pro psychiku ženy po porodu velmi důležité. Mimo to, by žena měla mít oporu i v širší rodině a přátelích. Další věc, o kterou by se PA měla zajímat a která je mnohdy tabuizovaná je sexualita. V šestinedělí je doporučeno začít s pohlavním stykem čtyři až šest týdnů po porodu, ovšem velmi záleží na hojení poporodních poranění. Ženy mnohdy pociťují snížený zájem o pohlavní styk. Důvodem může být únava a vynaložení veškeré energie péči o dítě. PA by měla pár poučit, že toto snížené libido je jen přechodné. Do osmi týdnů se sexualita obnoví u 71 % žen a do deseti týdnů po porodu začne opět sexuálně žít 90 % partnerů. Pokud by se ovšem sexualita neobnovila ani do deseti týdnů, měla by PA pár poučit o vyhledání odborné pomoci (Ratislavová, 2008b, s. 26-30). V pilotní studii bylo zjišťováno sexuální zdraví žen v poporodním období. Dotazníky byly rozeslány 158 primigravidám. Ženy, které praktikovaly pohlavní styk, vyplnily informace ohledně

problému během styku, sexuálních praktik, frekvencí styku a celkovou spokojeností v období 3 měsíců po porodu. U 58% žen byla zkušenost s dyspareunií, 39% žen udávalo nutnost používání lubrikačního gelu a u 44% bylo snižené libido. Ve srovnání se sexualitou před těhotenstvím došlo k poklesu v četnosti pohlavních styků, sexuální praktiky se výrazně nezměnily. Celková spokojenost byla nižší ve srovnání se sexualitou před otěhotněním. Z dotazovaných žen, které vykazovaly problémy v sexuálním životě, pouze 19% o svém problému diskutovalo s odborníkem (Geraldine, 1999, s. 179-191). Dále by PA měla sledovat a dotazovat se ženy na zkušenosti s péčí o dítě, jak celkově toto období vnímá, měla by odhadnout osobnost ženy, kdy perfekcionismus a vysoké nároky na sebe mohou spolu s dalšími faktory vést k rozvoji poporodní deprese. PA by měla odhadnout socioekonomickou situaci a další životní události či změny, které žena právě prožívá. Pokud je žena v psychické nepohodě, působí to i na dítě, které je neklidné. Žena neví proč dítě stále pláče a vyhodnocuje to jako neuspokojení z péče a je nejistá ve své roli. Úkolem PA je ženu obeznámit s tím, že dítě vycítí, když je žena v psychické nepohodě a proto by ve chvílích, kdy pečuje o dítě, neměla myslet na jiné problémy a věnovat se pouze jemu. PA řeší také případné tělesné potíže ženy po porodu, jako je anemie, hojení rány po episiotomii, apod. Tyto somatické problémy také oslabují psychickou odolnost ženy. PA by se měla vyptávat na přítomnost psychických onemocnění v rodině či u ženy v minulosti (Ratislavová, 2008b, s. 26-30). PA by měla rozeznat ženu, kterou postihuje poporodní blues od ženy, která trpí poporodní depresí. Měla by se zaměřit především na ženy, které mají rizikové faktory (pozitivní psychiatrická anamnéza), prostředí (špatné sociální poměry) či události (trauma z minulosti) k rozvoji deprese. (Repková, 2011, s. 557-560). Poporodní deprese se diagnostikuje obtížně, protože její symptomy mohou být zpočátku neurčité a pozvolné. Nejvíce rizikové období je po příchodu ženy domů. Je náhle sama zodpovědná za dítě, nemá možnost okamžité konzultace s odborníkem a mimo péči o dítě musí zvládat i chod domácnosti. Dalším rizikovým obdobím je 2-3 týdny po opuštění porodnice, kdy zájem a podpora rodiny postupně klesá. Právě na toto rizikové období by se měla PA zaměřit a pomocí screeningových dotazníků (EPDS) zjistit jak velké má žena riziko pro vznik poporodní deprese a případně jí doporučit kvalifikovanou pomoc. To, že PA pomůže odhalit poporodní depresi, hraje významnou roli pro správný vývoj dítěte a pozitivní utváření vztahu mezi matkou a dítětem (Ratislavová, 2008b, s. 26-30). Komunitní porodní asistentka může mít

