Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Zdravotní a psychosociální péče o ženy s perinatální depresí v České republice v roce 2023: tradiční (narativní) přehledová studie

Mgr. et Bc. Tereza Lindovská

Diplomová práce

Studijní program: Psychologie

vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Alena Pikhartová, Ph.D.

Praha 2024

Prague College of Psychosocial Studies

Health care and psychosocial interventions for women with perinatal depression in the Czech Republic in 2023: traditional (narrative) review

Mgr. et Bc. Tereza Lindovská

Master's Thesis

Department of Psychology

Master's Thesis Work Supervisor: Mgr. et Mgr. Alena Pikhartová, Ph.D.

Prague 2024

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného či stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely

V Praze dne ..... Podpis .....

Poděkování:

Děkuji vedoucí práce, Mgr. et Mgr. Aleně Pikhartové, Ph.D. za inspiraci, ochotu diskutovat, podnětné připomínky a vstřícný přístup.

Anotace:

Předložená diplomová práce je tradiční (narativní) přehledovou studií shrnující aktuální vědecké poznatky o perinatální depresi v kontextu proměňujícího se systému zdravotní a psychosociální péče o ženy s depresivní poruchou v těhotenství a v prvním roce po porodu v České republice v roce 2023. Cílem je identifikovat klíčová témata, integrovat nejnovější poznatky a interpretovat současný stav péče v Česku. Práce představuje perinatální depresi jako závažný zdravotní problém a sociálně–patologický jev s výrazným dopadem na ženu, rodinu a společnost. Poukazuje na aktuální trendy v prevenci, diagnostice, léčbě a psychosociálních intervencích. Účelem práce je zlepšit informovanost o dostupných zdravotních a psychosociálních službách pro cílovou skupinu žen. Problematika perinatální deprese vyžaduje komplexní multidisciplinární přístup založený zejména na prevenci.

Klíčová slova:

Duševní poruchy, duševní zdraví, multidisciplinární přístup, perinatální deprese, prevence, těhotenství a porod, vícestupňová péče

Abstract

The submitted master's thesis is a traditional (narrative) review study summarizing current scientific knowledge on perinatal depression within the context of the evolving healthcare system and psychosocial care for women with depressive disorders during pregnancy and the first year postpartum in the Czech Republic in 2023. The aim is to identify key themes, integrate the latest findings, and interpret the current state of care in the Czech Republic. The thesis presents perinatal depression as a serious health issue and socially pathological phenomenon with a significant impact on women, families and society. It highlights current trends in prevention, diagnosis, treatment, and psychosocial interventions. The purpose of the study is to improve awareness of available healthcare and psychosocial services for the target group of women. The issue of perinatal depression requires a comprehensive multidisciplinary approach based mainly on prevention.

Keywords:

Mental disorders, mental health, multidisciplinary approach, perinatal depression, pregnancy and childbirth , prevention, stepped care

1 Obsah

Úvod **8**

1 Metodologie **10**

1.1 Tradiční (narativní) přehledová studie *10*

1.2 Zkoumané téma a cíle přehledové studie *11*

1.3 Výzkumné otázky *12*

1.4 Soubor zdrojů *13*

1.5 Analýza dat *15*

1.6 Vlastní předporozumění problematice *15*

1.7 Etické aspekty předložené práce *16*

2 Perinatální neuropsychologie **17**

2.1 Neuronální změny u žen s perinatální depresí *17*

2.2 Neuronální změny během prenatálního vývoje plodu a u dětí matek s perinatální depresí ... *19*

3 Vybrané duševní poruchy v těhotenství a po porodu **21**

3.1 Poporodní splín *22*

3.2 Afektivní poruchy *22*

3.3 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy *23*

3.4 Schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy *24*

4 Charakteristiky perinatální deprese **27**

4.1 Definice a terminologie *27*

4.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 a DSM 5 28

4.1.2 Definice podle Americké psychologické asociace 30

4.1.3 Kulturně antropologický pohled 31

4.2 Příznaky a průběh *31*

4.2.1 Myšlení 32

4.2.2 Prožívání 33

4.2.3 Tělesné projevy a chování 34

4.3 Epidemiologie *35*

4.4 Etiopatogeneze a rizikové faktory *37*

4.4.1 Psychosociální faktory 38

4.4.2 Biologické faktory 39

4.4.3 Genetické faktory 42

4.5 Protektivní faktory *42*

4.6 Komorbidity *43*

5 Léčba perinatální deprese **44**

5.1 Diagnostické nástroje *45*

5.2 Hospitalizace *46*

5.3 Farmakoterapie *47*

5.3.1 Antidepresiva 48

5.3.2 Anxiolytika, antipsychotika ... 49
5.3.3 Rizika užívání v těhotenství ... 50
5.3.4 Kojení ... 51

5.4 Biologické nefarmakologické intervence ... 51
5.4.1 Elektrokonvulzivní terapie ... 52
5.4.2 Fototerapie ... 53
5.4.3 Hluboká mozková stimulace ... 53
5.4.4 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace ... 54
5.4.5 Vagová stimulace ... 54

5.5 Psychoterapie ... 55
5.5.1 Přístupy a formy psychoterapie ... 57

5.6 Psychosociální intervence ... 60
5.6.1 Sebepéče a sociální podpora ... 61
5.6.2 Psychoedukace ... 61
5.6.3 Krizová intervence ... 62
5.6.4 Práce s rodinou ... 63
5.6.5 Zapojení peer-konzultantek ... 65

6 Vybrané zahraniční organizace zabývající se perinatálním duševním zdravím ... 67

7 Perinatální deprese jako téma veřejného zdraví ... 70

7.1 Biopsychosociální model perinatální deprese ... 72

7.2 Koncept kvality života ... 73

7.3 Důsledky neléčené perinatální deprese a chybějících služeb pro ženy s perinatální depresí ... 74
7.3.1 Negativní dopady na matku ... 74
7.3.2 Negativní dopady na dítě ... 75
7.3.3 Negativní dopady na rodinu, komunitu a společnost ... 77

7.4 Mýty o perinatálních duševních poruchách ... 79

7.5 Stigmatizace, sebestigmatizace a diskriminace ... 80

7.6 Problematika sebevražd ... 82

7.7 Rozvoj péče o perinatální duševní zdraví podle Světové zdravotnické organizace ... 84

7.8 Evropská strategie péče o perinatální duševní zdraví ... 85

7.9 Strategie péče o ženy s perinatální depresí ve vybraných zemích ... 86
7.9.1 Belgie ... 87
7.9.2 Finsko ... 87
7.9.3 Irsko ... 87
7.9.4 Malta ... 88
7.9.5 Nizozemsko ... 88
7.9.6 Spojené státy americké ... 88
7.9.7 Švédsko ... 89
7.9.8 Velká Británie ... 89

8 Situace v České republice v roce 2023 ... 91

8.1 Reformní koncepce péče o duševní zdraví ... 91

8.2 Strategický rámec Zdraví 2030 ... 92

8.3 Centrum perinatálního duševního zdraví ... 93

8.4 Role neziskových organizací ... 95
8.4.1 Úsměv mámy, z. s. ... 95
8.4.2 Další organizace ... 96

8.5 Prevence a screening ... *97*
8.5.1 Preventivní programy ... 97
8.5.2 Pilotní screeningový program ... 101

8.6 Vícestupňový model (kroková péče) ... *103*
8.6.1 Principy krokové péče ... 103
8.6.2 Prvky krokové péče ... 105
8.6.3 Nedostatky současného systému ... 108

8.7 Možnosti vyhledání pomoci ... *110*

9 Diskuse ... 112

9.1 Shrnutí hlavních poznatků ... *113*
9.1.1 Perinatální neuropsychologie ... 113
9.1.2 Vybrané duševní poruchy v těhotenství a po porodu ... 114
9.1.3 Charakteristiky perinatální deprese ... 114
9.1.4 Léčba perinatální deprese ... 115
9.1.5 Vybrané zahraniční organizace zabývající se perinatálním duševním zdravím ... 115
9.1.6 Perinatální deprese jako téma veřejného zdraví ... 115
9.1.7 Situace v České republice v roce 2023 ... 116

9.2 Silné a slabé stránky diplomové práce ... *117*

9.3 Implikace pro budoucí výzkum a praxi ... *118*

Závěr ... 121

Využití umělé inteligence (AI) ... 122

Použitá literatura ... 123

Seznam zkratek ... 137

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE ... 139

Úvod

Teoreticky zaměřená diplomová práce *Zdravotní a psychosociální péče o ženy s perinatální depresí v České republice v roce 2023* se věnuje problematice perinatální deprese v souvislosti s proměnou systému zdravotní péče a psychosociálních služeb pro ženy s touto duševní poruchou. Snaží se přiblížit aktuální trendy v prevenci, diagnostice a léčbě perinatální deprese a podat ucelený pohled na současný stav péče o ženy s perinatální depresí v České republice. Mateřství bývá nezřídka pokládáno za nejkrásnější období v životě ženy. Realita některých matek však může být zcela odlišná. Těhotné ženy a matky malých dětí se potýkají s výraznou změnou sociální role, nedostatkem spánku, frustrací vlastních potřeb a jinými nástrahami, které v součinnosti s větší zranitelností mohou vést až k rozvoji duševní poruchy. Deprese v těhotenství a během prvního roku po porodu je závažným a bohužel mnohdy podceňovaným onemocněním, které postihne celosvětově nemalé množství žen. Perinatální deprese může mít výrazné negativní dopady nejen na ženu samotnou, ale také na rodinu, komunitu a celou společnost. Proto je podpora žen s touto poruchou důležitým prvkem veřejného zdraví.

Téma perinatální deprese je hodné pozornosti z mnoha důvodů. V současné době je předmětem intenzivního výzkumu v Česku i ve světě. Studie ukazují, že ideální péče o perinatální duševní zdraví má být komplexní a orientovat se jak na biologické, tak psychologické, sociální a spirituální potřeby žen. Zahraniční praxe také prosazuje multidisciplinární přístup a vícestupňový systém péče. Doposud nebyla problematika duševního zdraví žen v těhotenství a po porodu řešena v České republice systémově. Reforma péče o duševní zdraví probíhající v naší zemi je zásadní změnou v poskytování péče lidem s duševními poruchami, avšak péči o ženy s duševními obtížemi v těhotenství a po porodu se explicitně nevěnuje. Vzhledem k možným dopadům nediagnostikovaných a neléčených duševních poruch na všechny zúčastněné se téma perinatálního duševního zdraví dostává do popředí i u nás. Prostřednictvím *Centra pro perinatální duševní zdraví* jsou prováděny pilotní studie zaměřené na screening psychosociálního stresu v těhotenství a po porodu nebo možnosti peerské podpory. S pomocí nestátních neziskových organizací jako je *Úsměv mámy, z. s.* jsou do praxe zaváděny intervence, které se osvědčily v zahraničí. Ve veřejném prostoru jsou informace o perinatálním duševním zdraví značně zkreslené, což dokazují početné diskuse na internetových fórech

a zlidovělé slovní obraty jako „máš mlíko na mozku“ nebo „šílená matka“. Také v médiích a kinematografii se objevují nejrůznější mýty. Typicky je duševní porucha těhotných a žen po porodu probírána v souvislosti s násilím, kterého se matka dopustila vůči sobě nebo dítěti.

Cílem předložené diplomové práce je zachycení perinatální deprese jako komplexního zdravotního problému s výrazným negativním dopadem na život ženy a její rodiny. Cílem je kriticky prozkoumat stav současného vědeckého poznání o dané problematice. Snahou je představit různé aspekty perinatální deprese a vzájemně je propojit. Cílem je zmapovat aktuální trendy v péči o ženy s perinatální depresí v České republice v roce 2023 a popsat stávající systém zdravotní péče čelící mnohým výzvám. Smyslem je také zprostředkovat zjištěné poznatky veřejnosti a odborníkům, kteří přicházejí do kontaktu s cílovou skupinou žen. Výzkumné otázky, na které se pokouší diplomová práce odpovědět, jsou uvedené v kapitole *1.3 Výzkumné otázky*. V pozadí stojí výchozí otázka: *„Jaké jsou soudobé poznatky o perinatální depresi?“* Autorčina motivace zabývat se tématem perinatální deprese je blíže popsána v kapitole *1.6 Vlastní předporozumění*.

Tradiční (narativní) přehledová studie je rozdělena na devět kapitol. První kapitola je zaměřena na metodologické ukotvení diplomové práce. Druhá kapitola se zabývá neuropsychologickými poznatky o perinatálním období. Ve třetí kapitole jsou představeny nejčastější duševní poruchy v těhotenství a po porodu. Čtvrtá kapitola se věnuje charakteristikám perinatální deprese podle současné výzkumné a teoretické literatury. Pátá kapitola se zabývá léčbou, psychoterapií a psychosociálními intervencemi perinatální deprese. V šesté kapitole jsou uvedeny zahraniční organizace zabývající se perinatálním duševním zdravím. Sedmá kapitola představuje perinatální depresi jako téma veřejného zdraví. Osmá kapitola zachycuje aktuální stav péče o ženy s perinatální depresí v České republice v roce 2023. Devátá kapitola je věnovaná diskusi, kde jsou poznatky rozvedeny a interpretovány.

1 Metodologie

Předložená diplomová práce je teoretickou přehledovou studií zpracovanou metodou *traditional review*, někdy nazývanou *narrative review*. Poskytuje utříděný přehled výsledků současných výzkumů rozmanitého designu zabývajících se perinatální depresí z různých hledisek. Analyzuje a interpretuje nejnovější poznatky z různých zdrojů o prevenci, diagnostice a léčbě této duševní poruchy i vhodných psychosociálních intervencích. Informuje a diskutuje o současném směru výzkumu a aktuálních trendech praxe zejména v České republice a v menší míře také ve světě. Cílem práce je jednak identifikovat výzkumné problémy, témata a otázky, které jsou v současnosti dominantní, jednak stanovit otázky, na které by se mělo zaměřit bádání v budoucnu. Obsahová podoba přehledové studie je zvolena podle toho, co autorka považuje za zásadní pro zodpovězení otázky *Jak vypadá zdravotní a psychosociální péče o ženy s perinatální depresí v České republice v roce 2023?*. Kapitoly jsou uspořádány podle klíčových témat identifikovaných v použitých zdrojích. Zvolený způsob výkladu chce zachytit co nejvíce aspektů problematiky perinatální deprese a být neutrální. Výsledky práce jsou však omezené, neboť jsou do jisté míry ovlivněny perspektivou autorky, která tématu perinatální deprese nějak předběžně rozumí a která zvolila určitou strategii začleňování zdrojů do studie. V této kapitole je představena teorie tradiční (narativní) přehledové studie a způsob analýzy dat touto metodou. Je zde nastíněno zkoumané téma, stanoveny cíle studie a definované otázky, na které má práce odpovědět. Dále je popsán proces výběru a zařazení výzkumné literatury a dalších zdrojů do studie. Následuje popis vyhodnocení získaných dat. Uvedeno je autorčino vlastní předporozumění tématu. Nakonec jsou diskutovány etické aspekty předložené práce.

1.1 Tradiční (narativní) přehledová studie

Tradiční (narativní) přehledová studie bývá alternativně nazývána narativní přehled. Její používanou zkratkou je TLR z anglického *traditional literature review*. Mareš (2013) ji definuje jako akademickou práci, která poukazuje na různé aspekty zkoumané problematiky a vychází z širokého souboru výzkumných a teoretických publikací vydaných za určité časové období. Zvolená metoda se zaměřuje se na syntézu a interpretaci výzkumné a teoretické literatury i jiných zdrojů. Poskytuje přehled a diskutuje o aktuálních poznatcích souvisejících s daným tématem. Soubor analyzovaných

zdrojů není vyčerpávající, ale pokouší se prozkoumat téma komplexně. (Sogunletaal, 2007). Také poukazuje na nedostatky v souhrnu poznatků o dané problematice a prezentuje novinky ve výzkumu (Green et al., 2006, citováno podle Lau a Kuziemsky, 2017). Lau a Kuziemsky (2017) doplňují, že záměrem tradičního přehledu je poskytnout čtenáři co nejkomplexnější kontext pro pochopení aktuálních poznatků. Proto analýza v tradiční přehledové studii může zahrnovat také materiály z oblasti šedé literatury jako jsou metodické pokyny nebo konferenční zprávy. Tento typ přehledové práce nevyužívá pevně strukturovaný protokol pro shromažďování a analýzu dat, ale spoléhá na subjektivní posouzení autorem studie. Je tedy flexibilnější než systematický přehled, ale nenaplňuje kritéria metody založené na nejlepší dostupné evidenci (Sogunletaal, 2007). Sogunletaal (2007) také upozorňuje, že výběr zdrojů může být náchylný k výběrovému zkreslení. Green et al. (2006) přidávají, že analýza a interpretace poznatků o dané problematice je provedena nesystematicky, což může vést ke zkresleným interpretacím nebo závěrům. Přes všechna zmíněná omezení je tradiční (narativní) přehledová studie vhodná pro poskytnutí přehledu o současném stavu poznání v dané oblasti a zasazení existujícího výzkumu do kontextu.

Důvodem zvolení tradiční (narativní) přehledové studie jsou specifika zdrojů využitých v diplomové práci. Informace o zdravotní péči v České republice a aktuální nabídka psychosociálních služeb pro ženy s perinatální depresí se nachází zejména v oblasti šedé literatury. Přehledová práce pouze vědeckých studií týkajících se perinatální deprese publikovaných v určitém časovém období by mohla mít formu například systematického přehledu (systematic review) nebo integrativního přehledu (integrative review). Z důvodu zařazení většího množství zdrojů šedé literatury se však autorka rozhodla pro tradiční (narativní) přehledovou studii, která zahrnuje například doporučení odborných společností, akční plány ministerstev, zdravotnickou legislativu, zprávy z konferencí, data ze statistických úřadů, obsah internetových portálů a stránek neziskových organizací a další publikace, které nelze považovat za vědecké články.

1.2 Zkoumané téma a cíle přehledové studie

Zdravotní a psychosociální péče o ženy s perinatální depresí v České republice v roce 2023 jako téma diplomové práce krystalizovalo postupně. Šlo o dynamický proces od seznamování se s problematikou, přes formulování problému až po vyhledávání, třídění a výběr zdrojů do přehledové studie. Vymezení tématu vychází z osobní

zkušenosti autorky s probíranou diagnózou, ze seznámení se s pacientkami s perinatální depresí na psychiatrickém oddělení, z pasivní účasti na konferenci o perinatálním duševním zdraví pořádané *Centrem pro perinatální duševní zdraví Národního ústavu duševního zdraví* a neziskovou organizací *Úsměv mámy, z.s.* a z navázání kontaktu s touto organizací.

Diplomová práce si klade za cíl zmapovat aktuální poznatky týkající se perinatální deprese v kontextu proměňujícího se systému péče o perinatální duševní zdraví v České republice. Cílem je identifikovat klíčová témata současného výzkumu perinatální deprese a poukázat na okrajová témata, která prozatím nejsou výzkumně zpracována. Cílem je integrovat a interpretovat dosavadní poznatky týkající se péče o ženy s perinatální depresí. Práce si klade za cíl kriticky zhodnotit dosavadní bádání a stanovit otázky, na které by se měl zaměřit výzkum v budoucnu. Snahou přehledové studie je lépe porozumět potřebám žen s perinatální depresí a seznámit s nimi veřejnost a odborníky přicházející s touto cílovou skupinou do kontaktu.

1.3 Výzkumné otázky

Výchozí výzkumná otázka: *„Jaké jsou soudobé poznatky o perinatální depresi?“* byla nastíněna v úvodu diplomové práce. Nyní podrobněji rozebereme hlavní výzkumné otázky, které se utvářely při opakovaném čtení výzkumných článků a dalších zdrojů. *„Jakou podobu má systém péče o ženy s perinatální depresí v České republice v roce 2023?“*, *„Jak vypadají systémy péče o ženy s perinatální depresí ve vybraných zemích?“*, *„Jaké jsou aktuální trendy v prevenci perinatální deprese?“*, *„Jaké jsou aktuální trendy v diagnostice perinatální deprese?“*, *„Jaké jsou současné poznatky o léčbě perinatální deprese?“*, *„Jaké psychosociální intervence jsou považované za dobrou praxi v péči o ženy s perinatální depresí?“*, *„Jaký význam má perinatální deprese pro oblast veřejného zdraví?“*.

Zformulovány byly také vedlejší výzkumné otázky: *„Jak ženy s perinatální depresí prožívají stigmatizaci poruchou?“*, *„Jaké potřeby mají ženy s perinatální depresí?“*, *„Jaký dopad může mít perinatální deprese na partnery žen?“*, *„Jaký dopad může mít perinatální deprese na dítě?“*, *„Jaké jsou neurobiologické poznatky o perinatální depresi?“*, *„Jaký je vliv socioekonomických faktorů na rozvoj perinatální deprese u ženy?“*, *„Je rozdíl v účinnosti jednotlivých psychoterapeutických přístupů pro léčbu perinatální deprese?“*.

Tabulka 1 Výzkumné otázky

Výchozí výzkumná otázka	**Hlavní výzkumné otázky**	**Vedlejší výzkumné otázky**
Jaké jsou soudobé poznatky o perinatální depresi?	Jakou podobu má systém péče o ženy s perinatální depresí v České republice v roce 2023? Jak vypadají systémy péče o ženy s perinatální depresí ve vybraných zemích? Jaké jsou aktuální trendy v prevenci perinatální deprese? Jaké jsou aktuální trendy v diagnostice perinatální deprese? Jaké jsou současné poznatky o léčbě perinatální deprese? Jaké psychosociální intervence jsou považované za dobrou praxi v péči o ženy s perinatální depresí? Jaký význam má perinatální deprese pro oblast veřejného zdraví ?	Jak ženy s perinatální depresí prožívají stigmatizaci poruchou? Jaké potřeby mají ženy s perinatální depresí? Jaký dopad může mít perinatální deprese na partnery žen? Jaký dopad může mít perinatální deprese na dítě? Jaké jsou neurobiologické poznatky o perinatální depresi? Jaký je vliv socioekonomických faktorů na rozvoj perinatální deprese u ženy? Je rozdíl v účinnosti jednotlivých psychoterapeutických přístupů pro léčbu perinatální deprese?

1.4 Soubor zdrojů

Do předložené tradiční (narativní) přehledové studie byly zařazeny české i zahraniční studie a odborná literatura za posledních čtrnáct let. Vybrané zdroje reflektují aktuální trendy výzkumu a praxe péče o ženy s perinatální depresí. Do přehledové studie byly zařazeny také zdroje, které nelze vyhledávat ve vědeckých databázích. Tento typ

zdrojů je tradičně označován jako šedá literatura (McKimmie a Szurmak, 2002). Proces výběru a začleňování publikací do předložené diplomové práce se neřídil striktně definovanými postupy, jelikož se nejedná o systematický přehled s přesně definovanými kritérii výběru zahrnuté literatury. Nejedná se o úplný soubor výzkumných studií o perinatální depresi za poslední roky. Navíc jsou do této práce zařazeny i data ze zdrojů, které se běžně v systematických přehledech neobjevují. Výsledný soubor zdrojů tradiční (narativní) přehledové práce vzešel zejména z rešerše relevantní výzkumné a teoretické literatury prostřednictvím různých databází. Do diplomové práce jsou zařazeny také zdroje, o kterých se autorka dozvěděla na konferenci o perinatálním duševním zdraví pořádané Centrem pro perinatální duševní zdraví Národního ústavu pro duševní zdraví a neziskovou organizací Úsměv mámy.

Proces vyhledávání, třídění a zařazování zdrojů do přehledové práce vycházející z kritérií definovaných Marešem (2013) byl následující. Většina výzkumných studií a teoretické literatury byla vyhledávána prostřednictvím mezinárodních databází odborných textů přes přístup Národní lékařské knihovny, případně digitální knihovnu Sci-Hub. Do studie byly zařazeny publikace z databází Bookport, EBSCOhost, MEDLINE Complete, Medvik, MKN-10 Mezinárodní klasifikace nemocí, ProQuest, PubMed, SpringerLink a Web of Science. Upřesněno bylo také kritérium časového období zahrnující vědecké články od roku 2010 do roku 2024. Všechny práce vyšly v češtině nebo angličtině a vycházely z podobných sociokulturních podmínek. Nejdříve byly v databázích vyhledány jednotlivé publikace podle klíčových slov: *perinatální deprese*, *péče o perinatální duševní zdraví*, *perinatální duševní poruchy*. Následovalo prostudování abstraktů. Prvotní výběr byl následně zredukován na texty relevantní pro vytyčené téma. Podrobně analyzovány a zařazeny do přehledové studie byly jen publikace, které odpovídaly na výchozí výzkumnou otázku *„ Jaké jsou soudobé poznatky o perinatální depresi?“*. Publikace pro přehledovou studii byly vyhledávány také prostřednictvím veřejně přístupného systému vyhledávání Google Scholar. Pro nalezení souvisejících vědeckých článků byla využita platforma Connected Papers. Vyhledávání a zařazování elektronických a tištěných zdrojů chráněných autorskými právy, které neprošly standardním recenzním řízením, se dělo metodou sněhové koule. Podle Národního uložiště pro šedou literaturu jsou tyto zdroje v diplomové práci souhrnně označovány jako šedá literatura (NUŠL, 2023).Předložená tradiční (narativní) přehledová studie tedy pracuje se třemi typy zdrojů. Nejvíce jsou zastoupeny vědecké články, čerpáno je také z odborné teoretické literatury a zdrojů, které nazýváme šedá literatura.

1.5 Analýza dat

Kritické čtení a analyzování dat ze souboru zdrojů bylo časově nejnáročnější částí procesu tvorby přehledové studie. Bylo nutné roztřídit a uspořádat data podle objevujících se témat a subtémat, případně podle typů zdrojů, ve kterých se objevují. Komentování jednotlivých vědeckých článků, propojování studií a vyvozování závěrů zabralo mnoho času. Autorka se nejdříve zběžně seznámila s výzkumnými studiemi, teoretickou literaturou a dalšími relevantními zdroji, které získala rešerší. Opakovaným pročítáním zdrojů zařazených do studie identifikovala jednotlivé tematické celky týkající se aktuálních poznatků o perinatální depresi. Obsahová struktura práce vznikala s přihlédnutím k výzkumným otázkám probíraným v kapitole *1.3 Výzkumné otázky*. Přezkoumáváním témat a hledáním souvislostí mezi nimi vznikala určitá myšlenková mapa přehledové studie, která nakonec vedla k vymezení problematiky, definování hlavních problémů a identifikování klíčových témat. Představení a interpretace analyzovaných dat je náplní kapitol *2 Perinatální neuropsychologie, 3 Vybrané duševní poruchy v těhotenství a po porodu, 4 Charakteristiky perinatální deprese*, *5 Léčba perinatální deprese*, *6 Vybrané zahraniční organizace zabývající se perinatálním duševním zdravím, 7 Perinatální deprese jako téma veřejného zdraví*, *8 Situace v České republice v roce 2023*.

Nakonec je nezbytné transparentně poukázat na subjektivitu autorky při analýze zdrojů. Do procesu tvorby přehledové studie vstupovala s určitým předporozuměním tématu perinatální deprese, což je přiblíženo v kapitole *1.6 Vlastní předporozumění problematice*.

1.6 Vlastní předporozumění problematice

Diplomová práce vychází z určitého autorčina předporozumění problematice perinatálního duševního zdraví. Tato výchozí pozice je v kapitole blíže projednána. Pro větší autenticitu je text psán v první osobě jednotného čísla.

S problematikou perinatálního duševního zdraví jsem se prvně seznámila na lůžkovém oddělení pro pacientky s neurotickými a afektivními poruchami, když jsem pracovala jako sestra v psychiatrické nemocnici. Při hovorech s ženami s depresivní symptomatikou jsem se dozvídala střípky z jejich životů. V paměti mi utkvěl příběh čerstvé matky hospitalizované pro těžkou depresivní poruchu pár měsíců po porodu.

Hovořila o vyčerpanosti, bezmocnosti a ztrátě zájmu o všechno kolem i dítě. Poté jsem se během let setkala ještě s několika takovými ženami ať už mezi pacientkami nebo mými známými. Znovu mi téma perinatální deprese vstoupilo do života, když mi byla tato porucha v těhotenství diagnostikována. Díky vlastní neradostné zkušenosti jsem si uvědomila, co všechno s sebou perinatální deprese nebo obecněji závažnější duševní potíže v těhotenství a po porodu mohou přinášet. Lépe jsem si dokázala představit, co všechno může depresivní onemocnění znamenat nejen pro ženu, ale i pro její nejbližší okolí. Špatně jsem přijímala, jak nezkušeně se ve zdravotnických zařízeních mimo oblast psychiatrie zachází s depresivními pacientkami. Nezřídka jsem se setkala s neprofesionálním přístupem zdravotníků na gynekologicko-porodnickém oddělení, kteří se chovali podle typických mýtů o duševně nemocných těhotných ženách.

Diplomovou práci píši zhruba rok po konci druhého těhotenství, které se obešlo bez deprese. Právě srovnání dvou rozdílných zkušeností s těhotenstvím a čerstvým mateřstvím, kdy jedno bylo zabarvené depresí a druhé nikoli, mi ukázalo další perspektivu zkoumaného tématu. Práce s depresivními nastávajícími nebo čerstvými matkami na psychiatrickém oddělení a vlastní zkušenost s depresí v těhotenství, mě motivovaly k tomu, abych téma perinatální deprese blíže prozkoumala. Zvláštní pozornost budu věnovat aktuálnímu stavu péče o ženy s perinatální depresí v České republice v roce 2023.

1.7 Etické aspekty předložené práce

Prezentovaná diplomová práce dodržuje etická pravidla akademického psaní. Autorka se řídila obecnými etickými standardy popsanými v textu *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu* (Miovský, 2009). Veškeré zdroje, ze kterých byla čerpána data, nebo se staly inspirací pro prezentované myšlenky, jsou uvedené v seznamu literatury. Využita byla také umělá inteligence ChatGPT, která na základě autorčiných dotazů poukázala na možné souvislosti mezi zkoumanými tématy, a pomocí které byly některé články překládány z angličtiny do češtiny.

2 Perinatální neuropsychologie

Horáček (2020) upozorňuje, že hranice mezi psychiatrickou a neurologickou poruchou je vytyčená uměle. Současná psychiatrická diagnostika založená převážně na popisu viditelného chování a popisovaného prožívání vede k opomíjení toho, že duševní poruchy souvisí s činností mozku (Horáček in Uhrová a Roth, 2020).

Mozek žen v těhotenství a po porodu prochází určitými funkčními, strukturálními a metabolickými změnami, které se snaží blíže prozkoumat současný výzkum na poli neuropsychologie. Neurovědních poznatků souvisejících s perinatální depresí je mnoho. O neuropsychologickém podkladu této poruchy existuje více hypotéz. Výzkumy se zabývají neuronálními změnami u žen s perinatální depresí, změnami během prenatálního vývoje mozku plodu u depresivních těhotných žen a zkoumáním mozku různě starých dětí depresivních matek. Horáková a kol. (2022) zdůrazňují, že nelze určit, zda perinatální deprese mozkové změny způsobuje, nebo je jejich důsledkem. Důležité je také upozornit na tzv. těžký problém psychologie, o kterém píše David Chalmers ve svém slavném článku *The Hard Problem of Consciousness*. Tento australský kognitivní vědec zabývající se filozofií mysli poukazuje na to, že zjištění, jaká mozková centra jsou zodpovědná za určitý duševní proces neznamená, že tomuto procesu plně rozumíme (Chalmers, 2017). Díky zobrazovacím metodám, zejména magnetické rezonanci, známe určité mozkové koreláty perinatální deprese. Tato duševní porucha je však natolik komplexní, že ji nelze zredukovat na neurobiologickou odchylku.

2.1 Neuronální změny u žen s perinatální depresí

V mozku žen trpících depresí dochází ke změnám ještě před viditelným propuknutím depresivních příznaků. Během depresivní epizody klesají hladiny neurotransmiterů, zejména noradrenalinu a serotoninu. Je narušena neuroplasticita a mozkové struktury jsou různě dysfunkční (Preiss & Kučerová, 2006). Neuroplastické změny v mozku lze pozorovat v oblasti hippokampu, kde jsou zodpovědné za paměť a učení, limbickém systému souvisejícím s emoční regulací a amygdale, která se spolu s prefrontálním kortexem podílí na stresové reaktivitě. Tyto změny mohou mít souvislost se zhoršením kognitivních funkcí a horší regulací emocí.

Studie využívající funkční magnetickou rezonanci (fMRI) poukazují na rozdíly v aktivitě mozkových oblastí u žen s perinatální depresí oproti zdravým ženám. Postižena bývá amygdala, zadní orbitofrontální kortex, insula, striatum a levý dorsomediální prefrontální kortex. Změny se týkají také funkční konektivity mezi jednotlivými oblastmi jak v klidu, tak při zadávání úloh (Duan et al., 2019). Díky zobrazovacím technikám jako je pozitronová emisní tomografie (PET), difuzní tenzorové zobrazování (DTI) a magneticko-rezonanční spektroskopie (MRS) jsou u žen s perinatální depresí prokázané také strukturální změny mozku (Duan et al., 2019).

Podle Uhrové a Rotha (2020) je depresí ovlivněn zejména limbický systém a prefrontální kůra. Zdá se, že při perinatální depresi hraje zásadní roli právě limbický systém, jelikož ženy mívají sníženou aktivitu amygdaly (Ho& Swain, 2017). Horáková a kol. (2022) shrnují, že ženy trpící perinatální depresí mívají narušenou konektivitu mezi dorsomediálním prefrontálním kortexem a amygdalou v limbickém systému, což způsobuju zvýšenou aktivitu defaultní sítě mozku a následně zhoršenou regulaci emocí (podle Deligiannidis a kol., 2019). Duan et al. (2019) dodávají, že při perinatální depresi bývá zasaženo sebepojetí a sociální chování žen, což je způsobené změnami v salientní síti, zejména její klíčové oblasti amygdale.

Mozkové změny během těhotenství a po porodu pravděpodobně souvisí s chronicky zvýšenou mírou stresu. Stresová reakce je psychologická adaptace na pociťované nebezpečí, ať už je reálné nebo ne. Existuje předpoklad, že depresivní epizoda souvisí s hyperaktivitou hypotalamo–hypofyzárně–adrenální osy, což odpovídá tomu, že ženy v perinatálním období zažívají zvýšený psychosociální stres. U žen s perinatální depresí byla zpozorována zvýšená aktivita salientní sítě v oblasti anteriorního cingulárního kortexu podílejícím se na stresové reakci. Stejná mozková struktura odpovídá také za chování podnícené emocemi a je součástí systému odměny (podle Cheng a kol., 2022).

