

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav porodní asistence

Barbora Janyšková

Psychika ženy v poporodním období

Bakalářská práce

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

Olomouc 2020

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

Olomouc 15. června 2020

Podpis

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Šárce Vévodové, Ph.D., za odborné vedení a cenné rady při zpracování této bakalářské práce. Děkuji také celé své rodině za podporu během celého studia.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: bakalářská

Téma práce: Psychika ženy v poporodním období

Název práce: Psychika ženy v poporodním období

Název práce v AJ: Woman psyche in postpartum period

Datum zadání: 2019-11-30

Datum odevzdání: 2020-06-15

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistentce

Autor práce: Janyšková, Barbora

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

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ: Přehledová bakalářská práce se zabývá psychikou ženy v poporodním období. V práci jsou předloženy nejnovější poznatky o možných psychických poruchách v poporodním období, o péči porodní asistentky v prevenci poporodní deprese, o bondingu a terapii poporodní deprese. Zabývá se také farmakologickými metodami, psychoterapií a možnou alternativní léčbou.

Abstrakt v AJ: This bachelor thesis describes mental health of women in the postpartum period. The work presents questions concerning mental disorders in the postpartum period, in the care of midwife in the prevention of postpartum depression, about bonding and therapy of postpartum depression. It deals with pharmacological methods, psychotherapies and possible alternative treatments.

Klíčová slova v ČJ: psychika ženy, posttraumatická stresová porucha, poporodní deprese, bonding, léčba poporodní deprese, péče porodní asistentky, kompetence porodní asistentky

Klíčová slova v AJ: woman's psyche, posttraumatic stress disorder, postpartum depression, bonding, treatment of postpartum depression, midwery care, competencies of midwife

Rozsah: 43 stran / 1 příloha

OBSAH

Úvod	7
1 Popis řešeršní strategie.....	10
2 Poporodní období z hlediska psychiky	13
3 Kompetence porodní asistentky v prevenci poporodní deprese.....	18
4 Bonding	22
5 Léčba poporodní deprese	26
5.1 Farmakoterapie.....	26
5.2 Psychoterapie	27
5.3 Alternativní terapie	29
Shrnutí teoretických východisek a jejich význam.....	32
Závěr	33
Referenční seznam	35
Seznam zkratk.....	41
Seznam příloh	42

Úvod

Každá žena v poporodním období zažívá řadu změn, které se mohou podílet na změně její psychiky. Jedná se o změny hormonální, sociální a fyzické. Žena zpětně přemýšlí nad průběhem porodu, uspořádává si ve své mysli celkový pocit a dojem z porodu. Zároveň se žena učí potřebám svého dítěte a péči o něj (Ratislavová, 2008a, s. 27). Dítě potřebuje neustálou pozornost matky, u ženy se mohou začít objevovat stavy vyčerpanosti, unavenosti po porodu a to vše může vést k negativnímu dopadu na psychiku ženy (Dušová, et al., 2019, s. 121).

Přestože se o tom moc nemluví, v poporodním období se může objevit krátká epizoda zhoršené nálady, která se objevuje nejčastěji mezi 3. - 4. dnem po porodu a projevuje se podrážděností a plačtivostí (Praško et al., 2015, s. 41). Takle subdepresivní epizoda, která se vyskytuje až u 50-70% žen a která většinou spontánně zase odezní do 10. dne po porodu, se považuje za fyziologickou. V případě, že příznaky se začínají prohlubovat a neodezní do 14 dní, jedná se o vážnější formu psychické poruchy (Ratislavová, 2008a, s. 28).

Porod a správný vývoj dítěte je jednou ze základních biologických rolí a přání zdravé ženy. Důležitou roli hraje nejen prenatální péče, ale i důkladná psychofyzikální příprava, v podání předporodních kurzů, které vedou porodní asistentky (Kopáčiková et al., 2012, s. 335). Bonding po porodu představuje neopakovatelný okamžik pro matku, i dítě. Během bondingu dochází k vytváření láskyplné vazby mezi matkou a dítětem a zároveň dochází k podpoře adaptačních mechanismů a imunity (Mazúchová et al., 2016, s. 196-197). Matky separované od svých dětí po porodu mají větší sklon k psychickým poruchám a jsou ohroženy poruchou vztahu k dítěti a partnerovi (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 202). V terapii poporodní deprese máme několik metod. PPD se dá léčit farmakologickými i nefarmakologickými metodami. Mezi nejpoužívanější sebehodnotící screeningové dotazníky patří Edinburská škála perinatální deprese a Maternity Blues Questionnaire (Šebela et al., 2019, s. 69-70)

Cílem bakalářské práce je zodpovědět na otázku “Jaké jsou nejnovější publikované poznatky o psychice ženy v poporodním období?”

Bakalářská práce je zaměřena na psychiku ženy v poporodním období, na kompetence porodní asistentky v prevenci poporodní deprese, na bonding a na léčbu poporodní deprese. Na základě tématu práce byly stanoveny tyto cíle:

Cíl 1.

Předložit nejnovější publikované poznatky o poporodním období z hlediska psychiky.

Cíl 2.

Předložit nejnovější publikované poznatky o kompetencích PA v prevenci poporodní deprese.

Cíl 3.

Předložit nejnovější publikované poznatky o bondingu.

Cíl 4.

Předložit nejnovější publikované poznatky o terapii poporodní deprese

Vstupní literatura:

OREL, Miroslav, 2016. Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed., 2015. Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, 2015. Diagnostika a terapie duševních poruch. 2., přepracované vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ a Vladimíra MAJDYŠOVÁ, 2019. Potřeby žen v porodní asistenci. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0837-4.

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ,
2019. Edukace v porodní asistenci. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-
0836-7.

1 Popis rešeršní strategie

ALGORITMUS REŠERŠNÍ STRATEGIE



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA:

Klíčová slova v ČJ: psychika ženy, posttraumatická stresová porucha, poporodní deprese, bonding, léčba poporodní deprese, péče porodní asistentky, kompetence porodní asistentky, partner

Klíčová slova v AJ: woman's psyche, posttraumatic stress disorder, postpartum depression, bonding, treatment of postpartum depression, midwery care, competencies of midwife, partner

Jazyk: český, anglický, slovenský

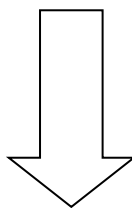
Období: 2007 - 2020



DATABÁZE: Google scholar, EBSCO, Medvik, PubMed

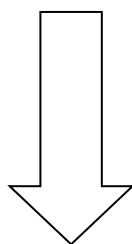


NALEZENO: 110 článků



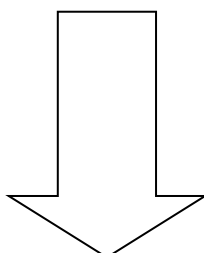
Vyřazující kritéria:

- Duplicitní články
- Kvalifikační práce
- Články, které nespĺnily kritéria
- Články netýkající se cílů

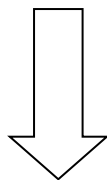


Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů:

- EBSCO: 6 článků
- Medvik: 6 článků
- PubMed: 12 článků
- Google Scholar: 7 článků



Acta Psychiatrica Scandinavica – 1 článek
Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology – 1 článek
The British Journal of Psychiatry – 1 článek
Midwifery – 1 článek
CNS Drugs – 1 článek
Psychopharmacology – 1 článek
Medical Review – 1 článek
Česká gynekologie – 4 články
Frontiers in Psychology – 1 článek
Česko-slovenská pediatrie – 1 článek
Pediatrie pro praxi – 2 články
Doporučené postupy pro praktické lékaře – 1 článek
Moderní babictví – 2 články
The Journal of ECT – 1 článek
Obstetrical & Gynecological Survey – 1 článek
Journal of Affective Disorders – 1 článek
BMC Psychology – 1 článek
BMC Psychiatry – 1 článek
Psychiatr. Praxi – 3 články
BMC Pregnancy and Childbirth – 2 články
Archives of Women's Mental Health – 1 článek
Upsala journal of medical sciences – 1 článek
Journal of Anxiety Disorders – 1 článek



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito 31 dohledaných článků a 4 odborné knihy

2 Poporodní období z hlediska psychiky

Poporodní období začíná porodem a končí jedním rokem po porodu (Šebela et al., 2018, s. 468 – 469). V tomto období, zejména období šestinedělí představuje pro psychiku velkou zátěž, která pochází z hormonálních změn probíhajících v organismu po porodu, dále tělesnými změnami a hlavně nastávající změnou životní role – role matky. Všechny emoční stavy a myšlenky během těhotenství se přenáší do poporodního období a působí na psychické rozpoložení ženy. Porod jako takový je velice silným emocionálním zážitkem a žena se k porodu v myšlenkách vrací, hodnotí a srovnává a psychika ženy se po porodu mění. Dítě neustále vyžaduje pozornost a péči a žena je po porodu vysílená, vyčerpaná a prochází hormonálními změnami, což často může vést k negativnímu dopadu na její psychiku. Proto porodní asistentka pracující na oddělení šestinedělí by měla být oporou pro matku v tak složitém období (Dušová et al., 2019, s. 120).

Po narození dítěte většina žen pociťuje nejen štěstí a radost, ale i negativní pocity. V tomto období, kdy dochází k hormonálním a psychosociálním změnám se však může rozvinout u některých rodiček porucha nálady či psychotická porucha (Šebela et al., 2018, s. 468). Poporodní blues se označuje jako mírné narušení nálady, které je charakterizováno rychlým střídáním nálad a zahlceností emocemi, úzkostmi týkajícími se novorozence a rodičovství, dále se vyskytují problémy se spánkem, podrážděnost a plačtivost (Šebela et al., 2018, s. 469). Dále to mohou být poruchy koncentrace, smutek, izolace (Takács et al., 2016, s. 356). Příčinou rozvoje poporodního blues se u každé ženy liší. Často je však způsobeno poklesem hladiny hormonů nebo stavem bezmoci z velkého nárůstu pocitu zodpovědnosti (Dušová et al., 2019, s. 120). Příznaky se začínají objevovat třetím až pátým dnem po porodu a samovolně zase odeznívají do dvou týdnů a na rozdíl od poporodní deprese (dále jen PPD) jsou proloženy dny, kdy se matka cítí zcela v pořádku (Šebela et al., 2018, s. 469). Hájek uvádí, že příznaky vrcholí 5. – 7. dnem po porodu a samovolně ustupují do 12. dne (Hájek et al., 2014, s. 396). Přestože se poporodní blues nepovažuje za psychické onemocnění, ale za přirozenou reakci organismu ženy, příznaky trávající déle, než 2 týdny by mohly být náznakem vedoucí k vážnější PPD (Dušová et al., 2019, s. 121; Takács et al., 2016, s. 357). Na možnost rozvinutí PPD v šestinedělí by měl však myslet každý zdravotník, který s ženou přichází do styku (Šebela et al., 2018, s. 469).