důležitou roli i pro ženu, která během těhotenství či porodu ztratila své dítě. Svou dlouhodobou podporou pomůže ženě vyrovnávat se se ztrátou. Komunikací a navozením důvěrné atmosféry, napomáhá ženě vyjádřit své emoce. Může ženě doporučit odbornou pomoc psychologa nebo svépomocných skupin. Po 6-8 měsících truchlení může ženu pomalu směřovat k plánování dalšího těhotenství a informovat ji o tom, že další těhotenství bude jiné. Může pociťovat větší obavy o dítě. Pokud se ženě podaří znovu otěhotnět, porodní asistentka by ji měla informovat o možnostech zvládnutí úzkosti a stresu z obav o dítě. Je vhodné doporučení relaxačních technik a podpora sebedůvěry (Kaspárková, Bužgová, 2013, s. 653-654).

## 5. Shrnutí teoretických východisek a jejich význam

Afektivní poruchy, mezi které patří i deprese, jsou 3. nejčastější duševní poruchou a postihují téměř pětinu populace. Prevalence tohoto onemocnění v Evropě je 3-10%. Asi u 10% žen se manifestuje mírná až středně závažná deprese v poporodním období (Raboch, 2006).

Ne každý, koho postihuje deprese, má všechny příznaky uvedené v práci. Některé ženy jich mají méně, některé více. Také závažnost jednotlivých příznaků je u různých žen odlišná (Praško, 2008, s. 46).

V léčbě poporodní deprese je stejně důležitá farmakoterapie i psychoterapie. Možná je i kombinace těchto dvou terapeutických postupů. Farmakoterapie pomáhá zabraňovat relapsu deprese a psychoterapie zase zlepšuje sociální adaptaci. Při kombinaci obou postupů se výrazně snižuje množství nežádoucích účinků a přetrvávajících příznaků (Roubal, 2007, s. 341).

Porodní asistentka má tři hlavní pole působnosti během poporodní péče. Fyzické, edukační a psychosociální. Tyto oblasti jsou spolu navzájem propojeny (Ratislavová, 2008a, s. 27-31). Práce se zabývá péčí porodní asistentky o psychiku ženy v různých situacích (po porodu, po úmrtí dítěte) a na různých místech (oddělení šestinedělí, komunita).

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřila na shromáždění poznatků o poporodní depresi a následným poskytnutím přehledu nejnovějších informací o této problematice.

Prvním cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o příčinách poporodní deprese. Rizikových faktorů pro vznik poporodní deprese je mnoho. Nejvíce se udává vliv hormonálních změn (Izáková a kol., 2013, s. 29; Janáčková, 2009, s. 1; Ratislavová, 2008, s. 82; Jedličková, 2008, s. 89), pozitivní psychiatrická anamnéza (Izáková a kol., 2013, s. 26; Herba, 2014, s. 408; Hirst, Moutier, 2011, s. 30; Praško a kol., 2008, s. 41; Lusskin, 2008, s. 34) a psychosociální faktory, kam patří neplánovaná gravidita, nedostatečná sociální opora, negativní životní události, nepříznivá socioekonomická situace, osobnost matky, postoj společnosti apod. (Ratislavová, 2008, s. 91; Izáková a kol., 2013, s. 75; Labusová, 2011, s. 17; Praško a kol., 2008, s. 60; Kaspárková, Bužgová, 2013, s. 648; Dušová, Moniaková, 2010, s. 122). První cíl bakalářské práce byl splněn.

Druhým cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o příznacích poporodní deprese. Příznaky lze rozdělit na hlavní a vedlejší. K hlavním patří např. pokleslá nálada, méně energie a únava a k vedlejším zhoršená koncentrace, snížená sebedůvěra, pocity viny, nespavost, apod. Podle četnosti a délky trvání těchto příznaků se deprese dělí podle MKN 10 na lehkou, středně závažnou a těžkou (Praško a kol., 2008, s. 44). Deprese matky může mít negativní vliv na tvorbu vzájemného vztahu mezi matkou a dítětem (Honzák, 2010, s. 81; Izáková, 2013, s. 162; Herba, 2014, s. 409). Podle některých studií se může poporodní deprese vyskytovat dokonce i u partnerů rodiček (Cox, 2005, s. 982; Janáčková, 2009, s. 1; Jedličková, 2008, s. 86). Druhý cíl bakalářské práce byl splněn.