Novější neuropsychologické poznatky ukazují, že v těhotenství dochází u žen ke kognitivní reorganizaci. Mozek se v těhotenství připravuje na nové dovednosti, které budou potřebné v mateřství (Hoekzema, et al., 2017). Během perinatálního období se objevují strukturální změny mozku. Také konektivita jednotlivých jeho částí je rozdílná oproti tomu, jak funguje mozek netěhotných žen (Barba-Müller et al., 2019). Jedná se o proces, během kterého se tvoří nové neuronální spoje zejména v pravém středním temporálním gyru a spodním frontálním gyru. Toto přebudovávání neuronálních drah se děje pravděpodobně proto, aby se mozek lépe přizpůsobil novým činnostem, které bude žena vykonávat až porodí. Jedná se zejména o oblast motivace a sociální kognice. Tato

kognitivní reorganizace je způsobena ženskými hormony podobně jako je mozek pubescentů v pubertě ovlivněn pohlavními hormony (Hoekzema at al., 2017). Narození dítěte znamená nejen změnu sociální role z bezdětné ženy na matku, ale je také spojeno s určitými změnami v mozku ženy (Barba-Müller a kol., 2018). Některé ženy namísto radosti z očekávaného dítěte zažívají pocity viny, že necítí k novorozenci lásku. Z pohledu neuropsychologie je to pochopitelné. Biochemické procesy související s depresí neumožní, aby v mozku vznikaly neuronální synapse věnující se tvorbě citové vazby k dítěti. To, co evoluce zařídila, aby se dělo v mozku těhotných žen a čerstvým matek, je vytlačeno procesem nemoci (Šebela a kol, 2023).

Ve společenském diskurzu se objevuje názor, že těhotenstvím a porodem se snižuje u žen kognitivní výkonnost. Příkladem jsou ustálená slovní spojení jako „máš mlíko na mozku“, „mateřská demence“ a jiné. Depresivní porucha způsobuje oslabení kognitivních funkcí, pozornosti, paměti a exekutivních funkcí, což má za následek prohloubení deprese, komplikace při léčbě a zhoršení kvality života (Preiss & Kučerová, 2006).Australská studie na 806 ženách testovaných před otěhotněním, v průběhu těhotenství a po porodu neprokázala významný pokles kognitivního výkonu během těhotenství. Mírně se snižuje úroveň zpracování informací a pracovní paměti. Ke konci těhotenství dochází k poklesu rychlosti a zpracování informací (Cheng a kol., 2022). Ženy s perinatální depresí mají potíže s pozorností a pracovní pamětí, ztrácí schopnost plánovat a selhávají v běžných činnostech. Často si stěžují na zapomínání, nedostatek motivace k činnostem a snížení výkonnosti. Zhoršení exekutivních funkcí je způsobené změnami v centrální exekutivní síti (Warren a kol., 2021).

2.2 Neuronální změny během prenatálního vývoje plodu a u dětí matek s perinatální depresí

Duan a kol. (2019) poukazují na to, že souvislost mezi perinatální depresí matek a rizikem vzniku neuropsychiatrických obtíží u jejich dětí není plně prozkoumána. Mnohé studie ukazují, že kognitivní a behaviorální vývoj dětí může být zásadně ovlivněn prenatálním stresem. Autoři konstatují, že u dětí matek trpících perinatální depresí dochází ke změnám konektivity mezi prefrontální kůrou a amygdalou. Mozková kůra bývá navíc ztenčená, zatímco u amygdaly je patrné zvětšení. Navíc se zdá, že dopad perinatální deprese matky na vyvíjející se plod je specifický podle pohlaví. Prenatální

vystavení se zvýšené hladině glukokortikoidů, zejména kortizolu, má větší vliv na amygdalu dívek než chlapců (Duan et al., 2019). Duan et al. (2019) dodávají, že strukturální změny mozku u dětí matek s perinatální depresí se podobají změnám pozorovaných na dětech vyrůstajících v raném věku v dětském domově.

Ovlivnění mozku plodu perinatální depresí matky naznačuje evropská studie těhotenství a dětství probíhající od roku 1991, která začala zjišťováním duševního stavu těhotných žen. Následně byly průběžně sledovány jejich děti až do mladé dospělosti. Výsledky z magnetické rezonance naznačují, že v mozku plodu dochází k prenatálnímu programování. Mozek dětí, jejichž matky trpěly v těhotenství depresí, vykazuje strukturální změny. Dochází také ke změnám ve funkční konektivitě mozku (Marečková a kol., 2022).

3 Vybrané duševní poruchy v těhotenství a po porodu

Duševní poruchy v perinatálním období bývají mimo odbornou oblast tematizovány dosti nešťastně. Někdy je duševní nepohoda bagatelizována nebo je přítomnost duševní poruchy během těhotenství a po porodu přímo popřena s dodatkem, že v tomto šťastném období k nim přece žena nemá důvod. Někdy je naopak psychiatrické onemocnění přímo démonizováno. V kinematografii a médiích jsou zobrazovány zejména tragické příběhy, kdy žena s duševní poruchou zabije sebe nebo dítě. Takové události jsou však výjimečné a ukazují, jak moc se mediální obraz duševních poruch liší od skutečnosti. Zatímco o mnohem častějších úzkostných a depresivních poruchách se příliš ve společnosti nehovoří, nepříliš časté psychotické stavy jsou hojně probírané. V poměrně dlouhém období zahrnujícím početí, těhotenství a dobu do prvních narozenin dítěte se může u žen kromě nepříjemných pocitů projevit zejména deprese, úzkost, obsedantně-kompulzivní porucha, tokofobie nebo posttraumatická stresová porucha. Pokud se tyto patologické stavy objeví, je vhodné vyhledat odbornou péči. Šebela a kol. (2019) zdůrazňují, že těhotenství, porod a poporodní období jsou zátěžové pro všechny ženy. Některé však během této doby zažívají duševní obtíže vysoké intenzity, které nelze zvládnout svépomocí. Vavřinková (2020) dodává, že perinatální období není zatěžující jen pro ženy, které trpěly duševní poruchou již před těhotenstvím, ale také pro ženy, které během něj zažívají zvýšený psychosociální stres. Yim et al. (2015) zdůrazňují, že těhotenství a poporodní období představují dobu, kdy jsou ženy zvýšeně náchylné k rozvoji různých duševních onemocnění.

Perinatální duševní poruchy jsou častými komplikacemi těhotenství, porodu a poporodního období. Údaje o prevalenci různých poruch se však liší. Law a kol. (2021) upozorňují na to, že většina studií o perinatálním duševním zdraví se týká poporodní deprese, poporodních psychotických stavů a úzkostné poruchy v těhotenství. Podle Jonese et al. (2014) je frekvence výskytu duševních poruch na tisíc porodů ve Velké Británii zhruba taková, že poporodní psychózou trpí dvě ženy, schizofrenií nebo bipolární afektivní poruchou dvě ženy, těžkou depresí třicet žen, posttraumatickou stresovou poruchou třicet žen, středně těžkou depresí a úzkostmi sto až sto padesát žen a poruchou přizpůsobení sto padesát až tři sta žen. V České republice byl od roku 2018 do roku 2019 realizován průzkum neziskovou organizací *Úsměv mámy, z. s.*, který poukázal na to, že během těhotenství a v mateřství zažilo 78 % dotazovaných žen smutek, 65 %

dotazovaných žen ztrátu radosti ze života, 60 % dotazovaných žen silné úzkosti, 29 % dotazovaných žen sebevražedné myšlenky a 5 % dotazovaných žen halucinace a bludy (Úsměv mámy, 2023).

3.1 Poporodní splín

Poporodní splín někdy nazývaný baby blues není duševní poruchou, přestože jeho příznaky jsou podobné depresi. Objevuje se krátce po porodu. Jedná se o fyziologický stav, který souvisí s náhlým výrazným poklesem hladiny hormonů, jejichž množství bylo v těhotenství mnohonásobně zvýšené. Někdy je považován za běžnou reakci na proběhlý porod. Podobný proces způsobený rychlým poklesem hladiny estrogenu se děje u žen během cyklu těsně před menstruací a bývá popisován jako premenstruační syndrom nebo premenstruační dysforická porucha (Šebela a kol., 2018). Údaje o prevalenci poporodního splínu se velmi liší. Literatura zmiňuje 15 % až 84 %. Vavřinková (2020) popisuje, že se projevuje rychlým střídáním emocí. Krátce po porodu se objevuje u většiny žen. Jeho projevy během dní kolísají. Do čtrnácti dní však odeznívá. Klíčovou roli v jeho rozvoji hrají hormonální změny, poporodní únava a adaptace na novou životní roli. Šebela a kol. (2019) tvrdí, že výrazným rysem poporodního splínu je strach o dítě a pochybování o vlastních rodičovských schopnostech. Ženy obvykle cítí smutek ve vypjatých chvílích, například když dítě v noci nespí. Jejich nálada však není depresivní trvale, někdy přichází i úleva a radost. Pro zmapování příznaků poporodního splínu lze použít českou verzi dotazníku MBQ z anglického Maternity Blues Questionnaire (Šebela a kol., 2018). Menší intenzita příznaků a kratší trvání odlišuje poporodní splín od perinatální deprese. V některých případech se může poporodní splín rozvinout v depresivní epizodu. Proto by měla být věnována pozornost jakékoli duševní nepohodě po porodu (Šebela a kol., 2018).

3.2 Afektivní poruchy

Většina perinatálních duševních poruch nějakým způsobem zasahuje afektivitu. Mezi poruchy nálady řadíme také perinatální depresi, které je věnovaná samostatná kapitola *4 Charakteristiky perinatální deprese*, potažmo celá diplomová práce. Zde popíšeme bipolární afektivní poruchu, což je závažné chronické onemocnění. Vavřinková (2020) upozorňuje, že u jedné čtvrtiny žen s chronickou duševní poruchou projevující se

cyklickými změnami depresivních a hypomanických až manických období dochází v těhotenství k relapsu onemocnění. Také Šebela a kol. (2019) potvrzují riziko dekompenzace bipolární poruchy v těhotenství a její rozvoj v poporodní psychózu. K relapsu nemoci dochází zejména kvůli tomu, že žena samovolně vysadí medikaci (Viguera et al., 2007). Bipolární afektivní porucha přináší v těhotenství mnohá rizika. McCabe et al. (2007) upozorňují, že dochází častěji k předčasným porodům. Psychofarmaka na léčbu bipolární afektivní poruchy ze skupiny antiepileptik, karbamazepin a valproát, jsou v těhotenství kontraindikována. Jsou silně teratogenní, způsobují s životem neslučitelné vady u dětí. Jejich použití není doporučováno také u žen plánujících otěhotnět (Šebela a kol., 2019). Rizikový je i velmi účinný stabilizátor nálady lithium, neboť zvyšuje výskyt závažných srdečních vad u novorozenců (Vavřinková, 2020).

3.3 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Úzkostné symptomy se v perinatálním období objevují až u 21 % žen (Vavřinková, 2020). Zdá se, že do určité míry je úzkost pro těhotenství a poporodní období přirozená. Úzkost je evolučně výhodná, neboť aktivizuje matku k péči o dítě (Šebela a kol., 2018). Ženy zažívají strach spojený s porodem, s péčí o novorozence a novou sociální rolí. Některé však mohou onemocnět úzkostnou poruchou. Patologická úzkost výrazně narušuje duševní pohodu matek a jejich dětí (Vavřinková, 2020). Figueiredo et al. (2011) popisují, že závažnější úzkostné příznaky krátce po porodu má 13 % žen a 10 % mužů. Od třetího měsíce po porodu úzkostná symptomatika klesá. Vavřinková (2020) upozorňuje, že hodnocení úzkostných příznaků je v těhotenství nejednoznačné. Tělesné obtíže jako bušení srdce nebo výrazné spánkové obtíže typicky přisuzované úzkosti se běžně vyskytují i u zdravých těhotných žen. Přestože jsou úzkostné poruchy v perinatálním období s prevalencí 20,7 % poměrně časté (Fawcett a kol., 2019), v klasifikačních manuálech chybí kapitoly věnující se specificky úzkostným poruchám v těhotenství a po porodu (Šebela a kol., 2019). Některé ženy mají nadměrný strach z těhotenství a porodu. Tokofobie se objevuje jak u žen s traumatickou porodní zkušeností, tak prvorodiček. Prevalence se odhaduje těžce, neboť neexistují jednotná kritéria. Zdá se, že zhruba 14 % žen trpí tímto patologickým strachem (O‘Connell a kol., 2017). V perinatálním období se nejčastěji objevuje generalizovaná úzkostná porucha, specifické fobie, panická porucha, sociální fobie, obsedantně-kompulzivní porucha a

posttraumatická stresová porucha (Fairbrother a kol., 2016). Obsesivně–kompulzivní porucha má v těhotenství a po porodu incidenci až 4 %. Ženy mívají strach, že dítěti ublíží, nebo že se dítě při kontaktu s cizími lidmi nakazí. Vtíravé myšlenky a ritualizované činnosti krátkodobě snižující úzkost velmi zhoršují kvalitu života těchto žen (Vavřinková, 2020). Zemanová (2023) upozorňuje, že perinatální období je rizikové pro vznik akutní stresové reakce a posttraumatické stresové poruchy. Zejména velmi komplikovaný náročný porod může vyvolat typické příznaky jako dysregulaci emocí nebo flashbacky na prožitou událost. Některé ženy traumatizované porodem zažívají necitlivé zacházení zdravotníky, čímž se jejich duševní strádání ještě prohlubuje.

3.4 Schizofrenie, schizotypální poruchy a poruchy s bludy

Přestože se téma poporodní psychózy poměrně často objevuje v médiích, nejedná se o příliš častý stav. Dříve převládal názor, že se jedná o samostatnou nozologickou jednotku, zatímco dnes je považovaná za projev bipolární poruchy nebo schizofrenie po porodu (Mohr in Takács, 2015). Mohr (2022) dodává, že nejde o konkrétní poruchu, ale syndrom s určitými typickými příznaky. Poporodní psychóza je v mezinárodní klasifikaci nemocí MKN–10 popsána mezi syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Mezi psychotické perinatální obtíže patří nejčastěji poporodní psychóza, relaps schizofrenního onemocnění, nově vzniklá psychotická porucha a zhoršení příznaků bipolární afektivní poruchy (Šebela a kol., 2019). Šebela a kol. (2019) udávají, že až 230 žen zažilo v roce 2017 v České republice poporodní psychózu. Riziko relapsu schizofrenního onemocnění je v perinatálním období asi 30 %.

Zejména v poporodním období může dojít k závažným psychotickým stavům vyžadujícím intenzivní péči na psychiatrickém lůžkovém oddělení. Hospitalizace znamená pro matku s psychotickou epizodou odloučení od dítěte, což výrazně narušuje celou rodinu. Poporodní psychóza se neobejde bez hospitalizace a psychofarmakologické léčby nebo elektrokonvulzivní terapie. Prognóza onemocnění je dobrá. Porucha se objevuje v prvních dnech po porodu a častěji u prvorodiček. Těhotenství není rizikovým faktorem pro rozvoj psychotického onemocnění, ale ženám s diagnostikovanou schizofrenií hrozí po porodu relaps. První zkušenost s psychózou se obvykle nevyvine ve schizofrenii, ale v bipolární afektivní poruchu. Nejrizikovější jsou ženy s psychotickou epizodou v minulosti a s diagnostikovanou bipolární afektivní poruchou (Šebela a kol., 2019).

V běžném jazyce bývá poporodní psychóza nešťastně nazývaná „laktační“. Jedná se však o nepřesný termín. Šebela a kol. (2019) upozorňují na nejasný vztah mezi rozvojem psychózy a kojením. Přestože panuje obecné přesvědčení, že právě laktace je spouštěčem psychotických fenoménů, není žádoucí laktaci zastavovat. Existují léčiva relativně bezpečná pro dítě, která kojení umožňují. Snellen a kol. (2016) tvrdí, že zvýšení hladiny prolaktinu při laktaci nevede k rozvoji poporodní psychózy. Některé studie naopak naznačují, že je to právě farmakologická zástava kojení, která může psychózu spustit (Šebela a kol., 2019). Podle australských doporučených postupů je vhodné, aby ženy s psychotickým onemocněním nepřestávaly s kojením (Austin a kol, 2017). Zatímco v české příručce se lze dočíst, že je pro ženu výhodné spíše nekojit (Černá a Kollárová, 2015).

Šebela a kol. (2018) zmiňují, že ženy s poporodní psychózou mají poruchy vnímání, špatně se orientují a chybí jim náhled na jejich stav. Jejich bludy jsou nejčastěji paranoidní a vztahovačné, případně velikášské a žárlivé. Typickým projevem jsou poruchy chování a dezorganizované myšlení. Ženy jsou nejdříve manické, mají sníženou potřebu spánku a nadnesenou náladu. Během krátké doby začnou být dezorganizované a projeví se u nich psychotický syndrom. Je nutné zmínit, že ve výjimečných případech mohou ženy ublížit sobě nebo dítěti. Některé výzkumy naznačují, že až polovina žen s poporodní psychózou má myšlenky na ublížení dítěti. Avšak k úmyslnému ublížení nebo usmrcení dochází velmi málo (Šebela a kol., 2019). Ženy prožívají vnitřní neklid, uzavírají se před okolím. Mívají halucinace a bludné myšlení, jsou dezorientované, někdy euforické a ztrácí kontakt s realitou. Chovají se neobvykle až bizarně. Mohou mít blud, že jejich dítě někdo vyměnil (Vavřinková, 2020).

Ženy s diagnostikovanou schizofrenií mohou otěhotnět, porodit a pečovat o dítě. Perinatální období však představuje vysoké riziko relapsu onemocnění. Některé publikace zmiňují horší sociální zázemí těchto žen a tedy zvýšenou potřebu podpory v péči o dítě. Jiné publikace naznačují sníženou schopnost citově se vázat na dítě (Šebela a kol., 2019). Ženy trpící schizofrenním onemocněním by měly konzultovat těhotenství ještě před početím s ošetřujícím lékařem, případně se obrátit na specializovanou ambulanci v Národním ústavu pro duševní zdraví, aby jim mohla být nastavena správná léčba (Šebela a kol., 2019). Ženy trpící psychotickými poruchami častěji rodí děti v pozdějším věku a neplánovaně, více zanedbávají prenatální péči a častěji kouří ve srovnání s jinými ženami. Také zanedbávají gynekologickou prenatální péči a o těhotenství se dozví pozdě. To může přispět ke zvýšenému riziku nižší porodní hmotnosti,

předčasného porodu a růstové restrikce dětí matek trpících schizofrenií (Vavřinková, 2020).

4 Charakteristiky perinatální deprese

Hovoříme-li v této práci o perinatální depresi, máme na mysli depresivní onemocnění, které se u ženy může objevit kdykoli během těhotenství nebo v průběhu prvního roku po porodu dítěte. V kapitole jsou představena diagnostická kritéria a definice této duševní poruchy. Popsány jsou příznaky a průběh onemocnění. Probrána jsou epidemiologická data. Diskutovány jsou rizikové faktory přispívající k propuknutí nemoci. Uvedeny jsou protektivní faktory. Zmíněny jsou typické komorbidity.

4.1 Definice a terminologie

Český etymologický slovník udává, že pojem deprese pochází z latinského slova depressio od slovesa deprimere, které znamená stlačovat nebo stísňovat (Rejzek, 2015).Ve slovníku cizích slov lze nalézt, že předpona *peri-* znamená kolem nebo okolo něčeho. Slovo *natální* se vztahuje k narození nebo porodu. Termín perinatální se tedy týká období před porodem a po něm. V kontextu perinatální deprese se jedná o dobu pokrývající celé těhotenství a první rok po porodu dítěte. Odklon od společnosti, negativní ladění a ztráta zájmů se v minulosti nazývali různě. Původní pojem melancholie vystřídal v devatenáctém století termín deprese (Höschl, 2004).

Perinatální deprese je definována různými autory odlišně. Sobotková (2019) upozorňuje, že dříve se odborníci zaměřovali pouze na poporodní depresi, zatímco dnes se zajímají také o depresivní symptomatiku v těhotenství. Segre a Davis (2013) uvádí, že termín poporodní deprese z anglického postpartum depression (PPD) znamená těžkou depresivní epizodu vzniklou v poporodním období. Nejvíce autorů vymezuje perinatální období jako dobu těhotenství a prvního roku po porodu. Obecná shoda však nepanuje. Někteří autoři ho považují za ukončené po prvním měsíci po porodu (Horáková, 2023). Světová zdravotnická organizace pokládá perinatální období za dobu od početí do prvního roku dítěte, zatímco jiní autoři ho ukončují šestinedělím (Duan et al., 2019).

Na laické úrovni se nerozlišuje mezi depresivním syndromem, nepatologickou smutnou náladou, přetrvávajícím dystymickým laděním a depresí jako nozologickou jednotkou. Psychiatrická diagnóza je vzdálená tomu, jak se slovo deprese užívá v běžném jazyce (Šebela a kol., 2018). Depresivní syndrom významně snižuje výkonnost, zhoršuje plnění běžných denních aktivit a doprovází ho pocit psychické nepohody. Jedná se o

nejčastější syndrom v psychiatrii. Sekundárně se objevuje u různých somatických onemocněních (Kališová, Ulmanová, 2020).

Perinatální deprese je závažné onemocnění, které bychom neměli podceňovat. Ničí životy nejen nemocným ženám, ale také jejich rodinám. Hrozí při ní narušení mateřské vazby, případně zanedbávání péče o dítě. (Šebela a kol., 2018). Nelze ji zaměňovat za skleslou náladu, kterou do určité míry během těhotenství a po porodu zažívá každá žena. Deprese k těhotenství a mateřství nepatří. Je to patologický stav definovaný jasnými kritérii. Avšak hranice mezi špatnou náladou a depresí jako klinickou jednotkou je arbitrární (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015). Jedná se o potenciálně smrtelné onemocnění, neboť depresivní ženy mívají suicidální myšlenky, některé i tendence a některé bohužel sebevraždu dokonají. Porucha má biologickou podstatu. Pouze pohledem biologie ji však plně neporozumíme. Perinatální deprese je komplexní fenomén. Nelze určit, zda vzniká z vnitřních pohnutek nebo vnějších příčin (Höschl, 2004).

Doposud nepanuje mezi vědci shoda, zda perinatální deprese představuje zdravotní problém s nástupem během těhotenství a po porodu, který se neliší od depresivní epizody v jiných fázích života, nebo se jedná o samostatný specifický syndrom. Fox et al. (2018) se domnívají, že etiopatogeneze perinatální deprese je specifická z důvodu jedinečných strukturálních a funkčních neuronálních změn a hormonálního kolísání během těhotenství a po porodu. Typické příznaky perinatální deprese jsou navíc odlišné od typických příznaků depresivního syndromu. V těhotenství a po porodu se u žen mnohem častěji objevuje úzkost, zatímco zpomalení psychomotorického tempa, anhedonie a suicidální myšlenky bývají méně časté (Fox et al., 2018). Přestože má perinatální deprese specifický klinický obraz, průběh nemoci a odpověď na léčbu, v klasifikaci duševních poruch se nejedná o samostatnou diagnózu.

4.1.1 Diagnostická kritéria podle MKN-10 a DSM 5

Stanovení diagnózy perinatální deprese není bezproblémové. Existuje více klasifikačních systémů, podle kterých lze perinatální depresi stanovit. Smolík (2002) navíc upozorňuje, že všechny současné klasifikační systémy mají vzhledem k etiopatogenezi, průběhu a prognóze duševních poruch jen omezenou platnost. Obecně lze konstatovat, že perinatální deprese se projevuje vyšší intenzitou a delším trváním než běžný poporodní smutek. Má výrazný negativní vliv na každodenní fungování těhotných žen a matek s malými dětmi. Obvykle ji nelze zvládnout svépomocí a vyžaduje odbornou léčbu (Mohr in Takács a kol., 2015). Avšak diagnostická kritéria se liší podle vybraného

klasifikačního rámce. Chápání psychopatologie není neměnné. Jednak se proměňuje v čase, jednak lze vypozorovat rozdíly mezi jednotlivými klasifikačními systémy. Navíc se jednotliví autoři nemohou shodnout v tom, jak široké je perinatální období. Probereme, jak se liší diagnostická kritéria mezinárodní a americké klasifikace.

Humánní nemoci, poruchy, zdravotní problémy a symptomy onemocnění jsou klasifikovány na základě kritérií definovaných *Světovou zdravotnickou organizací* v publikaci *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí* a *přidružených zdravotních problémů* (MKN, v originále ICD z anglického International Classification of Diseases), která tvoří univerzální seznam diagnóz. V České republice se zdravotní politika a vykazování zdravotní péče řídí aktualizovanou českou verzí její 10. revize platné od 1. 1. 2023 (ÚZIS, 2023). V MKN–10 se nevyskytuje popis přímo perinatální deprese. Při diagnostice se vychází z kritérií pro depresivní poruchu obecně, jejíž charakteristiky nalezneme v kapitole F00-F99 *Poruchy duševní a poruchy chování*, konkrétněji v podkapitole F30-F39 *Afektivní poruchy*. Deprese je představena jako porucha nálady a změna celkové aktivity s tendencí k recidivám, která bývá doprovázena úzkostí. Depresivní fáze pod označením F32 se objevuje v lehké, střední nebo těžké formě. Závažnost stavu se odvíjí od množství přítomných příznaků. V lehké depresivní fázi nemocní obvykle zvládají běžné denní aktivity, zatímco v těžké depresivní fázi se objevují suicidální myšlenky a somatické příznaky. V klinickém projevu se mohou objevovat také psychotické příznaky. Projevy poruchy jsou zejména zhoršená nálada, snížená aktivita a zvýšená únava. Depresivní lidé ztrácí zájem o své zájmy a mají problémy s koncentrací. Obvykle dochází ke ztrátě chuti k jídlu, úbytku hmotnosti a snížení sexuální touhy. Nemocní prožívají pocity viny a beznaděje. Zhoršení nálady je dlouhodobé a nereaguje na vnější vlivy. Deprese způsobuje poruchy spánku, nejčastěji brzké ranní probouzení (MKN–10, 2023). V podkapitole F50 až F59 *Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory* nalezneme oddíl F53 *Duševní poruchy a poruchy chování související se šestinedělím nezařazené jinde*, kde jsou popsané poruchy specifické pro krátké poporodní období. Lze tedy konstatovat, že MKN–10 rozeznává pouze poporodní depresi, zatímco depresivní symptomatiku v těhotenství ignoruje. Pro udělení diagnózy perinatální deprese dle MKN–10 je nutné, aby byla přítomná pokleslá nálada nebo neschopnost radovat se a minimálně dva přidružené příznaky jako myšlenky na smrt, neklid, zpomalené psychomotorické tempo,

porucha spánku, změna chuti k jídlu, viditelný úbytek váhy, nárůst váhy, únava nebo snížený zájem o sex (Mohr in Takács, 2015).

Mezinárodně využívaná příručka *Americké psychiatrické společnosti* pro klasifikaci a statistiku duševních poruch vyšla v roce 2015 v prvním českém vydání jako *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* (DSM5). Na rozdíl od MKN vychází tento klasifikační systém spíše z popisu symptomů než hypotetických příčin vzniku duševních poruch. Větší důraz je kladen na psychosociální faktory a vývojové chápání poruch. Některé poruchy jsou chápány šířeji a zahrnují i stavy, které bychom podle MKN–10 nedefinovali jako patologické. Pro neodbornou veřejnost působí manuál srozumitelněji než mezinárodní klasifikace nemocí, lze ho omezeně využít i mimo oblast zdravotnictví (DSM–5, 2013). Podobně jako v MKN–10 nenajdeme v DSM–5 přímo perinatální depresi. Perinatální duševní poruchy nejsou samostatně vymezeny. DSM–5 pracuje s přívlastkem „s počátkem peripartum“, podle kterého lze typ deprese specifikovat (Mohr in Takács a kol., 2015). Perinatální depresi lze chápat jako velkou depresivní poruchu nacházející se v oddíle depresivní poruchy. Diagnostikuje se, pokud se objevuje depresivní ladění nebo ztráta zájmů, došlo ke zhoršení celkového funkčního stavu a přítomno je pět a více symptomů alespoň po dobu dvou týdnů. Mezi popisované příznaky patří depresivní nálada během celého dne, ztráta zájmu o veškeré činnosti, výrazný úbytek nebo nárůst hmotnosti, zvýšená spavost nebo naopak nespavost, psychomotorický útlum nebo přehnaná agitovanost, zvýšená únava, až bludné pocity viny, zhoršení kognitivních a exekutivních funkcí a suicidální myšlenky, tendence nebo pokusy. Výrazně narušeno je fungování v pracovní a sociální oblasti Klinický obraz deprese může být v případě těhotných žen a po porodu atypický (DSM–5, 2013).

V diferenciální diagnostice je nutné zaměřit se zejména na poporodní splín s podobnými příznaky jako má perinatální deprese (Šebela a kol., 2018).

4.1.2 Definice podle Americké psychologické asociace

Americká psychologická asociace (APA, z anglického American Psychological Association), největší celosvětová organizace sdružující psychology snažící se zvýšit povědomí o psychologii jako vědě, vymezuje depresi na základě diagnostických kritérií popsaných v předchozí podkapitole jako závažný stav charakterizovaný zpomalením psychomotorického tempa, pocity viny, častými ruminacemi, vysokým rizikem sebevražedného chování a možnými psychotickými symptomy (APA, 2023).

4.1.3 Kulturně antropologický pohled

Na problematiku perinatální deprese nahlížíme jako na duševní poruchu s jasně vymezenými diagnostickými kritérii, kterými se řídí euroamerická psychiatrie v současné době. Je však potřeba upozornit na to, že fenomény typicky náležející klinickému obrazu perinatální deprese mohou být v jiném kulturně-antropologickém kontextu vykládány zcela odlišně. Možné odlišnosti však zdaleka přesahují rámec předložené diplomové práce a nelze se jim v textu podrobněji věnovat, přestože jsou dle autorky diplomové práce fascinující. Omezíme se proto jen na konstatování, že v určitých společenstvích mohou být depresivní příznaky v těhotenství a po porodu posuzovány velmi rozdílně. Přisuzovány mohou být například duchům. Psychotické příznaky mohou být například spojovány s nadpřirozenými schopnostmi nebo božím trestem (Ocisková a Praško, 2015). Lze konstatovat, že výskyt duševních poruch, popis jejich symptomů i samotný průběh nemocí jsou ovlivněny kulturou a socioekonomickým kontextem. Právě sociální prostředí formuje psychiatrická onemocnění, jejich prožívání a způsob úzdravy. Snahou mezikulturní psychiatrie je porozumět psychopatologii na základě kulturních vlivů (Kirmayer & Ryder, 2016).

Ve starší studii Stern a Kruckman (1983) tvrdí, že těhotenství a porod jsou vnímané jako životní přechodové události v každé kultuře. Perinatální období představuje dobu, kdy je žena více zranitelná. Míra zranitelnosti je ovlivněna kulturními faktory, například změnou očekávané sociální role. Antropologické pohledy naznačují, že kromě biologických a psychosociálních aspektů vedoucích k rozvinutí perinatální deprese, je důležité porozumět také jejímu symbolickému významu. Výzkumné studie naznačují, že existuje variabilita projevů depresivního onemocnění v různých kulturách. Nedávají však jednoznačný důkaz o přímé korelaci mezi specifickou kulturou a konkrétními příznaky deprese (DSM–5, 2013).

4.2 Příznaky a průběh

Ženy trpící depresí v těhotenství a po porodu zažívají velké duševní utrpení. Prožívaná psychická nepohoda se liší tak, jako se liší ženy mezi sebou. Jedná se o subjektivní zkušenost. Společné je, že její intenzita je veliká. Ženy zažívají pocit prázdnoty a beznaděje, svírá je úzkost a cítí se v napětí. Popisují ztrátu radosti ze života, jako by celý svět zešedl. Líčí celkové fyzické vyčerpání, někdy i somatické bolesti. Jsou

nepřiměřeně dlouho smutné a nevěří, že se jejich stav zlepší. Tento způsob prožívání, myšlení a chování výrazně snižuje kvalitu jejich života a způsobuje, že nejsou schopné postarat se o sebe a své dítě.

Deprese v perinatálním období nemá jednotný klinický obraz. Příznaků je mnoho a u jednotlivých žen jsou různě zastoupené. Některé ženy mají mírné depresivní příznaky, jiné zažívají symptomy natolik závažné, že je ohrožují na životě. Perinatální deprese výrazně snižuje kvalitu života žen, neboť zasahuje téměř vše. Ovlivňuje tělesný stav, myšlení, cítění i chování. Depresivní symptomatika zdaleka nepředstavuje pouze hluboký smutek. Je velmi různorodá a někdy atypická (Šebela a kol., 2018). Duan et al. (2019) uvádí, že perinatální deprese má z velké části shodné příznaky jako deprese v jiných fázích života. Ženy popisují dlouhotrvající smutek, anhedonii, pocity viny, zvýšenou dráždivost, psychomotorický neklid, problémy s pozorností, spánkové obtíže a změny chuti k jídlu vedoucí ke změně hmotnosti. Vavřinková (2020) doplňuje, že příznaky perinatální deprese mohou být zhoršené fungování v běžném životě a vyhýbání se zájmovým činnostem a přátelům v případě mírné deprese. Izolace od lidí, ztráta energie, výrazné zhoršení v denním fungování a sebevražedné myšlenky při středně těžké depresi. V těžké depresi ženy nejsou schopné postarat se o sebe ani dítě. Přes den pospávají v posteli a ztrácí zájem o veškeré činnosti. Jsou výrazně psychomotoricky utlumené a objevují se u nich suicidální tendence a chování.

Průběh deprese v těhotenství a po porodu může být různý. Některé ženy zažijí jednu depresivní epizodu, jiným se deprese vrací po skončení perinatálního období (Šebela a kol., 2018) . Duan et al. (2019) uvádí, že symptomy poruchy se mohou projevit v raném těhotenství, stejně jako několik měsíců po porodu. U jedné z pěti žen přetrvává deprese i po prvním roce dítěte a dvě ženy z pěti zažijí relaps onemocnění někdy v budoucnu.

Klinické projevy perinatální deprese jsou od mírného poporodního splínu po velmi těžkou depresi s psychotickými fenomény (Mohr in Takács a kol., 2015). Podíváme-li se na příznaky podrobněji, můžeme shrnout, že zahrnují myšlení, prožívání, tělesné projevy a chování.