Další formou je **poporodní deprese**, která se může objevit u žen v každém věku i v socioekonomické domácnosti. S PPD se může setkat i žena, která depresi nikdy dříve nezažila (Dušová et al., 2019, s. 121). Poporodní depresi zažije zhruba 10-15 % žen (Izáková, 2013b, s. 162), nejčastěji 2. týden po porodu s těmito příznaky: nadměrná únava, sebevýčitky, úzkost, podrážděnost, pocity nejistoty a strachu (Dušová et al., 2019, s. 121), vyčerpanost, selhávání, bezmoc a beznaděj (Praško et al., 2015, s. 42). Symptomy značící pro PPD jsou těžko rozpoznatelné od běžných potíží, se kterými se žena setká v šestinedělí (Ratislavová, 2008b, s. 28). Praško uvádí nejčastější výskyt PPD za 6-12 týdnů po porodu, kdy rodičky nabývají dojmu, že dítě není chtěné, nedokážou se o něj postarat ani ho milovat, mají na sebe vztek a ztrácejí pocit kontroly nad celou situací (Praško et al., 2015, s. 42). Žena se často dostává do stavu, kdy popisuje, že k dítěti vůbec nic necítí a je přesvědčena, že selhala jako matka a rovněž má strach, že od ní partner odejde. Příznaky se dále začínají stupňovat, žena přestane komunikovat s okolním světem, objevuje se i bezdůvodný pláč, uzavírá se do svého nitra a potěšení z věcí, z kterých dříve měla radost, je pryč (Dušová et al., 2019, s. 121). Mezi rizikové biologické faktory řadíme předchozí deprese (až u 30% žen, které už někdy depresi prodělaly, se může deprese znovu objevit po porodu), depresivní stavy po minulém porodu (u 52 – 62% žen se může znovu objevit deprese po dalším porodu) a výskyt depresivní poruchy v rodině. Mezi psychosociální rizikové faktory zařazujeme nedostatečnou sociální podporu, nestabilní vztah s partnerem, negativní životní zkušenosti, neplánované těhotenství (Praško et al., 2015, s. 42-43; Werner et al., 2015, s. 41-42).

Třetí formou je **poporodní psychóza**. Jedná se o velmi vážné psychické onemocnění, které se nejčastěji vyskytuje v prvním týdnu po porodu (Ratislavová, 2008a, s. 30). Autoři uvádí výskyt v čase od prvních 48-72 hodin až po několik týdnů po porodu (Praško et al., 2015, s. 43; Hájek et al., 2014, s. 396). Jedná se o výjimečné onemocnění, jehož výskyt je u 1-2 žen z tisíce v šestinedělí (Dušová et al., 2019, s. 121; Praško et al., 2015, s. 43; Ratislavová 2008a, s. 30). Mezi signalizující faktory řadíme neklid, podrážděnost, problémy se spánkem, úzkost a velmi brzy se objeví i dezorganizované chování, deprese a postupně se k tomu přidávají bludy, halucinace a dezorientace (Praško et al., 2015, s. 43; Hájek et al., 2014, s. 396). Poporodní psychóza je multifaktoriální, kde největší roli hraje predispozice k psychotickému onemocnění. Rodičky s psychickým onemocněním v anamnéze mají velké procento recidivy v poporodním období. Léčba poporodní

psychózy není v kompetenci PA, ale psychiatrů. Žena se s tímto onemocněním nesmí léčit na oddělení šestinedělí. K zástavě laktace je třeba přistoupit pouze v případě rizika přestupu léků do mateřského mléka (Ratislavová, 2008a, s. 30).

Mezi další psychický stav, který se může objevit v poporodním období je **posttraumatická stresová porucha (PTSD)**. Jde o běžnou reakci organismu na traumatickou událost, která se může objevit i po porodu. Každá žena vnímá porod subjektivně a na základě svých vlastních pocitů během celého porodu ho může vyhodnotit jako traumatický. Žena se obává, že může dojít k ohrožení dítěte nebo sebe sama, přestože odborníci to tak vidět nemusí. Ve Velké Británii jen zhruba 0,86% porodů končí úmrtím dítěte a jen 0,1% je označováno jako stav přímo ohrožující život dítěte nebo matky, ale až 3,1% žen si projde PTSD v běžné populaci a až 15,7% žen v rizikových skupinách. V České republice by to tedy znamenalo, že by PTSD mohlo utrpět až 1600 žen, vzhledem k tomu, že za rok se uskuteční 108 000 porodů. PTSD se může jevit jako PPD, ale jedná se o rozdílné poruchy, přestože se symptomy mohou lehce překrývat. Epidemiologické studie však dokazují, že PPD má vyšší prevalenci (10-15%), než PTSD po porodu (1,5-3%). Je důležité si uvědomit, že ne každá negativní zkušenost v souvislosti s porodem může vyvolat PTSD, ale na druhou stranu může ženu tahle zkušenost udělat slabší v budoucnu vůči PTSD. Porod jako takový je všeobecně vnímán jako pozitivní událost a tak ženy si mnohdy nedokážou ani připustit, že by z něj mohly mít negativní zážitek a tudíž dojde k vytěsnění a vyhýbání se myšlenkám na něj (Korábová et al., 2016, s. 14–15).

Fenechová a Thomsonová říkají, že existují čtyři hlavní řetězce příznaků spojené s PTSD. Zaprvé, neustále dochází k opakovanému výskytu traumatické události prostřednictvím nočních můr a flashbacků. Za druhé, dochází k patologickému vyhýbání se podnětům, jako jsou události, lidé, situace nebo také předměty, které mohou připomínat jejich utrpení. Třetí část příznaků se týká negativních nálad, které spočívají v pocitu obviňování sebe sama a neschopnost zapamatovat si klíčové aspekty události. Čtvrtý typ symptomů se týká stavu, kdy dotyční projevují zvýšenou podrážděnost, nadměrně bdělé chování, nespavost, ztráta libida a náhlé výbuchy hněvu (Fenechová et al., 2014, s. 185).

Za vznikem rozvoje PTSD po porodu stojí více faktorů. Z velké části se ale na tom podílí očekávání a představy o průběhu porodu dále celkové narušení integrity ženy a další hormonální změny během porodu. K dalším faktorům může patřit například psychiatrické onemocnění v minulosti, nuliparita, tokofobie, mladší věk

ženy, nebo též sexuální traumatizace. Dále může i kvalita vztahu s partnerem a jeho podpora nejen během porodu ovlivnit riziko rozvoje PTSD. Hlavní podíl na vzniku PTSD má však samotné vnímání porodu ženou a jeho průběh. Zásah do porodu invazivními výkony zvyšuje riziko PTSD, jako je epiziotomie, neplánovaný akutní řez anebo instrumentální vaginální porod. Problémy spojené s vnímáním samotného průběhu porodu, jeho délky a obav rodičky z různých komplikací ohledně dítěte, či sebe samotné patří mezi další rizikové faktory (Korábová et al., 2016, s. 15).

Během posledních 20 let bylo provedeno několik kvalitativních studií, aby se prozkoumalo, jak ženy prožívají traumatické porody. Nedávná metaanalýza zjistila, že ženy se během porodu cítily neviditelné a ztrácely kontrolu nad vlastním porodem a že jim byla poskytována nelidská až ponižující péče. Tyto ženy později ohlásily příznaky PTSD a došlo i k narušení vztahů se svými kojenci a partnery. Další důkazy rovněž naznačují, že traumatický porod může mít negativní dopad na budoucí těhotenství a porod a může dokonce vést k tomu, že ženy budou mít až sebevražedné myšlenky (Fenechová et al., 2014, s. 186).

Na rozvoj PTSD po porodu mají vliv více osobnostní faktory, než objektivní porodnické. Ženy, které mají větší predispozici k rozvoji PTSD, jsou ty, které mají problematický průběh porodu, subjektivní zhodnocení porodu ženou převládá nad objektivním posouzením porodníka. Byla dokázána souvislost mezi posttraumatickými příznaky a úzkostmi ženy a její citlivé prožívání vůči tomu spojené s přesvědčením, že úzkost je znamením špatných následků. Mezi primárním projevem PTSD po porodu je narušení vztahu mezi matkou a dítětem. Může to dojít i do fáze, kdy se matka rozhodne dítě nekojit z důvodu „emocionální rovnováhy“. Dítě je pro ni připomínkou negativní události a tudíž se může stát, že se žena začne vyhýbat i samotnému dítěti. Na druhou stranu se však můžou najít i ženy, které naopak přehnaně pečují o dítě a lpí na kojení, což tohle chování můžeme odůvodnit tím, že dítě slouží jako prostředek k smazání domnělé viny. Pakliže kojení není možné, může se tento pocit domnělé viny zvýraznit. Mezi další projev PTSD patří vyhýbání se sexu. Sex může vyvolat negativní vzpomínky na traumatický porod. Najdou se ženy, které jsou poznamenány touto událostí natolik, že se chtějí dalšímu těhotenství vyhnout a přistoupí na možnost sterilizace, anebo pokud k otěhotnění dojde, většinou chtějí těhotenství ukončit. Ale pozitivní průběh následujícího porodu bývá ženami hodnocen jako posilující zkušenost, i přesto, že v nich často přetrvávají vzpomínky z předešlého porodu. Díky ale této možnosti srovnání může tato pozitivní zkušenost

z dalšího porodu některým ženám vyrovnání se s předchozím negativním zážitkem z porodu naopak znesnadnit (Korábová et al., 2016, s. 15-16).