Třetím cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o léčbě poporodní deprese. Léčba deprese může být farmakologická, psychoterapeutická a dále jsou k dispozici metody jako aerobní cvičení, relaxace, imaginace či fototerapie. Nejvíce autorů se shoduje, že nejvhodnějšími farmaky k léčbě poporodní deprese jsou antidepresiva ze skupiny SSRI (Laňková, Raboch, 2013, s. 10-11; Jedličková, 2008, s. 87; Lusskin, 2008, s. 37; Hirst, Moutier, 2011, s. 34- 35;

Strunzová a kol., 2005, s. 35; Bareš, 2002, s. 9-16; Kostiuk, 2009, s. 9). Pro výběr antidepressiva jsou také důležitá kritéria jako je nízké riziko teratogenity, nízký počet metabolitů, krátký biologický poločas a co nejméně vedlejších účinků (Strunzová a kol., 2005, s. 35). Třetí cíl bakalářské práce byl splněn.

Čtvrtým cílem bakalářské práce bylo předložit publikované poznatky o péči porodní asistentky o psychiku ženy po porodu. Kapitola se zabývá péčí PA na oddělení šestinedělí, kde se zaměřuje především na detekci poporodního blues, který může být počáteční fází poporodní deprese (Janáčková, 2009, s. 1). Dále je zde uvedena péče PA v komunitní péči. Zde se zaměřuje na vztahy v rodině a přítomnost rizikových faktorů pro vznik poporodní deprese, rozvíjející se příznaky deprese a její včasnou detekci pomocí Edinburghské škály postnatální deprese. A samozřejmě také odeslání ženy k odborníkovi. PA může pomoci i radami na zmírnění počáteční fáze deprese (Praško, 2008, s. 91-95). Čtvrtý cíl bakalářské práce byl splněn.



## SEZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH A ELEKTRONICKÝCH ZDROJŮ

AGAPIDAKI, Eirini, Kyriakos SOULIOTIS, Stylianos CHRISTOGIORGOS, Iannis ZERVAS, Angeliki LEONARDOU, et al. A theory-based educational intervention to pediatricians in order to improve identification and referral of maternal depression: a quasi-experimental study. *Annals of General Psychiatry* [online]. 2013, vol. 12, issue 1, s. 37-46 [cit. 2015-04-13]. ISSN 1744-859X. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=92773961&lang=cs&site=ehost-live>

ANDERS, Martin a Z. FIŠAR. Buněčné membrány: etiopatogenetický substrát vzniku depresivních poruch. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2007, roč. 2007, č. 8, s. 408-412. ISSN 1212-0383.[cit. 2015-03-21]. Dostupné z: [http://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2007\\_8\\_408\\_412.pdf](http://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_8_408_412.pdf)

BAREŠ, M. Antidepressiva v léčbě depresivní poruchy v těhotenství a po porodu. *Psychiatrie*. 2002, roč. 6, (Suppl. 2), s. 9-16. ISSN 1211-7579.

BARRETT, Geraldine, Elizabeth PENDRY, Janet PEACOCK, Christina VICTOR, Rane THAKAR a Isaac MANYONDA. Women's Sexuality After Childbirth: A Pilot Study. *Archives of Sexual Behavior*[online]. 1999, vol. 28, issue 2, s. 179-191 [cit. 2015-04-21]. DOI: 10.1023/A:1018771906780. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1023/A:1018771906780>

CARVALHO BOS, Sandra, António MACEDO, Mariana MARQUES, Ana Telma PEREIRA, Berta RODRIGUES MAIA, et al. Is positive affect in pregnancy protective of postpartum depression?. *Revista Brasileira de Psiquiatria* [online]. 2013, vol. 35, issue 1, s. 5-12 [cit. 2015-04-14]. ISSN 1516-4446. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=89169565&lang=cs&site=ehost-live>

COX, John. Postnatal depression in fathers. *The Lancet* [online]. 2005, roč. 366, č. 9490, s. 982 [cit. 2015-02-04]. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67372-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67372-2). Dostupné z: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2805%2967372-2/fulltext>