4.2.1 Myšlení

U žen s perinatální depresí dochází ke kognitivním změnám. Porucha koncentrace a zhoršení paměti bývají přítomné. Snížení exekutivních funkcí, tedy schopnost organizovat myšlenky a rozhodovat se, je důvodem, proč ženy s perinatální depresí

mohou selhávat v běžném denním fungování a péči o dítě. Kognitivní symptomy zahrnují potíže se soustředěním, zpomalené myšlení a obtíže při řešení problémů. Projevy v myšlení depresivních žen jsou rozličné. Některé popisují ochromující strach o dítě, který je nutí k přehnané péči. Mívají vtíravé myšlenky, že dítěti něco udělají. Tyto myšlenky na možné katastrofické scénáře, které se dětem stanou, lze jen těžko odklonit. U některých žen s perinatální depresí se po porodu objevují automatické myšlenky na záměrné ublížení dítěti. Většina z nich však neprovede nic, čím by dítě poškodila. Katatonní, náladou ovlivněné myšlení, vede k ruminaci. Ženy se nemohou zbavit obav ze špatného průběhu těhotenství a porodu. Automatické negativní myšlenky se mohou týkat také touhy po bezdětném životě, který chtějí nazpět. Některé ženy mají vtíravé myšlenky, že dítě nemají rády, že ho nechají dlouze brečet nebo ho dají k adopci. Těžká perinatální deprese může být doprovázena psychotickým bludným myšlením, které bývá autoakuzační, mikromanické a paranoidní. V hlavě se ženám honí výčitky a sebeobviňování může nabývat až bludné formy. Ženy si myslí, že jsou neschopné, nic nedokážou a ve všem selhávají. Někdy mají hypochondrické bludy doprovázené nadměrnou čistotností, neboť se obávají, aby se dítě nenakazilo. Bludnou produkci doprovází přesvědčení, že si ženy zaslouží trpět. Depresi pak mohou vnímat jako určitou formu trestu (Duan et al., 2019; Mohr in Takács a kol., 2015; Šebela a kol., 2018; Šebela a kol., 2019; Vavřinková, 2020).

4.2.2 Prožívání

Hloubka zoufalství, které mohou ženy s perinatální depresí zažívat, je veliká. Ženy popisují nesnesitelnost toho, co prožívají. Pociťují napětí uvnitř sebe, truchlí a nejsou schopné se radovat. V klinickém obraze dominuje emoční podladění. Protrahovaný smutek je doprovázený pocity bezradnosti, bezvýchodnosti a viny. Negativní nálada je způsobena změnami v regulaci a expresi emocí. Emoční systém je spojen s motivačním, proto ženy s perinatální depresí ztrácí schopnost dosahovat cílů a ztrácí vůli k aktivitě. Pokleslá nálada je konguentní s prožíváním sebe a okolí. Ženy si připadají méněcenné, prožívají pocit selhání a obviňují se za svůj stav. Prožitek beznaděje a různě intenzivní úzkost je doprovodným příznakem perinatální deprese. Některé ženy jsou zvýšeně podrážděné. Pociťují agresi vůči sobě nebo otočenou proti druhým. Prvorodičky často zažívají pocit, že nikdy nebudou dobrými matkami. Prožívají vinu, že necítí k dítěti lásku nebo že nejsou schopné rozpoznat potřeby dítěte (Duan et al., 2019; Mohr in Takács a kol., 2015; Šebela a kol., 2018; Šebela a kol., 2019; Vavřinková, 2020).

4.2.3 Tělesné projevy a chování

V klinickém obraze perinatální deprese se pokles nálady nemusí vůbec vyskytovat. V popředí mohou být somatické projevy. Hluboký smutek se promítá do těla v různých podobách. Tělesné a vegetativní obtíže jsou rozmanité. Mezi fyzické potíže patří zejména pokles energie a zvýšená únava. Ženy popisují, že jsou nevýkonné a neschopné zvládnout každodenní činnosti, na které nemají sílu. Nejsou schopné reagovat na potřeby dětí a postarat se o ně. Nemusí to být spojené s negativními pocity vůči dítěti, ale právě naprostou ztrátou energie a vyčerpáním. Různé spánkové obtíže bývají prvotními příznaky. Ženy líčí potíže s usínáním nebo problém s brzkým ranním probouzením. Objevuje se u nich zvýšená spavost či nespavost. Přítomna je také zvýšená bolestivost. Jednak je subjektivní prožitek deprese podobný tělesné bolesti, jednak se při depresi snižuje práh pro prožívání bolesti. Ženy udávají bolest svalů, hlavy, zad nebo břicha. Tělesná bolest je výrazným depresogenem a depresivní poruchu ještě prohlubuje. Psychomotorické tempo žen s perinatální depresí bývá zpomalené. Méně obvyklý je neklid a pocit silného vnitřního napětí. Časté jsou potíže s příjmem potravy. Ženy mohou trpět nechutenstvím, nefunkčním trávením nebo přejídáním, což se projevuje na vzhledu. Některé ženy s perinatální depresí v krátkém čase zhubnou, jiné naopak přiberou. Typickým příznakem jsou sexuální poruchy, obvykle ztráta libida. Ženy mohou mít problém s navázáním vztahu k dítěti a ohrožovat ho. Ve vzteku mohou dítětem neopatrně zatřást, křičet na něj nebo ho uhodit. K ublížení však dochází velmi zřídka. V těžké depresi mívají ženy sebevražedné myšlenky nebo se mohou sebepoškozovat. Utrpení, které přináší perinatální deprese, může vyústit až k sáhnutí si na život. Ne vždy realizaci sebevraždy předchází úvahy a tendence. Vždy je potřeba mít na paměti, že deprese je potenciálně smrtelné onemocnění. U žen s perinatální depresí musíme vždy brát v potaz riziko suicidia. Dokonaná sebevražda je hlavní příčinou mateřské úmrtnosti v prvním roce po porodu. U některých žen je deprese jasně rozpoznatelná podle nevýrazné mimiky, častého pláče, skrčeného postoje, pomalého reagování a tiché mluvy. Někdy je napětí viditelné, ženy jsou neposedné a neudrží oční kontakt. Při perinatální depresi bývá přítomná sociální izolace. Ženy se stahují do sebe, přestávají komunikovat s okolím a vyhýbají se společenským setkáním. Na jiných ženách nejsou příznaky viditelné a perinatální deprese zůstává dlouho skrytá (Duan et al., 2019; Mohr in Takács a kol., 2015; Šebela a kol., 2018; Šebela a kol., 2019; Vavřinková, 2020).

4.3 Epidemiologie

V posledních letech se hovoří o zvýšeném počtu žen trpících v těhotenství a po porodu perinatální depresí nebo jiným duševním onemocněním. Není však jisté, zda se jedná o skutečný nárůst poruchy, nebo optický klam zapříčiněný lepšími diagnostickými metodami a větší dostupností psychiatrické péče. Podíváme-li se na populační charakteristiky perinatální deprese podle různých studií, zjistíme, že se nejedná o vzácný jev. Problematické však zůstává určit přesné počty žen, které touto poruchou trpí. Doposud neexistují jednotná diagnostická kritéria a mnoho případů zůstává nezachycených. Law a kol. (2021) uvádí, že po celém světě má až 10 % těhotných žen a dokonce 13 % žen po porodu zkušenost s duševní poruchou. Zároveň upozorňují na to, že výskyt duševních poruch je pravděpodobně vyšší než se uvádí. Realitou je, že mnoho žen zůstává nediagnostikovaných. Ženy nevyhledají odbornou pomoc z různých důvodů. Některé si nejsou vědomy závažnosti vzniklých obtíží, jiné se bojí stigmatizace duševní poruchou.

Sobotková (2019) upozorňuje, že v publikovaných výzkumných studiích nepanuje shoda, jaká je prevalence a incidence poporodní deprese. Rozdíly mohou být způsobeny nestejnou metodologií výzkumů, socioekonomickými nebo kulturními vlivy. Metodologické obtíže epidemiologických studií zjišťující zastoupení žen s perinatální depresí v populaci jsou různé. Perinatální období není jasně definované. Mnohdy nevíme, zda se studie zaměřují pouze na ženy po porodu, nebo i těhotné. Problematická je také samotná diagnostika. Někteří výzkumníci využívají standardizované diagnostické metody, jiní sebeposuzovací škály. Woody a kol. (2017) upozorňují také na to, že většina publikovaných studií o prevalenci a incidenci perinatální deprese je prováděna na ženách z rozvinutých zemí, zejména ze západní Evropy, a naopak údaje o ženách z méně rozvinutých zemí chybí.

Někteří autoři označují depresivní poruchu za nejhorší populační onemocnění. Chromý (2004) poukazuje na to, že v současné době nehodnotíme nemoci jen podle toho, nakolik zkracují život, ale také podle toho, jak velké postižení pro člověka představují. Z tohoto pohledu můžeme depresi vnímat jako epidemiologickou hrozbu 21. století. Podle Světové zdravotnické organizace zažívá 1 až 5 žen duševní nepohodu během těhotenství a po porodu. Perinatální depresí trpí celosvětově zhruba 16 % žen v těhotenství a téměř 20 % žen po porodu (WHO, 2017). Šebela a kol. (2019) označují depresi za nejvíce výzkumně zkoumanou poporodní duševní poruchu a tvrdí, že 5 % žen

po porodu splňuje diagnostická kritéria pro těžkou depresivní epizodu a až 15 % žen vykazuje depresivní příznaky. Woody a kol. (2017) sjednotili výsledky předchozích epidemiologických šetření a usuzují, že prevalence perinatální deprese je 11,4 % až 12,5 %. Jelikož je depresivní porucha v perinatálním období spíše poddiagnostikovaná, skutečná prevalence bude nejspíš vyšší. Také Hahn-Holbrooka a kol. (2017) provedli metaanalýzu, která určila celosvětovou prevalenci poporodní deprese na 17 %.

Duan et al. (2019) uvádí, že prevalence mezi 6,5 % a 12,9 % z ní činí nejčastější perinatální psychiatrickou poruchu. Zároveň upozorňují, že v nízkopříjmových zemích je její výskyt vyšší. Podobně Gelaye et al. (2016) udávají, že ve vyspělých státech dosahuje prevalence deprese v těhotenství 7% až 15 %. Sobotková (2019) vysvětluje, že v nízkopříjmových zemích je více rizikových faktorů. Výskyt deprese v těhotenství je tam proto vyšší než ve státech s vysokými příjmy.

Šebela a kol. (2021) provedli studii v českém prostředí, kde zjistili, že 17,6 % žen trpí po porodu příznaky některé z duševních poruch. Epidemiologická data o české populaci naznačují, že téměř 19 tisíc žen vykazovalo v roce 2017 příznaky poporodní deprese. Horáková a kol. (2022) vyčíslují, že téměř 2850 žen ročně trpí těžkou poporodní depresí.

Zdá se, že prevalence duševních poruch je v těhotenství a po porodu vyšší než v jiných životních obdobích. Deprese bývá častou poporodní komplikací (Mohr in Takács a kol., 2015). Téměř 20 % žen udává distres v sebeposuzovacích dotaznících týkajících se duševního zdraví po porodu. Alarmující je, že až 75 % žen na mateřské dovolené splňujících kritéria duševní poruchy nevyhledá odbornou pomoc nebo se nedostane do systému péče (Šebela a kol., 2019). Podle Kitzlerové a Kališové (2018) se liší prevalence perinatální deprese v průběhu těhotenství. V prvním trimestru je depresivních 7 % žen, v druhém 13 % žen a ve třetím 12 % žen. Mohr (2015) dodává, že téměř 30 % žen s perinatální depresí zažilo depresivní epizodou před otěhotněním (Mohr in Takács a kol., 2015). Vavřinková (2020) shrnuje, že depresivní epizoda v těhotenství a po porodu se objeví zhruba u 12,7 % žen, které depresi již zažily. Nižší je výskyt nově vzniklé deprese, cca 7,5 %. Riziko výskytu perinatální deprese je zejména po porodu, zatímco nejméně rizikový je první trimestr těhotenství. U adolescentních žen je pravděpodobnost výskytu deprese až dvojnásobně vyšší než u dospělých.

4.4 Etiopatogeneze a rizikové faktory

Etiopatogeneze, tedy přesný soubor příčin a mechanizmy vedoucí ke vzniku a rozvoji perinatální deprese, není zcela vysvětlena. Howard et al. (2014) poukazují na to, že perinatální deprese vzniká v zásadě stejně jako deprese mimo těhotenství a po porodu. Roli mohou hrát endokrinní, zánětlivé, epigenetické, genetické, environmentální a psychosociální vlivy včetně osobnostních charakteristik. Šebela a kol. (2018) upozorňují, že perinatální deprese je multifaktoriální onemocnění, které vzniká na základě psychologických, sociálních a biologických predispozic a epigenetických faktorů.

Známé jsou rizikové faktory, které mohou přispět k rozvoji perinatální deprese, což je biochemická porucha s genetickou komponentou, při které ženy ztrácí pozitivní pohled na svět. Také stresující životní události a negativní zkušenosti jsou pro její vznik rizikové. Důležité je uvědomit si, že výzkumně můžeme sledovat pouze psychologické dopady psychologických jevů a biologické odezvy biologických příčin (Höschl, 2021). Ve výzkumné a teoretické literatuře lze vysledovat, že porucha je spojena s různými biologickými mechanismy. Zároveň většina publikací zvýrazňuje multifaktoriální příčinu vzniku a rozvoje deprese v těhotenství a po porodu. Nelze určit jednu konkrétní příčinu, většinou jde o souhrnné působení více faktorů včetně psychosociálních. Spíše než o konkrétní příčině je vhodnější hovořit o jednotlivých predispozicích, které mohou hrát v rozvoji onemocnění roli. Klinický obraz této poruchy je složitý a u každé ženy individuální. Stejně tak příčiny mohou být psychosociální, neurobiologické nebo obojí.

Zvýšená zátěž spojená s těhotenstvím a mateřstvím se promítá do tělesného i psychického stavu ženy, jelikož aktivuje stresovou osu hypotalamus-hypofýza-nadledvinky. V těhotenství také dochází ke zvýšené imunitní aktivitě. Některé studie naznačují spojitost mezi perinatální depresí a zánětlivým procesem v těle. Neurovědní výzkumy popsaly určité funkční změny mozku během těhotenství přispívající k rozvoji perinatální deprese. Určitou roli v rozvoji onemocnění hraje genetika, neboť u žen s rodinnou anamnézou deprese je výskyt této poruchy častější. V neposlední řadě je perinatální deprese spojena s hormonálními změnami v těhotenství a po porodu. Roli hrají zejména estrogeny, progesteron a kortizol. Duan et al. (2019) shrnují, že rizikovými faktory perinatální deprese je depresivní nebo úzkostná porucha před otěhotněním, nedostatečná sociální opora, zvýšený psychosociální stres, domácí násilí nebo zneužívání v osobní anamnéze, partnerské neshody, špatný zdravotní stav, finanční problémy,

hormonální a imunitní změny, deregulace neurotransmiterních systémů, genetické a epigenetické predispozice.

Nejčastěji zmiňovaný rizikový faktor rozvoje perinatální deprese je předchozí zkušenost s depresí nebo úzkostnou poruchou. Guintivano et al. (2018) tvrdí, že nejvýznamnějším rizikovým faktorem pro rozvoj perinatální deprese je výskyt duševního onemocnění ještě před porodem. Ženy, které zažily depresivní epizodu před těhotenstvím, mají až 6 krát vyšší riziko výskytu poporodní deprese. Také Vavřinková (2020) považuje depresivní epizodu v anamnéze za zásadní.

4.4.1 Psychosociální faktory

Těhotenství a mateřství představuje pro ženu zvýšenou psychosociální zátěž téměř vždy. Péče o dítě bývá zatěžující. Rodiče zažívají stres spojený s novou sociální rolí a nemají na sebe čas jako partneři (Kuersten-Hogan, 2021). Nefunkční rodinné vztahy mohou vést k rozvoji onemocnění. Faisal-Cury et al. (2020) upozorňují na souvislost partnerských hádek a deprese. Také rozvod je rizikovým faktorem pro rozvoj perinatální deprese (Grazia et al., 2020).

Některé ženy navíc v perinatálním období zažijí nadměrně stresující až traumatizující situace. Šebela a kol. (2018) upozorňují na potenciální psychosociální faktory, které mohou přispět k rozvoji perinatální deprese. Jedná se zejména o nedostatek sociální podpory od rodiny a blízkých, rozchod s partnerem, závažné až traumatické události v životě ženy, domácí násilí a finanční obtíže. Mezi rizikové faktory pro rozvoj deprese patří také špatná socioekonomická situace a změna sociální role (Yim a kol., 2015). Některé matky se velmi špatně vyrovnávají s novou sociální rolí. Právě zřetelná změna v tom, jak vypadají běžné dny bezdětných žen a těch s dětmi, může vést k depresi. Jiní autoři zmiňují navíc nižší vzdělání, nezaměstnanost a nechtěné těhotenství (Ceballos a kol., 2016). Radoš, Tadinac a Herman (2018) doplňují, že stresující události během života, špatné mezilidské vztahy a psychická nezralost matky jsou dalšími rizikovými faktory. Leff-Gelman et al. (2016) udávají navíc nedostatečnou zdravotní péči v těhotenství a špatnou výživu.

Kubrichtová (2022) poukazuje na to, že duševní nepohoda po porodu se objevuje u specifických skupin žen. Jedná se o ženy po císařském řezu, se kterým nejsou srovnané. Dále o ženy, kterým vadí, že nemohou z různých důvodů kojit. Psychické obtíže mohou mít také ženy, které rodily předčasně a vyčítají si, že tím poškodily dítě. Zemanová (2022) doplňuje, že spouštěčem perinatální deprese může být trauma způsobené při porodu.

Komplikovaný bolestivý porod nebo neplánovaný císařský řez, se kterým žena nepočítala, mohou vést k rozvoji traumatu. Situace jako necitlivé zacházení zdravotníků v porodnici nebo naprosté nepochopení a bagatelizace potíží rodinou ženy mohou působit taktéž traumaticky. Ženy pak zažívají stavy, kdy cítí paniku, nemohou se hýbat, nejsou schopné regulovat své emoce nebo se jim vrací traumatizující událost ve formě rychlých nečekaných vzpomínek. Bayrampour a kol. (2016) potvrzují, že necitlivé zacházení ve zdravotnických zařízeních, strach z porodu, strach z narození postiženého dítěte a obavy ze změny těla v těhotenství a po porodu mohou vést k perinatální depresi. Také perinatální ztráta výrazně negativně ovlivňuje duševní zdraví žen a jejich partnerů. Porod mrtvého dítěte s sebou přináší truchlení, které se může rozvinout v depresivní poruchu. Je důležité, aby se rodiče mohli s dítětem rozloučit pomocí různých rituálů. Rodičům by měla být také nabídnuta psychosociální podpora (Ratislavová, 2022).

Hrdličková a kol. (2022) provedli kvalitativní studii se 188 českými ženami od 18 let do 45 let zažívajícími duševní nepohodu a zjišťovali subjektivně vnímané příčiny této nepohody. Ženy udávaly, že za jejich psychické obtíže může špatná zkušenost s porodem, problém s kojením, nedostatečná podpora od blízkých lidí, špatná socio-ekonomická situace, zdravotní komplikace, špatné chování zdravotníků v porodnici, velmi náročné dítě, rodinné problémy a změna sociální role.

Mezi ženami s perinatální depresí lze vysledovat určité osobnostní charakteristiky. Zvýšený neuroticismus a negativní styl myšlení mohou mít souvislost se vznikem perinatální deprese. Nebylo však provedeno důslednější výzkumné ověření (Šebela, 2018). Jestliže si žena dává za vinu všechny neúspěchy v životě, pak tento pesimistický atribuční styl nahrává rozvoji deprese. Při interpretaci nezdaru jako něčeho, co je dáno vnější příčinou a co se nebude opakovat, je riziko vzniku perinatální deprese menší.

4.4.2 Biologické faktory

Biologických příčin přispívajících k perinatální depresi je více. Roli hrají zejména poruchy spánku, imunitní systém a hormonální změny. Nedílnou součástí těhotenství a mateřství je určitá forma spánková deprivace. Únava a vyčerpání způsobené nedostatkem spánku nebo přerušovaným spánkem mohou vést k rozvoji perinatální deprese (Šebela a kol., 2019). Ve vyšším stupni těhotenství jsou potíže způsobeny obtížemi s vyhledáním vhodné polohy ke spánku z důvodu velikosti břicha, pálením žáhy a častým nucením k močení. Příchod novorozence zase znamená opakované noční vstávání spojené

s přebalováním a kojením. Po porodu může být spánek nekvalitní také z důvodu bolestivých poporodních zranění. Spánková deprivace znamená pro matky po porodu velkou zátěž. Hertenstein a kol. (2019) upozorňují, že narušením cirkadiánního rytmu dochází k propuknutí mnoha duševních poruch.

V těhotenství potlačuje organismus ženy imunitní reakci na plod, který je vlastně cizím tělesem. Tato imunosupresce může podpořit zánětlivý proces v těle matky. Existuje hypotéza o vlivu zánětu na rozvoj depresivní poruchy. Zatím není zcela vysvětleno, proč drobný zánět spouští depresivní reakci pouze u některých žen. Pro porozumění perinatální depresi je nutné zaměřit budoucí výzkum na interakce mezi imunitním systémem, placentou a mozkem u žen v těhotenství (Leff-Gelman et al., 2016).

Těhotenství a mateřství může být spojeno s dlouhodobě zvýšeným stresem, což je významný rizikový faktor. Dlouhodobě zvýšená hladina stresových hormonů kortikoidů blokuje růst neurosynapsí v mozku. Dochází tím k neurotoxickému poškození mozku, zejména systémů odpovědných za regulaci emocí. Chronicky zvýšená hladina kortizolu může vést až k makroskopickému poškození hippokampu. To může mít za následek zhoršení kognitivních funkcí. Změny mozku závisí na délce a intenzitě dlouhodobého stresu. Perinatální deprese může být stresem vyvolaná a stres sama způsobovat (Antonelli et al., 2017). V těhotenství dochází ke zvýšené aktivitě hypotalamo-hypofyzárně-adrenální osy produkující hlavní stresový hormon kortizol. Pokud však žena v těhotenství zažívá dlouhodobě velmi zvýšený stres, může dojít k poruše kortizolového systému, což má za následek poruchu nálady. Mohr in Takács a kol. (2015) vysvětlují, že zvýšená hladina kortizolu a kortikotropin uvolňujícího faktoru v těhotenství může vést ke snížené aktivitě hypotalamo-hypofyzárně-nadledvinkové osy po porodu, což má za následek depresivní symptomatiku. Spuštěná stresová osa vedoucí od hypotalamu přes hypofýzu do nadledvinek uvolňuje ve větší míře kortizol, který je ve větším množství neurotoxický a může poškodit hipokampus. Ženy jsou potom neklidné, mají roztěkanou pozornost, hůř se soustředí a dochází u nich ke zhoršení paměti. Šebela a kol. (2018) doplňují, že v těhotenství je hladina kortikotropního hormonu mnohonásobně zvýšená, neboť je produkován nejen hypotalamo-hypofyzární osou, ale také placentou. Kortikotropin zvyšuje hladinu kortizolu, která se ještě navyšuje při stresových situacích v životě těhotné ženy. U většiny žen s perinatální depresí je stresová osa hyperaktivní. Množství kortizolu a subjektivní prožívání stresorů má vliv na vznik deprese (Šebela a kol.. 2018).

Po porodu dochází k metabolickým změnám nejen kortizolu, ale také k poklesu hladiny estrogenu, progesteronu a placentárních hormonů. Yim a kol. (2015) považují

biologické faktory za nejzásadnější v rozvoji perinatální deprese. Upozorňují zejména na hormonální změny, které se dějí v těle těhotné ženy a ženy po porodu. Autoři se domnívají, že prudký vzestup hladiny reprodukčních a stresových hormonů před porodem a jejich rychlé snížení po porodu způsobuje u zranitelnějších žen depresivní poruchu. Svoje tvrzení opírají o to, že k depresivním epizodám dochází u žen také během menstruace a menopauzy, kdy se hladiny stejných hormonů také rapidně mění. V těhotenství vzrůstá hladina estrogenů zodpovědných za činnost dělohy, placenty a prsních žláz. Při jejich rychlém poklesu po porodu dochází k emoční labilitě a výkyvům v náladě. Progesteron udržuje těhotenství a pokles jeho hladiny po porodu také negativně ovlivňuje náladu ženy. Šebela a kol. (2018) zdůrazňují, že reprodukční hormony estrogen a progesteron slouží jako určitá ochrana před depresí. Právě výrazný pokles estrogenů po porodu může souviset s rozvojem deprese. K podobnému poklesu dochází u progesteronu. Souvislost mezi poporodním snížením hladiny progesteronu a vznikem depresivních příznaků je nejasná. Poporodní deprese může mít souvislost také s hladinou oxytocinu. Podle Šebely a kol. (2018) není léčba perinatální deprese hormonální substitucí obecně doporučována, neboť její pozitivní účinky nebyly prokázány.

Mohr upozorňuje, že senzitivita k hormonálním změnám v těhotenství a po porodu je individuální. Změna hladiny estrogenu nevyvolává u všech žen hypersenzitivitu dopaminergních receptorů vedoucí k emočním rozladám (Mohr in Takács a kol., 2015). Ženy, které jsou citlivější na kolísání hladin reprodukčních hormonů a trpí premenstruačním syndromem, jsou náchylnější k rozvoji deprese po porodu (Šebela a kol, 2018).

Hormon prolaktin vyskytující se ve zvýšené míře u kojících matek je spíše protektivním faktorem. Zažitá představa, že laktace spouští závažné duševní poruchy, se nepotvrdila. Nemá smysl ženám po porodu zastavovat farmakologicky nástup laktace, aby se předešlo poporodní psychóze nebo depresivní epizodě. Šebela a kol. (2018) uvádí, že novější výzkumy spíše ukazují, že hormon prolaktin uvolňovaný do těla matky při kojení není spouštěčem psychotického stavu. Lékaři bez psychiatrické specializace ještě nejsou v této problematice příliš edukováni. Gynekologové mnohdy doporučují ženám s duševními obtížemi ukončit kojení. Avšak zastavení laktace může naopak duševní stav matek zhoršit, neboť léky na tlumení prolaktinu zvyšují hladinu neurotransmiteru dopaminu, o kterém se předpokládá, že má spolu s nedostatkem spánku velký vliv na vznik poporodní psychózy.

Snížená funkce štítné žlázy může přispívat k rozvoji perinatální deprese. Výsledky publikovaných studií jsou nejednoznačné. Zdá se, že nelze depresi predikovat pouze na základě dysfunkce štítné žlázy a hladiny jejích hormonů (Šebela a kol., 2018).

4.4.3 Genetické faktory

Určité genetické faktory zvyšují riziko rozvoje perinatální deprese. Pro vznik poruchy je však nutná jejich interakce s dalšími rizikovými faktory. Ženy s pozitivní rodinnou historií jsou více ohrožené oproti ženám, v jejichž rodinách se porucha nevyskytuje. Depresivní porucha je tedy z části podmíněná geneticky. Nejde však identifikovat jeden konkrétní gen. Roli hraje mnoho genů a jejich interakce se životními zkušenostmi a prostředím, ve kterém se žena pohybuje. Höschl (2021) upozorňuje, že přestože se depresivní porucha jeví jako maladaptivní a tedy evolučně nevýhodná, někteří sociobiologové tvrdí, že jde o ochrannou reakci rušící motivační systém, a tím šetřící zdroje jedince.

Dědičnost depresivní poruchy je až 40 % a významný podíl na ni má neuroticismus jako osobnostní rys. Dvakrát až čtyřikrát více jsou ohroženi depresí přímí příbuzní osoby trpící depresivní poruchou (DSM–5, 2013). Rozvoj perinatální deprese souvisí s resiliencí. Tato genetická odolnost zvládání životních výzev je spojena s lepší reakcí na dlouhodobý stres a snižováním duševní nepohody (Alves et al., 2021). Höschl (2021) uvádí, že deprese je výsledkem toho, jak jsme geneticky zranitelní nebo odolní, a toho, jak moc jsme neurotičtí a čteme skutečnost.

4.5 Protektivní faktory

Ochranných mechanismů neboli protektivních faktorů napomáhajících ženám vyrovnat se se zvýšenou mírou zátěže a minimalizujících riziko vzniku perinatální deprese je více. Přítomnost protektivního faktoru v životě ženy však neznamená, že nemůže dojít k rozvoji onemocnění. Salutoprotektivní činitelé riziko vzniku poruchy snižují, ne zaručují. Kitzlerová s Kališovou (2018) uvádí, že těhotenství není protektivní faktor, naopak riziko vzniku a rozvoje perinatální deprese může zvyšovat.

Koncept resilience, tedy míry odolnosti vůči stresu, vysvětluje, proč se ženy liší ve schopnosti překonat a vyrovnat se s těžkostmi života. Odolnost lze chápat jako osobnostní rys nebo schopnost adaptovat se na výrazný stres, která se může měnit během

života. Posilování resilience může vést ke snižování duševní nepohody (Walker et al., 2022).

Copingové strategie jsou kognitivní a behaviorální mechanismy, kterými se ženy v době těhotenství a po porodu snaží zvládnout nároky na ně kladené. Adaptační mechanismy zvládání stresu mohou být různé. Některé jsou zaměřené na řešení problému, jiné na práci s emocemi. Razuel et al. (2013) dodávají, že zejména vyhýbavá strategie je dysfunkční a často přítomná u žen s perinatální depresí. Autoři si všimli také toho, že stres související s péčí o dítě depresivní symptomatiku spíše nevyvolá, zatímco stres spojený s rodičovskou rolí ano.

Obecnými salutoprotektivními faktory jsou dobré mezilidské vztahy, schopnost řešit problémy, sebedůvěra, sociální podpora, optimismus, vědomí smysluplnosti světa, psychická odolnost, dostupnost psychosociálních a zdravotních služeb, zájmové činnosti, smysl pro humor, finanční jistota, dobrý zdravotní stav, zdravý životní styl, včasná diagnostika a léčba.

4.6 Komorbidity

Až dvě třetiny žen s perinatální depresí trpí dalším duševním onemocněním (Rafferty et al., 2019). Podle Farra a kol. (2021) jsou nejčastějšími přidruženými potížemi perinatální deprese úzkostné poruchy. Často se objevuje obsedantně-kompulzivní porucha, generalizovaná úzkostná porucha a panická porucha (Šebela a kol., 2019). Steardo a kol. (2019) doplňují, že perinatální deprese bývá doprovázená také posttraumatickou stresovou poruchou. V menší míře se u žen vyskytují poruchy příjmu potravy a hraniční porucha osobnosti. Některé ženy mají potíže s užíváním psychoaktivních látek (DSM–5, 2013). Šebela a kol. (2019) dodávají, že ženy s perinatální depresí trpí ve zvýšené míře poruchami spánku. Matky po porodu mají silně narušený rytmus bdění a spánku, neboť musí několikrát za noc vstávat k novorozenci.

5 Léčba perinatální deprese

Prvním krokem k úspěšné léčbě duševních obtíží v těhotenství a po porodu je, aby se ženy dostaly do odborné péče. To je problematické z několika důvodů. Některé ženy nevyhodnotí obtíže jako závažné pro vyhledání odborníka. Jiné se obávají svěřit do odborné péče z různých příčin. Další odbornou péči vyhledají, ale jejich obtíže jsou bagatelizovány. Mohr upozorňuje, že perinatální deprese není dostatečně diagnostikována a léčena (Mohr in Takács a kol., 2015). Pokud ženy nevyhledají odbornou pomoc samy od sebe, případně s pomocí svých blízkých, není duševní porucha zachycena a tedy ani léčena. Ženy tak zbytečně trpí, příznaky perinatální deprese se zhoršují, hrozí chronifikace potíží a snižuje se šance na uzdravení bez recidivy. Button a kol. (2017) provedli metaanalýzu 24 publikovaných studií o zkušenostech žen z Velké Británie s vyhledáním odborné pomoci kvůli duševní nepohodě v těhotenství a po porodu. Upozorňují na to, že ženy nevyhledávají odbornou péči, jelikož bývají špatně informované o perinatálních duševních poruchách a svým příznakům nepřikládají takovou váhu nebo je nepřisuzují duševní poruše. Dále se obávají stigmatizace psychiatrickým onemocněním. Strach mají také ze zdravotníků a lékařských intervencí, o kterých mají nejasné představy. Podle Valverdeho et al. (2023) ženy nevyhledávají odbornou pomoc také pro nemožnost zajistit hlídání pro dítě.

Léčba deprese v perinatálním období je komplikovaná také tím, že nelze ženy zcela ochránit od stresorů, které depresivní příznaky podněcují. Během těhotenství a po porodu jsou nedostatek spánku a hormonální změny běžným jevem (Sockol et al., 2011). Další komplikací léčby může být to, že některé ženy jsou traumatizované potraty, případně komplikovaným průběhem porodu. Výskyt traumatické zkušenosti problematizuje, jaký způsob terapeutické podpory zvolit (Sockol at al., 2011).

Léčba perinatální deprese je vždy individualizovaná podle závažnosti příznaků a preferencí matky, neexistuje jediný správný postup. Šebela a kol. (2018) doporučují zahrnout jak nefarmakologické postupy, tak terapii psychofarmaky. Perinatální deprese je komplexní jev, který vyžaduje multidisciplinární péči zahrnující psychoedukaci, podporu rodiny, psychoterapii, farmakoterapii, léčbu světlem, elektrokonvulzivní terapii, pravidelný denní režim, peerskou podporu proškolených žen a využití mobilních aplikací. Button a kol. (2017) upozorňují na potřebu edukace odborníků o perinatálních duševních

onemocněních a také na důležitost provázanosti a kontinuity péče o ženy s perinatálními duševními obtížemi.