Fenechová a Thomsonová popisují ve své studii, která proběhla ve Velké Británii, Austrálii, Norsku a Švédsku, celkem 9 kategorií dle výpovědí žen, na které dlouhodobě působí následky/dopady z traumatického vnímání porodu. Jako první kategorii uvádějí: „Topení v temnotě“ (Drowning in darkness), kdy ženy zažily paniku, úzkost, smutek, hněv a plačtivost. Ženy dokonce začaly uvažovat o své vlastní smrti, ale některé uvažovaly i o zabití svých dětí. Díky těmto silným emocím se ženy cítily odloučené, nesly s sebou pocity hrůzy a cítily se oddělené od života a lidí kolem sebe. Druhá kategorie nese název „Násilné flashbacky“, kdy ženy během dne byly bombardovány záblesky a během noci se objevovaly noční můry. Třetí kategorie popisuje „Dysfunkční copingové metody“, které zahrnovaly rozptýlení a vyhýbání se situacím, které ženám připomněly porod. Například brzký návrat do práce, nebo plánování dovolené. Do čtvrté kategorie spadá „Hrůza z dalšího těhotenství“, kdy ženy popisovaly, že při potvrzení dalšího těhotenství začaly mít hrůzu a paniku. Dostaly se jim sebevražedné myšlenky do mysli, přestože je nechtěly uskutečnit. Zatímco některé ženy si dokázaly z dalšího porodu odnést příjemný zážitek, jizvy z předešlého porodu byly stále přítomny a nedokázaly zapomenout na své dřívější utrpení. Pátou kategorií uvádějí jako „Smutek ze ztráty samy sebe“, kdy po traumatickém porodu některé ženy cítily, že jim PTSD ovládla život a vede je k tomu, aby už necítily, že jsou ty osoby, co dřív. Šestá kategorie má název „Ztráta rodinných ideálů“, kdy mnoho žen popisovalo, že dříve chtěly velkou rodinu, ale kvůli patologickému strachu z otěhotnění se vyhýbaly sexu a sterilizace jim přišla jako jediná vhodná volba. Sedmou kategorií uvádějí jako „Narušení vztahů“, kdy ženy popisovaly, jak vztah s jejich partnery je touto zkušeností negativně ovlivněný. Některé ženy obviňovaly své partnery za tyto události. Docházelo k napjatým situacím, které téměř vyústily v rozchod. Osmá kategorie hovoří o „Selhání jako matky“, kdy se ženy nemohly se svými dětmi emocionálně spojit. Pro některé ženy kojení bylo „prázdnou aférou“, protože ke svým dětem necítily vůbec nic. A poslední devátou kategorií pojmenovaly jako „Smíření se s dětmi“, kdy ženy cítily potřebu přehnaně pečovat o své děti. Cítily, že po subjektivně vnímaném neúspěšném porodu jsou odhodlány udělat něco správného (Fenechová et al., 2014, s. 188-190).

3 Kompetence porodní asistentky v prevenci poporodní deprese

Těhotenství je považováno za nejkrásnější období v životě ženy, ale i na toto období, se tělo musí psychicky, ale i fyzicky připravit. Cílem je přizpůsobit tak tělo na požadavky během celého těhotenství. Všechny tyto nejen psychické, ale i fyzické změny jsou zcela přirozené pro tělo a přizpůsobují organismus na čím dál větší potřeby neustále rostoucího plodu a také na samotný porod, který se jeví jako velká zátěž pro tělo (Dušová et al., 2019, s. 42).

Proto edukace v porodní asistenci je velice důležitá nejen pro zdravotnický personál, ale hlavně pro klientku. Správná edukace přináší spokojenost klientkám a hlavně může předcházet mnoha komplikacím, tzn., působí preventivně. V porodní asistenci lze rozdělit edukaci dle toho, ve které fázi těhotenství, porodu nebo onemocnění se klientka nachází. O edukaci **základní** mluvíme tehdy, pokud jde o počáteční záchyt onemocnění, a cílem je navázat s klientkou spolupráci a poskytnout ji základní informace. Dalším typem je **reedukace**, která spočívá v opakování podaných informací, rozšiřování znalostí, dále kontrola získaných dovedností a jejich dodržování a realizace. Třetím typem je **komplexní edukace**, která se využívá zejména v předporodních kurzech. Má svůj celistvý postup a zabývá se komplexním pojetím dané problematiky. V rámci předporodního kurzu můžeme edukaci rozdělit jako úvodní, prohlubující, kontinuální a reedukaci. Mezi kompetence edukátora ve zdravotnictví řadíme kompetence pedagogické, ale také vědomosti, znalosti a dovednosti z daného oboru. Porodní asistentka musí znát, co a jak chce svým klientkám předat. PA přebírá veškerou zodpovědnost za to, aby podané informace byly aktuální, odpovídaly nejnovějším trendům a doporučeným postupům. PA jako edukátorka by měla mít tu správnou motivaci a zapálení, nejen ke svému oboru, ale i k celoživotnímu sebevzdělávání, sebevýchově a neustálému zlepšování se. PA by měla podávat informace klientkám tak, aby dosáhla u svých klientek co největšího zapojení se do péče o své zdraví (Dušová et al., 2019, s. 11-14).

V rámci těhotenství je součástí poskytování zdravotní péče i předporodní příprava a prenatální péče v zemích Evropské unie (Dušová et al., 2019, s. 52). Úkolem prenatální péče je správně udržovat těhotenství, bojovat proti předčasnému porodu, dále připravit ženu na samotný porod, podporovat a utvářet pozitivní vztah s očekávaným dítětem a připravovat zodpovědně ženu k plnění mateřských

povinností. Důležitou roli v prenatální péči hraje složitá a účinná psycho-fyzikální příprava, která je předpokladem zvládnutí fyziologického těhotenství a fyziologického porodu (Kopáčiková et al., 2012, s. 335). Předporodní kurzy vedou zejména zkušené porodní asistentky s velkými zkušenostmi z praxe. V kurzech se mohou objevit i poznatky laktačních poradkyň, novorozeneckých sester, rehabilitačních zdravotníků, a někdy i lékařů porodníků. Kurzy se pořádají v každém regionu a jejich obsahem bývá teoretická část, která má za úkol připravit ženu na porod po psychické stránce, a druhá část se zaměřuje na těhotenské cvičení. Každá lekce se skládá z přednášky a názorné ukázky, např. formou videa, nácviků poloh, atd. Na závěr je vždy prostor pro otázky klientek (Dušová et al., 2019, s. 51). Cílem psycho-fyzické přípravy je připravit těhotné ženy na psychické a fyzické zvládnutí stresu v těhotenství, naučit je spolupracovat při porodu, zmírňovat bolesti při porodu, uvést ženy do péče v šestinedělí a podat jim základní informace ohledně novorozenecké péče a kojenecké péče. Všeobecným cílem předporodních kurzů je vytvoření pouta již s prenatálním dítětem, identifikovat komplikace a omezit je, využití nefarmakologických technik ke snížení bolestí při porodu, použití farmakologické analgezie ke snížení bolestí při porodu, snížit komplikace po porodu a celková příprava na rodičovství. Žena se učí, jak chápat těhotenství a porod jako fyziologický proces, dále se seznamuje se základními znalostmi o porodu, jeho normální proces a pocity, které se vyskytnou během porodu. Naučí se aktivně spolupracovat a nevnímat pocity strachu z porodu. Těhotné ženy poznají zdravý režim, zvyšování tělesné hmotnosti, nebezpečí zvýšení nadměrné hmotnosti. Předporodní kurz má své opodstatnění i v prevenci. Někdy je možné se vyhnout komplikacím v těhotenství, porodu a šestinedělí psycho-fyzickou přípravou a správným poučením (Kopáčiková et al., 2012, s. 335-336). Hlavním cílem **psychické přípravy** je zmírnit strach, stres a úzkost z porodu a připravit ženu, jak se chovat v jednotlivých porodních dobách. PA by měla myslet na to, že každá žena potřebuje individuální přístup. Cílem **fyzické přípravy** je odstranit zažité zlozvyky určitých pozic těla a naučit se jejich správné provedení. Naučit se uvolnit svaly pánevního dna, uvolnit paravertebrální svaly v bederní oblasti, naučit se zapojit prsní svaly a svaly v oblasti trupu a končetin (Dušová et al., 2019, s. 51-52).

Při psycho-fyzické přípravě je vhodné začít ve 3-4 měsíce těhotenství s 50 minutovým cvičením. Začátek v 7-8 měsíci není tak efektivní. Ve vyšším stupni těhotenství ženy stěží poznají dýchací techniky. V jednom kurzu by mělo být

maximálně 6 žen, protože základem úspěchu je individuální přístup ke každé těhotné ženě. Ve větším množství lidí není možné mít důvěrný a dobrý osobní kontakt mezi lektorkou kurzu a klientkami. Systematická příprava těhotných žen pomáhá při porodu, udržuje dobrý psychický stav a snižuje procenta předčasného porodu. Výrazně snižuje bolesti zad a otoky dolních končetin. Zlepší se i peristaltika střev (Kopáčiková et al., 2012, s. 336). Výzkum Muñoz et al. (2007, s. 79-80) se zaměřil na zjištění, zda má těhotenský kurz vliv na poporodní depresi. Čtyřicet jedna těhotných žen s vysokým rizikem rozvoje poporodní deprese bylo randomizováno do skupiny předporodního kurzu nebo do srovnávací skupiny. Hodnocení proběhlo během těhotenství a po 1, 3, 6 a 12 měsících po porodu. Rozdíly v úrovni symptomů ani incidenci mezi oběma skupinami nedosáhly v této studii statistické významnosti. Míra výskytu poporodní deprese u žen, které absolvovaly předporodní kurz, byla 14% oproti 25% ve srovnávací skupině (Muñoz et al., 2007, s. 79-80).

Každá žena se v dnešní době může svobodně rozhodnout, v jaké porodnici své dítě přivede na svět. U průběhu porodu může být přítomen partner nebo jakákoliv druhá osoba, kterou rodička bude chtít u tohoto významného okamžiku. Partner je výborným pomocníkem zejména v první době porodní, kdy rodičku doprovází do sprchy, masíruje záda, kříže a slouží jako velká psychická podpora. Některé ženy naopak nechtějí přítomnost partnera u porodu a zdravotnický personál rozhodnutí vždy respektuje (Dušová et al., 2019, s. 51). Existuje studie, které uvádějí, že otec u porodu snižuje riziko rozvoje poporodní deprese (Iles et al., 2011 s. 520-528).