DECASTRO, Filipa, Nora HINOJOSA-AYALA a Bernardo HERNANDEZ-PRADO. Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *Journal of Psychosomatic Obstetrics* [online]. 2011, vol. 32, issue 4, s. 210-217 [cit. 2015-04-14]. ISSN 0167-482X. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=67058659&lang=cs&site=ehost-live>

DOHNAL, Radomír. Optogenetika – cesta k obnově ztraceného sluchu či zraku?. *Vědaproživot.cz* [online]. 2014 [cit. 2015-03-13]. Dostupné z: <http://www.vedaprozivot.cz/sd/novinky/hlavni-stranka/140507-optogenetika-cesta-k-obnove-ztraceneho-sluchu.html>

DUŠOVÁ, Bohdana a Nikola MONIAKOVÁ. Emoční změny u žen v období šestinedělí. *Ošetřovatelství a porodní asistence*. 2010, roč. 1, č. 4 [cit. 2015-04-13]. ISSN 18042740. Dostupné z: [http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-04/3\\_dusova\\_moniakova.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2010-04/3_dusova_moniakova.pdf)

EASTWOOD, John G, Bin B JALALUDIN, Lynn A KEMP a Bryane EW BARNETT. Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC Pregnancy* [online]. 2012, vol. 12, issue 1, s. 148-158 [cit. 2015-04-14]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=85790130&lang=cs&site=ehost-live>

EFE, Şengül Yaman, Lale TAŞKIN a Kafiye EROĞLU. Postnatal depression and effecting factors in Turkey. *Journal of the Turkish-German Gynecological Association* [online]. 2009, vol. 10, issue 1, s. 14-20 [cit. 2015-04-15]. ISSN 1309-0399. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=37834728&lang=cs&site=ehost-live>

FAIT, T. Šestinedělí. *Moderní babičtví*. 2006, č. 9, s. 43-51 [cit. 2015-04-13]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2006-9/?pdf=67>

FELDMAN, Ruth, Lea SIROTA. Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *PEDIATRICS* [online]. 2002, roč. 110, č. 1, s. 16-26 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/110/1/16.short>

FIELD, Tiffany, Maria HERNANDEZ-REIF a Miguel DIEGO. Depressed mothers' newborns are less responsive to animate and inanimate stimuli. *Infant* [online]. 2011, vol. 20, issue 1, s. 94-105 [cit. 2015-04-15]. ISSN 1522-7227. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=57158685&lang=cs&site=ehost-live>

GRAY, Larry, Lisa WATT a Eliot M. BLASS. Skin-to-Skin Contact Is Analgesic in Healthy Newborns. 2000, roč. 105, č. 1, s. 1-6 [cit. 2015-04-13]. Dostupné z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/105/1/e14.full.pdf+html>

- HERBA, Catherine. Maternal depression and child behavioural outcomes. *The Lancet* [online]. 2014, roč. 1, č. 6, s. 408- 409, 9.10.2014 [cit. 2015-02-04]. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366\(14\)70375-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70375-X). Dostupné z: <http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366%2814%2970375-X/fulltext>
- HIRST, Kathryn P. a Christine Y. MOUTIER. Poporodní velká deprese. *Gynekologie po promoci*. 2011, roč. 11, č. 1, s. 30-36 ISSN 1213-2578.
- HONZÁK, Radkin. Léčení deprese matky má smysl nejen po porodu aneb konečně slušný a kvalitní prvomájový projev!. *PsychoSom*. 2010, roč. 8, č. 2, s. 81-83 [cit. 2015-03-13]. ISSN 1214-6102. Dostupné z: [http://www.psychosom.cz/?page\\_id=839&print=pdf](http://www.psychosom.cz/?page_id=839&print=pdf)
- IZÁKOVÁ, Ľubomíra, Marína BOROVSÁ, Beata BALOGHOVÁ a A.KRIŠTÚFKOVÁ, A. Výskyt depresívnych príznakov v popôrodnom období. *Psychiatrie pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 1, s. 26-29 [cit. 2015-04-01]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/07.pdf>
- IZÁKOVÁ, Ľubomíra. Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode. *Psychiatrie pro praxi*. 2013, roč. 14, č. 4, s. 161-163 [cit. 2015-02-18]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/04/06.pdf>
- JANÁČKOVÁ, Laura. Aplikovaná zdravotnická psychologie v gynekologii. VI. *Medical tribune*. 2009, roč. 5, č. 5, B7 [cit. 2015-03-10]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/archiv/mtr/241/6924>
- JANÁČKOVÁ, Laura. Aplikovaná zdravotnická psychologie v gynekologii. IV. *Medical tribune*, 2008, roč. 4, č. 36, A12 [cit. 2015-01-03]. ISSN 1214-8911. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/archiv/mtr/230/6647>
- JEDLIČKOVÁ, Martina. Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického. *Praktická gynekologie*. 2008, roč. 12, č. 2, s. 86-90 [cit. 2015-01-08]. ISSN 1211-6645. Dostupné z: [http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg\\_08\\_02\\_06.pdf](http://www.prolekare.cz/pdf?ida=pg_08_02_06.pdf)
- JÍRA, Václav, František VOREL a Miloš VELEMÍNSKÝ. Vraždy novorozenců v České republice a psychosociální stav jejich matek. *Prevence úrazů, otrav a násilí*. 2005, roč. 1, č. 1, s. 30-44 [cit. 2015-03-28]. ISSN 1801-0261. Dostupné z: <http://casopis-zsfju.zsf.jcu.cz/prevence-urazu-otrav-a-nasili/administrace/clankyfile/20120429211951915316.pdf>
- KASPÁRKOVÁ, Pavla a Radka BUŽGOVÁ. Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, roč. 4, č. 4, s. 643-656 [cit. 2015-03-29]. ISSN 1804-2740. Dostupné z: [http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/1\\_kasparkova\\_buzgova.pdf](http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2013-04/1_kasparkova_buzgova.pdf)