Cílem léčby je, aby příznaky depresivní poruchy vymizely nebo se alespoň zmírnily a dostavila se úleva. Snahou je, aby mohla žena co nejdříve fungovat jako před vznikem poruchy. Během léčby je nezbytné mít na paměti jednak riziko sebevraždy, jednak zabránění tomu, aby se nemoc vrátila v budoucnu. Akutní léčba se zaměřuje na vymizení příznaků a trvá obvykle několik měsíců. Během pokračovací léčby ženy stále užívají medikaci, přestože už projevy deprese na sobě nepociťují. Dřívější vysazení léků může vést k recidivě. Někdy je potřeba přistoupit k udržovací léčbě trvající několik let zahrnující farmakoterapii, psychoterapii a dodržování režimových opatření. Zejména ženy, u kterých se vyskytuje depresivní porucha v rodině, mají psychotické příznaky, suicidální tendence nebo špatně odpovídají na léčbu, musí být v dlouhodobější péči odborníků. Ženám, které onemocní depresí v průběhu těhotenství a po porodu, by mělo být poskytnuto co nejvíce informací o nemoci a možných způsobech léčby, aby se mohly svobodně rozhodnout a společně s odborníky naplánovat, jakou cestou se bude léčba ubírat. Někdy bude dostačující krátkodobá psychoterapeutická podpora spojená s psychoedukací, jindy bude potřeba zařadit také medikaci. Ve výjimečných případech těžké perinatální deprese je nezbytná hospitalizace, během které mohou probíhat další specifické intervence.

5.1 Diagnostické nástroje

K posouzení deprese v těhotenství a po porodu slouží různé nástroje. V zahraničí jsou nejčastěji používané sebeposuzovací Edinburská škála poporodní deprese (EPDS), sebehodnotící Hamiltonova škála pro hodnocení deprese (HDRS), Montgomery-Asbergova škála pro hodnocení deprese (MADRS), Dotazník antenatální a postnatální deprese (DAPD), kritéria pro poporodní depresi podle Becka a strukturovaný klinický rozhovor podle DSM kritérií nebo jiné způsoby klinického psychiatrického rozhovoru (Valverde et al., 2023). Mohr uvádí, že k rozpoznání perinatální deprese lze využít dvoupoložkový dotazník PRIME MD2 zjišťující pokles nálady a ztrátu zájmů. V případě pozitivních odpovědí následuje klinický rozhovor a objektivní pozorování (Mohr in Takács a kol., 2015). Šebela a kol. (2018) uvádí, že pro posouzení míry psychopatologie lze také využít sebehodnotící dotazník poporodního blues (MBQ, z anglického Maternity Blues Questionnaire). Horáková (2023) upozorňuje, že Perinatální screeningová škála

úzkosti (PASS) a Edinburská škála poporodní deprese (EPDS) jsou dostupné v češtině, ale prozatím nejsou standardizované pro českou populaci.

Wilkinson et al. (2016) uvádí, že screeningové metody dokáží zachytit již nespecifické příznaky upozorňující na možný rozvoj perinatální deprese. Šebela a kol. (2018) dodávají, že je nutné od deprese diferenciálně odlišit zejména poporodní splín a poporodní psychózu, k čemuž screeningové metody nestačí. Podle MKN–10 musí být pro potvrzení perinatální deprese přítomné alespoň jeden hlavní a nejméně čtyři přidružené příznaky. Obtíže se musí vyskytovat minimálně dva týdny a vzniknout v rozmezí čtyř týdnů až šesti měsíců po porodu (Šebela a kol., 2018). Mohr doplňuje, že je nutné vyloučit také somatické příčiny depresivní symptomatiky jako je porucha štítné žlázy (Mohr in Takács et kol., 2015).

5.2 Hospitalizace

K hospitalizaci žen s perinatální depresí dochází pouze ve výjimečných případech. Někdy nejsou možnosti ambulantní péče dostatečné a psychiatrické terénní služby jsou povětšinou určeny jiné cílové skupině zejména lidem s chronickým schizofrenním onemocněním. V případě hrozící sebevraždy je ambulantní péče přímo riziková. Někdy mohou být ženy přehnaně agitované a ohrožovat okolí nevhodným společenským chováním nebo agresí. Perinatální deprese může být také doprovázena silnými psychotickými fenomény. Ve všech jmenovaných případech se obecně hospitalizace doporučuje.

Pro ženy s perinatální depresí platí pravidla příjmu k hospitalizaci jako u jiných pacientů s duševními poruchami. Vždy je potřeba informovaný souhlas ženy. V určitých případech, pokud stav ženy vyžaduje neodkladnou léčbu nebo pokud žena ohrožuje sebe nebo okolí na životě, může být hospitalizovaná bez souhlasu. Dušek a Večeřová-Procházková (2015) upozorňují, že v případě nedobrovolné hospitalizace musí poskytovatel zdravotních služeb nahlásit tuto skutečnost do čtyřiadvaceti hodin soudu, který do týdne rozhodne, zda jde o zákonný postup. O ukončení nedobrovolné hospitalizace jedná soud na základě znaleckého posudku po třech měsících. Zdravotní stav žen s perinatální depresí se obvykle zlepšuje rychleji a k tomuto posouzení nedochází. Ve většině případů se mění nedobrovolná hospitalizace na dobrovolnou.

Hospitalizovat ženy s perinatální depresí s sebou přináší mnoho negativ. Proto je vždy nutné zvážit benefity a rizika plynoucí z pobytu v lůžkovém zařízení. Zvláště ženy

po porodu mohou velmi trpět ztrátou kontaktu s dítětem a partnerem. Nemožnost pobytu za přítomnosti dítěte s sebou nese nejenom emocionální strádání pro obě strany, ale také nutnost přerušit laktaci. Vytržení z domácího prostředí bývá výrazně stresující. V neposlední řadě je pobyt na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice nebo v psychiatrické nemocnici dodnes spojen s určitou mírou stigmatizace.

Mezi pozitiva hospitalizace patří výrazné snížení rizika suicidálního pokusu a efektivnější nastavování medikace. Pobyt v lůžkovém zařízení umožňuje provést různá vyšetření, nabídnout skupinovou psychoterapii a sociálně aktivizační činnosti.

Hospitalizace v psychiatrické nemocnici obvykle začíná na příjmovém oddělení, odkud je žena přesunuta na uzavřené oddělení. Po nějaké době se přesune na oddělení otevřené, kde jsou jí umožněné vycházky po areálu zdravotnického zařízení. Poté následují nejdříve celodenní propustky domů, pak také víkendové. Pobyt končí propuštěním ženy do ambulantní péče. Snahou je setrvat v nemocnici co nejkratší dobu, aby se žena mohla navrátit do běžného života a plně se věnovat mateřským radostem a povinnostem.

Ve světě existují specializovaná zdravotnická lůžková zařízení pro matky s duševním onemocněním, kde mohou být hospitalizované společně se svými dětmi. Tyto Mother–baby units (MBU) nabízí komplexní péči o ženy a jejich děti zahrnující jak léčbu psychiatrické poruchy, tak podporu v budování vztahu mezi matkou a dítětem nebo pomoc se zvládáním rodičovských povinností. Stephenson a kol. (2018) zdůrazňují, že pozitivem tohoto způsobu hospitalizace je cílená podpora vztahu mezi matkou a dítětem vedoucí k lepší prognóze onemocnění. Connellan a kol. (2017) uvádí, že Mother-baby units jsou v současné době považovány za dobrou praxi na rozdíl od separace matek od jejich dětí. Některé státy s nimi počítají v doporučeních týkajících se péče o perinatální duševní zdraví. Přestože se zařízení nachází již v několika zemích, doposud neexistují jednotná pravidla, jak mají vypadat. Mezi sebou se liší například personálním obsazením nebo zřizovatelem. Aktuálně se Mother-baby units nachází ve Velké Británii, Francii, Austrálii, Belgii, Nizozemsku, Švýcarsku, Maďarsku, Německu, Spojených státech amerických, Izraeli, Indii a na Srí Lance (Connellan et al., 2017).

5.3 Farmakoterapie

Pro úspěšnou farmakologickou léčbu perinatální deprese je nezbytné, aby ženy porozuměly fungování léčiv a důvěřovaly jim. Stále přetrvává určitá stigmatizace

psychofarmak, proto je potřeba ženy edukovat. Při perinatální depresi dochází k přechodnému snížení kognitivních funkcí, proto musí edukace probíhat opakovaně. Farmakoterapie má být individualizovaná a zaměřená na příznaky nemoci, které ženu skutečně nejvíce trápí.

Otázky ohledně psychiatrické medikace lze konzultovat s lékaři v poradně pro těhotné a kojící ženy nacházející se v *Centru pro perinatální duševní zdraví* v Národním ústavu duševního zdraví (NUDZ, 2023). Odborně ověřené informace o léčivech a chemických látkách v těhotenství lze nalézt v angličtině na internetovém portále Bumps (z anglického Best use of medicines in pregnancy, česky optimální užívání léčiv v těhotenství) dostupném na *medicinesinpregnancy.org*. Šebela a kol. (2019) upozorňují, že pouze menší část psychofarmak má za sebou klinické testování, které zaručuje jejich bezpečné užívání ženami v těhotenství a během laktace. Přesto existují psychofarmaka, která mají minimum negativních účinků. Vždy je nutné zvážit rizika a benefity antidepresiv, jelikož v určité míře prostupují placentou do plodu a jsou vylučována do mateřského mléka.

5.3.1 Antidepresiva

Lékem první volby v léčbě perinatální deprese jsou antidepresiva, která je nutné užívat dostatečně dlouho v přiměřené dávce (Vavřinková, 2020). Moderní antidepresiva mají anxiolytický efekt a jsou účinná také v léčbě bolesti. Ženám nepomáhají pouze v boji s patologicky sníženou náladou, ale také s úzkostí a somatickými příznaky, které perinatální depresi mohou doprovázet. Antidepresiva ovlivňují afektivitu různými způsoby, přesný mechanismus účinku není doposud zcela objasněn. Cílí na neuronální změny doprovázející depresivní poruchu. Některá blokují zpětné vychytávaní neurotransmiterů ze synaptické štěrbiny do neuronu, jiná zvyšují sekreci neurotransmiterů nebo zastavují jejich odbourávání. Cílem je zvýšit koncentraci neurotransmiterů v mozku, nejčastěji serotoninu, noradrenalinu a dopaminu. Zvýšení se děje postupně, proto je jejich účinek zřetelný až po několika týdnech. Někdy je nutné navýšit dávku léčiva, jindy ho vyměnit za jiné nebo zkombinovat s dalším. Je nutné vybírat antidepresiva vhodná pro těhotné a kojící a bez dohledu lékaře je náhle nevysazovat. Nutné je správné užívání v pravidelnou denní dobu, obvykle s jídlem (Dušek & Večeřová-Procházková, 2015; McAllister-Williams et al., 2017; Mohr in Takács a kol., 2015; Švestka in Höschl, Libiger a Švestka, 2004; Vavřinková, 2020). Švancer (2023) doplňuje, že snahou je léčit nejdříve psychoterapeutickými prostředky.

Molyneaux et al. (2014) na základě metaanalýzy dřívějších studií tvrdí, že v léčbě perinatální deprese je medikace antidepresivy ze skupiny SSRI efektivnější než placebo. Upozorňují však, že účinek je zkreslený. Většina žen po dobu medikace podstupuje také psychosociální intervence. Muzik a Hamilton (2016) doplňují, že potenciální negativní účinky antidepresiv v těhotenství jsou menší než riziko sebevraždy a špatného rodičovského chování v případě neléčené perinatální deprese. Také Hermasen a Melinder (2015) tvrdí, že dopady neléčené perinatální deprese jsou mnohem závažnější než možná rizika související s užíváním antidepresiv. Malm a kol. (2015) poukazují na to, že antidepresiva snižují riziko předčasného porodu oproti ženám s duševní poruchou bez medikace.

Při nasazení psychiatrické medikace se preferuje nasazení nízké dávky jednoho léčiva po co nejkratší dobu (Švancer, 2023). V případě užívání antidepresiv před těhotenstvím se doporučuje neměnit je za jiný typ. (Muzik a Hamilton, 2016). Sockol a kol. (2011) upozorňují na riziko užívání příliš nízkých dávek psychofarmak, které pak ztrácí účinnost. Děje se to zřejmě kvůli obavám z negativního působení medikace na plod. Protože je riziko relapsu duševního onemocnění v těhotenství a po porodu velmi vysoké, je dobré ponechat udržovací dávku antidepresiv i po odeznění depresivních příznaků (Muzik a Hamilton, 2016).

5.3.2 Anxiolytika, antipsychotika

Kromě antidepresiv se mohou využít anxiolytika, což jsou psychofarmaka se sedativním účinkem potlačující úzkost a snižující napětí. Benzodiazepiny, nebenzodiazepinová anxiolytika a z-hypnotika mají při delším užívání závislostní potenciál. Mohr upozorňuje, že benzodiazepiny podávané při perinatální depresi z důvodu úzkosti, agitovanosti nebo insomnie, by měly být nasazovány pouze na nezbytně krátkou dobu, aby se předešlo vzniku závislosti (Mohr in Takács a kol., 2015). Léčba úzkostných poruch vysokými dávkami benzodiazepinových anxiolytik na konci těhotenství je riziková z důvodu dechové tísně novorozence. Děti matek závislých na benzodiazepinech bývají utlumené a mívají abstinenční příznaky (Vavřinková, 2020). Šebela a kol. (2018) doplňují, že při náhlém vysazení mohou způsobit abstinenční příznaky u kojených dětí, jelikož tyto látky prochází nejenom placentou, ale přechází také do mateřského mléka.

V některých případech se užívají atypická antipsychotika (Mohr in Takács a kol., 2015). V porovnání se závažnými riziky, které představuje neléčená psychóza v

těhotenství, mají málo negativních účinků na dítě (Vavřinková, 2020). Doporučovanými antipsychotiky jsou olanzapin nebo kvetiapin.

5.3.3 Rizika užívání v těhotenství

Americká gynekologicko-porodnická společnost (ACOG) doporučuje individuální posouzení nasazení psychofarmak v těhotenství z důvodu možného ovlivnění prenatálního vývoje dítěte (Muzik a Hamilton, 2016). Kitzlerová s Kališovou (2018) upozorňují, že těhotné ženy se nemohou účastnit farmakologických studií z důvodu možných teratogenních rizik na plod. Informace o rizicích jednotlivých psychofarmak jsou uvedeny v příbalovém letáku. Farmakoterapie těhotných žen se řídí obecně pravidlem, že benefity této léčby musí být větší než potenciální rizika. Rommel a kol. (2020) poukazují na to, že vliv na stav dětí nemusí mít jen antidepresiva, ale také duševní porucha matky.

Vavřinková (2020) uvádí, že použití antidepresiv v těhotenství se jeví bezpečné pro vyvíjející se plod. Riziko předčasného porodu nebo potratu je minimální. Naopak riziko potratu může léčba antidepresivy snižovat. V prvním trimestru těhotenství je nutné sledovat, zda nemá léčivo teratogenní vliv na plod. Podávání antidepresiv v posledním trimestru těhotenství může vést ke zhoršené poporodní adaptaci novorozence a behaviorálnímu syndromu novorozenců projevujícím se dýchacími obtížemi, svalovým třesem a letargií (Vavřinková, 2020). Doposud nebyla prokázána teratogenita antidepresiv (Grigoriadis a kol., 2013; Muzik a Hamilton, 2016; Vavřinková, 2020).

Úřad pro kontrolu potravin a léčiv ve Spojených Státech Amerických (FDA, z anglického Food and Drug Administration) vydává klasifikaci léčiv podle bezpečnosti. Doporučení jsou založená na nejnovějších klinických studiích .V kategorii těhotenství a laktace lze nalézt informace o veškerých nežádoucích negativních účincích léků na průběh těhotenství, vývoj plodu a dítě (Švancer, 2023).

Přestože se užívání antidepresiv v těhotenství jeví jako bezpečné, lze ve výzkumné literatuře nalézt upozornění na negativní účinky pro plod. Děti, jejichž matky v těhotenství užívaly antidepresiva mají mírně zvýšené riziko poporodních komplikací jako je nedonošenost, nižší porodní váha, mírná respirační tíseň a nižší APGAR skóre. Riziko potratu nebylo prokázáno (Muzik a Hamilton, 2016). Gadot a Koren (2015) uvádí, že se novorozenci mohou rodit nedonošení. Grigoriadis a kol. (2014) zmiňují horší poporodní adaptaci. Wang a Cosci (2021) usuzují, že horší poporodní adaptace vzniká na základě mírného abstinenčního syndromu. Podle Fujákové a Kopečka

(2012) je v těhotenství rizikové užívání antidepresiva paroxetin způsobujícího vrozené srdeční vady plodu. Také Muzik s Hamiltonem (2016) nedoporučují paroxetin užívat z důvodu zvýšeného výskytu srdečních malformací u novorozenců. Některá psychofarmaka, například stabilizátor nálady valproát, jsou prokazatelně teratogenní a neměla by být v těhotenství používána (Šebela a kol., 2019).

5.3.4 Kojení

Ženy, které se neobejdou bez medikace, mají obavy z negativních dopadů psychofarmak na kojené dítě. Téma kojení je zásadní pro většinu čerstvých matek. Světová zdravotnická organizace vyzdvihuje pozitiva kojení pro dítě i matku. Děti kojené mateřským mlékem mají menší riziko rozvoje diabetu a bývají odolnější vůči infekčním onemocněním. Kojením se také prohlubuje citová vazba mezi matkou a dítětem (WHO, 2023). Šebela a kol. (2019) zmiňují, že kojení může snižovat stres a zmírňovat příznaky deprese a úzkosti. Fischerová a kol. (2019) dodávají, že benefity kojení převažují nad mírnými riziky, které může mléko ženy s medikací představovat pro kojence.

Mohr upozorňuje, že antidepresiva přechází více přes placentární bariéru do plodu než se vylučují do mateřského mléka. Při užívání antidepresiv není nutné přestávat s kojením. (Mohr in Takács a kol., 2015). V případě nutnosti nasazení antidepresiv při kojení vychází psychiatři ze skórovacího systému bezpečnosti psychofarmak publikovaným v roce 2021. Hodnotící systém určuje bezpečnost léčiva zejména podle výskytu nežádoucích účinků u kojence a množství psychofarmaka u nich detekovaného. Dobrý bezpečnostní profil s minimálním rizikem účinků na kojence mají sertralin, paroxetin a citalopram. Obecně se volí spíše antidepresiva ze skupiny SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu, z anglického selective serotonin reuptake inhibitors) než SNRI (inhibitory zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu, z anglického serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors) nebo tricyklických antidepresiv (Uguz, 2021). Šebela a kol. (2018) dodává, že bezpečnost sertralinu je potvrzena největším počtem studií.

5.4 Biologické nefarmakologické intervence

Zatímco o farmakoterapii a psychoterapii v perinatálním období lze nalézt poměrně hodně informací i v českém prostředí, o biologických nefarmakologických intervencích nikoli. Některé biologické metody terapie depresivní poruchy jsou podle výzkumných

zjištění vhodné i během těhotenství, jiné nikoli. Nebyly nalezeny výzkumné studie věnující se těmto metodám u české populace žen. Zároveň se nepodařilo dohledat, která pracoviště v České republice tyto intervence pro danou cílovou skupinu využívají a jestli vůbec. Mohr uvádí, že se jedná o intervence poskytované specializovanými psychiatrickými pracovišti (Mohr in Takács a kol., 2015).

5.4.1 Elektrokonvulzivní terapie

Elektrokonvulzivní terapie (ECT, z anglického electroconvulsive therapy) je metoda, při které je v celkové krátkodobé anestezii a svalové relaxaci aplikována opakovaná elektrická stimulace mozku přiložením elektrod na spánky pacienta. Tím je vyvolán krátký epileptický záchvat. Doposud není přesně vysvětlen mechanismus antidepresivního účinku. Metoda má mírné vedlejší účinky jako jsou krátkodobé bolesti hlavy a přechodné poruchy paměti. K elektrokonvulzivní terapii se přistupuje zejména tehdy, když jsou depresivní příznaky doprovázené psychotickými fenomény, velmi zvýšeným neklidem a sebevražednými tendencemi. Absolutními kontraindikacemi jsou zvýšený nitrolební tlak, akutní centrální mozková příhoda, alergie na použitou anestezii a aneurysma velkých cév (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015; Höschl et kol., 2004).

Šebela kol. (2019) ji doporučují jako nejvhodnější intervenci pro závažné stavy perinatální deprese, na kterou nezabírají psychofarmaka a psychoterapie. Kitzlerová a Kališová (2018) poukazují, že ECT je bezpečná v průběhu celého těhotenství. Účinky jsou srovnatelné s farmakoterapií deprese, navíc nastupují mnohem rychleji. Indikací k ECT v těhotenství a po porodu je farmakorezistentní deprese, obava z medikace, závažné psychotické příznaky a suicidální chování. Höschl a kol. (2004) dodávají, že indikací k elektrokonvulzivní terapii není kromě maligní katatonie, což je akutní život ohrožující stav, žádné konkrétní onemocnění. Přistupuje se k ní po zvážení všech rizik a možných přínosů. Je nezbytné zhodnotit závažnost příznaků a možnosti využití jiných terapeutických intervencí. Ward a kol. (2018) upozorňují, že neexistuje jednotný doporučený postup, kterým by šlo porovnat rizika ECT pro plod a rizika neposkytnutí ECT pro matku s perinatální depresí v těhotenství. U žen, které podstoupily ECT během těhotenství, nedošlo ke zvýšenému počtu potratů oproti běžné populaci žen. Také se neprojevil nárůst vývojových poruch u dětí. Elektokonvulzivní terapie se zdá být bezpečná a účinná terapie depresivní poruchy v těhotenství. Rose a kol. (2020) potvrzují, že elektrokonvulzivní terapie je vysoce účinná a bezpečná léčba perinatální deprese. Její sporadické využití pro léčbu žen v těhotenství odůvodňují stigmatizací metody.

Upozorňují však, že těhotenství s sebou přináší určitá rizika, na která musí být během procedury brán zřetel. Může dojít ke změnám srdečních ozev plodu. Matka může být ohrožena vdechnutím žaludečního obsahu, případně kompresí dolní duté žíly. Kitzlerová a Kališová (2018) upozorňují, že ECT byla v těhotenství kontraindikována až do roku 2000. Aktuální doporučené postupy Americké psychiatrické asociace ji nyní považují za metodu první volby u těžké depresivní poruchy.

5.4.2 Fototerapie

Depresivní porucha může podněcovat desynchronizaci cirkadiánních rytmů. Ženy s perinatální depresí mívají narušený cyklus spánku a bdění. Dodržování spánkové hygieny a fototerapie mohou pomoci. Praško a kol. (2011) popisují fototerapii jako aplikaci viditelného světla s intenzitou alespoň 2500 luxů. Hlavní indikací je sezónní afektivní porucha vyskytující se převážně na podzim a v zimě. Fototerapie může být relativně bezpečnou a účinnou alternativou k antidepresivní medikaci. Zdá se, že největší antidepresivní efekt má při ranní aplikaci. Li a kol. (2023) provedli metaanalýzu osmi studií zabývajících se efektivitou fototerapie na perinatální depresi. Výsledky naznačují, že fototerapie může být využita nejen pro léčbu depresivních stavů v těhotenství a po porodu, ale dokáže také normalizovat poruchy spánku v tomto období.

K rozvoji fototerapie vedla zjištění, že deprese souvisí s poruchou cirkadiánních rytmů a že jasné světlo tlumí vylučování melatoninu. Léčba jasným světlem však doposud nemá zcela vysvětlený mechanismus účinku (Praško a kol., 2011). Podle Gdanské a kol. (2019) může být fototerapie využita k léčbě perinatální deprese samostatně nebo v kombinaci s farmakologickou léčbou. Metoda se jeví jako účinná zejména na podzim a v zimě, když je méně přirozeného světla.

5.4.3 Hluboká mozková stimulace

Hluboká mozková stimulace (DBS, z anglického deep brain stimulation) je neuromodulační léčba založená na principu stimulace určitých mozkových oblastí prostřednictvím do mozku implantovaných elektrod spojených se stimulátorem, který generuje pulzy elektrického napětí. Jedná se o metodu, která má své využití v neurologii, zejména při léčbě epilepsie. Může však představovat alternativu pro pacienty s farmakorezistentní depresí, kterým nezabírají jiné neurostimulační postupy. V současnosti se jedná o experimentální metodu s neověřenou bezpečností a účinkem. Implantace elektrod a stimulátoru přímo do mozku je spojena se zvýšeným rizikem

komplikací při léčbě (Přikryl a Kašpárek, 2010). Kingová a kol. (2022) v provedené metaanalýze referovali o využití hluboké mozkové stimulace při léčbě deprese v těhotenství. Všechny popsané případy těhotných žen s hlubokou mozkovou stimulací naznačují, že se jedná o bezpečnou metodu pro matku i plod. Výsledky je však potřeba interpretovat s opatrností, neboť u všech žen byl přístroj implantován ještě před otěhotněním.

5.4.4 Repetitivní transkraniální magnetická stimulace

Repetitivní transkraniální magnetická stimulace (rTMS, z anglického repetitive transcranial magnetic stimulation) je metoda, při které jsou neurony stimulovány pomocí silného magnetického pole. Jedná se o bezpečnou a bezbolestnou léčebnou metodu. Doposud není zcela zřejmé, proč dochází při rTMS k antidepresivnímu účinku. Metoda je velmi nákladná, pouze málo pracovišť v České republice vlastní toto přístrojové vybavení (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015). Možnými nežádoucími účinky při aplikaci rTMS jsou vyvolání epileptického záchvatu, bolest v místě stimulace a přechodné bolesti hlavy (Ustohal, 2010). Hebel a kol. (2019) tvrdí, že v současné době neexistují jasné doporučené postupy pro užití rTMS u těhotných žen. Přestože se metoda jeví jako bezpečná i v době těhotenství, není příliš využívaná z důvodu malého množství publikovaných studií. Obezřetnost je na místě, ale není potřeba těhotenství vnímat jako kontraindikaci. Ustohal (2010) udává, že těhotenství se řadí mezi relativní kontraindikace rTMS, přestože nebyly prokázány negativní účinky na průběh těhotenství a zdraví plodu. Lee a kol. (2021) dodávají, že repetitivní transkraniální magnetickou stimulaci lze považovat za vhodnou pro léčbu deprese v těhotenství zejména z toho důvodu, že představuje malé riziko pro plod. Tradiční léčba psychofarmaky má jistá omezení, neboť ne všechna léčiva jsou pro dítě bezpečná. Také elektrokonvulzivní terapie není bezproblémová, jelikož si ženy stěžují na bolesti hlavy a problémy s pamětí.

5.4.5 Vagová stimulace

Stimulace vagového nervu (VNS, z anglického vagus-nerve stimulation) je metoda určená zejména k léčbě epilepsie a farmakorezistentní deprese. Jedná se o neurochirurgický výkon, při kterém je ženě voperován přístroj, který elektrodami stimuluje nerv v oblasti krku. Jedná se o metodu doporučovanou pro různé neurologické a psychiatrické poruchy. Mechanismus účinku VNS není doposud vysvětlen (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015). Chrastina a kol. (2012) uvádí, že nejvíce dat o stimulaci

vagového nervu se týká obtížně léčitelné deprese. První vagový stimulátor byl v České republice implantován pacientovi s farmakorezistentní depresí v roce 2004. Žena s perinatální depresí tento výkon prozatím v Česku nepodstoupila. Ding a kol. (2021) upozorňují na malý počet publikovaných studií o bezpečném užití vagové stimulace na těžkou depresi v těhotenství. Spíše se zdá, že se jedná o relativně bezpečnou metodu pro matku i plod. Metoda může být využita k léčbě různých obtíží, nejlepších výsledků dosahuje u nemocných s depresí.

5.5 Psychoterapie

Prostřednictvím psychoterapie mohou depresivní ženy lépe porozumět samy sobě a dospět k potřebné změně. Podle Cuijperse a Karyotakiho (2021) psychoterapie v těhotenství a po porodu ulevuje nejen od depresivních příznaků, ale pozitivní vliv má také na partnerské soužití a každodenní fungování v rodině. Dále také zmírňuje úzkosti, snižuje rodičovský stres, nabízí sociální podporu, pomáhá s řešením vztahových problémů a celkově zvyšuje kvalitu života žen s perinatální depresí. Cuijpers et al. (2023) dodávají, že psychoterapeutické intervence nabízí sociální podporu, která mnohým ženám s perinatální depresí chybí.

O'Connor a kol. (2016) doporučují psychoterapii jako metodu první volby v léčbě perinatální deprese. Podle Cuijperse a Karyotakiho (2021) je vhodná pro ženy, které prožívají duševní poporodní splín i diagnostikovanou perinatální depresi. Psychoterapie je osvědčenou metodou, zejména jedná-li se o lehkou a středně těžkou formu deprese (Vavřinková, 2020). Kališová a Roth doplňují, že u těžších stavů je nutné ji kombinovat s farmakologickými prostředky (Kališová a Roth in Uhrová, Roth a kol., 2020). Podle Cuijperse a Karyotakiho (2021) je psychoterapie prospěšná v péči o ženy s perinatální depresí v počátcích onemocnění i při plně projevené poruše. Největší pozitivní účinek má u žen s mírnou perinatální depresí. Ženy s těžkou depresí potřebují také farmakologickou podporu. Nejmenších úspěchů dosahují psychoterapeutické intervence u chronické deprese. Pro boj s perinatální depresí je nejvýhodnější kombinace psychoterapie a farmakologické léčby. Ve srovnání s užíváním antidepresivní medikace je samotná psychoterapie méně účinná (Cuijpers & Karyotaki, 2021). Naproti tomu Li et al. (2020) vnímají psychoterapii jako stejně účinnou metodu léčby perinatální deprese jako je farmakoterapie. Navíc oproti farmakologické léčbě není psychoterapie riziková pro plod.

Zdá se, že psychoterapie poskytovaná v těhotenství ženám bez depresivní symptomatiky nemá příliš velký efekt na to, zda se u nich po porodu rozvine deprese. Pouze u prvorodiček byl zaznamenán menší výskyt poporodní deprese, když se v těhotenství zúčastnily psychologické intervence (Martín-Gómez et al., 2022).

Šebela a kol. (2018) upozorňují, že přestože je psychoterapie doporučovaná jako metoda první volby pro ženy trpící lehkou perinatální depresí, finanční náklady a nedostupnost ji značně limitují. Psychoterapie je doporučovaná jako primární metoda léčby depresivních žen v těhotenství a po porodu zejména proto, že farmakoterapie představuje určité riziko pro dítě. Ženy samotné o psychoterapeutické intervence jeví větší zájem než o nasazení medikace (Cuijpers et al., 2023).

Doposud nejpropracovanější výzkum v oblasti psychoterapie perinatální deprese podnikli nejspíše Cuijpers s Karyotakim. Zaměřili se na různé otázky týkající se této problematiky a provedli metaanalýzu publikovaných studií. S určitým zjednodušením lze aplikovat poznatky o psychoterapii deprese na psychoterapii deprese v perinatálním období (Cuijpers & Karyotaki 2021). Podle Duška s Večeřovou-Procházkovou (2015) využívání zobrazovacích metod ve výzkumu centrálního nervového systému prokázalo, že psychoterapie napomáhá normalizovat metabolizmus různých mozkových oblastí, zejména limbického systému a prefrontální kůry.

Lu et al. (2023) upozorňují, že je nutné psychologické intervence pro léčbu perinatální deprese podrobovat výzkumům. Do praxe by se měly zavádět pouze metody založené na důkazech s prokázaným pozitivním účinkem. Mezi intervence s prokázaným účinkem lze zařadit kognitivně-behaviorální terapii a interpersonální psychoterapii. Zatímco pro psychologické poradenství, fyzioterapii a tradiční čínskou medicínu nejsou dostatečné důkazy. Přes všechna nevyvratitelná pozitiva, která může psychoterapie přinést ženám s perinatální depresí, je dobré uvědomit si, že výzkumy psychoterapie mají své limity. Cuijpers a Karyotaki (2021) upozorňují, že výzkumy mají mnohé metodologické chyby a jejich výsledky jsou spíše nadhodnocené. Problematické je, že výzkumné studie účinnosti psychoterapie na perinatální depresi nedokáží vždy odlišit pozitivní účinky psychoterapeutického působení od farmakoterapie (Sockol a kol., 2011). Otázkou také zůstává, zda lze výsledky studií o vlivu psychoterapie na depresi aplikovat také na perinatální depresi (Cuijpers & Karyotaki 2021).

5.5.1 Přístupy a formy psychoterapie

Podle Společnosti pro klinickou psychologii (Society of Clinical Psychology), divize 12 Americké psychologické asociace, je k léčbě perinatální deprese vhodných sedmnáct psychologických intervencí (APA, 2023). Jiné neprošly kritérii podle Chamblesse a Hollona z roku 1998 nebo nebyly doposud hodnoceny. Mezi nejvíce využívané patří program Mom-Power, kognitivní terapie založená na všímavosti (Mindfulness-Based Cognitive Therapy), interpersonální terapie (Interpersonal Psychotherapy), krátká psychodynamická terapie na depresi (Short-term psychodynamic therapy for depression)a na emoce zaměřená psychoterapie (Emotion focused therapy) (Tolin, 2015). Program Mom Power podporuje rodiny mající obtíže spojené s péčí o malé děti, která může být velmi stresující, zvlášť pokud má matka problémy v oblasti duševního zdraví nebo si není jistá novou sociální rolí. Jedná se o desetitýdenní program složený z deseti skupinových setkání a tří individuálních sezeních, jejichž náplní je výklad teorie a na důkazech založené intervence zaměřené na zvýšení rodičovských kompetencí pomocí kognitivně-behaviorálních a dialekticko-behaviorálních strategiích (APA,2023). Perinatální deprese je spojena s automatickými negativními způsoby myšlení. Kognitivní terapie založená na všímavosti (MBCT) kombinuje prvky kognitivní terapie s meditační praxí mindfulness. Cílem je podpořit ženy, aby se vyznaly v depresivních způsobech myšlení a cítění a vyvíjely méně reaktivní vztah k těmto zkušenostem. Ženy s perinatální depresí se učí se zvědavostí, trpělivostí a laskavostí potkávat s myšlenkami a pocity, které je obtěžují. Původně byla tato forma terapie určena depresivním pacientům v remisi. Důraz byl kladen na včasnou detekci recidivy. Některé studie naznačují, že MBCT může být účinná také k redukci současných depresivních symptomů. Terapie zahrnuje dvouhodinové sezení po dobu osmi týdnů. Obvykle se děje ve skupině až šestnácti žen. Ženy jsou požádány, aby meditovaly také doma (APA,2023). Příznaky perinatální deprese bývají reakcí na neuspokojené potřeby v mezilidských vztazích a zvýšený psychosociální stres. Interpersonální terapie (IPT) se zaměřuje na zlepšení mezilidských vztahů a zmírnění dopadů stresové zátěže. Individuální terapie se provádí obvykle po dobu dvanácti až šestnácti týdnů. Účinnost byla prokázána i při kratším formátu. Jedná se o psychoterapii vyvinutou primárně pro léčbu deprese, později se rozšířila na jiné poruchy (APA, 2023). Krátkodobá dynamická psychoterapie pro depresi se zaměřuje na porozumění vnitřním konfliktům a vztahovým tématům. Různé typy psychodynamických terapií prošly klinickým výzkumem. Publikované studie

naznačují, že krátkodobá dynamická terapie je pro léčbu perinatální deprese výhodná. V terapii se ženy zaměřují na to, jak jejich minulé zkušenosti ovlivňují současné fungování. Zabývají se prožívanými emocemi během sezení. Ženy společně s terapeutem zkoumají vzniklý vztah mezi nimi a identifikují hlavní konfliktní vztahová témata. Terapeut nabízí podporu a porozumění. Terapie nepřekračuje dvacet sezení (APA, 2023). Terapie zaměřená na emoce (EFT) byla navržena k tomu, aby ženám s perinatální depresí pomáhala identifikovat a zpracovat emoce. Depresivní ženy mají zhoršené zpracování emocí. Terapeut jim poskytuje bezpečné prostředí, kde mohou emoce plně projevit a nevyhýbat se jim. Proces zahrnuje tři fáze. Ženy si nejprve uvědomí emoci, poté ji zregulují a následně projeví nebo přetvoří v jinou. Účelem je porozumět nezdravým emočním reakcím, zvýšit povědomí o vlastních emocích a naučit se používat adaptivnější emoční způsoby reagování. Terapie obvykle trvá 16 až 20 sezení (APA, 2023).