Po přeložení z porodního sálu na oddělení šestinedělí, je PA prvním odborníkem, se kterým se žena setkává po porodu. Úloha PA na oddělení šestinedělí je klíčová. PA buduje důvěryplný vztah, založený na otevřené komunikaci, již od prvního setkání, má nezastupitelnou roli při pomoci ženě v řadě obtíží, edukuje ji o kojení, podporuje ji v mateřské roli, je vždy ženě oporou a napomáhá ji k samostatné péči o novorozence (Dušová et al., 2019, s. 121-122). Psychika ženy prochází po porodu hormonálními změnami vlivem poklesu hladiny progesteronu a estrogeneru a sekrecí prolaktinu a oxytocinu, a proto je důležité, aby PA pečlivě sledovala psychický stav ženy (Ratislavová, 2008a, s. 27-31). Jak žena, tak PA si mohou všimnout začínajících varovných příznaků, které se můžou rozvinout v poporodní depresi. Mezi příznaky patří např. únava, pocit bezmoci, pocit absolutního vyčerpání, negativní postoj k sobě nebo dítěti, úzkost, skleslost apod. Ženě s takovými příznaky můžeme v první řadě doporučit návštěvu odborníka, ale také bychom ji měli nabídnout

pomocnou ruku. PA nemůže podávat antidepresiva a zahajovat léčbu, ale její úlohou je psychická podpora rodičky. Žena by měla vědět, že na to není sama, že PA je kompetentní pomoc, na kterou se může kdykoliv obrátit, dále by se měla dozvědět, že se může obrátit i na svépomocné skupiny, jako je například "Úsměv mámy" (www.usmevmamy.cz). Důležité je, aby žena věděla, že poporodní deprese je nemoc, která tu ale nebude navždy a pravidelným užíváním antidepresiv, nebo jinou formou léčby je vyléčitelná. Během tohoto období by žena neměla na sebe klást velké nároky, ale spíše si dávat menší cíle. Neměla by dělat žádná životní rozhodnutí, neboť v průběhu deprese je její pohled na skutečnost mnohdy zkreslován a mohla by se dopustit rozhodnutí, kterých by později mohla litovat. Neměla by srovnávat svou aktivitu v době prožívání deprese se svou aktivitou, kdy je plně zdravá. Určitě je na místě pláč, který na krátkou dobu dokáže ulevit. Žena by měla zkusit a zaměřit se na činnosti a věci, které jí jsou příjemné. Ze začátku takových věcí nebude mnoho, ale postupně jich bude přibývat. Žena by se neměla vzdalovat od rodiny, či blízkých přátel, ale naopak s nimi být co nejvíce. Podpora rodiny a přátel je v tomto případě velice důležitá a PA by měla i rodinu obeznámit o aktuálním stavu rodičky a vysvětlit jim, že to je pouze dočasný stav. Léčba deprese bohužel není okamžitá, ale je to tzv. běh na dlouhou trať, a proto je nutné v terapii vydržet a pokračovat v ní ještě půl roku po odeznění příznaků (Praško et al., 2015, s. 91-95). Existují studie, které uvádějí, že ženy spokojené ve vztahu se svým partnerem snižuje riziko rozvoje poporodní deprese (Kerstis et al., 2012, s. 434-435; Ogbo et al., 2018, s. 49).

Je důležité myslet na to, že šestinedělí je období, ve kterém ženy nerady mluví o svém psychickém dyskomfortu, a proto je nutné aktivně hledat potencionální příznaky duševních onemocnění. Mezi jednu z nejzákladnějších prevencí rozvoje PPD řadíme aktivní vyhledávání žen ve vyšším riziku onemocnění už během gravidity. Edinburská škála perinatální deprese (EPDS) je nejvíce využívána ke screeningu PPD (Šebela et. al., 2018, s. 469 – 471).

4 Bonding

Bonding v překladu znamená lepení, či připoutání. Jedná se o bezprostřední a nepřerušovaný kontakt po porodu mezi matkou a novorozencem (Mrowetz et al., 2013, s. 201). Bonding po porodu představuje jedinečný okamžik, jak pro matku, tak pro dítě. U matky dochází ke zvýšené tvorbě oxytocinu, k lepšímu rozběhu laktace a také ke snadnějšímu překonávání bolesti v důsledku zavinování dělohy (Mazúchová et al., 2016, s. 196). Během bondingu dochází k utváření nejen láskyplné vazby mezi dítětem a jeho matkou, ale taky dochází k podpoře zdravých adaptačních mechanismů, termoregulace a taktéž jeho imunity (Mrowetz et al., 2013, s. 201; Mazúchová et al., 2016, s. 196-197). Brzký kontakt kůže na kůži má řadu pozitiv a dochází zejména k posílení mateřského chování, podpoře kojení, zlepšení rané vazby mezi matkou a dítětem, zlepšení kardiorespirační stability a může také zmírnit novorozenecký pláč a nemá žádné negativní krátkodobé ani dlouhodobé účinky (Mrowetz et al., 2013, s. 201). Separace matky od dítěte představuje diskomfort pro oba (Mazúchová et al., 2016, s. 196). Bylo zjištěno, že novorozenci, kteří byli přiloženi na matčin hrudník, a došlo ke kontaktu kůže na kůži, tak v průběhu první půlhodiny života novorozenci pláčou průměrně jednu minutu a v druhé půlhodině života nepláčou. Naproti tomu novorozenci separované od matek pláčou v první půlhodině života zhruba 16 minut a v druhé polovině zhruba 18 minut. Můžeme tedy říci, že pláč je genetická odpověď na separaci. Oční kontakt je rovněž důležitý pro stimulaci mateřského chování. Separací dítěte je tomuto kontaktu zabráněno, a tudíž matky separované od svého dítěte mívají menší zájem o něj a jsou více ohroženy posttraumatickou stresovou poruchou a rozvojem deprese. Dle výzkumné studie bylo vyzorováno, že způsob porodu a kontrola nad ním zmírňuje rozvoj poporodní deprese. Jestliže rodička nebude mít kontrolu nad svým porodem, zvyšuje se riziko rozvoje nepříjemných vzpomínek, prožitků a posttraumatické stresové poruchy. Rutinní separace novorozence od matky po porodu řadí WHO do škodlivých zásahů do porodu. V zabránění kontaktu kůže na kůži vede k sníženému vyplavování oxytocinu a dalších důležitých hormonů, které mají za úkol vyvolat mateřské instinktivní chování k opečovávání. Matky odloučené od svých dětí po porodu mívají větší sklon k negativnímu prožívání a vnímání porodu. Bylo zjištěno, že ženy s negativním porodním prožitkem jsou častěji ohroženy poruchou vztahu k dítěti anebo partnerovi. Mívají pochybnosti o rodičovské roli, dalším těhotenství, a pokud otěhotní,

tak je těhotenství provázeno komplikacemi a s velkou pravděpodobností bude porod ukončen císařským řezem (Mrowetz, et al., 2013, s. 201-203). Proto by měl být bonding podporovaný, pokud se nevyskytnou žádné komplikace během těhotenství a samotný porod probíhal bez komplikací a novorozenec je životaschopný (Mazúchová, et al., 2016, s. 196; Pánek, 2013, s. 363). Znamená to tedy, že ihned po porodu a po jemném osušení se novorozenec položí matce na hrudník či břicho tak, aby došlo ke kontaktu kůže na kůži, a je přikryto přikrývkou. Pokud je dodržen tenhle postup, na kůži novorozence zůstává mázek, který má ochrannou funkci, zejména snižuje tření během průchodu porodními cestami, dále má izolační a antimikrobiální účinky (Pánek, 2013, s. 363). Podpora bondingu po porodu je shrnutá i v dokumentech Světové zdravotnické organizace (WHO) a UNICEF – Baby Friendly Hospital. V roce 2007 WHO udělala analýzu výzkumů o poporodním bondingu, zejména o jeho významu a účinků kontaktu kůže na kůži. WHO poukázala na pozitivní dopad kontaktu kůže novorozence na kůži matky, která ho může ochránit před choroboplodnými patogeny. Můžeme tedy říci, že přiložení kůže na kůži má i imunologický význam v tom smyslu, že napomáhá osídlování nepatogenních bakterií z těla matky a tím napomáhá vytvářet ochrannou mikroflóru u novorozence. Uvádí se, že tito novorozenci jsou chráněni před podchlazením, taktéž mají stabilnější hladiny glukózy v krvi a zejména nižší hladinu stresových hormonů v krvi, což napomáhá k přirozenějšímu přechodu ke kojení (Mazúchová et al., 2016, s. 196-197). První přiložení k prsu má být ještě na porodním sále, kdy se novorozenci nechává dostatečný klid během bondingu na spontánní přísátí k bradavce (Pánek, 2013, s. 364).

Na Slovensku byla realizována studie (Mazúchová et al., 2016, s. 196-199), která zaměřovala na zkušenosti žen s podporou bondingu po porodu a zda má vliv přítomnost doprovázející osoby při porodu na podporu bondingu po porodu. Studie se zúčastnilo 2001 respondentek. Zjistilo se, že okamžité odevzdání dítěte po porodu do rukou matky bylo u většiny respondentek (69,8%), u 13,9% bylo dítě odevzdané do rukou až na jejich vlastní žádost a u 16,3% respondentek bylo dítě po porodu ihned odnesené. Přestože bylo většině žen dítě automaticky odevzdané do rukou, není to samozřejmostí. Za podporu bondingu po porodu považujeme položení dítěte na hrudník nebo břicho matky kontaktem kůží na kůži, což bylo provedené pouze u 31,6% respondentek. Za pozitivní považujeme také přiložení dítěte k prsu. Podpora procesu bondingu neznamená jen přiložení dítěte na tělo matky, ale podle