KOSTIUK, Pavel. Deprese v těhotenství: možnosti farmakoterapie. *Farmi news*. 2009, roč. 6, č. 5, s. 9 [cit. 2015-03-29]. ISSN 1214-5017. Dostupné z: <http://www.edukafarm.cz/data/soubory/casopisy/9/deprese-tehotne.pdf>

KOUČKÁ, Pavla. Jak narození dítěte mění osobnost ženy. In: *Psychologie.cz* [online]. 24. srpna 2010 [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: <http://psychologie.cz/jak-narozeni-ditete-meni-osobnost-zeny/>

KRYL, M. Psychoterapeutické možnosti v léčbě deprese. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2006, roč. 2006, č. 5, s. 250-255 [cit. 2015-03-22]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2006\\_5\\_250\\_255.pdf](http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_5_250_255.pdf)

KYMRE, Ingjerd G. a Terese BONDAS. Skin-to-skin care for dying preterm newborns and their parents - a phenomenological study from the perspective of NICU nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2013, vol. 27, issue 3, s. 669-676 [cit. 2015-01-11]. ISSN 0283-9318. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=88980035&lang=cs&site=ehost-live>

LABUSOVÁ, Eva. Poporodní deprese: Duševní porucha, nebo přirozená reakce?. *Děti a my*. 2011, roč. 41, č. 12, s. 16-17 [cit. 2015-01-03]. ISSN 0323-1879. Dostupné z: <http://www.evalabusova.cz/clanky/deprese.php>

LAŇKOVÁ, Jaroslava a Jiří RABOCH. *Deprese: doporučený postup pro všeobecné praktické lékaře : novelizace 2013*. Praha: Centrum doporučených postupů pro praktické lékaře, Společnost všeobecného lékařství, c2013, 15 s. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-86998-65-7.

LILJA, Gunilla, Maignun EDHBORG a Eva NISSEN. Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* [online]. 2012, vol. 26, issue 2, s. 245-253 [cit. 2015-04-01]. ISSN 0283-9318. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=75179858&lang=cs&site=ehost-live>

LOGSDON, M. Cynthia, Katherine WISNER, Dorothy SIT, James F. LUTHER a Stephen R. WISNIEWSKI. Depression treatment and maternal functioning. *Depression* [online]. 2011, vol. 28, issue 11, s. 1020-1026 [cit. 2015-04-01]. ISSN 1091-4269. Dostupné z: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=67131818&lang=cs&site=ehost-live>

LUSSKIN, Shari I. a Jada TURCO. Deprese v těhotenství - Neléčení není alternativou. *Gynekologie po promoci*. 2008, roč. 8, č. 3, s. 34-38 [cit. 2015-03-27]. ISSN 1213-2578. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/12188-deprese-v-tehotenstvi-neleceni-neni-alternativou>

MOCKOVÁ, Alice, Veronika NOVÁKOVÁ, Zuzana LUCKOVÁ a Jiří DORT. Deprese a antidepressivní terapie matek z pohledu neonatologa. *Pediatric pro praxi*. 2012, roč. 13, č. 3, s. 188-192 [cit. 2015-03-29]. ISSN 1213-0494. Dostupné z: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2012/03/11.pdf>

PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Soudní psychiatrie a psychologie*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2012. 232 s. Psyché. ISBN 978-80-247-4332-5.