Dušek a Večeřová-Procházková (2015) uvádí, že metodologická náročnost výzkumu psychoterapie vede k tomu, že přestože objektivně neznáme účinnost, považujeme většinu akreditovaných psychoterapeutických přístupů za vhodné pro léčbu deprese. Kališová a Roth dodávají, že nejvíce publikovaných studií se týká kognitivně-behaviorální terapie, jelikož u ní lze dobře měřit efektivitu (Kališová a Roth in Uhrová, Roth a kol., 2020). Podle Cuijperse a Karyotakiho (2021) dosavadní výzkumné studie nepřinesly významné rozdíly v účinnosti jednotlivých psychoterapeutických přístupů na perinatální depresi. Menší účinnost byla zaznamenána u nedirektivního poradenství a svépomocných skupin. Účinnost psychoterapie je nezávislá na tom, zda je poskytována individuálně, skupinovou formou, při osobním setkání nebo telefonicky (Cuijpers & Karyotaki 2021). Avšak Sockola a kol. (2011) tvrdí, že individuální forma psychoterapie má mírně lepší účinnost na perinatální depresi než skupinová. Podle Valverdeho et al. (2023) se pro ženy s lehkou a střední perinatální depresí hodí nejvíce kognitivně-behaviorální, interpersonální a psychodynamická terapie. Jiné psychosociální intervence jako pohybová aktivita nebo psychoedukace jsou méně účinné.

Kognitivně-behaviorální terapie (CBT, z anglického cognitive behavioral therapy) se zaměřuje na konkrétní obtěžující příznaky u ženy s perinatální depresí a jejich řešení pomocí různých strukturovaných technik. Forsell a kol. (2017) ji považují za vhodný psychoterapeutický přístup v léčbě perinatální deprese. Pettman et al. (2023) poukazují na to, že čím těžší depresivní příznaky měly ženy na začátku terapie, tím větší účinek kognitivně-bahaviorální techniky měly. Zatímco na ženy s lehkými depresivními příznaky neměly intervence takový efekt. Je důležité, kým je psychoterapie nabízena.

Většího účinku kognitivně-behaviorální terapie je dosaženo, když jsou intervence poskytovány multidisciplinárním týmem pro duševní zdraví než vyškoleným zdravotníkem nebo laikem či svépomocí (Pettman et al., 2023). Šebela a kol. (2018) dodávají, že nejrůznější online aplikace s prvky kognitivně-behaviorální terapie mohou ženám v těhotenství a po porodu pomoci zmírnit jejich duševní nepohodu.

V psychodynamicky orientované psychoterapii se žena s perinatální depresí snaží porozumět možným příčinám duševní nepohody. Během terapie má šanci blíže prozkoumat svoje emoční prožívání a to, jak se vztahuje k lidem. Dennis a Hodnett (2007) vyzdvihují psychodynamický přístup v léčbě deprese. Valverde et al. (2023) uvádí, že psychodynamická psychoterapie se využívá v léčbě deprese často a nejspíše je vhodná také pro ženy, které touto poruchou trpí v těhotenství a po porodu. Zatím však nebyly provedeny systematické přehledy publikovaných studií, které by se zaměřily na účinnost psychodynamické terapie na tuto specifickou cílovou skupinu žen. Psychodynamická psychoterapie je ženám s perinatální depresí nabízena nejčastěji jako krátkodobé individuální setkávání s psychoterapeutem, které má za cíl zejména porozumět opakujícím se intrapsychickým a mezilidským konfliktům. Byla vyvinuta také speciální forma zaměřená na perinatální období, která se nazývá Psychoterapie zaměřená na rodičovství (PCP, z anglického Psychotherapy centred on parenthood) (Valverde et al., 2023).

Interpersonální psychoterapie je krátkodobá strukturovaná terapie, během které se žena s perinatální depresí zaměřuje na to, jaké má vztahy s druhými lidmi. V terapii se učí novým sociálním dovednostem, což zlepšuje nejenom spokojenost v mezilidských vztazích, ale také snižuje depresivní příznaky. Bright et al. (2020) doporučují interpersonální psychoterapii jako účinnou metodu prevence i léčby perinatální deprese. Také Reay a kol (2006) ji považují za vhodný psychoterapeutický přístup pro ženy s perinatální depresí. Podle Sockola a kol. (2011) se interpersonální terapie jeví jako výhodnější oproti kognitivně-behaviorálnímu přístupu. Jejich výzkumná zjištění jsou důležitá, neboť v klinické lůžkové praxi je nejčastěji využívaný kognitivně-behaviorální přístup. V systematickém přehledu studií hodnotících účinnost interpersonální psychoterapie v těhotenství a rok po porodu prokázali účinnost pro prevenci a léčbu perinatální deprese. Interpersonální psychoterapie snižuje depresivně–úzkostnou symptomatiku, zlepšuje kvalitu mezilidských vztahů a nabízí sociální podporu. Autoři však upozorňují na značně svévolné nakládání s termínem interpersonální psychoterapie.

Pojem charakterizuje mnoho různých intervencí, které se neřídí přesnými doporučeními (Sockol, 2018).

Eustis et al. (2019) se zaměřili na vliv alternativních terapií na depresivní poruchu u žen v těhotenství a po porodu. Dodržování zdravého životního stylu vede ke zlepšení zdraví. Nelze však s jistotou tvrdit, že činnosti jako jóga nebo jiné formy cvičení přímo léčí perinatální depresi. Jiang a kol. (2022) provedli studii srovnávající účinnost kognitivně-behaviorální terapie, interpersonální psychoterapie a jógy na snižování symptomů perinatální deprese. Ukazuje se, že kognitivně-behaviorální terapie a interpersonální psychoterapie mají pozitivní vliv na snížení depresivních symptomů, zatímco jóga ne.

5.6 Psychosociální intervence

Odborná pomoc s cílem zlepšit kvalitu života a zmírnit duševní nepohodu žen s perinatální depresí může mít různou podobu. Nejenom psychoterapie, ale také jiné psychosociální intervence včetně podpory od nejbližšího okolí jsou účinné v léčbě perinatální deprese (Cauli a kol., 2018). Psychosociální intervence pro ženy s perinatální depresí nemají pozitivní vliv jen na ženy, ale také na jejich děti. Jsou účinné v léčbě deprese, ale mohou zlepšovat také rodičovské chování matek. Celkově mají pozitivní vliv na vztah mezi matkou a dítětem (Letourneau et al., 2017).

Národní institut pro zdraví a klinickou kvalitu z Velké Británie (NICE, z anglického National Institute for Health and Care Excellence) uvádí, že v léčbě perinatálních duševních poruch se osvědčila nejenom kognitivně-behaviorální psychoterapie, desenzibilizační terapie využívající oční pohyby, ale také svépomocné skupiny a psychologické poradenství (NICE, 2023). Profesní sdružení britských psychiatrů (RCP, z anglického Royal College of Psychiatrists) doporučuje další intervence, které mohou ženy s perinatální depresí nebo jejich blízcí využít. Patří mezi ně služby porodní asistentky specializované na duševní zdraví, krátká psychoterapie prováděná zdravotníky v lůžkových zařízeních, návštěva terénní sociální pracovnice nabízející podporu v péči o novorozence a využití dětských center (rcpsych.ac.uk, 2023). Šebela a kol. (2019) doplňují, že perinatální depresi zlepšují režimová opatření jako je spánková hygiena, zdravá vyvážená strava a dostatečný pohyb.

5.6.1 Sebepéče a sociální podpora

Starost o sebe sama je základním stavebním kamenem péče o duševní zdraví. Národní zdravotní služba (NHS z anglického National Health Service), jak se nazývá systém britského zdravotnictví, doporučuje v případě duševní nepohody několik kroků. Měli bychom se zaměřit na vlastní potřeby, zdravě jíst, více se hýbat, věnovat se praxi všímavosti, psát si deník, zabývat se uměleckými činnostmi a zejména pěstovat dobré vztahy s rodinou a přáteli. Podpůrná sociální síť je nezbytná k tomu, aby nám bylo duševně dobře (NHS, 2023). Lin et al. (2018) uvádí, že sebepéče snižuje příznaky perinatální deprese. Proto je vhodné, aby se ženy dozvěděly, jakým způsobem mohou pečovat o svoji duševní pohodu v těhotenství a po porodu.

Pomoc od blízkých přátel a rodiny je pro ženu trpící perinatální depresí nesmírně důležitá. Některé ženy dokáží reflektovat, že jim během těhotenství a po porodu není psychicky dobře. Zvládnou se ve svých pocitech zorientovat a se svým trápením se svěří někomu dalšímu. Jestliže se jim dostane porozumění a podpory, přinese jim to úlevu. Jiné potřebují, aby jim okolí nabídlo podporu jako první. Razuel et al. (2013) upozorňují, že různé způsoby sociální podpory od partnerů, rodiny a přátel mají pozitivní vliv na perinatální duševní zdraví žen. Podporující prostředí pomáhá snižovat zátěž a zmírňuje depresivní příznaky.

Partner, rodina a přátelé ženy s perinatální depresí nemusí ovládat odborné psychologické metody. Společnými silami mohou hledat cesty, jak ženě pomoci.
Stačí, když s ní budou trávit čas, vyslechnou ji a podpoří. Případně nabídnou pomoc s péčí o domácnost a dítě. Myslet musí také na sebe a nevyčerpat se, aby nebylo depresivních osob v domácnosti více. Blízké osoby by měly zpozornět zejména ve chvíli, kdy se stav nemění, případně se obtíže ještě zhoršují. Zásadní je tedy rozpoznat příznaky perinatální deprese. Vždy by měly ženy podpořit k vyhledání odborníka a nebagatelizovat jejich potíže. K lékaři, psychologovi nebo psychoterapeutovi je mohou doprovodit, případně samy schůzku domluvit.

5.6.2 Psychoedukace

Psychoedukace představuje systematickou intervenci, jejímž cílem je poskytnout informace o perinatálním duševním zdraví. Steardo et al. (2019) uvádí, že neexistuje mnoho studií potvrzujících účinnost psychoedukace na zmírnění depresivní symptomatiky. Přesto je tato intervence často využívaná zejména pro malé finanční

náklady. Díky jednoduchosti lze psychoedukaci přizpůsobit různým cílovým skupinám (Mhango et al., 2024). Cílem je poskytnout ženám a jejich blízkým informace o duševní poruše, medikaci, možnostech léčby a dostupných psychosociálních službách. Důraz je kladen na rozpoznání příznaků perinatální deprese, nácvik zvládání stresových situací a osvojování specifických dovedností pro zvládání problémů souvisejících s nemocí nebo péčí o dítě. Psychoedukace je vždy přizpůsobena individuálním potřebám ženy a může být zaměřena na perinatální duševní zdraví a mateřství obecně, nebo specificky na perinatální depresi a jednotlivé obtíže, které ženu trápí. Může být poskytována individuálně nebo ve skupinách, kde ženy mohou sdílet své zkušenosti s depresí, těhotenstvím a mateřstvím. Pokud si to žena přeje, může probíhat za přítomnosti rodiny. Zahrnutá témata bývají identifikace depresivních příznaků, strategie zvládání stresu, podpora zdravých vztahů a sebepéče. Hlavním cílem je zvýšit kompetence, podpořit duševní zdraví a snížit zátěž spojenou s depresí během kritického perinatálního období. Kromě informování a nácviku dovedností zahrnuje psychoedukace také sdílení prožitků spjatých s nemocí a vzájemnou podporu.

5.6.3 Krizová intervence

Podle Vodáčkové a kol. (2012) je krizová intervence odbornou metodou zaměřující se na podporu klienta v situaci, kterou prožívá jako stresující a nebezpečnou. Pomáhá mu porozumět emocím, myšlenkám a zastavit maladaptivní reakci na zátěž. Proces krizové intervence se zaměřuje na překonávání specifických překážek, které klienta trápí. Krizový pracovník podporuje klienta v rozvoji jeho schopností a dovedností, aby mohl aktivně a konstruktivně řešit aktuální problémy a využívat podporu ze svých přirozených vztahů. Mezi principy krizové intervence patří efektivní navázání kontaktu s klientem, dostupnost, neodkladnost, komplexnost péče, individuální přístup a návaznost služeb (Lorenc, Pěč, Koblic & Beránková, 2003).

Perinatální období je spojené s vyšším rizikem vzniku krizových situací. Těhotné ženy často zažívají velké obavy o své dítě při podstupování prenatálních testů na vrozené a vývojové vady. Mladé dívky se často obrací na krizové linky se strachem z nechtěného těhotenství. Rozhodnutí o interrupci může být pro ženy velmi náročné. Podle Borůvkové, Hoskovcové a Hruškové prožívají ženy po umělém přerušení těhotenství depresi, úzkost, vztek a pocity viny (in Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015). Krizové situace se také vyskytují během porodu a v období šestinedělí. Některé ženy mají z porodu extrémní strach. Narození postiženého nebo mrtvého dítěte je pro ženy jednou z nejtěžších

životních událostí (Havránková in Vodáčková a kol., 2012). Perinatální ztráta je natolik mimořádná krizová situace, že může u žen způsobit disociaci, amnézii nebo panickou reakci (Borůvková, Hoskovcová a Hrušková in Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015). Nezvládnuté krize v těhotenství a po porodu mohou vést k rozvoji duševních poruch včetně perinatální deprese nebo akutní reakce na stres (Havránková in Vodáčková a kol., 2012). Flannery a Everly (2000) doplňují, že vedou také k rozvoji posttraumatické stresové poruchy.

Těhotným ženám a čerstvým matkám pomáhá krizová intervence adaptovat se na aktuální tíživou situaci. Poskytuje okamžitou podporu v období, kdy žena zažívá stresující nebo traumatické události spojené s intenzivními negativními emocemi. Nabízí nejen emocionální podporu, ale také praktickou pomoc při řešení konkrétních problémů. Depresivním ženám přináší úlevu, pomáhá vyznat se v emocích, nalézt vlastní zdroje a zastavuje život ohrožující tendence. Lorenc zdůrazňuje, že u depresivního klienta je vždy nutné myslet na riziko sebevražedného jednání (Lorenc in Vodáčková a kol., 2012).

Krizovou intervenci nejčastěji poskytují psychologové, psychiatři a sociální pracovníci. Porodní asistentky a gynekologické sestry by měly být proškoleny v základech krizové intervence, aby mohly poskytovat základní pomoc přímo v porodnicích. Ženy mohou samy nebo s podporou blízkých vyhledat krizová centra. V Praze funguje *Centrum krizové intervence* při Psychiatrické nemocnici Bohnice nebo *Krizové centrum RIAPS*. Lze využít služeb telefonní krizové *Linky první psychické pomoci*. Ženy se mohou obrátit také na neziskovou organizaci *Úsměv mámy*, která je propojí s odborníky na perinatální duševní zdraví. Někdy lze krizi zvládnout jednorázovým rozhovorem, jindy je potřeba dlouhodobější intervence. Pracovníci krizových center nebo krizových linek mohou ženy odkázat na specializovanou psychiatrickou péči, zvláště je-li přítomno riziko sebevražedného nebo jinak nebezpečného chování. Pobyt v krizovém centru je možný během těhotenství, ale po porodu často ne, protože centra nejsou vybavena pro pobyt matek s dětmi. Zařízení určená pro pomoc matkám s dětmi mají obvykle jinou cílovou skupinu než ženy s depresivními příznaky a akutní psychickou krizí.

5.6.4 Práce s rodinou

Ochranným faktorem před vznikem nebo prohloubením depresivní symptomatiky jsou pozitivní rodinné vztahy (Cluxton-Keller & Bruce, 2018). Cílená práce s rodinou napomáhá zmírňovat depresivní příznaky u žen s perinatální depresí. Zároveň umožňuje

předcházet rodinným konfliktům doprovázejícím poruchu. Šebela a kol. (2019) zdůrazňují, že perinatální duševní onemocnění ovlivňuje celou rodinu, nejenom těhotnou ženu a matku po porodu. Perinatální deprese nepříznivě ovlivňuje rodinné vztahy a celkové fungování rodiny. V rodinách dochází k častějším hádkám a konfliktům v partnerském vztahu. Perinatální deprese může mít negativní vliv také na sexuální život partnerů (Cluxton-Keller & Bruce, 2018). Podpora všech členů rodiny je zásadní (Šebela a kol., 2018). Důležité je zaměřovat se na partnery depresivních žen. Valverde et al. (2023) zdůrazňují, že duševní zdraví otců je podceňované, přestože je perinatální deprese ženy prediktorem rozvoje depresivní epizody u jejího partnera. Figueiredo a Conde (2011) podle studie na 260 partnerských párech potvrzují, že určitá míra úzkosti a depresivity je v poporodním období běžná jak u matek, tak otců. Cluxton-Keller & Bruce (2018) zdůrazňují také dopad perinatální deprese na dítě.

V rodinách žen s perinatálními duševními obtížemi se vyskytují společné rizikové faktory jako konflikty ohledně neplánovaného těhotenství, nedostatečná podpora ženy a genderově podmíněné rozdělení domácích prací. Není však jasné, zda se jedná o spouštěče onemocnění nebo jeho následky (Cluxton-Keller & Bruce, 2018). Rodina mnohdy nerozumí tomu, co se s ženami děje. Někteří členové diagnózu duševní poruchy popírají, jiní prožívají nepříjemné pocity sebeobviňování. Gjuričová upozorňuje, že léčba duševní poruchy se často neobejde bez spolupráce s rodinnými příslušníky, kteří různými způsoby reagují na změny chování u nemocné ženy (Gjuričová in Hoschl, Libiger a Švestka, 2004).

V zahraničí je práce s rodinou dobrou praxí. Přesto není využívaná dostatečně. Rodinné intervence jsou spojeny s většími nároky na poskytovatele služby než v případě práce s jednotlivcem. Rodinné intervence jsou spojeny také s určitou mírou stigmatizace, podobně jako individuální psychoterapie (Cluxton-Keller & Bruce, 2018). Výzkumy naznačují, že rodinné intervence jsou pro léčbu perinatální deprese vhodné. Cluxton-Keller a Bruce (2018) upozorňují, že většina publikovaných studií o psychosociálních intervencích pro perinatální depresi se zaměřuje na intervence týkající se depresivní ženy, případně na činnosti zahrnující matku a dítě. Méně výzkumů je věnovaných podpoře rodinného systému. Výsledky metaanalýzy efektivity rodinných intervencí v prevenci a léčbě perinatální deprese ukázaly, že dochází jednak ke snižování depresivních příznaků u matek, jednak ke zlepšení fungování rodiny (Cluxton-Keller & Bruce, 2018). Účinnost této formy psychoterapie se liší podle toho, zda je poskytovaná cíleně nebo plošně (Cluxton-Keller & Bruce, 2018). Cluxton-Keller & Bruce (2018) uvádí, že nejvíce

využívané přístupy rodinné terapie pro ženy se závažnou perinatální depresí i ženy s rizikem rozvoje poruchy jsou kognitivně- behaviorální terapie, psychoterapie zaměřená na edukaci v dané oblasti a interpersonální psychoterapie. Intervence mohou cílit na nácvik komunikačních dovedností, zaměřovat se na řešení konfliktních situací nebo učit členy rodiny, jak zacházet s emocemi. Obvykle jsou prováděny formou psychoedukace nebo kognitivně-behaviorálních technik. Šebela a kol. (2018) dodávají, že existují programy zaměřené na zlepšování rodičovských kompetencí. Často probíhají formou návštěv terénního pracovníka v rodině. Nácvik dovedností nutných pro péči o dítě a vyrovnávacích strategií pro zvládání stresu je kombinován s prací s emocemi a kognitivně-behaviorálními terapeutickými technikami. Tento způsob intervenční práce je efektivní a poměrně levný (Šebela a kol., 2018).

Rodinné intervence snižují zátěž spojenou s nemocí. Poskytují podporu nejen ženě trpící perinatální depresí, ale celé její rodině. Zvládání příznaků nemoci a úspěšné uzdravení je snazší, když se k léčbě přistupuje komplexně. Důležité je přizvat rodinné příslušníky, aby porozuměli, co ženy s perinatální depresí zažívají. Rodinná terapie nabízí prostor, kde mohou členové rodiny bezpečně hovořit o svých pocitech a potřebách. Zároveň se učí lépe komunikovat a vyjadřovat emoce, čímž se předchází stupňování napětí v rodině. Během práce s rodinou lze vytvořit plány pro zvládání krizových situací, aby nedocházelo ke zhoršování deprese vinou zvýšené zátěže. Důležité je posilovat podpůrné prostředí. Může se jednat o systematickou rodinou terapii nebo jednorázovou podporu. Cílem je osvojit si nástroje pro zvládání zvýšené stresové zátěže, naučit se řešit krizové situace, zlepšit komunikaci uvnitř rodiny a emočně se odreagovat. Přestože se práce s rodinou jeví jako smysluplná, v českém prostředí je pro léčbu perinatální deprese prozatím málo využívaná.

5.6.5 Zapojení peer-konzultantek

Zapojení osob se zkušeností s duševním onemocněním do péče o pacienty s psychiatrickým onemocněním má dlouhou historii. První organizace peer konzultantů *Alleged Lunatic Friends Society* vznikla v devatenáctém století ve Velké Británii. Ve dvacátém století následovalo zformování svépomocného hnutí *Anonymní Alkoholici* ve Spojených státech amerických. Rozvoj antipsychiatrického hnutí, které odmítalo striktní medicínský pohled na duševní onemocnění, vedl k uznání peerů jako právoplatných členů multidisciplinárních týmů pečujících o lidi s obtížemi v oblasti duševního zdraví (Watson, 2019).

Podle Fanga et al. (2022) je pro ženy s perinatální depresí vhodnou metodou prevence a léčby peerská podpora. Pomáhá nejen v léčbě deprese, ale zlepšuje i rodičovské chování matky (Letourneau et al., 2017). Také O'Hara (2021) potvrzuje, že peerská podpora snižuje úzkostně-depresivní symptomatiku matek.

Peer konzultantky využívají své vlastní zkušenosti s duševní poruchou k podpoře žen trpících stejným nebo podobným duševním onemocněním (Fang et al., 2022). O'Hara (2021) uvádí, že ženy s perinatální depresí jsou s terapií vedenou proškolenými peer konzultantkami spokojené (O'Hara, 2021). Fang et al. (2022) uvádí, že peerská podpora je založená na poskytování znalostí o problematice, emocionální podpoře a pozitivním ocenění. O'Hara (2021) dodává, že účinnými faktory peerské podpory jsou sdílení vlastní zkušenosti, důvěryhodnost, nebagatelizování potíží, sociální podpora a dodávání naděje. Peerská podpora může být poskytována osobně, po telefonu nebo prostřednictvím emailové komunikace (Fang et al., 2022). Peer konzultantky pracují v rámci komunitní péče a stále častěji i v psychiatrických nemocnicích. Peer podpora představuje doprovázení žen s perinatální depresí a jejich rodin. Poskytuje bezpečný prostor pro sdílení prožitků a potřeb těchto žen. Zaměřuje se na hledání zdrojů pro zvládání náročných situací. Díky peerské podpoře se u depresivních žen snižuje pocit osamělosti a méněcennosti, zlepšují se jejich kompetence a mění nevhodné návyky v těhotenství, míra prožívaného stresu se snižuje a dochází k podpoře pozitivního způsobu myšlení (Fang et al., 2022). Huang et al. (2020) provedli metaanalýzu, která naznačuje, že peerská podpora je účinná v léčbě perinatální deprese u těhotných žen i matek po porodu. Využití peer konzultantek je navíc efektivní z hlediska personálních nároků na poskytovatele perinatální péče. Podle Watsona (2019) existují bariéry peerské podpory jako nejednoznačná definice role peer konzultanta, negativní postoje odborníků k začlenění peerů, nezájem nemocných o peer podporu a náklady spojené se vzděláváním a supervizí peer konzultantů.

6 Vybrané zahraniční organizace zabývající se perinatálním duševním zdravím

Do péče o ženy s perinatální depresí a jinými duševními obtížemi v těhotenství a po porodu se v zahraničí zapojuje mnoho komunitních služeb, státních i nestátních neziskových organizací. Tyto organizace nabízí podporu a poskytují informace ženám a jejich rodinám. Přispívají k osvětě a léčbě perinatálních duševních poruch. Většina zahraničních projektů se soustředí na vytvoření provázané sítě navazujících služeb pro ženy s perinatální depresí, což v České republice doposud chybí. Dále jsou charakterizované některé z nich.

Maternal Mental Health Alliance (MMHA): je nezisková organizace působící od roku 2011 ve Velké Británii. Sdružuje jak ženy s duševními obtížemi v těhotenství a po porodu, tak odborníky na duševní zdraví a perinatální období. Její snahou je zpřístupnit a zkvalitnit péči o perinatální duševní zdraví co největšímu počtu žen (www.maternalmentalhealthalliance.org).

Maternal Mental Health Leadership Alliance (MMHLA): se snaží zlepšit přístup k prevenci, diagnostice a léčbě perinatálních duševních onemocnění. Organizace působí ve Spojených státech amerických, kde prosazuje legislativní změny a poskytuje finanční prostředky pro programy zaměřené na duševní zdraví matek. Koordinuje síť služeb pro perinatální duševní zdraví. Má na starosti vzdělávací aktivity a zaštiťuje screeningový program duševních obtíží v těhotenství a po porodu (www.mmhla.org).

National health service (NHS): je veřejný zdravotní systém ve Velké Británii poskytující zdravotní péči z veřejných prostředků, jehož součástí je péče o perinatální duševní zdraví. Jeho snahou je zvyšovat dostupnost specializované komunitní péče zaměřené na perinatální duševní zdraví žen. Součástí je iniciativa spravující online databázi na důkazech založených psychologických služeb, čímž zlepšuje přístup k této podpoře. Vyhledat lze psychologické poradenství, svépomocné skupiny, párovou terapii a individuální kognitivně-behaviorální psychoterapii. Pro ženy s úzkostně-depresivní symptomatikou v perinatálním období je intervence zajištěná do jednoho měsíce (www.england.nhs.uk/mental-health/perinatal/).

Perinatal Anxiety & Depression Australia (PANDA): je australská organizace podporující rodiče a širší rodinu během těhotenství a v prvním roce po porodu. Poskytuje poradenství, šíří odborné informace o perinatálním duševním zdraví a zprostředkovává

zkušenosti žen s duševními obtížemi v těhotenství a raném mateřství. Organizace provozuje bezplatnou krizovou linku nabízející odbornou a peerskou podporu. Vzdělává poskytovatele zdravotních služeb pracujících s těhotnými ženami a matkami. Zdravotníkům nabízí supervizi týkající se klientek s perinatálními duševními obtížemi. Spravuje celonárodní síť poskytovatelů péče (www.panda.org.au).

Postnatal Depression Awareness & Support (PANDAS): je největší britská nezisková organizace podporující rodiny ohrožené perinatální duševní poruchou. Nabízí velké množství podpůrných služeb včetně krizové linky a podpůrných terapeutických skupin pro ženy s duševní nepohodou v těhotenství a po porodu (pandasfoundation.org.uk).

Postpartum Support International (PSI): se zaměřuje na zvyšování povědomí o duševních poruchách spojených s těhotenstvím a poporodním obdobím, jejich prevenci a léčbu. Nabízí podporu prostřednictvím dobrovolníků, podpůrných skupin, online terapií a vzdělávacích programů. Má celosvětovou síť členů a působí ve více než 40 zemích (postpartum.net).

Royal college of psychiatrists (RCPSYCH): je odborná společnost sdružující psychiatry ve Velké Británii. Kromě vzdělávání lékařů, podpory výzkumu a definování doporučených postupů se zaměřuje na edukaci široké společnosti o duševním zdraví včetně perinatálních duševních poruch. Na stránkách společnosti lze nalézt rozsáhlé kvalitně zpracované informace o perinatální depresi (www.rcpsych.ac.uk).

The Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development (NICHD): je institut zabývající se lidským vývojem, zlepšováním zdraví žen a dětí v těhotenství, snižováním dětské úmrtnosti a zvyšováním kvality života lidí se zdravotními problémy. Provádí výzkum perinatální deprese a screeningových metod v diagnostice této poruchy. Vzdělává poskytovatele zdravotní péče a edukuje zdravotníky o rizicích rozvoje duševních poruch během těhotenství a po porodu. Nabízí různé materiály týkající se perinatálního duševního zdraví a doporučených intervencí (www.nichd.nih.gov/ncmhep/initiatives/moms-mental-health-matters/moms).

The International Marcé Society for Perinatal Mental Health (Marcé): je multidisciplinární mezinárodní organizace sdružující psychiatry, psychology, gynekology a porodníky, porodní asistentky, zdravotní sestry a peer-konzultanty. Podporuje výzkum a dobrou klinickou praxi v oblasti perinatálního duševního zdraví včetně rozvoje služeb pro cílovou skupinu. Zaměřuje se osvětu všech aspektů

perinatálního duševního zdraví žen, jejich partnerů, rodinných příslušníků a dětí. Každé dva roky pořádá mezinárodní konferenci (www.marcesociety.com).

7 Perinatální deprese jako téma veřejného zdraví

Perinatální deprese způsobuje významné utrpení nejenom ženám, ale také jejich dětem a rodinám. Je natolik častá, že byla označena za problém veřejného zdraví (Duan et al., 2019). *Světová zdravotnická organizace* (WHO) a *Mezinárodní měnový fond* (MMF) ji označily za celosvětový problém (Meaney, 2018). Světová zdravotnická organizace zdůrazňuje, že zdraví je potřeba vnímat mnohem šířeji než jako medicínský problém. Duševní zdraví má aspekt nejen biologický, ale také psychologický, sociální a spirituální (WHO, 2023).

Perinatální depresi můžeme zkoumat z perspektivy multidisciplinárního oboru známého jako veřejné zdraví nebo veřejné zdravotnictví. Tento obor propojuje biologické a psychosociální přístupy k řešení zdravotní problematiky. Zabývá se prevencí nemocí a epidemiologickými otázkami jako je prevalence a incidence duševních poruch v populaci. Zaměřuje se na celkový zdravotní stav populace, což zahrnuje i duševní pohodu různých jejích skupin včetně žen v perinatálním období. Veřejné zdravotnictví zkoumá nejrůznější faktory související s přítomností duševních onemocnění v těhotenství a po porodu. Zabývá se také zdravotními a socioekonomickými důsledky této poruchy (Malina, 2013). Podle definice v *zákoně č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví*, představuje veřejné zdraví „zdravotní stav populace a jednotlivých skupin určený souhrnem přírodních, sociálních a pracovních podmínek a životního stylu“. Perinatální duševní zdraví nelze definovat pouze nepřítomností poruchy, ale jako celkovou duševní pohodu. Jedná se o subjektivně prožívanou zkušenost s tím, jak se cítíme. Faktory, které ji významně ovlivňující označujeme za determinanty zdraví. Různě spolu interagují a spoluutváří, v jakém zdravotním stavu se žena v těhotenství a po porodu nachází. Malina (2013) uvádí, že se jedná o způsob života, kvalitu životního prostředí, genetické predispozice a to, jak je nastaven zdravotní systém v dané zemi.

Před objevem antibiotik a očkování lidé umírali převážně na infekční nemoci. V dnešním rozvinutém světě jsou největší hrozbou chronická onemocnění včetně deprese. Perinatální deprese je spojena se závažným sociálním dopadem a vysokou prevalencí. Má prokazatelný negativní vliv na těhotenství a porod. Ovlivňuje také tělesný a duševní stav matek a jejich rodin. Nezanedbatelné jsou také ekonomické náklady spojené s touto poruchou (Šebela a kol., 2019). Meaney (2018) doplňuje, že perinatální deprese ovlivňuje zdravotní stav dětí včetně jejich sociálního a emočního vývoje. Vliv

má také na nižší dosažené vzdělání, což zvyšuje náklady pro společnost. Horáková a kol. (2024) upozorňují, že roční náklady spojené s duševním zdravím žen v těhotenství a po porodu dosahují ve Velké Británii 8,1 miliardy liber. V roce 2017 vynaložily Spojené státy americké 14,2 bilionu dolarů na perinatální duševní poruchy. Podle Světové zdravotnické organizace je stěžejní prioritou veřejného zdraví prevence duševních poruch. Na světě jimi trpí 450 milionů lidí, přičemž každý čtvrtý zažije během života epizodu duševního onemocnění. Pět z deseti hlavních příčin invalidity a předčasného úmrtí jsou právě duševní poruchy. Neuropsychiatrické nemoci představují 14 % z celkového počtu ztracených let zdravého života (DALYs). Duševní onemocnění mají nejen výrazný psychologický, sociální a ekonomický dopad na společnost, ale zvyšují také riziko somatických nemocí (WHO, 2023). Organizace spojených národů (OSN) upozorňuje, že duševní onemocnění včetně perinatálních mají dalekosáhlý negativní vliv. OSN alarmuje, že očekávaná délka přežití osob s duševní poruchou je o 20 let nižší u mužů a o 15 let nižší u žen oproti lidem bez duševního onemocnění. Špatné duševní zdraví způsobuje nerovnosti ve společnosti, vede k nezaměstnanosti, způsobuje chudobu, podvýživu a hladomor, znamená finanční náklady pro jednotlivé státy a snižuje odolnost vůči válečným konfliktům, čímž brání míru (Thornicroft & Patel, 2014). Mateřská úmrtnost po porodu není spojena pouze s gynekologicko-porodnickými komplikacemi. Příčinou smrti bývají také duševní onemocnění. Americký *Úřad pro prevenci a kontrolu nemocí* (CDC, z anglického Centers for Disease Control and Prevention) uvádí, že duševní poruchy jsou jednou z hlavních příčin úmrtí zejména pro bělochy a latinoameričany, zatímco afroameričané umírají hlavně na srdeční problémy. Zdá se, že etnická příslušnost a socioekonomický status výrazně ovlivňují dopad duševních onemocnění včetně perinatálních na jedince (CDC, 2023).