doporučení je potřeba nechat novorozence v kontaktu s matkou kůže na kůži tak dlouho, jak jen to dovolují pracoviště, teplota okolního prostředí a samozřejmě také zdravotní stav jak matky, tak dítěte, nejlépe do samopřisátí dítěte k prsu matky. Ideální dobou jsou 1-2 hodiny. Přestože snaha o poporodní bonding byla u jedné třetiny matek, vzhledem k času můžeme říct, že podpora bondingu byla pouze u těch, kteří trávili se svým dítětem nepřerušovaný kontakt déle jak 60 minut, což bylo jen u 7,2% respondentek. Většině žen bylo dítě přiložené kontaktem kůže na kůži jen na krátkou dobu. Tato skutečnost se považuje za částečnou podporu bondingu a tyto výsledky jsou porovnatelné se studií v České republice, podle které bylo zjištěné, že třetina rodiček s jejich dětmi zažije alespoň částečnou podporu bondingu ze strany zdravotníků. Studie v Rakousku ukázala, že 1/3 matek měla ihned po porodu dítě v kontaktu u sebe jen na 5-15 minut a jen 12% matek mělo dítě nepřetržitě alespoň 1 hodinu. Podle některých novějších doporučení se první ošetření doporučuje přímo na těle matky, nebo alespoň v její blízkosti. Některé vyšetření a výkony se mohou odložit na později, kdy je dítě více zadaptované, pokud to jeho zdravotní stav dovoluje. Tato studie dokazuje, že podpora bondingu po porodu je nedostatečná (Mazúchová et al., 2016, s. 196-200). Mrowetz a Peremská (2013, s. 202) na základě výzkumu zjistili, že tělesná teplota u novorozenců bude nejvyšší v případě, že dojde po porodu ihned ke kontaktu kůže na kůži, nižší bude v případě, že dojde k bondingu až po prvním ošetření novorozence a nejnižší u těch dětí, kterým se nedostalo žádného kontaktu kůže na kůži s jejich matkami. Novorozence a matku je třeba zabalit jako jednu jednotku a přikrýt teplým ručníkem anebo dekou. Tímto se zabraňuje tepelným ztrátám jak zespoda, tak ze shora díky příkrývce. Důvodem separace dítěte od matky po porodu je tzv. nemocniční rutina a to se potvrdilo i ve studii na Slovensku, kde se tohle potvrdilo u více jak 60% respondentek. Tato studie je porovnatelná se studií v České republice, podle které jsou taktéž nejčastější důvody separace právě rutinní postupy nemocničního pracoviště, pohodlnost personálu, špatná organizace práce a organizační a technické důvody. Odborné literární zdroje potvrzují teorii o pozitivním ovlivnění doprovázející osoby rodičky na samotný průběh porodu a vnímání celého procesu samotnou rodičkou. Studie na Slovensku (Mazúchová et al., 2016, s. 199-200) zjistila, že doprovázející osoba má velký vliv na poporodní bonding. S největší pravděpodobností doprovázející osoba a jejich společný zájem o bonding vzbuzuje větší respekt a pochopení zdravotnického personálu a zároveň také důvěru v případě nějakých obav, že žena po porodu

nebude schopná se o své dítě postarat a doprovázející osoba ji pomůže. Je známo, že účast otce u porodu napomáhá formovat roli otce, napomáhá navázat emoční vazbu s dítětem, a napomáhá i vztahu s manželkou/partnerkou. Další výhodou doprovázející osoby při porodu se považuje také vliv na zlepšení komunikace mezi rodičkou a personálem. Doprovázející osoba reaguje na veškeré dění na porodním sále pozorně a může tak požadavky personálu zprostředkovat rodičce a taktéž požadavky rodičky zprostředkovat personálu i ve vztahu k podpoře bondingu po porodu (Mazúchová et al., 2016, s. 199-200). Mezi výhody podpory raného kontaktu matky s dítětem je i dobrá psychická pohoda personálu. V případě, že zdravotník po porodu ihned odebírá novorozence k ošetření a následně k administrativním záležitostem, může se snadno dostat do stresových situací. Jak je známo, ve stresu se člověk dopouští i více chyb. Provádění rutinních postupů a různých administrativních úkonů před psychologickými vede ke stresu personálu, k upřednostňování odloučení novorozence od jeho matky se všemi negativními vlivy pro matku i pro novorozence. Výsledkem je nespokojená rodička, může se objevit i problematický nástup laktace a v horším případě i nesamostatnost matky, která neví, jak pečovat o novorozence, což i nadále zatěžuje personál. V případě, že personál je vlídný, ochotný, má klidný přístup a vytrvalý, je i rodička v lepší psychické pohodě, a tudíž předcházíme mnoha rizikům. Čím více porodní asistentka a celý zdravotnický personál podpoří kontakt dítěte a matky kůže na kůži, tím více dítěti ulehčí start do života a u matky podpoří rodičovskou roli a posílí tak její schopnosti pečovat o dítě i v dalších nelehkých situacích spojené například s výchovou (Mrowetz et al., 2013, s. 201-204).

5 Léčba poporodní deprese

V období šestinedělí dojde až u 17 % žen ke vzniku PPD. Je to psychická zátěž na ženu samotnou a rovněž na její okolí a hlavně partnera a dítě (Šebela, et al., 2019, s. 68). Deprese během těhotenství je hlavním rizikovým faktorem postnatální deprese (Deligiannidis et al., 2014, s. 85). Perinatální deprese byla spojena s narušenou vazbou matka – dítě a byla také spojena s nepříznivými následky, jako je předčasný porod, intrauterinní restrikce plodu (IUGR) a nízká porodní hmotnost. Kromě toho se také ukázalo, že depresivní příznaky během těhotenství jsou spojeny s morbiditou matky, jako je zvýšené riziko preeklampsie a operativních porodů (Williams, et al., 2016, nes.) Neléčená poporodní deprese má podstatně nepříznivé účinky nejen na psychickou pohodu matky, ale také má negativní dopad na kognitivní, behaviorální a emoční vývoj dítěte s trvalými následky (Frieder et al., 2019, s. 265; Deligiannidis et al., 2014, s. 85). Riziko v prvním trimestru těhotenství je pro rozvoj deprese nižší, ale se zvyšujícím se těhotenstvím jeho křivka roste (Šebela et al., 2017a s. e14). K vyhodnocení míry deprese se využívají sebehodnotící screeningové dotazníky Edinburská škála postpartální deprese (EPDS) a Maternity Blues Questionnaire. Výhodou těchto dotazníků je jejich nenáročnost a snadná použitelnost, ale hlavním diagnostickým ukazatelem PPD je komplexní psychiatrické vyšetření. Existuje celá řada terapeutických intervencí pro léčbu poporodní deprese, využívají se jak farmakologické, tak nefarmakologické postupy (Šebela et al., 2019, s. 69-70).

5.1 Farmakoterapie

Do skupiny psychofarmak řadíme několik druhů léků, které ovlivňují centrální nervový systém (CNS) a využívají se k léčbě psychiatrických onemocnění (Šebela et al., 2017a, s. e13). Je známo, že nemalá část psychofarmak přechází přes placentu k plodu. Proto jisté obavy, zda jejich užívání v průběhu těhotenství nezpůsobuje narušení vývoje plodu, jsou na místě (Šebela et al., 2017b, s. e22).

Na základě doporučeného postupu pro všeobecné lékaře můžeme rozdělit antidepresiva na inhibitory zpětného vychytávání (RUI) a na inhibitory monoaminoxidázy (IMAO). Do skupiny RUI řadíme tricyklická antidepresiva (TCA), kde patří: imipramin, nortriptylin, dosulepin, amitriptylin, clomipramin, dibenzepin a tetracyklická antidepresiva (TeCA), kde patří maprotilin. Mezi selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI) řadíme: fluvoxamin, citalopram,

escitalopram, fluoxetin, sertralin a paroxetin. Mezi serotoninové antagonisty a inhibitory zpětného vychytávání (SARI) zařazujeme trazodon. Dále máme inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI), kde patří venlafaxin a milnacipran. Mezi noradrenergní a specificky serotonergní antidepresiva (NaSSA) řadíme mirtazapin, mianserin. A jako poslední do této skupiny zařazujeme inhibitory zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu (NDRI), jejichž zástupcem je bupropion. Do skupiny IMAO patří reverzibilní inhibitory monoaminoxidázy typu A (RIMA), patří sem moklobemid (Raboch et al., 2018, s. 11).

Nejnovějším trendem v terapii poporodní deprese je nejpoužívanější Sertralin, ale PA není kompetentní tuto medikaci předepsat. Bezpečnost tohoto přípravku vychází z randomizovaných studií, které proběhly v šestinedělí a byly kontrolovány placebem (Šebela, et al., 2019, s. 70). Jedna ze studií proběhla v roce 2014, do které bylo zahrnuto 36 žen s tím, že 17 žen užívalo Sertralin a 19 žen užívalo placebo. Celkem 29 žen dokončilo všech 7 týdnů. 7 žen bylo z experimentu vyřazeno z důvodu klinického zhoršení, anebo nedodržení postupu. Bylo zjištěno, že sertralin přinesl výrazně vyšší míru odezvy (59%) než placebo (26%) a více než dvojnásobně zvýšenou míru remise (53% vs. 21%). Mohli bychom tedy říct, že u žen s PPD je vyšší pravděpodobnost remise deprese při léčbě sertralinem (Hantsoo et al., 2014). Ženy s předchozími výskyty PPD mají riziko recidivy přibližně 25%. Ženy trpící PPD mnohem častěji berou za přijatelnější léčbu formou psychoterapie než farmakoterapie, zejména během těhotenství. Celosvětově 26-70% těhotných žen používá alternativní terapii pro potenciálně lepší zdraví. Současné důkazy antidepresivní léčby poporodní deprese jsou omezeny malým počtem randomizovaných studií, nedostatečných vzorků a nedostatečným dlouhodobým sledováním (Frieder et al., 2019, s. 265-269).

5.2 Psychoterapie

Kognitivně – behaviorální terapie (KBT) jsou spolu s interpersonální psychoterapií (IPT) považovány za dvě efektivní nefarmakologické léčby PPD. Bylo zjištěno, že psychologické intervence, jako je KBT a IPT, společně s poradenskou a alternativní podpůrnou léčbou mohou být velmi účinné při snižování symptomů deprese do 6 měsíců od zjištění příznaků. Hlavním zaměřením KBT je identifikace zkreslených vzorců negativního myšlení. Zdůrazňuje propojení mezi myšlenkami, pocity a chováním. KBT napomáhá jednotlivcům pochopit, že pochopení a pojmenování jejich

vlastních zdeformovaných negativních vzorců myšlení, jim dává příležitost je změnit. Změnou svého myšlení může jednotlivec změnit způsob, jakým vidí, jak se cítí, a nakonec změnit své chování. IPT se zaměřuje na čtyři oblasti v životě člověka: na zármutek z toho jak člověk vnímá sám sebe nebo vztahy, na změny v rolích, na nevyřešené neshody v mezilidských vztazích a na nedostatek životních událostí. IPT se zaměřuje na posílení vztahu k sobě sama, na zvýšení sociálního kontaktu a zlepšení komunikace (Stamou, et al., 2018). Tato metoda se používá zejména u lidí trpící mírnou nebo středně těžkou depresí. U těžce postižených rodiček se však tato metoda musí kombinovat i s léčbou pomocí antidepresiv. KBT ale rovněž nemůže provádět PA, ale terapeut, který má speciální terapeutický výcvik (Praško et al., 2015, s. 89). Psychosociální faktory, jako je sociální podpora a změny sociálních rolí, jsou také důležité při zvažování průběhu a odpovědi na léčbu PPD a mohou být řešeny v rámci psychoterapie. Několik studií zjistilo, že psychoterapie jako je KBT a interpersonální terapie (IPT) samotná nebo s antidepresivy je účinnější než žádná psychoterapie (Hantsoo et al., 2014).