Postnatal depression: fathers have it too. [online]. 2010, roč. 375, č. 9729, s. 1846 [cit. 2015-02-04]. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60853-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60853-7). Dostupné z: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2960853-7/fulltext>

PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 180 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-501-1.

PRAŠKO, Ján, PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 180 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-501-1.

RABOCH, Jiří. Afektivní poruchy. *Postgraduální medicína* [online]. 2006 [cit. 2015-04-22]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/afektivni-poruchy-272926>

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Psychologie časného poporodního období. *Moderní babičtví*. 2008a, č. 15, s. 27-31 [cit. 2015-02-03]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=15>

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Psychologie pozdního šestinedělí. *Moderní babičtví*. 2008b, č. 16, s. 26-30 [cit. 2015-01-23]. ISSN 1214-5572. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=6>

REAY, R., Y. FISHER, M. ROBERTSON, E. ADAMS a C. OWEN. Group interpersonal psychotherapy for postnatal depression: a pilot study. *Archives of Women's Mental Health* [online]. 2006-1-15, vol. 9, issue 1, s. 31-39 [cit. 2015-04-21]. DOI: 10.1007/s00737-005-0104-x. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00737-005-0104-x>

REPKOVÁ, Adriana. Emocionálna starostlivosť o šestonedielku. In: *Jihlavské zdravotnické dny 2011 [elektronický zdroj]: sborník z mezinárodní konference, na které se účastnily Fakulta zdravotnictva Katolíckej univerzity v Ružomberku a Uniwersytet Rzeszowski: I. ročník, 21. 4. 2011, Vysoká škola polytechnická*

Jihlava, *Katedra zdravotnických studií*. 1. vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2011, s. 557-560 [cit. 2015-01-06]. ISBN 978-80-87035-37-5. Dostupné z: [https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske\\_zdravotnicke\\_dny\\_2011-sbornik.pdf](https://most.vspj.cz/files/16/jihlavske_zdravotnicke_dny_2011-sbornik.pdf)

ROUBAL, Jan. 341 Psychoterapie deprese – přístup gestalt terapie. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2007, roč. 2007, č. 7, s. 341-345 [cit. 2015-03-22]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2007\\_7\\_341\\_345.pdf](http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_7_341_345.pdf)

SMITH, Megan V., Wendy Lee BRUNETTO a Kimberly A. YONKERS. Perinatální deprese - čím dříve ji poznáme, tím lépe. *Gynekologie po promoci*. 2004, roč. 4, č. 6, s. 31-37 [cit. 2015-01-03]. ISSN 1213-2578. Dostupné z: [http://www.researchgate.net/publication/240636362\\_Perinatln\\_deprese\\_-\\_m\\_dve\\_ji\\_poznme\\_tm\\_lpe](http://www.researchgate.net/publication/240636362_Perinatln_deprese_-_m_dve_ji_poznme_tm_lpe)

Souhrn údajů o přípravku. *SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2014a, s. 7-8, 12. 11. 2014 [cit. 2015-03-16]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0095458&tab=texts>

Souhrn údajů o přípravku. *SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2013a, s. 8-9, 17. 7. 2013 [cit. 2015-03-16]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0023882&tab=texts>

Souhrn údajů o přípravku. *SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2013b, s. 8, 11. 9. 2013 [cit. 2015-03-16]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0200880&tab=texts>

Souhrn údajů o přípravku. *SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2014b, s. 8, 11. 12. 2014 [cit. 2015-03-16]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0150995&tab=texts>

Souhrn údajů o přípravku. *SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2014c, s. 4, 7. 7. 2014 [cit. 2015-03-16]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0087167&tab=texts>