Perinatální duševní zdraví ovlivňují sociálně patologické jevy jako genderová nerovnost, rasismus nebo problémy s bydlením. Politiky jednotlivých států mohou řešením těchto problémů přispět ke zlepšení duševního zdraví žen během těhotenství a po porodu, potažmo celé populace. Woody et al. (2017) tvrdí, že existují výrazné rozdíly mezi ženami z různě prosperujících zemí. Ve vysokopříjmových zemích trpí perinatální depresí 9 % žen, zatímco v zemích se středním a malým příjmem až 17 %. Existuje tedy předpoklad, že se zlepšením životních podmínek může výskyt perinatální deprese klesat.

Pro snížení zátěže perinatální deprese na veřejné zdraví je nutné snižovat mortalitu a morbiditu poruchy, zlepšovat kvalitu života žen a jejich rodin a zefektivňovat zdravotní a sociální péči. Nejúčinnějším způsobem, jak podporovat zdraví, je zaměřit se na faktory,

které zdraví ovlivňují. Nejvhodnějším způsobem je primární prevence, zejména osvětová činnost ve společnosti. Pouze lidé se zdravotní gramotností jsou schopni se o sebe zdravě starat (Malina, 2013). Prevence je jediným udržitelným způsobem, jak snižovat invaliditu způsobenou duševními poruchami včetně perinatálních (WHO, 2023). Je nezbytné podporovat psychosociální služby pro rodiny žen s duševními obtížemi. Přístup ke kvalitní institucionální péči o děti je důležitým prvkem zejména v rodinách s nízkým socioekonomickým statusem. Podle Meaneyho (2018) jsou výsledné dopady perinatální deprese na dítě ovlivněny sociálně. V rodinách s nízkým socioekonomickým statusem a v rodinách samoživitelek má deprese matek větší negativní vliv na chování dětí. Podpora sousedské komunity a skupinové programy pro mládež naopak zmírňují dopad mateřské deprese na děti. U dětí matek s těžkou depresí snižuje brzký vstup do institucionalizované péče riziko sociálně-emocionálních problémů ve srovnání s dětmi, které zůstaly v péči matky, příbuzných nebo chůvy. Zásadním úkolem veřejného zdraví je účinná léčba, neboť prevalence těhotných a žen po porodu potýkajících se s duševními obtížemi je veliká (Cuijpers et al., 2023).

Účinná veřejná zdravotní politika vyžaduje plné porozumění dopadu duševní nepohody na zdraví matek a jejich dětí. Meaney (2018) upozorňuje, že výzkumy duševního zdraví matek se zaměřují zejména na ženy s klinicky diagnostikovanou perinatální depresí. Významným problémem veřejného zdraví jsou také subdepresivní příznaky, které postihují velké množství žen v perinatálním období. Tyto ženy málokdy vyhledají odbornou pomoc, přestože subdepresivita negativně ovlivňuje péči o děti a partnerské vztahy.

7.1 Biopsychosociální model perinatální deprese

V předešlých kapitolách jsme upozorňovali na multifaktoriální příčiny vzniku a rozvoje perinatální deprese. Podobně jako nelze přesně určit, které faktory poruchu způsobily, nelze v péči o ženy s tímto onemocněním opomenout žádný z aspektů lidského života. Biopsychosociální model zdraví je teoretický rámec, který kromě biologického uvažování o duševní poruše připouští i důležitost psychologických, sociálních a spirituálních faktorů. Jedná se o celostní přístup snažící se postihnout všechny stránky lidského života. Přestože je tento model známý od roku 1977, v praxi spíše převládá biologicky orientovaný pohled na nemoci (Ayers a de Visser, 2015; Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

Víme, že lze jen obtížně vymezit, co to je zdraví. Jedná se o komplexní a komplikovaný termín. Světová zdravotnická organizace poukazuje na jeho multidimenzionální charakteristiky. Můžeme na něj pohlížet jako na dynamický proces bez přítomnosti nemoci, kdy zažíváme tělesnou, duševní a sociální pohodu a je nám umožněno být ekonomicky produktivní (Jochmannová & Kimplová, 2021). Takový pohled na zdraví nerozlišuje mezi tělesným a duševním stavem, považuje je za vzájemně provázané. Americká psychologická asociace chápe duševní zdraví jako stav, kdy nepociťujeme úzkost nebo jiné negativní prožitky, jsme schopní navazovat a udržet si dobré vztahy s druhými lidmi, zvládáme nástrahy běžných dní a celkově je nám emočně dobře (APA, 2015). Snaha o holistický přístup k lidskému zdraví by měla být reflektována i v problematice perinatálních duševních poruch. Péče o ženy s perinatální depresí se nemůže omezit na nabízení farmakologické léčby. Důležitá je sociální podpora a celková kvalita zdravotní a psychosociální péče včetně podpory zdravého životního stylu v těhotenství a po porodu.

7.2 Koncept kvality života

Darcy a kol. (2011) upozorňují, že ženy trpící perinatální depresí mají sníženou kvalitu života. Koncept kvality života se jeví jako nosný pro přemýšlení o perinatálním duševním zdraví, neboť ženy s perinatální depresí jsou mnohdy více hendikepované psychologickými a sociálními dopady poruchy než jejími biologickými příznaky. Kvalitu života můžeme vnímat jako referenční rámec péče o ženy s perinatálními duševními poruchami.

Zakladatel pozitivní psychologie Seligman rozpracoval teorii osobní pohody (původní anglický termín well-being theory), ve které tvrdí, že všichni potřebujeme zakoušet pozitivní emoce, mít dobré vztahy s jinými lidmi, zažívat úspěch, prožívat svět smysluplně a mít nějaký životní cíl (Seligman, 2011). Nejenom ztráta pozitivních emocí je typická pro ženy s perinatální depresí. Duševní nepohodu v těhotenství a po porodu mohou ženy pociťovat z důvodu nedostatečné sociální podpory, konfliktů v partnerském životě nebo při potížích v zaměstnání. Corno et al. (2019) provedli metaanalýzu studií zabývajících se psychosociálními intervencemi vzešlými z pozitivní psychologie, se kterou je spjatý právě Saligman. Poukazují, že tyto přístupy mají pozitivní vliv na osobní pohodu žen v perinatálním období.

Kvalitu života (QoL, z anglického Quality of life) lze chápat jako subjektivní posouzení spokojenosti s vlastním životem a osobní pohodou. Zahrnuje devět dimenzí lidského života, které mohou být prožívány jako různě uspokojivé (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015). Kvalita života souvisí s determinanty zdraví populace zahrnující biologické a fyzikální vlivy, psychologické a osobnostní aspekty, sociální prostředí, životní styl a spirituální oblast včetně subjektivně chápaného smyslu života (WHO, 2017). Kvalita života je subjektivní zkušenost ovlivněná kulturními normami, individuálními hodnotami a očekáváními. Proto se ženy s perinatální depresí mohou lišit v tom, jak hodnotí svůj život s nemocí.

7.3 Důsledky neléčené perinatální deprese a chybějících služeb pro ženy s perinatální depresí

V odborné literatuře jsou zdokumentovány rozličné problémy související s nediagnostikovanou nebo neléčenou perinatální depresí. Možné problémy souvisejí také s nedostatkem zdravotních a psychosociálních služeb pro tuto cílovou skupinu žen. Depresivní porucha v těhotenství a po porodu může negativně dopadat nejen na ženu samotnou, ale také na její dítě, rodinu a potažmo celou společnost. Neléčená perinatální deprese je spojená s nižší délkou dožití. Má negativní vliv na průběh těhotenství a vývoj plodu. Může vést ke ztrátě zájmu o těhotenství a mateřství, neschopnosti plnit mateřskou roli, nedostatečné výživě a sebepoškozování. V nejhorším možném případě může vést k sebevraždě a ublížení novorozenci. Čím déle se perinatální deprese neléčí, tím intenzivnější jsou její příznaky. Navíc jakmile se organismus ženy naučí reagovat depresivně, je pravděpodobné, že se depresivní epizoda v budoucnu znovu objeví. Důkladné porozumění možným negativním dopadům poruchy vede k lepší péči o ženy s perinatální depresí.

7.3.1 Negativní dopady na matku

Duševní zdraví úzce souvisí s celkovým zdravotním stavem těhotných žen a matek po porodu. Nepřítomnost perinatální deprese je spojena s hladším průběhem těhotenství, méně traumatickým porodem a pozitivnější zkušeností s mateřstvím. Perinatální deprese způsobuje problémy ve vztazích, partnerské konflikty, sexuální problémy, snížené sebevědomí, pocity viny, neschopnost postarat se o sebe a dítě, rizikové chování a finanční potíže. Neléčená deprese může přejít do chronického stavu.

Ženy s perinatální depresí mají sníženou kvalitu života v různých oblastech, což zvyšuje riziko sebevraždy. Nedostatečná diagnostika a léčba vede k prodloužení utrpení a ke zhoršení zdravotního stavu ženy.

Darcy a kol. (2011) shrnují, že ženy trpící perinatální depresí mají sníženou kvalitu života. Grigoriadis et al. (2005) uvádí, že perinatální deprese představuje riziko předčasného porodu zvláště u těžké epizody. Riziko je stejné užívá-li žena antidepresiva či nikoli. Ženy s neléčenou depresí mají vyšší riziko poporodních komplikací než ženy bez deprese (Bonari et al., 2004). Duan et al. (2019) upřesňují, že těhotenskými komplikacemi jsou zejména preeklampsie a operativní porod. Vliegen a kol. (2013) zmiňují, že ženy s perinatální depresí zažívají vyšší míru stresu a mají vztahové problémy. Stres a úzkost během těhotenství ovlivňují chování matky včetně užívání návykových látek, špatné výživy, nedostatku pohybu a vykonávání namáhavé práce (Ding et al., 2014). Chronicky zvýšený stres zvyšuje hladinu kortikoidů, což může vést ke snížené obranyschopnosti proti infekcím a nádorovým buňkám. Způsobuje také rezistenci v cévním řečišti a zvýšenou aktivitu srdečního stavu. To vede k hypertenzi, ischemické poruše srdeční nebo infarktu myokardu. Pope a kol. (2013) zmiňují, že rizikové chování žen s perinatální depresí zahrnuje kouření, neopatrnost, sebepoškozování a suicidální chování. Khajehei a kol. (2015) zmiňují, že mnoho žen s perinatální depresí trpí sexuální dysfunkcí zejména snížením libida, což způsobuje partnerské obtíže. Při perinatální depresi může docházet k poruše attachmentové vazby a mateřského chování. Šebela a kol. (2019) upozorňují, že perinatální deprese narušuje mateřskou roli ženy. Může dojít k problémům s citovým přilnutím k dítěti a horšímu reagování na emoční potřeby dítěte. Righetti-Veltema et al. (2002) doplňují, že depresivní ženy mohou na dítě přenášet méně pozitivních emocí a méně ho slovně stimulovat. Také bývají méně tělesně kontaktní. Objevují se u nich častější problémy s kojením. Podle Curtise a kol. (2014) má perinatální deprese výrazný socioekonomický dopad. Ženy mívají nelehké finanční obtíže. Navíc často čelí sociálnímu stigmatu, které je izoluje a někdy i diskriminuje. Toto stigma vede k tomu, že nevyhledávají podporu blízkých ani odbornou pomoc. Navíc se u nich často vyskytuje sebestigmatizace, která má podobně negativní důsledky.

7.3.2 Negativní dopady na dítě

Perinatální deprese negativně ovlivňuje mateřské chování. Duševní nepohoda ovlivňuje schopnost matky vhodně reagovat na potřeby dítěte a poskytovat dostatečnou

péči a emocionální podporu. Deprese způsobuje, že jsou matky méně empatické a méně s dětmi interagují, což může vést ke zpomalení sociálně-emočních dovedností. Sobotková (2019) potvrzuje, že poporodní deprese snižuje kvalitu rodičovské péče. Dítě nedostává dostatečnou emoční podporu, protože matka není schopna adekvátně regulovat chování dítěte. Může dojít k narušení citové vazby, což má negativní dopad na psychiku dítěte. Depresivita matek může být důvodem narušené attachmentové vazby s dítětem. Děti pak mají větší tendence k opožděnému vývoji a výskytu duševních poruch (O'Higgins a kol., 2013; Lilja a kol. ,2012; Šebela a kol., 2018). Muzik a Hamilton (2016) doplňují, že nedostatek pozornosti a změny nálad matky v šestinedělí mohou pro dítě znamenat sociálně-emocionální důsledky na celý život.

Perinatální deprese ovlivňuje celkovou rodinnou atmosféru. Způsobuje zvýšenou stresovou zátěž pro všechny členy rodiny. Děti bývají vystaveny negativním emocím a hádkám, což zhoršuje jejich psychický stav. Ženy mohou tlumit depresivní příznaky zvýšenou konzumací alkoholu a cigaret a sebepoškozováním. Nedbají na zdravou vyváženou stravu a zanedbávají gynekologickou prenatální péči. Šebela a kol. (2017) upozorňují, že perinatální deprese představuje riziko pro plod zejména kvůli tomuto rizikovému chování.

Depresivní matky se často izolují. Brání se sociální podpoře od nejbližšího okolí i odborníků. Děti mají méně příležitostí k poznávání světa mimo domácnost a navazování pozitivních vztahů. Slomian a kol. (2019) upozorňují, že tato izolace ohrožuje emoční a sociální vývoj dětí.

Ženy s perinatální depresí mají sníženou pracovní schopnost a zvýšené zdravotní náklady, což ovlivňuje ekonomickou stabilitu rodiny. Finanční nejistota zvyšuje stres v rodině a negativně ovlivňuje dětský vývoj. Duan et al. (2019) potvrzuje, že nižší socioekonomický status a špatné vztahy v rodině mohou negativně ovlivnit vývoj dítěte.

Perinatální deprese má vliv na vývoj mozku dítěte. Zvýšená hladina stresových hormonů u těhotných depresivních žen ovlivňuje strukturu mozku dítěte. Mozek dítěte se programuje, aby v budoucnu reagoval na zátěž spíše depresivně. Gentile (2017) potvrzuje, že novorozenci matek s perinatální depresí mají zvýšenou hladinu kortizolu a noradrenalinu. Meaney (2018) zdůrazňuje, že vyšší počet depresivních příznaků u matek znamená větší neuroanatomické změny u jejich dětí. Postižen bývá hippokampus a amygdala. Zejména u dívek v prenatálním období dochází vlivem zvýšené hladiny kortizolu ke zvětšení objemu amygdaly. Tato strukturální změna mozkové tkáně může souviset s větším výskytem poruch nálady u dívek než chlapců. Sobotková (2019)

dodává, že u dětí depresivních matek je pozorovatelné také ztenčení prefrontálního kortexu.

Nejčastěji zmiňované negativní dopady perinatální deprese na zdravý vývoj dítěte jsou předčasný porod, nízká porodní hmotnost novorozence a horší poporodní adaptace (Jarde et al., 2016; Nasreen a kol., 2015; Slomian a kol., 2019). Chen a kol. (2013) doplňují, že se u dětí častěji objevuje opožděný vývoj. Podle Groteho et al. (2010) je perinatální deprese spojena s prenatální růstovou retardací plodu. Weobong a kol. (2015) upozorňují na vyšší riziko úmrtí u novorozenců matek s depresivní poruchou. Perinatální deprese může mít také negativní vliv na příjem mateřského mléka dítětem. Dítě se při kojení hůře přisává, celkově pije méně a tedy i méně přibírá (Hart et al., 2011).

Perinatální deprese matky je spojena se zvýšeným rizikem behaviorálních, emocionálních a kognitivních vývojových problémů u dětí v průběhu dětství a dospívání. Děti vykazují nejistou citovou vazbu a dochází u nich k rozvoji afektivních poruch v dospívání (Duan et al., 2019). Podle Walkera a kol. (2013) jsou děti depresivních matek více úzkostné a mají více emočních problémů. Meaney (2018) upozorňuje, že děti depresivních matek jsou významně ohrožené rozvojem depresivní poruchy. Pearson a kol. (2013) potvrzují, že deprese žen v těhotenství výrazně zvyšuje riziko výskytu deprese u dětí v dospělosti. Podle O'Donnell et al. (2014) mají děti depresivních matek 2x vyšší riziko výskytu úzkostné a depresivní poruchy. Děti matek s depresí mohou být geneticky náchylnější k rozvoji duševních poruch. Tato predispozice kombinovaná s environmentálními faktory zvyšuje riziko vzniku deprese u dětí v průběhu celého života. Hypotéza rozdílné citlivosti vysvětluje, proč má deprese ženy během těhotenství výrazný negativní dopad na reaktivitu dítěte jen u dětí s určitým typem genomu (Sobotková, 2019). Perinatální deprese matky může působit na dítě také prostřednictvím epigenetického programování nebo transgeneračního přenosu (Sobotková, 2019). Meaney (2018) uvádí, že perinatální deprese má vliv na úroveň kognitivních funkcí u dětí na začátku školní docházky. Souvislost s příznaky poruchy pozornosti s hyperaktivitou je nejistá.

7.3.3 Negativní dopady na rodinu, komunitu a společnost

Perinatální deprese znamená krátkodobou a dlouhodobou finanční zátěž pro stát (Šebela a kol., 2019). Léčba poruchy a s ní spojených zdravotních problémů je nákladná. Některé rodiny potřebují finanční podporu v nezaměstnanosti, neboť partner zůstává doma a pečuje o nemocnou ženu a dítě. Do nákladů je potřeba započítat také zdravotní a

psychosociální péči o ženu s depresí. Náklady mohou být spojené se zajištěním chův pro dítě, o které se matka nemůže starat. Mohr (2022) upozorňuje na to, že perinatální období představuje mnohonásobně zvýšené riziko hospitalizace na psychiatrickém oddělení a tedy i zvýšené ekonomické náklady státu. Perinatální deprese může vést k dlouhodobé pracovní neschopnosti matek, což znamená ztrátu produktivity a příjmů. Tím se snižuje rodinný příjem a narušuje ekonomická stabilita rodin, což může mít dopady na celou ekonomiku společnosti. Ekonomický dopad duševních poruch na ekonomiku států je obrovský (Boháčková, 2019; Webb et al., 2022). Horší školní adaptace, vyšší riziko duševních poruch a nižší kvalita života dětí matek s perinatální depresí vedou k vyšším nákladům z důvodu zajištění speciálních služeb pro tyto děti.

Ženy s perinatální depresí jsou do určité míry sociálně izolované a stigmatizované. To snižuje jejich schopnost zapojit se do sociálních aktivit. Z dlouhodobého hlediska to může vést k narušení mezilidských vztahů, oslabení sociální soudržnosti a menší sociální podpoře v komunitách. Perinatální deprese negativně ovlivňuje rodinné vztahy, vede k partnerským neshodám a způsobuje konflikty v rodině, což může vést k vyšším nákladům na rodinnou terapii. Ženy s perinatální depresí častěji udávají problémy v manželství včetně nefunkční komunikace a domácího násilí. Çankaya a Dikmen (2022) tvrdí, že perinatální deprese má ničivý dopad na rodinu i komunitu. Objevují se potíže se zvládáním rodičovské role i nesoulad ve výchovném stylu. Wong a kol. (2016) upozorňují, že duševními obtížemi matek po porodu jsou negativně poznamenáni také otcové dětí, kteří zažívají zvýšený stres. Paulson a Bazemore (2010) dodávají, že muži partnerek trpících perinatální depresí sami vykazují depresivní příznaky. Jsou až 2krát náchylnější k rozvoji deprese než muži zdravých žen.

Nerozpoznaná a neléčená perinatální deprese může přejít do chronické podoby, což znamená dlouhodobé zdravotní problémy. To zvyšuje náklady na zdravotní péči a snižuje produktivitu a kvalitu života postižených žen. Šebela a kol. (2019) upozorňují, že podle dat Světové zdravotnické organizace perinatální deprese za rok 2012 způsobila v Austrálii velký nárůst ztracených roků zdravého života, což je jeden z ukazatelů míry zátěže způsobené nemocí v populaci. Deprese v těhotenství způsobila 4991 ztracených roků zdravého života, poporodní deprese dokonce 11584. Perinatální deprese zvyšuje riziko sebevraždy, což má tragické důsledky pro rodiny a vede k dalšímu sociálnímu a ekonomickému zatížení.

Negativní dopady perinatální deprese se přenáší na další generace. Děti mohou být ovlivněné depresivním onemocněním matek natolik, že to ovlivní jejich vlastní rodičovství.

7.4 Mýty o perinatálních duševních poruchách

Mýty spojené s perinatálním duševním zdravím mají negativní dopady na ženy, které se s duševní nepohodou v těhotenství a po porodu potýkají. Law a kol. (2021) upozorňují, že zažité sociokulturní normy a narativy ve společnosti mohou ženy s perinatálními duševními poruchami velmi poškozovat. Společenská přesvědčení s potenciálně zraňujícím efektem jsou například ideál dobré matky a tabu ohledně negativních aspektů těhotenství a mateřství. Ve společnosti převládá představa, že těhotenství a mateřství jsou nejkrásnější období. Ženy, které to pociťují jinak, jsou divné.

Ambrosini a Stanghellini (2012) zdůrazňují, že mýty spojené s mateřstvím mají na ženy s perinatální depresí devastující vliv a mohou dokonce vznik duševní poruchy podněcovat. Mateřství bývá považováno za nejlepší období ženského života. Skutečnost je taková, že některé ženy ho prožívají spíše jako existenciální krizi.

Mýtus, že perinatální deprese nepředstavuje skutečnou nemoc, je častý. Ženám nepomůže rozptýlení jinou činností ani rady okolí, že se musí vzchopit. Perinatální deprese také není způsobena pouze hormonálními změnami. Ty mohou k rozvoji poruchy přispět, ale roli hrají faktory genetické, biologické a psychosociální. Na rozdíl od krátkého poporodního splínu je perinatální deprese závažný stav a potenciálně smrtelné onemocnění. Nelze ji překonat vůlí. Vyžaduje odbornou psychiatrickou péči včetně farmakoterapie. Léčba se může protáhnout na několik let.

Ve filmové tvorbě se hojně objevuje mýtus, že jsou ženy s perinatální depresí špatné matky, které nemohou pečovat o děti. Pokud tyto ženy dostanou potřebnou podporu, mohou být dobrými matkami. Porucha nemusí mít vliv na mateřské schopnosti. Megnin-Viggars a kol. (2015) popisují, že ženy mívají strach přiznat duševní obtíže, neboť se obávají, že bude jejich dítě svěřeno do péče někomu jinému. K odebrání dítěte matce s psychiatrickou diagnózou dochází však velmi zřídka. Matky s duševním onemocněním bývají podezřívány, že jsou nebezpečné svým dětem. Ke zneužívání, týrání nebo vraždám dětí z důvodu duševní poruchy nedochází často. Podle Šebely a kol. (2018) mnoho žen po porodu zažívá nutkavé myšlenky na ublížení dítěti. Málokterá dítěti

skutečně něco provede. Případů infanticid je více u žen s neléčenou perinatální depresí než u žen, které podstupují léčbu.

Není pravda, že mluvit o depresivních pocitech znamená selhání. Žena, která se svěří blízkým lidem nebo odborníkům naopak projevuje odvahu. Otevřenost vůči problematice perinatálních duševních obtíží vede k lepší podpoře a léčbě.

Mýtus je, že perinatální deprese vzniká ihned po porodu. Rozvinout se může kdykoli během těhotenství nebo několik měsíců po porodu.

Není prokázaná souvislost mezi vznikem perinatální deprese a umělým oplodněním ani mezi depresí a podáváním umělé kojenecké stravy (Mohr in Takács a kol., 2015).

Nebezpečným mýtem je, že v těhotenství a při kojení nelze užívat žádnou medikaci. Některé ženy se rozhodnout nekojit a téma medikace pro ně není zásadní. Jiné se domnívají, že s antidepresivy kojit nelze, a léky zavrhnou. Existují bezpečná antidepresiva slučitelná s kojením, jejichž benefity mnohonásobně převažují negativa neléčené těžké deprese. Dalším mýtem spojeným s psychofarmaky je, že antidepresiva neléčí příčinu a způsobují závislost.

Není pravda, že perinatální deprese představuje ojedinělý problém. Ve skutečnosti je to jedna z nejčastějších komplikací těhotenství a poporodního období.

Snad nejnebezpečnějším mýtem je přesvědčení, že ten, kdo mluví o sebevraždě ji nespáchá. Bohužel to pravda není. Dokonaná sebevražda dělá z perinatální deprese potenciálně smrtelné onemocnění.

7.5 Stigmatizace, sebestigmatizace a diskriminace

V zemích s delší zkušeností péče o duševní zdraví jsou perinatální duševní potíže přijímány lépe než v České republice. Nedostatečné povědomí společnosti o problematice perinatálních duševních onemocnění způsobuje stigmatizaci, sebestigmatizaci a diskriminaci žen s perinatální depresí. Jedná se o významné negativní společenské jevy, které vyžadují pozornost, jelikož brání ženám vyhledat potřebnou pomoc a podporu. Zhoršují duševní zdraví, vedou k sociální izolaci, snížené kvalitě života, horším mezilidským vztahům a zvýšenému riziku sebevraždy. Chromý (2004) upozorňuje, že stereotypy o lidech s duševním onemocněním mají negativní dopad na celou společnost. Stávají se nálepkami, podle kterých laická společnost rozpoznává jednotlivé duševní

poruchy. Kritéria perinatální deprese se pak mohou velmi lišit od toho, jak společnost tuto poruchu vnímá.

Ve společnosti panuje shoda, že těhotenství a mateřství jsou zdrojem radosti. Pokud žena toto období prožívá negativně, okolí tomu nerozumí. Stigmatizace je proces, při kterém jsou ženy s duševními obtížemi v těhotenství a po porodu vnímané jako odlišné a méně hodnotné kvůli svému zdravotnímu stavu. Projevuje se negativními předsudky a stereotypy o těchto ženách. Bývají vnímané jako špatné matky, což vede k jejich sociální izolaci a nevyhledání odborné pomoci. Podle Webbové a kol. (2023) 43 % žen s perinatální depresí nevyhledá odbornou pomoc z důvodu stigmatizace duševních poruch, 29 % žen udává nedostupnost péče a 27 % žen bagatelizování vlastních obtíží. Stigmatizace vzniká také kvůli způsobu, jakým média vykreslují duševní poruchy (Ocisková a Praško, 2015). Filmaři a novináři často zobrazují tragické příběhy, kdy matka v psychóze ublíží svému dítěti. Mnohem běžnější problémy jako úzkosti a deprese jsou médii téměř ignorovány nebo je jejich dopad bagatelizován (Šebela, 2023). Klinová a Lemishová (2008) potvrzují, že jsou lidé s duševními poruchami vykreslováni v médiích jako nebezpeční násilníci, což zvyšuje stigmatizaci psychických poruch, osob s duševním onemocněním a psychiatrických služeb. Ocisková a Praško (2015) doplňují, že lidé s duševním onemocněním jsou vnímáni jako podivní, nebezpeční nebo nezodpovědní.

Pokud žena s perinatální depresí internalizuje negativní postoje a stereotypy společnosti o své vlastní osobě, dochází k sebestigmatizaci. Ženy pak vnímají samy sebe jako selhávající nebo špatné matky, což vede k pocitům viny, sníženému sebevědomí a nárůstu úzkostně-depresivní symptomatiky. Sebestigmatizace brání ženám sdílet své pocity s blízkými a vyhledat odbornou pomoc, což zhoršuje jejich duševní stav a prodlužuje utrpení. Ženy s perinatální depresí se obávají říci nahlas, že si mateřství neužívají a že čekaly něco jiného. Lupton (2012) upozorňuje, že společenský ideál dobré matky vede těhotné ženy s perinatálními duševními obtížemi k obviňování se z poškozování nenarozeného dítěte. Law a kol. (2021) potvrzují, že duševní strádání v těhotenství a po porodu je velmi stigmatizované. Ženy zažívají pocit viny, studu a selhání v roli matky. Jones (2019) doplňuje, že stigma je nejčastěji identifikovaným důvodem nevyhledání odborné pomoci. Ženy se stydí svěřit se svými potížemi.

Stigmatizace vede k diskriminaci (Chromý, 2004). Diskriminace je jednání vedoucí k nespravedlivému zacházení s ženami s perinatální depresí na základě jejich poruchy. Ženy se s ní mohou setkávat v rodině, v práci, ve zdravotnických zařízeních nebo při jakékoli jiné sociální interakci (Ocisková a Praško, 2015). Docházet může

například k nespravedlivému zacházení ze strany zdravotníků v gynekologicko-porodnické péči.

Pro změnu negativních postojů a stereotypů je nutné šířit informace o duševním zdraví v těhotenství a po porodu a zajistit ženám co nejsnadnější přístup k odborné péči včetně medikace a psychoterapie. Systematické destigmatizační přístupy podporované státem a neziskovými organizacemi jsou nejúspěšnější. Ženy odvážně sdílející osobní zkušenosti s perinatální depresí přispívají k destigmatizaci perinatálních duševních poruch. Jejich vyprávění pomáhá bourat tabu, otevírá diskusi a podporuje porozumění. Ocisková a Praško (2015) uvádí, že k boji proti stigmatizaci přispívá otevírání svépomocných skupin, kde se mohou ženy navzájem podpořit. Také edukace zdravotníků nepsychiatrů v otázkách perinatálních duševních poruch vede k poskytování citlivější a efektivnější péče o ženy s depresí v těhotenství a po porodu. Sakina, Khan & Chaudhry (2022) doplňují, že sociální pracovnice a porodní asistentky mohou snižovat stigma edukací žen v těhotenství. (Sakina, Khan & Chaudhry, 2022).

Se stigmatizací duševních poruch bojují různé organizace. Za zmínku stojí *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví*, které se snaží předávat informace o psychických obtížích, možnostech zotavení z psychiatrických onemocnění a osobní příběhy duševně nemocných široké veřejnosti. Dlouhodobě pracuje na kampani s názvem *Stopstigma*. Dále nabízí přehled dostupných služeb, které mohou lidé s duševními obtížemi vyhledat. Také Iniciativa *NA ROVINU* se snaží přispět ke snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním v České republice. Kromě destigmatizačních programů se věnuje zlepšování dostupnosti služeb zaměřených na duševní zdraví. Zaměřuje se na psychoedukaci lidí s duševními obtížemi, jejich rodin, zdravotníků a jiných odborníků přicházejících s touto cílovou skupinou do kontaktu. Organizace vystupující proti stigmatizaci perinatálního duševního zdraví je zejména *Úsměv mámy, z.s.*, která bude představena v kapitole *8.4 Role neziskových organizací*.

7.6 Problematika sebevražd

Suicidální chování je nejzávažnější komplikací mnoha duševních poruch, přestože se k sebevraždě rozhodnou i lidé, kteří duševním onemocněním netrpí (Baloun, 2004). Ocisková a Praško (2015) varují, že trýznivý pocit nikdy nekončící psychické bolesti vede k myšlenkám na ukončení života. Ženy s perinatální depresí mohou být přesvědčeny, že se jejich stav nezlepší a že jsou přítěží pro okolí. Některé se svěří se sebevražednými

myšlenkami okolí, jiné svůj záměr ukončit život nikomu nesdělí. Sebevražda je tabuizovaným tématem opředeným nepravdivými tvrzeními, což komplikuje ženám možnost svěřit se a ztěžuje blízkým adekvátně reagovat na varovné signály. Perinatální duševní poruchy jsou spjaté s fenoménem rozšířené sebevraždy, při které matka zabije dítě a sama spáchá sebevraždu (Šebela, 2023).

Perinatální deprese je léčitelná, pokud jsou včasně rozpoznány příznaky, poskytnuta podpora a odborná pomoc, což významně snižuje utrpení a riziko sebevraždy. Sebevraždy se vyskytují ve všech společnostech. Nejsou výhradně moderním fenoménem, jak tvrdili sociologové Masaryk a Durkheim. Nejsou běžnou reakcí na zvýšený stres ani přímý důsledek duševní poruchy. Sebevražedné jednání se rozvíjí na základě biologických, psychosociálních, kulturních a demografických příčin. Jeho riziko vzrůstá u deprese, schizofrenie a závislosti na psychoaktivních látkách (Ocisková a Praško, 2015). Sebevražda je závažný zdravotní a společenský problém. Světová zdravotnická organizace alarmuje, že téměř jeden milion lidí ročně ukončí svůj život (WHO, 2023). V České republice je sebevražda jednou z nejčastějších příčin nepřirozeného úmrtí (Havránková in Vodáčková a kol., 2012). Vysoká mortalita depresivní poruchy je dána právě podílem sebevražd (DSM–5, 2013). Ženy s perinatální depresí mohou zažívat natolik intenzivní úzkost spojenou s pocity zoufalství, beznaděje a duševního strádání, že nevidí jiné řešení než sebevraždu. Hang et al. (2024) uvádí sebevraždu jako druhou nejčastější příčinu úmrtí ženy po porodu. Výzkum provedený na souboru téměř 90 tisíc švédských žen ukázal, že ženy s perinatální depresí mají vyšší riziko sebevraždy než ženy, které prodělaly depresivní epizodu během těhotenství. Nejčastějšími způsoby suicidia jsou otravy a oběšení. Zvýšené riziko sebevraždy není jenom v prvním roce po porodu, ale přetrvává po celý život (Hang et al., 2024). Podle Mohra je ve Velké Británii sebevražda důvodem až 20% úmrtí žen v šestinedělí a dokonce 28% úmrtí žen během prvního roku po porodu (Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015).