Elektrokonvulzivní terapie (EKT) je spolu s antidepresivy a psychoterapií jednou ze tří hlavních léčeb deprese, stále se ale považuje za poslední možnost léčby u depresivních pacientů. EKT je metoda, která používá elektrickou stimulaci k vytvoření generalizovaného záchvatu (Li et al., 2020). EKT může být nedostatečně využívána kvůli stigmatizaci a nedostatečnému přístupu pro tyto ženy. Jak moc se EKT využívá v léčbě deprese v průběhu těhotenství, je obtížné určit. Existují fyziologické rozdíly v těhotenství, které si během EKT zaslouží další pozornost, včetně zvýšeného rizika aspirace, obavy z komprese abdominální aorty a dolní duté žíly a možnosti změn srdeční frekvence plodu spojené s prodlouženou záchvatovou aktivitou. Závažné nežádoucí účinky spojené s užíváním EKT v těhotenství jsou ale vzácné (Rose, et al., 2020, s. 199). EKT má velmi rychlý antidepresivní účinek, po dvou EKT epizodách lze pozorovat významné zlepšení depresivních symptomů. Rychlý pokles depresivních symptomů během jednoho týdne, který je často pozorován během EKT cyklu, je při léčbě antidepresivy nemožný (Birkenhager et al., 2020, s. 301). EKT je pravděpodobně nejúčinnější léčbou deprese s mírou remise až 87% (Ray-Griffith et al., 2016, s. 105). S ohledem na vedlejší účinky, které se vyskytly během léčby EKT, se za nejčastější stížnosti považuje bolest hlavy a nevolnost nebo zvracení. Ale lidé s bolestí hlavy a nevolností, či zvracením se obvykle zotavují během několika hodin bez lékařského zásahu. Na základě studií klinického pozorování a vyhodnocení

dotazníkového šetření byla EKT velmi užitečnou terapií k potlačení deprese a zmírnění depresivních symptomů. Co se týče jeho bezpečnosti a účinnosti, EKT může nejen zlepšit depresivní symptomy, ale jeho účinky mohou být lepší než účinky klasické psychoterapie a antidepresiv u depresí výhradně odolných vůči léčbě (Li et al., 2020) Ray – Griffith et al. (2016, s. 105-107), hovoří, že studie uvádějící účinnost zjistily 84% míru deprese v těhotenství a 61% remisi u primárních psychotických poruch, jako je schizofrenie. I přes svou účinnost lékaři často váhají ve využití EKT v těhotenství. Důvodem je příliš časté negativní zobrazení EKT v médiích, nedostatek vzdělání o postupu a účinnosti a omezený přístup k zařízením poskytující EKT v těhotenství. Dále uvádí, že studie, ve které bylo 8 žen, že šest z nich prokázalo klinické zlepšení deprese a pět žen se sebevražednými úmysly prokázalo ústup (Ray-Griffith et al., 2016, s. 105-107).

5.3 Alternativní terapie

Do alternativních metod můžeme zařadit muzikoterapii. Byla realizována studie, která měla zhodnotit účinky muzikoterapie na poporodní bolest, úroveň úzkosti a rychlost časně poporodní deprese. Této studii se zúčastnilo 141 žen, z nichž 71 bylo ve skupině muzikoterapie a 70 žen bylo v kontrolní skupině. Ženy v hudební skupině poslouchaly samovolně vybranou hudbu během porodu. Intenzita bolesti po porodu, úroveň úzkosti, a míra spokojenosti byly měřeny pomocí vizuální analogové škály (VAS), míra poporodní deprese byla hodnocena pomocí Edinburské škály perinatální deprese (EPDS) v den porodu a osmý den. Rodičky si vybíraly z následujících typů hudby: oddechová hudba, relaxační, hudba s pravidelnými rytmickými tóny. Aby se neovlivnili výsledky, ženy nebyly informovány o tom, že tento druh muzikoterapie byl používán ke snižování úzkosti. Úzkost a bolest byly zaznamenány po 1, 4, 8, 16, 24h v poporodním období. Spokojenost s porodem byla zaznamenána také ve 2–12 a 24h poporodního období. Matky ve skupině muzikoterapie měly nižší úroveň poporodních bolestí a úzkostí než kontrolní skupina ve všech časových intervalech. Použití hudební terapie během porodu snížilo poporodní úzkost a bolest, zvýšilo spokojenost s porodem a snížilo rovněž rychlost předčasného porodu po porodu. Hudební terapie může být doporučena jako alternativní, bezpečná, snadná a příjemná nefarmakologická metoda (Simavli et al., 2014, s. 194 – 196).

Další metodou volby je akupunktura, která je klíčovou součástí tradiční čínské medicíny. Jedná se o formu alternativní medicíny, jejíž podstatou jsou jehly, které se

vkládají do těla pro úlevu od bolesti. Do metaanalýzy bylo zařazeno celkem 14 randomizovaných studií, v nichž bylo 934 žen s PPD, z toho 465 v léčené skupině a 469 žen v kontrolní skupině. Akupunktura kombinovaná s jinými léky a psychologickou léčbou byla použita u žen s PPD ve skupině léčené, zatímco antidepressiva a další symptomatická a podpůrná terapie byla použita u žen s PPD v kontrolní skupině. Pro kvantitativní hodnocení hladiny PPD byly použity Hamiltonova škála pro depresi (HAMD) a EPDS. HAMD je nejčastěji používanou stupnicí pro klinické hodnocení depresivního stavu a zahrnuje 24 položek depresivních symptomů, které jsou hodnoceny v pěti stupních. EPDS je nejrozšířenější stupnicí sebehodnocení a zahrnuje 10 položek. Ženy ve skupině s akupunkturou měly výrazně lepší výkony hodnocené Hamiltonovou depresivní škálou než ženy v kontrolní skupině. Kromě toho byla také v akupunkturní skupině pozorována výrazně lepší účinnost než v kontrolní skupině. Metaanalýzy naznačují, že akupunkturní terapie je bezpečná a účinná při léčbě PPD, jak ukazuje HAMD a EPDS. Celkově se jeví, že tradiční čínská akupunktura je účinná při léčbě některých příznaků PPD, ačkoli důkazy jsou nejisté. K potvrzení účinnosti akupunktury při léčbě PPD jsou proto nutné další studie podle standardizovaných pokynů s nízkým rizikem zkreslení (Tong et al., 2019, str 719 - 724).

Rostoucí počet klinických a epidemiologických studií prokazujících souvislost mezi nízkým příjmem ryb a mořských plodů a zvýšeným rizikem deprese a duševních poruch naznačuje, že n-3 polynenasycené mastné kyseliny (PUFA) by mohly být důležitým prvkem při léčbě deprese matek. Těhotenství je období zvýšených požadavků na mastné kyseliny s dlouhým řetězcem n-3 v důsledku vysokého přenosu eikosapentaenové kyseliny (EPA) a dokosahexaenové (DHA) z matek na plod pro růst mozku a následný kognitivní vývoj. Nedávné studie prováděné u brazilských těhotných žen prokázaly, že výskyt deprese je spojena s nevyváženým příjmem n-6 a n-3 mastných kyselin v potravě a vyššími koncentracemi n-6 v séru. Kromě toho nižší hladiny n-3 PUFA v raném těhotenství jsou spojeny s nedostatečným užíváním ryb a s příznaky úzkosti. Nálezy nebyly konzistentní ani s ohledem na velkou depresi v obecné populaci, ani u těhotných, ani u žen po porodu. Bylo zjištěno, že v populaci brazilských těhotných žen ohrožených PPD a nízkým příjmem ryb nemělo denní doplňování 1,8g n-3 za den významný vliv na průměrné skóre deprese a výskyt hlavních depresivních příznaků během těhotenství, ani v poporodním období. Přes významné zvýšení hladin EPA, DHA v séru a nižšího

poměru n-6 / n3 ve třetím trimestru tyto změny neovlivnily skóre EPDS v raném poporodním období. Naproti tomu bylo zjištěno, že ženy ve skupině užívající rybí olej, s předchozí anamnézou deprese vykazovaly ve srovnání s kontrolní skupinou výraznější pokles skóre EPDS od druhého trimestru do poporodního období. Možný přínos pro ženy s anamnézou deprese musí být dále prozkoumán, protože pouze několik studií se zaměřilo zejména na vysoce rizikové ženy a výsledky jsou stále v rozporu (Vaz et al., 2017). Naproti tomu proběhla studie, která zjistila, že nízké hladiny vitamínu D v časném těhotenství (12-20 týdnů) jsou významně spojeny s vyšším skóre depresivních symptomů u skupiny žen s rizikem deprese (Williams et al., 2016).

Existuje teoretický výzkum, který naznačuje, že zpěv by mohl podporovat léčbu PPD. Zpěv je hodně praktikován v kulturách po celém světě s cílem uklidnit kojence, podpořit pouto mezi matkou a dítětem a podpořit také neurologický vývoj. Proběhla randomizovaná studie, ve které ženy byly rozděleny do 3 skupin i se svými dětmi. Účastníky byly ženy s kojenci do 40 týdnů po porodu, které vykazovaly příznaky PPD, a skóre na EPDS bylo ≥ 10 . Celkem bylo přijato 134 žen. V první skupině ženy poslouchaly písňe zpívané lektorem, učily se je a zpívaly písňe svým dětem. Ve druhé skupině se hrály kreativní hry, hrály se svými dětmi smyslové hry. Ve třetí kontrolní skupině ženy dostávaly jen obvyklou péči po dobu 10 týdnů. V průběhu času došlo k významnému snížení skóre EPDS, což naznačuje, že ženy ve všech třech skupinách zažily zlepšení příznaků PPD během 10 týdnů. Bylo zjištěno, že zpívající skupina měla výrazně rychlejší zlepšení než kontrolní skupina, ale ne hrací skupina. Zlepšení v pěvecké skupině se rovnalo průměrnému 35% snížení depresivních symptomů během prvních 6 týdnů, kdy 65% zpívající skupiny již nemělo EPDS ≥ 13 . Tento pokles depresivních příznaků ve skupině zpěvu se rozšířil na 40% pokles do 10. týdne, kdy 73% skupiny zpěvu již nemělo EPDS ≥ 13 . Důkaz, že intervence zpěvu by mohly urychlit zotavení u žen s příznaky PPD, by tedy mohl mít klinický význam. Je pozoruhodné, že mezi herní skupinou a kontrolní skupinou nebyl žádný významný rozdíl v rychlosti zotavení. To by mohlo naznačovat, že sociální podpora poskytovaná herní skupinou sama o sobě nestačí ke zlepšení příznaků PPD (Fancourt et al., 2018, s. 119-120).