Souhrn údajů o přípravku. *SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2010, s. 9, 3. 10. 2010 [cit. 2015-03-16]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0162835&tab=texts>

Souhrn údajů o přípravku. *SÚKL Státní ústav pro kontrolu léčiv* [online]. 2013c, s. 5-6, 31. 7. 2013 [cit. 2015-03-17]. Dostupné z: <http://www.sukl.cz/modules/medication/detail.php?code=0162528&tab=texts>

SPINELLI, Margaret G. Am J Psychiatry 154:7, July 1997 BRIEF REPORTS BRIEF REPORTS Interpersonal Psychotherapy for Depressed Antepartum Women: A Pilot Study. *The American Journal of Psychiatry* [online]. 1997, roč.

154, č. 7, s. 1028-1030 [cit. 2015-04-21]. Dostupné z:  
<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/ajp.154.7.1028>

STRUNZOVÁ, Věra, Dagmar SEIFERTO VÁ, Ján PRAŠKO, Pavel MOHR, Jiří HORÁČEK, Erik HERMAN a Martin BAREŠ. Léčba psychofarmaky v těhotenství a kojení. *SANQUIS*. 2005, roč. 2005, č. 38, s. 35. [cit. 2015-01-03]. Dostupné z:  
<http://www.sanquis.cz/index2.php?linkID=art419>

TYE, Kay M., Julie J. MIRZABEKOV, Melissa R. WARDEN, Emily A. FERENCZI, Hsing-Chen TSAI, Joel FINKELSTEIN, Sung-Yon KIM, Avishek ADHIKARI, Kimberly R. THOMPSON, Aaron S. ANDALMAN, Lisa A. GUNAYDIN, Ilana B. WITTEN, Karl DEISSEROTH. Dopamine neurons modulate neural encoding and expression of depression-related behaviour. *Nature* [online]. 2012, vol. 493, issue 7433, s. 537-541 [cit. 2015-03-13]. DOI: 10.1038/nature11740. Dostupné z:  
<http://www.nature.com/nature/journal/v493/n7433/full/nature11740.html>

WANG, Liang, Tiejian WU, James L. ANDERSON a James E. FLORENCE. Prevalence and Risk Factors of Maternal Depression During the First Three Years of Child Rearing. *Journal of Women's Health* [online]. 2011, vol. 20, issue 5, s. 711-718 [cit. 2015-04-13]. ISSN 1540-9996. Dostupné z:  
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=60728694&lang=cs&site=ehost-live>

ZÁGOROVÁ, Marcela. *Úplné Znění: Zdravotní služby*. Ostrava-Hrabůvka: Sagit, 2014. ISBN 978-80-7488-070-4.  
ZELKOWITZ, Phyllis, Claudette BARDIN a Apostolos PAPAGEORGIOU. Anxiety affects the relationship between parents and their very low birth weight infants. *Infant Mental Health Journal* [online]. 2007, vol. 28, issue 3, s. 296-313 [cit. 2015-04-13]. ISSN 0163-9641. Dostupné z:  
<http://search.ebscohost.com.ezproxy.vkol.cz/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=24987508&lang=cs&site=ehost-live>

## SEZNAM ZKRATEK

RDS	respiratory distress syndrome
PPHN	perzistentní plicní hypertenze novorozenců
RUI	inhibitory zpětného vychytávání
GM	glutamátový modulátor
MASSA	melatoninový agonista a selektivní serotoninový antagonist
TCA	tricyklická antidepresiva
TeCA	tetracyklická antidepresiva
SSRI	selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
SNRI	inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu
DNRI	inhibitory zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu
NaSSA	noradrenergní a specificky serotonergní antidepresiva
RIMA	reverzibilních inhibitorů monoaminoxidázy typu A
SÚKL	Státní ústav pro kontrolu léčiv
PA	porodní asistentka
KBT	kognitivně-behaviorální psychoterapie
EPDS	Edinburská škála poporodní deprese
ACOC	American College of Obstetricians and Gynecologists
FDA	Food and Drug Administration