Přítomnost deprese v perinatálním období představuje riziko sebevraždy, které nemusí být snadno rozpoznatelné. Suicidální jednání je často nepředvídatelné, má nespecifické rizikové faktory a neexistuje na něj jednoznačná farmakologická léčba (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015). Havránková upozorňuje, že suicidálnímu chování předchází Ringelův presuicidální syndrom. Ženy mají zúženou perspektivu nahlížení na své obtíže, obrací proti sobě agresi a mají naléhavé sebevražedné fantazie (Havránková in Vodáčková a kol., 2012).

Sebevražedné myšlenky nemusí postihovat pouze ženy s depresí, ale i jejich partnery a blízké osoby. Látalová, Kamarádová a Praško (2015) uvádí, že důvodem sebevražedného jednání může být genetická predispozice jako změna genu pro tryptofan nebo nízká aktivita serotoninu. Postižené exekutivní funkce mozku jsou důvodem, proč mají ženy potíže s rozhodováním a kontrolou chování a nevidí jiné řešení situace. Rizikové faktory spojené se sebevraždou zahrnují nedostupnost odborné péče, stigmatizaci duševních poruch, předchozí suicidální pokus, přítomnost chronického a neléčeného duševního onemocnění a sociální izolaci (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015; Vodáčková a kol., 2012).

Baloun (2004) uvádí, že mezi preventivní opatření sebevražedného chování patří včasná léčba a dostupnost krizových linek. Pro ženy s perinatální depresí se riziko sebevraždy snižuje, pokud mají silnou vztahovou síť, dojde k včasnému rozpoznání příznaků a mají možnost využít podpůrné skupiny a jiné psychosociální intervence. Havránková doplňuje, že kontakt se sebevražedným člověkem má určité doporučené postupy. Je vhodné povzbuzovat vyjadřování emocí, pokládat konkrétní otázky a tématu sebevraždy se nevyhýbat (Havránková in Vodáčková a kol., 2012). Pokud ženy hovoří o sebevraždě, je nezbytné brát je vážně a posoudit riziko sebevražedného chování (Hang et al., 2024). Zkoumat se musí četnost a intenzita myšlenek na ukončení života. Důležité je rozklíčovat, co myšlenky spouští, zda má žena konkrétní plán a prostředky k jeho realizaci. Častým problémem je, že ženy požádají o pomoc a nejsou vyslyšeny nebo jim je nabídnuta nevhodná pomoc (Látalová, Kamarádová a Praško, 2015).

Suicidální chování vyžaduje koordinovanou a citlivou intervenci. Zvýšené povědomí o perinatální depresi, včasná diagnostika a efektivní léčba jsou klíčové kroky k prevenci sebevražd a zlepšení kvality života žen s touto poruchou. Je nezbytné, aby společnost uznala závažnost suicidální problematiky a podpořila iniciativy zaměřené na duševní zdraví matek.

7.7 Rozvoj péče o perinatální duševní zdraví podle Světové zdravotnické organizace

Světová zdravotnická organizace (WHO, z anglického World Health Organization) prohlásila v roce 2001, že „bez duševního zdraví není zdraví“ (WHO, 2001). Výrok zdůraznil klíčovou roli duševní pohody na celkový zdravotní stav a

podpořil vznik mnoha iniciativ a doporučení věnujících se duševnímu zdraví a neuropsychiatrickým nemocem a poruchám. Od té doby bylo prohlášení opakováno v různých dokumentech. WHO se snaží prostřednictvím osvětových kampaní destigmatizovat perinatální duševní poruchy.

Manuál WHO z roku 2015 poskytuje na důkazech založená doporučení pro péči o ženy s perinatální depresí s cílem zmírnit depresivní symptomatiku a zlepšit kvalitu života. Publikace vyzdvihuje krátké psychologické intervence včetně konkrétních kognitivně-behaviorálních technik, které mohou zdravotníci využívat při práci s cílovou skupinou. Intervence mohou poskytovat proškolení zdravotníci, nejde o specializované psychiatricko-psychologické služby. Zdůrazněna je role sociální podpory, zapojení rodiny a komunitních intervencí. Příručka poskytuje nástroje pro zdravotníky na rozpoznávání příznaků perinatální deprese. Zdůrazněna je potřeba hodnotit účinnost prováděných intervencí a způsoby, jak to činit (WHO, 2015).

V roce 2022 vydala Světová zdravotnická organizace publikaci doporučující jednotlivým státům integrovat služby pro perinatální duševní zdraví do systému primární zdravotní péče. Průvodce nabízí postupy, jak zahrnout do gynekologicko-porodnické péče psychiatrickou problematiku. Vyzdvihována je zejména role edukace zdravotníků a model krokové péče. Cílem je podporovat duševní zdraví žen v těhotenství a po porodu, identifikovat příznaky nejčastějších duševních poruch a reagovat na ně vhodným způsobem. Pro zmírnění dopadů perinatálních duševních poruch je doporučeno zařazení screeningových metod a rychlé poskytnutí psychosociálních intervencí včetně psychoterapie (WHO, 2022).

7.8 Evropská strategie péče o perinatální duševní zdraví

Na evropské úrovni je téma duševního zdraví probírané. Téměř 85 milionů osob a každý šestý člověk v Evropě trpí duševním onemocněním. Celkové náklady na duševní poruchy jsou vyčíslené na 600 miliard eur, což představuje přes 13 % zdravotních nákladů v Evropské unii. Pouze 6 % nákladů na biomedicínský výzkum směřuje na duševní poruchy (Medical Tribune, 2022). Evropský parlament pochopil, že je potřeba podporovat duševní zdraví, zaměřit se na výzkum a financování této oblasti a sdílet mezi státy příklady dobré praxe (Medical Tribune, 2022).

Evropská strategie péče o duševní zdraví vychází z iniciativy „Společně za lepší zdraví“, kterou Evropská komise představila v červnu 2022. Poskytuje členským státům

podporu při realizaci účinných opatření pro snížení zátěže způsobené nemocemi, zlepšování kvality života a snižování nerovností v oblasti zdraví. Od roku 2023 prosazuje Evropská unie komplexní vícestupňový multidisciplinární přístup k problematice duševního zdraví zaměřený na prevenci a včasný záchyt nemocí. Členské státy jsou podpořeny, aby přijaly opatření a reformovaly zdravotní systémy. Prioritami jsou integrace péče o duševní zdraví do primární zdravotní péče, podpora preventivních programů, dostupnost specializovaných psychologicko-psychiatrických služeb a ochrana práv osob s duševním onemocněním a zvláště zranitelných skupin jako jsou děti a uprchlíci. Projekt EU-PROMENS nabízí vzdělávací programy týkající se duševního zdraví pro zdravotníky, učitele a sociální pracovníky. Celkově poskytla Evropská unie 30 milionů eur na projekty zaměřené na prevenci a léčbu duševních poruch (EU, 2023).

7.9 Strategie péče o ženy s perinatální depresí ve vybraných zemích

Strategie péče o perinatální duševní zdraví se mezi jednotlivými zeměmi výrazně liší v závislosti na kulturním kontextu, zdravotním systému, dostupných zdrojích a politické ochotě podporovat téma perinatálního duševního zdraví. Společným cílem je zlepšit zdraví těhotných žen, matek po porodu a jejich dětí zejména prostřednictvím prevence, včasných intervencí a integrace služeb duševního zdraví do primární zdravotní péče. Fungující strategie zahrnují kvalitní multidisciplinární péči, rozvinutou síť podpůrných služeb a aktivní zapojení nestátních neziskových organizací. Problémy způsobuje nedostatečná dostupnost služeb, dlouhé čekací doby u specialistů, nízká obeznámenost veřejnosti s problematikou perinatální deprese a špatné financování péče. Horáková a kol. (2024) provedli rozsáhlou analýzu doporučených postupů a vládních strategií týkajících se perinatálního duševního zdraví v evropském regionu. Pouze 23 z 53 zkoumaných zemí disponuje oficiálními standardy péče o perinatální duševní zdraví. Belgie, Finsko, Irsko, Malta, Nizozemsko, Švédsko a Velká Británie mají vládní strategie duševního zdraví, disponují národními strategiemi pro perinatální duševní zdraví, nabízí screening perinatálních duševních poruch, poskytují na důkazech založené intervence a řídí se na důkazech založenými doporučenými postupy (Horáková et al., 2024).

7.9.1 Belgie

Belgické Ministerstvo sociálních věcí, veřejného zdraví a rodiny vydává směrnice pro provádění screeningu, rozpoznání potíží a léčbu perinatálních duševních poruch. Screening duševních obtíží je zaveden formou Whooleyho dotazníku, testu na generalizovanou úzkostnou poruchu (GAD-2) a Edinburské škály poporodní deprese (EPDS). Je prováděn porodními asistentkami v šestnáctém týdnu těhotenství v nemocnici, poté šest týdnů po porodu a v šesti měsících dítěte. Při pozitivním výsledku screeningu je ženě doporučena diagnostika klinickým psychologem, psychiatrem nebo praktickým lékařem. V porodnicích je nabízena psychiatrická pomoc v těsné spolupráci s porodními asistentkami. Existují zde specializovaná zařízení v podobě denních stacionářů poskytujícím individuální a skupinovou psychoterapii, podpůrné skupiny s peer konzultantkami a nácvik rodičovských kompetencí. Belgie disponuje lůžkovými psychiatrickými odděleními „mother-baby units“, kde mohou být ženy v kontaktu se svými dětmi (Horáková et al., 2024; PERINATAL, 2023).

7.9.2 Finsko

Ve Finsku jsou k dispozici Národní pokyny pro screening psychosociálních rizik obsahující standardizované nástroje jako Edinburskou škálu poporodní deprese a Beckův inventář úzkosti (BAI, z anglického Beck Anxiety Inventory). Psychosociální faktory spojené s rizikem rozvoje perinatální deprese jsou u žen monitorovány na začátku druhého trimestru a před porodem při gynekologických kontrolách. Duševní stav žen je hodnocen také v prvním týdnu po porodu a během šestinedělí, kdy se sledují příznaky perinatální deprese. Při pozitivním screeningu, jsou ženy odeslány k odborníkům podle závažnosti stavu. Mírné obtíže se řeší skrze praktického lékaře nebo prostřednictvím skupinových programů s psychiatrickými sestrami. Při závažnějších duševních komplikacích jsou ženy odeslány k psychologovi nebo psychiatrovi. Pro nejtěžší stavy jsou k dispozici specializovaná lůžková oddělení pro perinatální duševní poruchy. Ve finském zdravotním systému dochází k integraci gynekologicko-porodnické, pediatrické a psychiatrické péče (Horáková et al., 2024; PERINATAL, 2023).

7.9.3 Irsko

Ministerstvo zdravotnictví Irska vydalo v roce 2016 strategický plán rozvoje služeb perinatálního duševního zdraví postavený na postupné integraci různých oblastí

péče s cílem vytvořit multidisciplinární týmy a vytvořit hierarchickou síť služeb pro perinatální duševní zdraví. Screening duševních obtíží provádí praktičtí lékaři nebo sestry pomocí Whooleyho dotazníku. Při pozitivním screeningu jsou ženy v kontaktu s porodními asistentkami specializovanými na duševní zdraví, které mají ve finském systému zásadní roli. Závažnější duševní poruchy jsou léčeny na specializovaných psychiatrických odděleních pro matky s dětmi (Horáková et al., 2024; PERINATAL, 2023).

7.9.4 Malta

Na Maltě existuje specializovaná klinika pro perinatální duševní zdraví žen a jejich rodin poskytující psychosociální intervence a psychiatrickou péči. Od roku 2021 probíhá na ostrově celoplošný screening duševní pohody rodičů v těhotenství a po porodu. Postupy vychází z Národní strategie rodičovství pro roky 2016 až 2024 (Horáková et al., 2024; PERINATAL, 2023).

7.9.5 Nizozemsko

V Nizozemsku stojí péče o perinatální duševní zdraví na proškolených porodních asistentkách, které sledují psychický stav žen dlouhodobě a nabízí jim podporu. V zemi existují národní směrnice. Pro screening jsou vytvořeny online standardizované dotazníky zahrnující otázky na duševní nepohodu a sociální problémy včetně Edinburské škály poporodní deprese. V praxi fungují multidisciplinární týmy složené z psychiatrů, porodníků a pediatrů, kteří nabízí poradenské služby a koordinují léčbu. Pro těžká psychiatrická onemocnění existují specializovaná oddělení (Horáková et al., 2024; PERINATAL, 2023).

7.9.6 Spojené státy americké

Ve spojených státech amerických došlo v předchozích letech k nezvládnuté deinstitucionalizaci psychiatrické péče. Mnoho lůžkových oddělení bylo zavřeno a lidé s duševními poruchami končí na ulici (Medical Tribune, 2022). Spojené státy čelí vysokým finančním nákladům spojeným s dopady neléčených perinatálních duševních poruch. V zemi chybí federálně podporovaná rodičovská dovolená a základní péče pro děti. Přístup k péči je velmi nerovný. Existují doporučení pro screening těhotných žen a matek po porodu na duševní obtíže, ale většina žen s depresí se nedostane k odborné psychiatrické péči. Federální regulace v oblasti perinatálního duševního zdraví

neexistuje, jednotlivé státy mají své vlastní politiky. Komunitní mateřská centra spravovaná městy nabízí preventivní programy (Griffen et al., 2021; PERINATAL, 2023).

7.9.7 Švédsko

Švédsko disponuje silným systémem sociální podpory včetně dlouhodobé mateřské dovolené. Má dobře rozvinutý systém zdravotních a psychosociálních služeb pro matky a děti zaměřený na prevenci a včasnou intervenci. Švédská společnost pro porodnictví a gynekologii vydává doporučené standardy péče. Péče o perinatální duševní zdraví je bezplatná a součástí primární péče. Jsou prováděny celoplošné screeningové programy, přičemž ženy s duševním onemocněním a ženy se strachem z porodu jsou sledovány podrobněji. Ženy s depresivní symptomatikou po šestinedělí mohou až po dobu čtyř měsíců využívat návštěv porodní asistentky v domácnosti, případně s ní vést telefonické poradenství (Horáková et al., 2024; PERINATAL, 2023).

7.9.8 Velká Británie

Velká Británie je považována vzor péče o perinatální duševní zdraví. Má velmi propracovaný systém psychiatrické péče. Po zavedení plošného screeningu duševního zdraví v těhotenství a po porodu, nabízení krizové intervence a následné odborné péče se snížila příčina úmrtí žen po porodu z důvodu obtíží v oblasti duševního zdraví z 23 % v letech 2011 až 2013 na 10 % v letech 2015 až 2017 (RCOG, 2023). V rámci britského systému Národní zdravotní služby jsou od roku 2016 nabízeny specializované intervence založené na multidisciplinární týmové péči psychiatrů, psychologů, porodních asistentek, zdravotních sester a sociálních pracovnic. Velká Británie klade důraz na školení zdravotníků a zvyšování povědomí o perinatálních duševních poruchách. Existuje síť komunitních multidisciplinárních týmů. Národní institut pro zdraví a péči (NICE) vydává standardy klinické péče o perinatální duševní zdraví. Screening duševní pohody probíhá na začátku těhotenství pomocí Whooleyho dotazníku a GAD-2. Ženy s rizikem rozvoje duševních obtíží jsou doptávány pomocí EPDS nebo dotazníku Patient Health Questionnaire (PHQ-9), případně jsou odeslány k odborníkovi. Pro ženy se závažnějšími obtížemi jsou zřízeny Mother-baby pracoviště. Ve Velké Británii působí organizace Asociace pro poporodní onemocnění (APNI, z anglického Association for Post-Natal Illness) a Poradna pro perinatální depresi (PANDAS, z anglického Pre and Postnatal

Depression Advice and Support) (Horáková et al., 2024; NICE, 2023; PERINATAL, 2023; RCOG, 2023).

8 Situace v České republice v roce 2023

V této kapitole se zaměříme na analýzu aktuálního stavu zdravotní a psychosociální péče o ženy s perinatální depresí v České republice. Prozkoumáme jaké služby jsou v současné době k dispozici a zhodnotíme aktuální trendy v praxi. Porovnáme péči v České republice s mezinárodními doporučeními a praxí v zahraničí. Cílem je identifikovat silné a slabé stránky českého systému a navrhnout oblasti pro zlepšení.

V České republice nejsou informace o perinatálním duševním zdraví dostatečně rozšířené, přestože duševní problémy v tomto období ovlivňují nejen ženu, ale také její rodinu. Téma duševních poruch v těhotenství a po porodu se postupně dostává do povědomí odborné veřejnosti. V posledních letech došlo k systémovým změnám péče o duševní zdraví. Nyní je zapotřebí, aby došlo ke změnám také v péči o perinatální duševní zdraví. V zahraničí je perinatální duševní zdraví státem řešené. V České republice chybí jednotná koncepce. Šebela a kol. (2019) upozorňují, že problematikou se specificky nezabývá ani aktuálně probíhající Reforma péče o duševní zdraví. Hovoří o potřebě vícestupňové péče, multidisciplinárním přístupu a větším zapojení komunitních služeb, ale nepočítá s tím, že perinatální období má určitá specifika. Jedná se nejenom o zdravotní stav ženy, ale také jejího dítěte. Navíc dochází k propojení gynekologicko-porodnických a psychiatrických služeb. V posledních letech vznikají iniciativy jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče a neziskových organizací systematicky se zaměřovat na perinatální duševní zdraví žen.

8.1 Reformní koncepce péče o duševní zdraví

V roce 2013 vydalo Ministerstvo zdravotnictví dokument *Strategie reformy psychiatrické péče* stanovující hlavní rámce a cíle reformy. Od té doby probíhá v České republice rozsáhlá změna poskytování péče, která má za cíl vytvořit efektivní systém zajišťující komplexní péči o duševní zdraví populace. Reforma představuje významný krok k modernizaci a zlepšení kvality péče. Cílem je především zvýšení kvality života lidí s duševním onemocněním prostřednictvím transformace psychiatrických nemocnic, deinstitucionalizace, rozvoje komunitních služeb, integrace zdravotní a sociální péče do multidisciplinárních týmů a destigmatizace. Od roku 2017 je v provozu 30 Center duševního zdraví (CDZ) financovaných nejdříve z fondů EU a následně z veřejného zdravotního pojištění a peněz pro sociální služby. Centra duševního zdraví vznikla, aby

mohli lidé s duševním onemocněním zůstat ve svém přirozeném prostředí a měli přístup k sociálním službám nad rámec zdravotní péče. Je zde poskytována nízkoprahová, individualizovaná multidisciplinární péče přizpůsobená potřebám jednotlivců. Odborníkům jsou k dispozici standardy péče a různé metodiky (MZČR, 2013; reformapsychiatrie.cz, 2023).

Od začátku reformy se podařilo humanizovat akutní psychiatrickou péči, zkrátit dobu hospitalizace v psychiatrických nemocnicích, přesunout část lůžek na psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, zlepšit dostupnost komunitních služeb a začlenit sociální služby do zdravotního systému. Velký problém je však s personálním zajištěním péče. V současné době čelí reforma několika výzvám jako je nedostatek personálu pro nové služby, nutnost provedení legislativních změn a zajištění financování. Dále je potřeba zaměřit se na specifické cílové skupiny jako jsou děti, senioři a těhotné ženy a matky po porodu (Medical Tribune, 2022; reformapsychiatrie.cz, 2023).

Hudson s Dragomireckou (2019) upozorňují, že pro funkční systém v České republice je zapotřebí vytvoření státního orgánu odpovědného za duševní zdraví, transparentnost v hodnocení kvality prováděných změn, udržitelné financování, zavedení postgraduálního vzdělávání sociálních pracovníků v problematice duševního zdraví, koordinace služeb v rámci systému a integrace nových výzkumných zjištění do praxe.

V roce 2022 vydalo Ministerstvo zdravotnictví České republiky *Metodický pokyn pro poskytovatele zdravotních služeb k zavedení třístupňového modelu psychoterapie do praxe*, což vede ke zvýšení kvality péče o duševní zdraví. Systematickou psychoterapii poskytuje psychoterapeut, který může po zhodnocení stavu pacienta indikovat nižší stupeň péče. Psychoterapeutické konzultace ve zdravotnických zařízeních může poskytovat všeobecná sestra, dětská sestra nebo adiktolog pod odborným dohledem psychoterapeuta. Psychosociální intervence zahrnující relaxační techniky, krizovou intervenci, aktivizaci a podpůrnou psychoterapii může vykonávat všeobecná sestra, dětská sestra, adiktolog a sociálně-zdravotní pracovník (MZČR, 2022).

8.2 Strategický rámec Zdraví 2030

Strategický rámec péče o zdraví v České republice do roku 2030 je koncepce, podle které se má řídit rozvoj zdravotní péče. Cílem je ochrana a zlepšení zdraví obyvatel, optimalizace zdravotnického systému a podpora vědy a výzkumu. Dokument se zabývá také duševním a reprodukčním zdravím. Vyzdvihuje důležitost destigmatizace,

dostupnosti multidisciplinární péče a rovnosti přístupu k péči u zranitelných skupin. Doporučuje odklon od lůžkové péče k ambulantní a rozšíření sítě komunitních služeb a terénních týmů (MZČR, 2020).

Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030 (NAPDZ) stanovuje konkrétní postupy modernizace a zlepšení péče o duševní zdraví v České republice. Vytyčuje pět cílů, kterých by mělo být v roce 2030 dosaženo. Jedná se o efektivní řízení vládou, ministerstvy a kraji, narovnání podmínek a zajištění rovných šancí, implementaci závazných dokumentů o lidských právech, proces deinstitucionalizace a rozvoj komunitní péče a účinnou vnitrorezortní i mezirezortní spolupráci. Péče o duševní zdraví se uskutečňuje svépomocí, za podpory rodiny, prostřednictvím denních stacionářů, terénních týmů, psychosociálních intervencí, psychoterapeutické péče, terapeutické komunity, ordinací primární péče, odborných ambulancí, krátkodobých psychiatrických lůžek, specializovaných lůžek pro ochranné léčení a akutních lůžek ve všeobecných nemocnicích (MZČR, 2020).

8.3 Centrum perinatálního duševního zdraví

V České republice existuje funkční systém péče o zdravotní stav těhotné ženy a plodu, který však do nedávné doby nebral v potaz duševní zdraví. Šebela a kol. (2019) upozorňují, že problematika perinatálních duševních poruch není v současné Reformě péče o duševní zdraví dostatečně zohledněna. Ačkoli *Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně* podporuje duševní zdraví obecně, nemá zřízenou sekci zaměřenou na perinatální duševní poruchy. Psychiatři nejsou v perinatální problematice systematicky vzděláváni. Povinná edukace se děje pouze v rámci předatestační přípravy. Poté je na posouzení jednotlivého lékaře, v jakých tématech se bude dále vzdělávat. Také gynekologové a porodníci neprochází žádnými specializovanými kurzy duševního zdraví (Šebela a kol., 2019). Na internetových stránkách *České Gynekologické a Porodnické společnosti* nejsou dohledatelné informace o perinatálních duševních poruchách. O problematice se nezmiňuje na svých internetových stránkách ani *Unie porodních asistentek*, což je nezisková profesní organizace sdružující porodní asistentky. Šebela a kol. (2019) poukazují, že *Americká gynekologicko-porodnická společnost* (ACOG, z anglického The American College of Obstetricians and Gynecologists) ve svých doporučených postupech navrhuje zapojit všechny gynekologicko-porodnické profesionály do péče o duševní zdraví žen

v těhotenství a po porodu. Podobná doporučení lze nalézt u britského *Národního institutu pro zdraví a klinickou kvalitu* (NICE, z anglického National Institute for Health and Care Excellence) a v postupech australského *Centra pro kvalitu v perinatální péči* (COPE, z anglického Centre of Perinatal Excellence). Kromě vzdělávání zdravotníků v otázkách perinatálního duševního zdraví všechny zmíněné instituce doporučují plošný screening na duševní poruchy v těhotenství a po porodu v zařízeních gynekologicko-porodnické péče. Žádná z odborných sekcí *České gynekologické a porodnické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČGPS ČLS JEP)* se v době psaní této diplomové práce oficiálně nezabývala perinatálním duševním zdravím. Žádný z doporučených postupů, které jsou volně přístupné na internetových stránkách ČGPS, se netýkal deprese nebo duševních poruch obecně.

Zahraniční praxe jde směrem zavádění screeningových metod na perinatální duševní poruchy, používání bezpečných psychofarmak v době těhotenství a po porodu a zavádění komplexní multidisciplinární péče. Budoucí směřování péče o ženy s perinatální depresí v České republice by mělo zahrnovat vytvoření internetových portálů věnujících se této problematice, podporu peerských organizací a vytvoření specializovaných center poskytujících komplexní péči. Tyto změny vyžadují multioborový přístup a propojení různých odborností (Šebela a kol., 2019).

Problematice perinatálního duševního zdraví se cíleně věnuje *Centrum perinatálního duševního zdraví* při Národním ústavu duševního zdraví (NUDZ), jehož cílem je poskytovat současné odborně garantované poznatky. Pracoviště se zaměřuje zejména na aplikovaný výzkum věnovaný duševnímu zdraví a kvalitě života žen v těhotenství, po porodu a během mateřství. Odborníci v centru vyvíjí a testují nové metody prevence a léčby perinatálních duševních poruch a tyto metody uvádí do praxe. Dosavadní výzkum se zaměřuje na screening psychosociálního stresu u těhotných žen a matek po porodu a hodnocení peer-podpory jako intervence zabraňující rozvoji poporodní deprese. Součástí práce centra je vzdělávání odborníků, kteří přicházejí do kontaktu s cílovou skupinou žen. Edukace veřejnosti o duševním zdraví v těhotenství a po porodu probíhá skrze projekt Perinatal. Pracoviště poskytuje ženám ambulantní i hospitalizační péči (NUDZ, 2023). Druhým pracovištěm, které poskytuje péči ženám s duševními obtížemi v těhotenství, je psychiatrické oddělení Fakultní nemocnice v Ostravě. Specializovaná ambulance poskytuje odborné poradenství a farmakoterapii (FNO, 2024). Od roku 2022 se v České republice konají multioborové konference zaměřené na

perinatální duševní zdraví spojující odborníky z oblasti psychiatrie, psychologie, gynekologie, porodní asistence, sociální práce, práva a dalších souvisejících oborů.

8.4 Role neziskových organizací

V České republice působí několik neziskových organizací, které se různou měrou zabývají perinatálním duševním zdravím. Ke zlepšování duševního zdraví žen v těhotenství a po porodu přispívají různým způsobem. Zvyšují povědomí o problematice, snižují stigmatizaci, nabízí podporu a sdílení zkušeností, zprostředkovávají včasné intervence, poskytují praktickou pomoc, zlepšují kvalitu a dostupnost péče, zapojují rodinné příslušníky, působí v komunitě a bojují proti sociální izolaci žen s duševními potížemi během perinatálního období. Činnost neziskových organizací je zásadní pro zajištění plnohodnotné péče o ženy v tomto citlivém životním období.

8.4.1 Úsměv mámy, z. s.

Úsměv mámy, z. s. je v České republice jediná nestátní nezisková organizace zaměřená výhradně na podporu matek s duševními obtížemi v těhotenství, po porodu a později. Zapsaný spolek založila v roce 2014 Ing. Veronika Kubrichtová po osobní zkušenosti s úzkostnou poruchou po porodu. Organizace nabízí různé služby na podporu žen v těhotenství a po porodu. Hlavními činnostmi jsou osvěta laické veřejnosti a vzdělávání odborníků, peerská podpora žen s duševními problémy v těhotenství a po porodu, spravování databáze odborníků na perinatální duševní zdraví, aktivní spolupráce s personálem porodnic, zprostředkování navazujících služeb, prosazování oprávněných zájmů žen a zlepšování systému péče o duševní zdraví matek. Spolek provozuje v Praze od roku 2020 nezdravotnické zařízení *Centrum Úsměv mámy* s týmem peer konzultantek a psycholožek. Ženám s duševní nepohodou v těhotenství a po porodu je zde poskytována peer podpora, nabízeny podpůrné skupiny a zprostředkována odborná péče. Centrum od svého vzniku do září 2023 podpořilo prostřednictvím psychologické konzultace nebo peer podpory přes 1155 žen. Při prvním kontaktu se polostrukturovaným rozhovorem zjišťuje, jak moc zasahují potíže do každodenního života ženy a jestli jde o neměnný stav. Následně je ženě nabídnuta peerská podpora nebo odborná pomoc. Celorepublikově funguje podpůrná síť proškolených peer konzultantek, vlastních a externích odborníků. Regionální koordinátorky mají na starosti týmy poskytující konzultace nebo schopné předat kontakty na ověřené odborníky. V roce 2022 se proškolilo celkem 33 nových peer

konzultantek. Díky Úsměvu mámy a projektu Perinatal je ve vybraných porodnicích po České republice zaveden program *Máma podporuje mámu*. Ženy po porodu vyplňují na tabletu screeningový dotazník zaměřený na zvýšený psychosociální stres a dostávají informace o perinatálním duševním zdraví a organizaci Úsměv mámy. Při pozitivním výsledku organizace ženu kontaktuje s nabídkou podpory, kterou může využít dle svého uvážení (usmevmamy.cz).

8.4.2 Další organizace

Projekt *Perinatal* založil MUDr. Antonín Šebela, Ph.D., psychiatr z Národního ústavu duševního zdraví. Jeho snahou je zavést v České republice plošný screening psychosociálního stresu v těhotenství a po porodu. Projekt podporuje vznik vícestupňové péče o ženy s perinatálními duševními poruchami. Nabízí informace pro odborníky i laickou veřejnost. Ve spolupráci s neziskovou organizací Úsměv mámy organizuje multioborové konference týkající se perinatálního duševního zdraví. Projekt provozuje webové stránky umožňující ženám vyhledávat relevantní informace. Jejich cílem je edukovat o perinatálním duševním zdraví, aby nemusely být ženy odkázané na internetové neověřené zdroje jako emimino.cz, kde se objevuje mnoho mýtů a nepravdivých informací. Edukuje také odbornou veřejnost včetně praktických lékařů, gynekologů a psychiatrů o možnostech psychofarmakologie v těhotenství a během laktace (Perinatal, 2023).

Tématu perinatálního duševního zdraví se věnuje také zapsaný spolek *Liga otevřených mužů.* Tato nezisková organizace cílí na muže, které podporuje v různých oblastech. Pořádá kurzy a vzdělávací akce týkající se zdraví, osobního rozvoje, rodičovství nebo partnerského vztahu. Nabízí poradenské služby pro muže zažívající tíživou situaci v životě. Organizace výrazně podporuje aktivní rodičovství formou kampaní jako „Rozchodem rodina nekončí“, „Výchova bez násilí“ nebo „Muž u porodu“ (ilom, 2023). Perinatální období není rizikové pouze pro ženy, ale také pro otce dětí. Je důležité, aby muži mohli sdílet své zkušenosti s rodičovstvím a měli možnost podporovat se navzájem.

V České republice funguje mnoho neziskových organizací, které na problematiku perinatálního duševního zdraví při své práci naráží. *Nedoklubko* se zabývá podporou rodin předčasně narozených dětí. *Cesta domů* a *Dítě v srdci* se věnují provázení rodičů v těžké situaci perinatální ztráty. *Aperio* podporuje rodiče v náročných situacích včetně výzev spjatých s perinatálním obdobím.

8.5 Prevence a screening

Výhodnější je nemocem předcházet než bojovat s jejich negativními dopady. Zvýšený psychosociální stres a přítomnost perinatální deprese v těhotenství a po porodu mají dlouhodobé negativní dopady. Prevence a včasný záchyt prodromálních příznaků jsou zásadními nástroji k identifikaci žen s rizikem rozvoje poruchy a k poskytování potřebné péče.

8.5.1 Preventivní programy

Cuijpers et al. (2012) varují, že deprese v těhotenství a po porodu výrazně zhoršuje kvalitu života. Ve středních a nízkopříjmových zemích se jejím vlivem zvyšuje chudoba a další sociálně-patologické jevy. Cílem preventivních programů je snižovat výskyt a zátěž duševních onemocnění. Preventivní opatření jsou výhodná nejen pro duševní pohodu ženy, ale také pro ekonomiku země, jelikož perinatální deprese negativně ovlivňuje sociální a ekonomické aspekty společnosti. Preventivní programy mohou snižovat vliv rizikových faktorů nebo posilovat ochranné mechanismy. Důležitým aspektem prevence je snížení dopadů duševní poruchy na celkovou kvalitu života včetně zabránění invalidity. Podle Světové zdravotnické organizace má podpora duševního zdraví dlouhodobé dopady na blaho celé společnosti. Proto WHO doporučuje zavádět plošné preventivní programy. Země by měly sdílet osvědčené postupy skrze propojenou databázi metod založených na důkazech (WHO, 2004).

Prevence duševních poruch v perinatálním období může probíhat na několika úrovních. Primární prevence je souhrn různých opatření na podporu zdraví a předcházení zdravotním problémům. Obvykle cílí na celou populaci, ale může se zaměřovat také na populaci žen v perinatálním období. Posiluje determinanty zdraví a snižuje rizika sociálně-patologických jevů. Zahrnuje osvětu a vzdělávání veřejnosti i zdravotníků, což vede ke snížení stigmatizace a lepšímu rozpoznávání příznaků duševních poruch. Populace daného státu nebo alespoň budoucí rodiče mají být seznámeni s příznaky duševní nepohody. Šebela a kol. (2019) dodávají, že primární prevence bývá poskytována formou veřejných přednášek, mobilních aplikací a mediálních kampaní. Dobrou praxí je zapojení peerské podpory a edukace všech odborníků, kteří se potkávají se ženami v tomto období.