Shrnutí teoretických východisek a jejich význam

Přehledová bakalářská práce předkládá publikované poznatky o problematice poporodní deprese. Popisuje rozdílnou psychiku ženy v poporodním období a vliv bondingu na rozvoj psychických poruch. Byly popsány také nejčastější projevy jednotlivých poruch, a péče PA v prevenci PPD.

V terapii poporodní deprese je zapotřebí kombinace psychofarmak s alternativní léčbou k dosažení lepší účinnosti. Na to, zda je léčba formou EKT v těhotenství a porodu bezpečná a přínosná, je třeba ještě udělat studie.

Autoři se shodují na tom, že jsou zapotřebí nové a podrobnější studie a výzkumy, pomocí kterých by mohly být vysvětleny souvislosti, o kterých doposud nevíme

Závěr

Bakalářská práce se zaměřila na shromáždění informací o psychice ženy v poporodním období.

Prvním cílem bakalářské práce bylo popsat psychiku ženy v poporodním období, které začíná porodem a končí jedním rokem po porodu (Šebela et al., 2018, s. 468 – 469). V tomto období se může rozvinout řada psychických poruch. Nejlehčí formou je poporodní blues, které se považuje za zcela fyziologickou adaptační reakci (Dušová, et al., 2019, s. 121; Takács et al., 2016, s. 357). Šebela et al., tvrdí, že příznaky poporodního blues vrcholí 3. - 5 dnem a ustupují do 2 týdnů (Šebela et al., 2018, s. 469) a jiní autoři udávají výskyt 5. - 7. dnem a ústup do 12. dne (Praško et al., 2015, s. 42; Hájek et al., 2014, s. 396). Výskyt poporodní deprese se udává na 10-15% žen, nejčastěji 2. týden po porodu (Izáková, 2013b, s. 162). Nejčastější příznaky jsou nadměrná únava, sebevýčitky, úzkost, podrážděnost a strach (Dušová et al., 2019, s. 121), vyčerpanost, selhávání, bezmoc a beznaděj (Praško et al., 2015, s. 42). Poporodní psychóza je označována jako závažné onemocnění, ale také velmi výjimečné, objevuje se u 1-2 žen v poporodním období (Dušová et al., 2019, s. 121; Praško et al., 2015, s. 43; Ratislavová 2008a, s. 30).

Druhým cílem bakalářské práce bylo předložit nejnovější publikované poznatky o kompetencích PA v prevenci poporodní deprese. Edukace je jedním ze základních intervencí v prevenci PPD. Můžeme ji rozdělit na základní, reedukaci a komplexní edukaci, která je hojně využívána v předporodních kurzech (Dušová et al., 2019, s. 11-14). Své opodstatnění má v prevenci komplikací v těhotenství, porodu a šestinedělí správným poučením (Kopáčiková et al., 2012, s. 336). Studie, která se zaměřila, zda předporodní kurz má vliv na poporodní depresi. Bylo zjištěno, že rozdíl v úrovni symptomů ani incidenci mezi oběma skupinami nedosáhly v této studii statistické významnosti (Muñoz et al., 2007, s. 79-80). Studie (Kerstis et al., 2012, s. 434-435; Ogbo et al., 2018, s. 49) uvádějí, že ženy spokojené ve vztahu se svým partnerem snižuje riziko rozvoje poporodní deprese.

Třetím cílem bakalářské práce je předložit nejnovější publikované poznatky o bondingu. Studie dokazují, že brzký kontakt kůže na kůži posiluje mateřské chování, podporuje kojení, zlepšuje ranou vazbu mezi matkou a dítětem a nemá žádné negativní ani dlouhodobé účinky. Matky separované od svého dítěte mívají snížený zájem o dítě a jsou více ohroženy posttraumatickou stresovou poruchou a rozvojem

deprese (Mrowetz et al., 2013, s. 201-203). S největší pravděpodobností má velký vliv na poporodní bonding doprovázející osoba, která u zdravotníků vzbuzuje větší respekt a pochopení (Mazuchová et al., 2016, s. 199-200).

Čtvrtým cílem bakalářské práce je předložit nejnovější publikované poznatky o terapii poporodní deprese. Nejnovějším trendem farmakoterapie poporodní deprese je nepoužívanější Sertralin (Šebela et al., 2019, s. 70). Studie dokazují, že KBT a IPT, společně s alternativní podpůrnou léčbou mohou být vysoce účinné při snižování symptomů deprese do 6 měsíců od zjištění příznaků. Studie uvádějící účinnost EKT zjistily 84% míru deprese v těhotenství a 61% remisi u primárních psychotických poruch (Stamou et al., 2018). I přes svou účinnost lékaři často váhají ve využití EKT v těhotenství. Nejčastějšími důvody bývá časté negativní zobrazení EKT v médiích, nedostatek vzdělání o postupu a účinnosti a omezený přístup k zařízením poskytující EKT v těhotenství (Ray-Griffith et al., 2016, s. 105-107). Ukázalo se, že tradiční čínská akupunktura je účinná při léčbě některých příznaků PPD, ačkoli důkazy jsou nejisté a budou nutné další studie (Tong et al., 2019, str 719 - 724). Bylo zjištěno, že u brazilských těhotných žen ohrožených PPD a nízkým příjmem ryb nemělo denní doplňování 1,8g n-3 za den významný vliv na průměrné skóre deprese a výskyt hlavních depresivních příznaků během těhotenství, ani v poporodním období (Vaz et al., 2017). Naopak nízké hladiny vitamínu D v raném těhotenství jsou spojeny s vyšším skóre depresivních symptomů u žen s rizikem deprese (Williams et al., 2016). Studie, která se zabývala jaký vliv má zpěv na léčbu PPD zjistila, že ženy v této skupině měly výrazně rychlejší zlepšení příznaků PPD (Simavli et al., 2014, s. 194 – 196).

Referenční seznam

BIRKENHAGER, T. K. a L. DIERMEN, 2020. Electroconvulsive therapy: we are hesitant to use the most effective treatment for severe depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [online]. **141**(4), 301-303 [cit. 2020-06-03]. DOI: 10.1111/acps.13171.

ISSN 0001-690X. Dostupné z:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/acps.13171>

DELIGIANNIDIS, Kristina M. a Marlene P. FREEMAN, 2014. Complementary and alternative medicine therapies for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [online]. **28**(1), 85-95 [cit. 2020-06-06]. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2013.08.007.

ISSN 15216934. Dostupné z:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1521693413001090>

DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ, 2019. Edukace v porodní asistenci. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0836-7.

FANCOURT, D. a R. PERKINS, 2018. Effect of singing interventions on symptoms of postnatal depression: three-arm randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* [online]. **212**(2), 119-121 [cit. 2020-06-04]. DOI: 10.1192/bjp.2017.29.

ISSN 0007-1250. Dostupné z:

<https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125017000290/type/journal-article>

FENECH, Giliane a Gill THOMSON, 2014. Tormented by ghosts from their past': A meta-synthesis to explore the psychosocial implications of a traumatic birth on maternal well-being. *Midwifery*. **30**(2), 185-193. DOI: 10.1016/j.midw.2013.12.004.

ISSN 02666138. Dostupné také z:

<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613813003513>

FRIEDER, Ariela, Madeleine FERSH, Rachel HAINLINE a Kristina M. DELIGIANNIDIS, 2019. Pharmacotherapy of Postpartum Depression: Current Approaches and Novel Drug Development. *CNS Drugs* [online]. **33**(3), 265-282 [cit.

2020-06-02]. DOI: 10.1007/s40263-019-00605-7. ISSN 1172-7047. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s40263-019-00605-7>

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

HANTSOO, Liisa, Deborah WARD-O'BRIEN, Kathryn A. CZARKOWSKI, Ralitza GUEORGUIEVA, Lawrence H. PRICE a C. Neill EPPERSON, 2014. A randomized, placebo-controlled, double-blind trial of sertraline for postpartum depression. *Psychopharmacology* [online]. **231**(5), 939-948 [cit. 2020-06-02]. DOI: 10.1007/s00213-013-3316-1. ISSN 0033-3158. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00213-013-3316-1>

ILES, Jane, Pauline SLADE a Helen SPIBY, 2011. Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: The role of partner support and attachment. *Journal of Anxiety Disorders* [online]. **25**(4), 520-530 [cit. 2020-06-14]. DOI: 10.1016/j.janxdis.2010.12.006. ISSN 08876185. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0887618511000028>

IZÁKOVÁ, Ľubomíra, 2013b. Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode. *Psychiatrie pro praxi*. **14**(4), 161-163. ISSN 1803-5272.

KERSTIS, B., G. ENGSTRÖM, K. SUNDQUIST, M. WIDARSSON a A. ROSENBLAD, 2012. The association between perceived relationship discord at childbirth and parental postpartum depressive symptoms: a comparison of mothers and fathers in Sweden. *Uppsala journal of medical sciences* [online]. **117**(4), 430-8 [cit. 2020-06-14]. DOI: 10.3109/03009734.2012.684805. ISSN 20001967.