## PŘÍLOHY

1. Edinburská škála poporodní deprese
2. Kategorizace antidepresiv dle rizika podávání v těhotenství dle FDA

## Příloha č. 1 Edinburská škála poporodní deprese

EPDS je dotazník o deseti otázkách. Ženy jsou dotazovány a následně odpovídají na sedm předešlých dnů.	
1. Byla jsem schopná smát se a vidět věci z jejich vtipné stránky	Tak, jak jsem byla vždy zvyklá (skore 0) V současné chvíli mi není do smíchu (skore 1) V současné chvíli mi rozhodně není do smíchu (skore 2) Vůbec mi není do smíchu (skore 3)
2. Vždy jsem se těšila na to, jak si věci užiji	Tak, jak jsem to dělala před tím (skore 0) Méně, než jsem byla zvyklá (skore 1) Určitě méně než jsem byla zvyklá (skore 2) Vůbec se z věcí netěším (skore 3)
3. Zbytečně jsem se obviňovala, když se mi nedařilo	Ano, většinou (skore 3) Ano, někdy (skore 2) Nepříliš často (skore 1) Ne, nikdy (skore 0)
4. Z nepodstatných důvodů jsem byla znepokojená nebo ustaraná.	Ne, nikdy (skore 0) Vůbec (skore 1) Ano, někdy (skore 2) Ano, velmi často (skore 3)
5. Z nepodstatných důvodů jsem se cítila vystrašená nebo vyděšená	Ano, docela často (skore 3) Ano, někdy (skore 2) Nepříliš často (skore 1) Vůbec (skore 0)
6. Přestala jsem zvládat věci	Ano, většinou jsem věci nezvládala (skore 3) Ano, někdy jsem věci nezvládala, tak jako obvykle (skore 2) Ne, většinou jsem věci dobře nezvládala (skore 1) Ne, nikdy jsem věci dobře nezvládala (skore 0)
7. Byla jsem nešťastná z toho, že jsem se dobře nevyspala	Ano, většinou (skore 3) Ano, někdy (skore 2) Občas (skore 1) Ne, nikdy (skore 0)
8. Cítila jsem se smutně nebo mizerně	Ano, většinou (skore 3) Ano, docela často (skore 2) Občas (skore 1) Vůbec (skore 0)
9. Protože jsem plakala, cítila jsem z toho nešťastná	Ano, většinou (skore 3) Ano, docela často (skore 2) Příležitostně (skore 1) Ne, nikdy (skore 0)
10. Začala jsem pomýšlet nad sebepoškozováním se	Ano, docela často (skore 3) Někdy (skore 2) Vůbec nic (skore 1) Nikdy (skore 0)

Přeloženo z anglického zdroje: COX, J.L., J.M. HOLDEN a R. SAGOVSKY. The Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS). *From the British Journal of Psychiatry* [online]. 1987 [cit. 2015-04-24]. Dostupné z: <http://www.virginia.edu/uvaprint/HSC/pdf/130862.pdf>

## Příloha č. 2

Kategorizace antidepresiv dle rizika podávání v těhotenství dle FDA

Kategorie	Vysvětlení	Antidepressivum
A	kontrolované studie neukazují riziko – studie u těhotných žen neprokázaly riziko pro plod	0
B	není důkaz pro riziko u lidí – nálezy na zvířatech ukazují riziko, ale lidské nálezy nikoliv; jestliže studie na lidech nebyly vedeny, nálezy na zvířatech jsou negativní	maprotilin, fluoxetin, sertralin, bupropion
C	riziko nemůže být vyloučeno – lidské studie nejsou k dispozici, některé studie na zvířatech ukazují na riziko, či scházejí. Potenciální zisky z léčby mohou ospravedlnit riziko.	fluvoxamin, clomipramin, desimipramin, trancylpromin, mirtazapin, venlafaxin
D	pozitivní důkaz rizika – výzkumná či postmarketingová data ukazují riziko pro plod, přesto však zisk z léčby může převážit riziko	amitriptylin, nortriptylin, imipramin, paroxetin,
X	kontraindikováno v těhotenství – studie na zvířatech či lidech, nebo výzkumná či postmarketingová data ukázala riziko pro plod, které jasně převáží nad možným ziskem pro pacienta	0

Zdroj: SEIFERTOVÁ, Dagmar, Pavel MOHR, Věra STRUNZOVÁ a Pavel ČEPICKÝ. Psychiatria pre prax. *Léčba psychofarmaky v těhotenství a laktaci* [online]. 2007, č. 3, s. 118-124 [cit. 2015-04-20].

Dostupné z: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=2428](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=2428)