KOPÁČIKOVA, Maria, Jaroslav STANČIAK a Jozef NOVOTNÝ, 2012. Psychophysical preparation of the pregnant women for childbirth in a prenatal care. *Medical Review*. **3**, 334–340. ISSN 2082-369X. Dostupné také z: <http://www.pmurz.rzeszow.pl/>

KORÁBOVÁ, Iva a Zuzana MASOPUSTOVÁ, 2016. Posttraumatická stresová porucha. *Česká gynekologie*. **81**(1), 14 - 19. ISSN 1805-4455. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2016-1-9/posttraumaticka-stresova-porucha-po-porodu-57624>

LI, Ming, Xiaoxiao YAO, Lihua SUN, et al., 2020. Effects of Electroconvulsive Therapy on Depression and Its Potential Mechanism. *Frontiers in Psychology* [online]. **11**, nes. [cit. 2020-06-04]. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.00080. ISSN 1664-1078. Dostupné z: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2020.00080/full>

MAZÚCHOVÁ, Lucia, Simona KELČÍKOVÁ, Patrícia VASILKOVÁ a Ján BUCHANEC, 2016. Podpora bondingu po pôrode: Bonding support after child birth. *Česko-slovenská pediatrie*. Praha: Česká lékařská společnost J. Ev. Purkyně, **71**(4), 196-201. ISSN 0069-2328.

MROWETZ-BARTÁKOVÁ, Michaela a Marcela PEREMSKÁ, 2013. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma - chiméra, či realita budoucnosti? *Pediatrie pro praxi*. **14**(4), 201-204. ISSN 1803-5264.

MROWETZ, Michaela, Gauri CHRASTILOVÁ a Ivana ANTALOVÁ, 2011. *Bonding - porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?*. Praha: DharmaGaia. Šťastné dítě (DharmaGaia). ISBN 978-80-7436-014-5.

MUÑOZ, Ricardo F., Huynh-Nhu LE, Chandra Ghosh IPPEN, et al., 2007. Prevention of Postpartum Depression in Low-Income Women: Development of the Mamás y Bebés/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioral Practice* [online]. **14**(1), 70-83 [cit. 2020-06-14]. DOI: 10.1016/j.cbpra.2006.04.021. ISSN 10777229. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1077722906001222>

OGBO, F. A., J. EASTWOOD, A. HENDRY, B. JALALUDIN, K. E. AGHO, B. BARNETT a A. PAGE, 2018. Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC psychiatry* [online]. **18**(1), 49 [cit. 2020-06-14]. DOI: 10.1186/s12888-018-1598-x. ISSN 1471244X.

PÁNEK, Martin, 2013. Současné trendy v péči o novorozence. *Pediatr. praxi.* **14**(6), 363–366. ISSN 1803-5264.

PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ, 2015. Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději. Vyd. 3. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0859-4

RABOCH, Jiří a Rudolf ČERVENÝ, [2018]. *Deprese: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-05-7.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. Psychologie časného poporodního období. *Moderní babičtví.* **2008a**(15), 27-31. ISSN 1214-5572. Dostupné také z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=15>

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. Psychologie pozdního poporodního období. *Moderní babičtví.* **2008b**(16), 26-30. ISSN 1214-5572. Dostupné také z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=6>

RAY-GRIFFITH, Shona L., Jessica L. COKER, Nader RABIE, Lou Ann EADS, Kimberly J. GOLDEN a Zachary N. STOWE, 2016. Pregnancy and Electroconvulsive Therapy. *The Journal of ECT* [online]. **32**(2), 104-112 [cit. 2020-06-04]. DOI: 10.1097/YCT.0000000000000297. ISSN 1095-0680. Dostupné z: <http://journals.lww.com/00124509-201606000-00008>

ROSE, Sherrill, Sarah K. DOTTERS-KATZ a Jeffrey A. KULLER, 2020. Electroconvulsive Therapy in Pregnancy. *Obstetrical & Gynecological Survey* [online]. **75**(3), 199-203 [cit. 2020-06-03]. DOI: 10.1097/OGX.0000000000000763. ISSN 0029-7828. Dostupné z: <http://journals.lww.com/10.1097/OGX.0000000000000763>

SIMAVLI, Serap, Ikbal KAYGUSUZ, Ilknur GUMUS, Betül USLUOGULLARI, Melahat YILDIRIM a Hasan KAFALI, 2014. Effect of music therapy during vaginal delivery on postpartum pain relief and mental health. *Journal of Affective Disorders* [online]. **156**,

194-199 [cit. 2020-06-02]. DOI: 10.1016/j.jad.2013.12.027. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032713008677>

STAMOU, George, Azucena GARCÍA-PALACIOS a Cristina BOTELLA, 2018. Cognitive-Behavioural therapy and interpersonal psychotherapy for the treatment of post-natal depression: a narrative review. *BMC Psychology* [online]. **6**(1) [cit. 2020-06-05]. DOI: 10.1186/s40359-018-0240-5. ISSN 2050-7283. Dostupné z: <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-018-0240-5>

ŠEBELA, Antonín, Jan HANKA, Michal GOETZ a Pavel MOHR, 2017a. Psychofarmaka během těhotenství – mírní, nebo zvyšují riziko pro plod? Část první: antidepressiva, antipsychotika. *Psychiatr. praxi*. **18**(5), e12-e20. ISSN 1803-5272.

ŠEBELA, Antonín, Jan HANKA, Michal GOETZ a Pavel MOHR, 2017b. Psychofarmaka během těhotenství – mírní, nebo zvyšují riziko pro plod? Část druhá: stabilizátory nálady, anxiolytika. *Psychiatr. praxi*. SOLEN, **18**(6), e21-e28. ISSN 1803-5272.

ŠEBELA, Antonín, Jan HANKA a Pavel MOHR, 2018. Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. *Česká gynekologie*. **83**(6), 468-473. ISSN 1210-7832. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2018-6-11/etiologie-rizikove-faktory-a-metody-prevence-poporodni-deprese-107462>

ŠEBELA, Antonín, Jan HANKA a Pavel MOHR, 2019. Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese. *Česká gynekologie*. **84**(1), 68 - 72. ISSN 1210-7832. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-1-24/diagnostika-a-moderni-trendy-v-terapii-poporodni-deprese-112780>

TAKÁCS, Lea, Filip SMOLÍK, Jitka MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, Pavel ČEPICKÝ a Simona HOSKOVCOVÁ, 2016. Poporodní blues – česká adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire“. *Česká gynekologie*. **81**(5), 355-368. ISSN 1210-7832. Dostupné také z: <http://www.prolekare.cz/ceska-gynekologie-clanek/poporodni-blues-ceska-adaptace-dotazniku-maternity-blues-questionnaire-59649>

VAZ, Juliana dos Santos, Dayana Rodrigues FARIAS, Amanda Rodrigues Amorim ADEGBOYE, Antonio Egidio NARDI a Gilberto KAC, 2017. Omega-3 supplementation from pregnancy to postpartum to prevent depressive symptoms: a randomized placebo-controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **17**(1) [cit. 2020-06-06]. DOI: 10.1186/s12884-017-1365-x. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1365-x>

WERNER, Elizabeth, Maia MILLER, Lauren M. OSBORNE, Sierra KUZAVA a Catherine MONK, 2015. Preventing postpartum depression: review and recommendations. *Archives of Women's Mental Health* [online]. **18**(1), 41-60 [cit. 2020-06-11]. DOI: 10.1007/s00737-014-0475-y. ISSN 1434-1816. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00737-014-0475-y>

WILLIAMS, Jennifer Anne, Vivian C. ROMERO, Chelsea M. CLINTON, et al., 2016. Vitamin D levels and perinatal depressive symptoms in women at risk: a secondary analysis of the mothers, omega-3, and mental health study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. **16**(1) [cit. 2020-05-27]. DOI: 10.1186/s12884-016-0988-7. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-0988-7>

Webové stránky:

Úsměv mámy [online]. Úsměv mámy, podporujeme šťastné mateřství, © 2019 usmevmamy.cz [cit. 2020-06-14]. Dostupné z: <https://www.usmevmamy.cz/>

Seznam zkratek

CNS – centrální nervový systém

DHA – dokosahexaenová kyselina

EKT – elektrokonvulzivní terapie

EPA - eikosapentaenová kyselina

EPDS – Edinburská škála perinatální deprese

HAMD – Hamiltonova škála pro depresi

IMAO – inhibitory monoaminooxidázy

IPT – interperosální psychoterapie

KBT – kognitivně behaviorální terapie

NaSSA – noradrenergní a specificky serotonergní antidepresiva

NDRI – inhibitory zpětného vychytávání dopaminu a noradrenalinu

PA – porodní asistentka

PPD – poporodní deprese

PTSD – posttraumatická stresová porucha

PUFA – polynenasycené mastné kyseliny

RIMA – reverzibilní inhibitory monoaminooxidázy typu A

RUI – inhibitory zpětného vychytávání

SARI – serotoninoví antagonisté a inhibitory zpětného vychytávání

SNRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu

SSRI – inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

TCA – tricyklická antidepresiva

TeCA – tetracyklická antidepresiva

VAS – vizuální analogová škála

Seznam příloh

1 – Edinburská škála perinatální deprese

<p>Nyní před sebou máte několik otázek a prosíme Vás, abyste u každé zvolila tu odpověď, která nejlépe vyjadřuje, jak jste se cítila v posledním týdnu. Nejde tedy o to, jak se cítíte právě v tento okamžik, ale o přibližnou hodnotu, jak jste se cítila v průběhu posledního týdne.</p>	
1. Byla jsem veselá a viděla převážně veselé stránky života.	<p><u>Odpovědi:</u> Ano, většinu času (3 body) Ano, častěji než jindy (2 body) Ano, ale jen výjimečně (1 bod) Ne, nikdy (0 bodů)</p>
2. Hleděla jsem do budoucnosti s radostí a nadějí.	
3. Nepřiměřeně jsem se na sebe zlobila a vyčítala si, když se něco nedařilo.	
4. Byla jsem úzkostná a ustaraná, aniž by k tomu byly rozumné důvody.	
5. Cítila jsem se vyděšená, až trochu v panice, a to bez vážných důvodů.	
6. Mnoho věcí se mě nepříjemně dotýkalo.	
7. Byla jsem tak znepokojená, že jsem špatně spala.	
8. Měla jsem špatnou a mizernou náladu.	
9. Byla jsem tak nešťastná, že jsem plakala.	
10. Napadaly mě myšlenky, které mě znepokojovaly.	
<p>Celkové skóre ≥ 13 odpovídá vyšším riziku poporodní deprese a je vhodné provést psychiatrické vyšetření k bližšímu určení stavu</p> <p>Otázky 1, 2 a 4 jsou bodovány reverzně</p>	

Zdroj: ŠEBELA, Antonín, Jan HANKA a Pavel MOHR, 2018. Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. *Česká gynekologie*. **83**(6), 468-473. ISSN 1210-7832. Dostupné také z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2018-6-11/etiologie-rizikove-faktory-a-metody-prevence-poporodni-deprese-107462>.