Sekundární prevence se zaměřuje na záchyt počátečních příznaků perinatální deprese prostřednictvím screeningových metod. Cílí na ženy, jejichž příznaky jsou lehké

a nerozvinuté v plně vyjádřenou duševní poruchu. Screening je nenáročná a účinná metoda doporučovaná Světovou zdravotnickou organizací. Podle Šebely a kol. (2019) je vhodné cílit prevenci na ženy, u kterých se objevují prodromální příznaky perinatální deprese. Zařazení screeningových programů do péče o těhotné ženy je vhodná forma sekundární prevence. Jde o časově a finančně nenáročnou metodu umožňující v celé populaci těhotných žen a žen po porodu zachytit ty, které potřebují psychologicko-psychiatrickou péči. Hojně používaným nástrojem pro detekci perinatální deprese je Edinburská škála poporodní deprese. Nejčastěji lze tímto sebeposuzovacím dotazníkem odhalit obsedantně-kompulzivní poruchu, bipolární poruchu, úzkostné poruchy a poruchu příjmu potravy (Horáková a kol., 2022). Horáková a kol. (2022) uvádí, že česká verze této škály je validním nástrojem pro záchyt depresivních příznaků. Mohr doplňuje, že k detekci perinatální deprese lze využít Screeningovou škálu poporodní deprese (PDSS z anglického Postpartum Depression Screening Scale) (Mohr in Takács, Sobotková, Šulová a kol., 2015). Screeningové metody však nejsou schopné rozlišit poporodní splín od depresivní epizody. Steardo et al. (2019) upozorňují, že screeningové programy jsou účinné při snižování zátěže a invalidity spojené s perinatální depresí. Existuje však riziko falešně pozitivních výsledků. Owora a kol. (2016) nabádají, že není vhodné provádět screening příliš brzy po porodu. Během prvních dnů po porodu může žena prožívat poporodní splín a screening je falešně pozitivní, přestože se u ženy nerozvíjí deprese. Olin a kol. (2017) upozorňují, že screening psychosociálních rizik má probíhat již v těhotenství a ne po porodu, aby ženy dostaly podporu včas. Nejčastěji se ke screeningu duševních onemocnění používají sebeposuzovací dotazníky. Šebela a kol. (2019) navrhují, aby k jejich vyplňování byly využívány nové technologie, zejména tablety. Náročnost vyplňování pomocí tužky a papíru je velká. Dotazníky musí být shromažďovány personálem v nemocnici a dopravovány jinam k vyhodnocení. Elektronickou formou lze s daty nakládat snadněji. Elektronický screening pomocí tabletu umožňuje automatické vyhodnocení dotazníku. Ženy s pozitivním výsledkem mohou být okamžitě navázány na další služby. Horáková a kol. (2022) doplňují, že elektronická forma umožňuje propojit data s jinými nástroji pro měření psychosociálních faktorů přispívajících k rozvoji perinatální deprese. Pro potvrzení perinatální deprese je potřeba, aby ženu komplexně vyšetřil psychiatr (Šebela a kol., 2018). Rafferty et al. (2019) potvrzují, že screeningové metody nejsou diagnostické nástroje. Ženy s pozitivním screeningem musí projít psychiatrických vyšetřením zjišťujícím, jak depresivní příznaky zasahují do každodenního fungování. Klinické vyšetření je zásadní pro posouzení závažnosti

případných suicidálních myšlenek a tendencí. Steardo et al. (2019) doporučují, aby zdravotníci pokládali otázky na anamnézu duševní poruchy. Americká pediatrická akademie (AAP, z anglického American Academy of Pediatrics) doporučuje dětským lékařům zavádět do praxe screening depresivní poruchy u matky pomocí Edinburské škály poporodní deprese. Pediatrické ambulance se jeví jako ideální místo, neboť matky jsou s dětským lékařem v častém kontaktu kvůli pravidelným povinným prohlídkám kojence. Zároveň je potřeba školit dětské lékaře v otázkách perinatálního duševního zdraví (Rafferty et al., 2019). Americká společnost porodníků a gynekologů (ACOG, z anglického American College of Obstetricians and Gynecologists) doporučuje od roku 2023 screening raných příznaků perinatální deprese alespoň dvakrát během těhotenství (ACOG, 2023).

Terciární prevence se soustředí na zmírnění dopadů rozvinuté poruchy. Zahrnuje léčbu a různé psychosociální intervence pomáhající snižovat negativní důsledky perinatální deprese. Wagas a kol. (2022) zmiňují, že k terciální prevenci perinatální deprese se nejčastěji využívá sociální podpora, psychoedukace, techniky mindfulness, kognitivně-behaviorální a interpersonální psychoterapie, případně kombinace více metod. Americká nezávislá skupina odborníků na primární péči a prevenci (USPSTF, z anglického United States Preventive Services Task Force) zkoumala, zda odborníci provádějící screening následně doporučují ženám s perinatální depresí psychologické poradenství nebo psychoterapii. Na základě rozhovorů s ženami se ukázalo, že méně než 15 % z nich skutečně takové doporučení dostalo (Felder et al., 2022). Huang a kol. (2020) doporučují při pozitivním screeningu peerskou podporu.

Kvartérní prevence se zabývá specializovanou psychiatrickou péčí pro nejzávažnější případy. Šebela a kol. (2019) upozorňují, že v českém prostředí chybí služba, která by umožňovala neoddělování matek se závažnými duševními poruchami od jejich dětí. Na rozdíl od jiných států není v České republice možné, aby byly ženy hospitalizované na specializovaných odděleních společně se svými děti. Ženy pobyt na lůžkovém oddělení často odmítají, neboť nechtějí být odloučené od dítěte. Je třeba připomenout, že neléčená duševní onemocnění mají silný negativní dopad na všechny zúčastněné. Vznik specializovaných center pro ženy s dětmi se v České republice diskutuje. Specializovaná lůžková péče představuje kvartérní prevenci snižující dopady léčebných intervencí perinatálních duševních poruch. Nelze rozporovat, že separace matky od dítěte během hospitalizace v psychiatrické nemocnici nebo na psychiatrickém oddělení může mít negativní dopad na vztah mezi matkou a dítětem. Šebela a kol. (2019)

konstatují, že v zahraničí specializovaná psychiatrická centra fungují. Jednotky pro matku a dítě (MBUs, z anglického Mother and Baby Units) se nachází zejména ve Velké Británii.

Perinatální deprese se rozvíjí na pozadí mnoha rizikových faktorů. Některé biologické, psychologické a sociální rizikové faktory jsou ovlivnitelné preventivními opatřeními. Politika veřejného zdraví by měla navrhovat preventivní programy zabraňující vzniku duševní poruchy nebo alespoň zmírňující její následky (WHO, 2004). Podle Barryho a kol. (2015) je nezbytné investovat do preventivních opatření, protože mají významné pozitivní dopady na zdravotní a socio-ekonomický stav populace. Důležité je začleňovat preventivní programy do stávajícího systému péče s ohledem na regionální rozdíly. Před implementací preventivních opatření je zásadní identifikovat osvědčené postupy. Mahdi et al. (2019) tvrdí, že zdravotní organizace a vládní instituce se začínají více zajímat o perinatální duševní poruchy, protože vnímají jejich výrazný negativní dopad na celou populaci. Preventivní program s prokazatelnými účinky je zařazení kognitivně-behaviorálních technik do předporodní přípravy žen. Také psychoterapeutická sezení po porodu působí preventivně proti rozvoji perinatální deprese. Psychologické intervence včetně psychoterapie mohou sloužit jako účinná prevence rozvoje perinatální deprese. Cuijpers a Karyotaki (2021) uvádí, že u žen, které podstoupily nějakou formu intervence, kleslo riziko rozvoje depresivní epizody o 19 %. Podle Šebely a kol. (2019) jsou zavádění plošného screeningu a vzdělávání praktických lékařů a gynekologů v oblasti perinatálního duševního zdraví klíčové. Opatření pomáhají snižovat stigmatizaci žen s perinatální depresí, neboť se ukazuje, že tento problém postihuje významnou část ženské populace. Ormel a kol. (2019) zdůrazňují, že preventivní programy mají cílit na sociálně-patologické jevy obecně nejen na perinatální depresi. Mohr (2022) uvádí, že je nutné orientovat se na preventivní osvětové kampaně, včasné detekování duševní nepohody a rychlé poskytnutí intervencí. Megnin-Viggars a kol. (2015) doplňují, že preventivní programy pomáhají snižovat stigmatizaci perinatálních duševních poruch vyvracením mýtů. Zvláště zdůrazňují, že těhotenství a poporodní období mohou být některými ženami prožívána negativně. Podle Cuijperse a kol. (2012) má pozitivní účinky prevence zaměřená na celou populaci i zacílená na rizikové skupiny žen. Šebela a kol. (2019) shrnují, že cílem prevence je informovat o problematice perinatálního duševního zdraví, vyhledávat rizikové ženy zakoušející duševní nepohodu a nabízet jim specializované intervence.

8.5.2 Pilotní screeningový program

V České republice byla prevence perinatálních duševních poruch doposud opomíjená. Šebela a kol. (2019) upozorňují na absenci plošného screeningu a propojené sítě poskytovatelů specializované psychiatrické péče, psychologických intervencí a sociálních služeb. Ženy s duševními obtížemi v těhotenství často nevědí, na koho se mohou obrátit a mají obavy ze stigmatizace. Šebela a kol. (2019) doporučují zřídit internetový portál zaměřený na problematiku perinatálního duševního zdraví. Informace poslouží ženám s duševními obtížemi v těhotenství a po porodu, jejich rodinám a veřejnosti. Na stejném místě budou k dohledání informace pro zdravotníky, kteří se s těmito ženami potkávají. Doposud byla v České republice ženám v těhotenství a po porodu poskytována psychiatrická péče až poté, co se u nich plně rozvinuly duševní obtíže. Podle Šebely a kol. (2019) bude péče o perinatální duševní zdraví zkvalitněna plošným zavedením screeningu duševní nepohody v gynekologických ambulancích a porodnicích. Jelikož jsou ženy během těhotenství v péči gynekologů a praktických lékařů, je vhodné zařadit je do systému péče o perinatální duševní zdraví. K tomu je zapotřebí vzdělávání zdravotníků a propojení různých odborností (Šebela a kol., 2019). Šebela a kol. (2018) uvádí, že Edinburská škála poporodní deprese i Dotazník poporodního splínu (Maternity Blues Questionnaire) jsou dostupné v češtině a byla provedena jejich validace. Obě metody dokáží zachytit prodromální příznaky perinatální deprese. Jsou časově nenáročné a k jejich administraci není potřeba dlouhé školení a zácvik. Horáková a kol. (2022) tvrdí, že česká verze Edinburské škály poporodní deprese je vhodným nástrojem pro záchyt těžké depresivní poruchy. V roce 2022 byla v České republice provedena validační studie sebehodnotícího dotazníku Edinburská škála poporodní deprese (EPDS, z anglického Edinburgh Postnatal Depression Scale) na českých ženách na konci šestinedělí. Autoři popsali psychometrické vlastnosti nástroje a určili prahovou hodnotu pro vysoké riziko rozvoje poporodní deprese. Celkem se zúčastnilo 234 žen, které vyplnily dotazník v gynekologické ambulanci nebo v porodnici. Na studii spolupracovalo dvacet gynekologicko-porodnických ambulancí a pět porodnic. V dotazníku se deseti otázkami zjišťovaly depresivní příznaky za poslední týden. Výsledná zjištění byla porovnána s klinickým vyšetřením psychiatrem prostřednictvím *Mezinárodního neuropsychiatrického interview* (MINI5) do dvou dnů od vyplnění EPDS. Výsledky studie naznačují, že česká verze EPDS měří přesně. Zjištěnou prahovou hodnotou je 11

bodů (Horáková a kol., 2022). Takács a kol. (2016) provedli adaptaci dotazníku Maternity Blues Questionnaire (MBQ) zaměřeného na poporodní splín do českého prostředí.

Tříletý projekt NUDZ *Těhotenství bez psychosociálního stresu – nejčasnější prevence duševních poruch a toxického stresu u dětí* představuje krok vpřed. Testuje efektivitu screeningových programů psychosociálního stresu u těhotných žen a matek po porodu v gynekologických ambulancích a porodnicích. Hodnotí efektivitu vznikajícího vícestupňového systému péče. Součástí jsou vzdělávací aktivity pro laickou a odbornou veřejnost, což je klíčové pro zvyšování povědomí o problematice perinatálního duševního zdraví ve společnosti (NUDZ, 2023). Program probíhá od roku 2021 ve spolupráci s porodnicemi, NUDZ a organizací Úsměv mámy. Celkem se zapojilo 22 porodnic a více než 20 gynekologických ambulancí. Screeningem prošlo více než 17500 žen. U 20 % z nich bylo rozpoznáno riziko rozvoje perinatální duševní poruchy. Větší část žen poté prošla intervencí formou peerské podpory (Medical Tribune, 2023). Cílem programu není stanovení přesné diagnózy, ale zvýšení povědomí o důležitosti péče o duševní zdraví matek. Program umožňuje ženám co nejdříve využít nefarmakologické prostředky pro zlepšení jejich duševního stavu. Metodika screeningu je následující. Ženy starší 18 let jsou oslovené v gynekologické ambulanci na konci šestinedělí, při registraci k porodu nebo vyjadřují souhlas se screeningem v porodnici po porodu. Na tabletu vyplní dotazník EPDS v elektronické podobě. Výsledky jsou automaticky vyhodnoceny a zaslány do perinatální ambulance Národního ústavu pro duševní zdraví. Při pozitivním výsledku je ženě nabídnuto podrobnější psychiatrické vyšetření. Použito je MINI5 prostřednictvím telefonického kontaktu s administrátory (Boháčková, 2019; Šebela a kol., 2019; Úsměv mámy, 2023). Aktuální snahou je rozšířit tento screeningový program do více porodnic a gynekologických ambulancí v České republice. Podle Šebely a kol. (2019) je zavedení plošného screeningu duševní nepohody v těhotenství a po porodu výhodné. Jedná se o metodu založenou na důkazech, která podporuje osvětu o perinatálních duševních poruchách. Motivuje odborníky k zájmu o perinatální duševní zdraví a propojuje je s ženami se zkušeností duševní poruchy. Nevýhodnou může být špatné načasování provedení screeningu, závislost na zdravotnickém personálu v porodnicích a psychologický dopad na ženu v případě falešně negativních nebo falešně pozitivních výsledků.

8.6 Vícestupňový model (kroková péče)

Rostoucí prevalence perinatální deprese a omezené finanční zdroje na její léčbu vedly k návrhu vícestupňového neboli krokového (z anglického stepped care) modelu péče, který umožňuje efektivní, individualizovanou a dostupnou léčbu perinatálních duševních poruch. Model je využíván zejména v oblasti duševního zdraví, ale může být aplikován i jinde. Je výhodný pro poskytovatele péče i ženy s perinatální depresí (Gjerdingen et al., 2008). Vícestupňový model neboli kroková péče vedená metodou case management funguje například ve Velké Británii nebo Austrálii.

8.6.1 Principy krokové péče

Perinatální duševní zdraví je problematika nejenom zdravotní, ale také sociální, ekonomická, právní a politická. Při diagnostice a terapii perinatální deprese je třeba brát v potaz její biopsychosociální povahu. Button a kol. (2017) upozorňují, že péče o ženy s perinatální depresí musí být komplexní, návazná a multidisciplinární, což vícestupňový model splňuje. Je však personálně náročný, neboť vyžaduje koordinovanou spolupráci mezi odborníky a soustavné vzdělávání zdravotníků. Péče o ženu s perinatální depresí vyžaduje součinnost mezi psychiatrem, gynekologem, praktickým lékařem, psychologem, porodní asistentkou, zdravotní sestrou a dalšími odborníky. Podle Gjerdingena et al. (2008) case manažeři zajišťují kontinuitu péče tím, že spolupracují s lékaři primární péče, dlouhodobě sledují stav žen a navazují je na další služby.

Vícestupňový přístup umožňuje individualizaci léčby podle specifických potřeb žen s různě závažnými depresivními příznaky. DiSanza a kol. (2020) uvádí, že díky průběžnému sledování účinků léčby je péče flexibilně upravována podle aktuálního zdravotního stavu a potřeb. Dochází k efektivnímu sdílení informací a včasnému poskytování intervencí. Podle Rockové (2019) umožňuje vícestupňová kolaborativní péče (z anglického stepped collaborative care model CCM) zahájení léčby do jednoho měsíce od identifikace depresivních příznaků. Šebela a kol. (2019) doporučují ženy s perinatální depresí během těhotenství průběžně sledovat. Před porodem a co nejdříve po porodu jim má být poskytnuto odborné poradenství.

Vícestupňová péče je efektivní, protože pro většinu žen s duševními obtížemi v perinatálním období jsou dostačující méně specializované intervence. Pouze malé množství žen se závažnými duševními poruchami potřebuje vysoce specializovanou péči (Van Straten a kol., 2015). Vícestupňový model poskytuje postupně různě intenzivní

léčbu. Začíná nejméně invazivními a nejméně nákladnými intervencemi jako jsou psychoedukace nebo jednoduché terapeutické techniky KBT. Pokud nejsou účinné, pacientkám je poskytnuta specializovanější péče zahrnující psychoterapii nebo farmakologickou léčbu. Využití méně nákladných metod vede k úsporám ve zdravotním systému. Ženy po porodu jsou v kontaktu s gynekology, porodními asistentkami, praktickými lékaři a pediatry. Různí poskytovatelé péče mohou zastávat roli prvních odborníků, kteří s ženami v těhotenství a po porodu proberou jejich duševní stav (Gjerdingera et al., 2008). Praktičtí lékaři nebo gynekologové mohou poskytovat základní psychologické intervence a farmakoterapii. Pokud by léčba nestačila, mohou být ženy odeslány k psychologovi nebo psychiatrovi. V závažnějších případech může být nutná intenzivní ambulantní péče nebo hospitalizace. Horáková a kol. (2022) poukazují na to, že v zahraničí jsou do péče o perinatální duševní zdraví žen zapojeni jak gynekologové, tak porodní asistentky. Podle DiSanzy a kol. (2020) může začlenění služeb porodní asistence zlepšit duševní zdraví zejména u žen, které zažívají vyšší míru stresu nebo mají větší překážky v přístupu k psychiatrické péči během těhotenství a po porodu. Také Coates a Foureur (2019) doporučují systematicky vzdělávat porodní asistentky o duševních poruchách, aby byly kompetentní zapojit se do péče o ženy s perinatální depresí. Ženy se mnohdy potýkají s neporozuměním ze strany zdravotníků v porodnici. Hrdličková a kol. (2022) nabádají k edukaci o duševních poruchách a vhodných způsobech komunikace se ženami v těhotenství a po porodu. Také Horáková (2023) navrhuje vzdělávání gynekologicko-porodnického personálu, čímž dojde k většímu propojení porodnicko-gynekologických služeb s psychologicko-psychiatrickými. Olin a kol. (2017) navrhují, aby péče o ženy s perinatální depresí probíhala v pediatrických ordinacích. Ve Spojených státech amerických jsou ženy s duševními problémy po porodu zachyceny screeningem během návštěv u dětského lékaře, kam docházejí s novorozencem. Následně jsou odeslány k ambulantnímu psychiatrovi a navázány na sociální pracovnici, která za nimi dochází domů (Van Horne et al., 2022). Ženy s poporodní depresí se obávají stigmatizace z vyhledání psychiatrické péče. Komunitní přístup může snížit počet případů neléčené poporodní deprese. Podle Sakinové a kol. (2022) může být péče poskytovaná terénními sociálními pracovnicemi nebo porodními asistentkami v domácím prostředí ženami lépe přijímaná.

Britské Národní centrum pro spolupráci v oblasti duševního zdraví (NCCMH, z anglického National Collaborating Centre for Mental Health) tvoří doporučené postupy vícestupňové péče o perinatální duševní zdraví a sdílí příklady dobré praxe. Podle

NCCMH musí být individualizovaná multidisciplinární léčba založená na důkazech dostupná všem ženám bez rozdílu. Péče má cílit na léčbu duševního onemocnění, podporovat vztah mezi matkou a dítětem a zapojovat členy rodiny. Gynekologové se mají zaměřovat na duševní zdraví. Zdravotníci v porodnicích mají být seznámeni s problematikou traumatu, tokofobie a perinatální ztráty. Ženy s vážným duševním onemocněním mají být odkázány na centra perinatálního duševního zdraví nebo hospitalizovány na specializovaných odděleních pro matky s dětmi (NCCMH, 2021). Podle Herona a kol. (2012) jsou oddělení pro matky s dětmi vyhrazeny pro ženy se závažnějšími duševními poruchami, které nejsou aktuálně schopné pečovat o dítě. Tato oddělení umožňují přímý kontakt s dítětem a nabízí podpůrné prostředí. Webb et al. (2022) shrnují, že britská doporučení se týkají jak žen s duševním onemocněním, tak zdravotníků a dalších poskytovatelů péče. Doporučováno je zejména vzdělávání odborníků, osvěta mezi ženami a zařazování multidisciplinární péče. Šebela a kol. (2019) upozorňují, že v České republice klinické doporučené postupy chybí.

8.6.2 Prvky krokové péče

Psychosociální intervence popisované v kapitole *5.6 Psychosociální intervence* se postupně začínají uplatňovat v péči o ženy s perinatální depresí v České republice. Vícestupňový model začíná sebepéčí, pokračuje přes záchyt duševní nepohody pomocí nespecifických screeningových metod ke specifické diagnostice duševních poruch. Následují různé psychosociální intervence, psychoterapie nebo léčba psychofarmaky. Van Horne et al. (2022) uvádí, že včasné navázání na psychologické, psychiatrické a sociální služby výrazně snižuje negativní dopad perinatální deprese. Olin a kol. (2017) upozorňují, že screeningové programy perinatální deprese ve Spojených státech amerických selhávají, protože chybí následná péče pro zachycené ženy s duševními obtížemi. V České republice se situace díky *Centru pro perinatální duševní zdraví* a neziskové organizaci *Úsměv mámy, z. s.* pozvolna proměňuje.

Základem krokové péče o duševní zdraví je sebepéče zahrnující kvalitní spánek, dostatek pohybové aktivity, zdravou vyváženou stravu, snížení spotřeby alkoholu, omezení kouření a dalších návykových látek a snížení stresové zátěže (NZIP, 2023). V České republice funguje od roku 2020 *Národní zdravotnický informační portál* poskytující odborně garantované informace. Prozatím na něm nelze nalézt specifickou problematiku perinatálního duševního zdraví. Obsahuje však množství informací o duševním zdraví s odkazy na svépomocné programy i odbornou péči. Systém péče o

perinatální duševní zdraví by měl zahrnovat nízkoprahovou komunitní péči, specializované ambulance, centra pro perinatální duševní zdraví a psychiatrická oddělení pro matky s dětmi. Podle Gjerdingena a kol. (2008) se vícestupňová péče skládá z prevence, psychoedukace v primární péči, screeningu, diagnostiky, psychosociálních intervencí, psychologického poradenství a psychiatrické léčby.

Na začátku kapitoly jsme popsali důležitost rozpoznání zvýšeného psychosociálního stresu v těhotenství a po porodu pomocí screeningových dotazníků. Při pozitivním výsledku screeningu, který odhalí prodromální příznaky perinatální deprese, je nezbytné rychle reagovat a poskytnout včasnou léčbu ženám s identifikovanými problémy, ještě předtím než se porucha plně rozvine. Podle Ingramové a kol. (2021) těhotné ženy s depresí oceňují, když jim je nabídnuta psychosociální podpora v podobě psychoterapie. Kladně hodnotí jak kognitivně-behaviorální terapii, tak interpersonální terapii umožňující lépe zpracovávat emoce. Olin a kol. (2017) doporučují zajistit rizikovým ženám co nejdříve intervence podporující rodičovské kompetence. Včasné intervence představují různé činnosti přizpůsobené individuálním potřebám ženy. Probíhají nejlépe nízkoprahově a multidisciplinárně. Mohou být realizovány doma, v komunitních centrech nebo jiných dostupných prostředích. Soustředí se nejen na samotné ženy, ale také na jejich rodiny a partnery, což je zásadní pro vytvoření podpůrného a stabilního prostředí. Podle Cluxton-Kellera a Bruce (2018) je zapojení rodinných intervencí do péče o ženy s perinatální depresí nezbytné. Howard a kol. (2022) doplňují, že kvalitní péče o perinatální duševní zdraví zahrnuje podporu vztahu mezi matkou a dítětem a zaměřuje se také na partnery žen s perinatální depresí. Součástí péče o ženy s perinatální depresí je také podpora žen s duševními obtížemi, které těhotenství teprve plánují. Šebela a kol. (2019) doporučují před otěhotněním konzultovat bezpečnost psychofarmak. Hlavními cíli včasných intervencí jsou zkrácení délky neléčeného stavu, snížení rizika nasazení medikace nebo hospitalizace, podpora zotavení, snížení rizika relapsu a zabránění sociální izolaci. Včasná a individualizovaná péče může výrazně zlepšit celkový průběh a prognózu perinatální deprese. Multidisciplinární psychosociální intervence (MPI, z anglického multidisciplinary psychosocial interventions) pro ženy s úzkostně-depresivní symptomatikou v těhotenství a po porodu zavedla do praxe například milánská nemocnice San Paolo v roce 2009 (Cauli a kol., 2019).

Péče o ženy s perinatální depresí musí obsahovat komunitní prvky. V České republice začíná být vyzdvihována role komunitních porodních asistentek v prevenci poporodní deprese. Podle Janouškové (2022) mají ženy, které po porodu obdrží podporu

od porodní asistentky zahrnující edukaci o duševním zdraví, méně zdravotních komplikací v šestinedělí.

Terénní služby nemusí ženám s perinatální depresí poskytovat pouze odborníci. V praxi se osvědčily také školené peer-konzultantky. Podle Atifové et al. (2022) mohou ženy se zkušeností perinatální deprese po krátkém zaškolení nabízet podporu jiným ženám, které se cítí duševně v nepohodě, což umožňuje dostupnější péči. Tandon et al. (2021) upozorňují, že pozitivní vliv na snížení depresivních příznaků mají jak setkání s odborníky na duševní zdraví, tak peerská podpora. Koncept peerské podpory stojí na principech jako je sdílení zkušeností s duševní poruchou, zaměření se na silné stránky, nedirektivní partnerský přístup, důraz na zotavení z nemoci, začleňování do společnosti, bezpečí, respekt k lidským právům a důvěryhodnost (Repper et al., 2013). Podle Stratforda et al. (2017) jsou hodnoty peerské podpory zejména ve sdílené zkušenosti a zodpovědnosti, akceptaci nemocného a porozumění jeho situaci, respektu, rovnosti, důvěře a naději na úzdravu. Huang et al. (2020) doplňují, že zapojení peer konzultantek do tvorby strategií péče o ženy s perinatální depresí může zvyšovat efektivitu služeb. Začlenění peer konzultantek do péče o ženy s perinatální depresí může přinést pozitivní efekty jako důvěru v zotavení, snížení sebestigmatizace, lepší schopnost řešit problémy a zlepšení sociálního fungování. Příkladem dobré praxe může být Nizozemsko, kde je peerská práce podporována na vládní úrovni. Existuje zde odborová organizace, která má na starosti profesionalizaci peer konzultantů (Saks, 2020). Rozvoj peerské podpory začal v České republice v roce 2012 se vznikem center pro duševní zdraví, která jako sociálně zdravotní služba zaměstnávají peer konzultanty na pozici pracovníka v sociálních službách (MZČR, 2021). Na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic je využívání peer konzultantů ojedinělé. V psychiatrických nemocnicích jsou využíváni více. Vzdělávání peer konzultantů se v České republice děje prostřednictvím akreditovaných kurzů Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), případně skrze nestátní neziskové organizace. Organizace Úsměv mámy má nastavený vlastní systém vzdělávání a supervize. V České republice je peerská podpora založena na stejných hodnotách a principech jako v zahraničí. Naráží však na mnohé bariéry (Janoušková et al., 2022). Hlavní problém je legislativně neukotvená pozice, což vede k nejednotnému způsobu zaměstnávání a financování. Peer konzultant se nenachází ani v *Zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách*, ani v *Zákoně č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních*. Pracovní pozice peer konzultant není ukotvena v Katalogu prací ve veřejných službách a správě. Podle Chrtkové (2023) je problematické, že vážné

duševní onemocnění brání výkonu zdravotnické profese podle *Vyhlášky č. 271/2012 Sb. o zdravotní způsobilosti*. Organizace Úsměv mámy, z.s. vede program *Máma podporuje mámu*, který nabádá ženy se zkušeností perinatálních duševních poruch, aby se staly peer konzultantkami. Nabízí jim odborné konzultace, metodické vedení, supervize a intervize a pečuje o jejich duševní zdraví (Úsměv mámy, 2023).

Psychologické intervence mohou být ženám s perinatální depresí poskytované také prostřednictvím nových technologií. V současné době jsou k dispozici mobilní aplikace, které nabízí podporu ženám s duševními obtížemi v těhotenství a po porodu. Intervence v mobilních aplikacích čerpají zejména z kognitivně-behaviorálních technik a umožňují peerskou podporu (Kogito, 2023).

8.6.3 Nedostatky současného systému

V České republice je péče o perinatální duševní zdraví nedostatečná z mnoha důvodů. Podle Šebely a kol. (2018) jsou laická i odborná veřejnost o problematice málo informované, chybí oficiální doporučené postupy, zdravotníci nemají dostatek času na pacientky, nedochází ke spolupráci gynekologů s psychiatry, screening perinatální deprese není plošně rozšířen a psychosociální intervence jsou nedostupné. Řešení těchto problémů vyžaduje provádění osvětových a destigmatizačních kampaní, zavádění multidisciplinárního přístupu a rozšíření specializovaných služeb pro ženy v těhotenství a po porodu. Aktuálně probíhající projekty Centra pro perinatální duševní zdraví a neziskové organizace Úsměv mámy se snaží tyto nedostatky řešit a systém péče o ženy s perinatálními duševními poruchami proměnit.

Stigmatizace spojená s duševními onemocněními je velkým nedostatkem. Až 40% žen nevyhledá odbornou pomoc z obavy, jak zareaguje okolí. Ženy se za svůj stav stydí a raději s duševní nepohodou bojují samy, než aby někomu přiznaly problémy (Medical Tribune, 2020; MZČR, 2022).

Významným problémem je nedostatek kvalitních a odborně ověřených informací o perinatálním duševním zdraví, o léčbě duševních onemocnění v těhotenství a po porodu a o možnostech psychosociální podpory. Webové stránky projektu Perinatal tyto informace nabízejí, avšak Národní zdravotnický informační portál nikoli. V NZIP lze vyhledat kategorie „těhotenství“, „porod“, „šestinedělí“, ve kterých však chybí informace o riziku vzniku perinatální deprese a jiných duševních poruch. V kategorii „screening“ chybí informace o zavádění screeningu zvýšeného psychosociálního stresu v gynekologických ordinacích a porodnicích. Kategorie „duševní zdraví“ zase opomíjí

specifika perinatálního období. To přispívá k omezenému povědomí o dostupných službách a možnostech léčby perinatální deprese (NZIP, 2024). Nedostatkem je také absence systematického vzdělávání o problematice perinatálních duševních poruch pro psychiatry, gynekology, praktické lékaře a porodní asistentky (MZČR, 2022; Šebela a kol., 2018).

Přestože některé porodnice zavedly screeningové programy, u mnoha žen zůstává perinatální deprese nebo jiné duševní poruchy nerozpoznány a neléčeny. Chybějící systematická plošná prevence je v rozporu s péčí doporučovanou Světovou zdravotnickou organizací a zavedenou v zemích jako Velká Británie nebo Austrálie (Medical Tribune, 2023).

Současný systém zdravotní a psychosociální péče o ženy s perinatální depresí a jinými duševními poruchami je roztříštěný, nesystematický a nekoordinovaný. Nedostatečná spolupráce mezi odborníky z různých oborů vede k tomu, že ženy s perinatální depresí nedostávají komplexní péči, kterou potřebují (Medical Tribune, 2020; MZČR, 2022). Janoušková (2022) doporučuje zapojit terénní porodní asistentky, které budou mít na starosti prevenci zdravotních komplikací žen v šestinedělí. Podle Hradecké (2024) vzniká nová vládní strategie péče o matku a dítě vycházející z expertizy pracovní skupiny k porodnictví. Mají být vytvořeny klinické doporučené postupy, nařízené vzdělávání zdravotníků, zavedena mezioborová spolupráce a supervize. Koncepce doporučuje respektující komunikaci, osvětové kampaně, bezbariérový přístup, podporu v šestinedělí a návaznost jednotlivých kroků péče. Šebela a kol. (2018) upozorňují, že v České republice chybí systematická podpora rodin po porodu dítěte. Je nezbytné více podporovat zdravé rodičovství a zlepšovat kompetence rodičů, čímž se zlepší duševní pohoda a chování dětí. Podle Šimáčkové Laurenčíkové (2022) se připravuje zákon o ochraně dětí a podpoře rodin, kde bude definován systém psychosociálních služeb. To umožní, aby péče o ženy s perinatálními duševními poruchami zahrnovala různé intervence.

Dalším problémem je absence vysoce specializovaných služeb pro cílovou skupinu žen. V České republice neexistují specializovaná perinatální psychiatrická oddělení pro matky s dětmi, v zahraničí označovaná jako Mother-baby units. Zavedení oddělení, kde mohou být matky s duševními obtížemi po porodu hospitalizovány spolu se svými dětmi, je žádoucí. Jedná se o běžnou praxi ve vyspělých zemích (Šebela a kol., 2018).

8.7 Možnosti vyhledání pomoci

Zdrojů informací a podpory pro ženy s perinatální depresí a jejich blízké je více. Zde uvádíme pouze malé množství z nich. Mimo organizace zabývající se specificky perinatálním duševním zdravím, lze pomoc hledat také prostřednictvím obecných telefonických krizových linek a krizových center. V některých situacích je nutné zavolat zdravotnickou záchrannou službu, nebo vyhledat nemocniční pohotovost, kde mohou rozhodnout o případné hospitalizaci ženy.

V České republice se perinatálnímu duševnímu zdraví věnují nejpodrobněji projekt *Perinatal* (perinatal.cz) a nezisková organizace *Úsměv mámy* (usmevmamy.cz), na jejichž webových stránkách lze nalézt kontakty na odborníky a podpůrné služby. V *Národním zdravotnickém informačním portálu* (NZIP) lze vyhledat mapu zdravotní péče poskytující psychologické a psychiatrické služby podle adresy. Nejde však vyhledávání zúžit na perinatální duševní zdraví (nzip.cz). Na webové stránce Národního ústavu pro duševní zdraví *Opatruj.se* lze nalézt informace o duševních poruchách a zdrojích pomoci (opatruj.se). Adresář psychologů, jejichž péče je hrazená z veřejného zdravotního pojištění, lze nalézt na webových stránkách *Asociace klinických psychologů České republiky* (akpcr.cz). Odborníky nabízející psychoterapeutické služby mimo zdravotnictví lze vyhledat v online adresáři *České asociace pro psychoterapii* (czap.cz), případně na online platformách jako je *terapie.cz* nebo *hedepy.cz*. Na webových stránkách iniciativy *Na rovinu* spravovaných NUDZ je adresář zdravotních a psychosociálních služeb, ze kterých mohou ženy s perinatální depresí vybírat (narovinu.net).V posledních letech stoupl zájem o mobilní aplikace v anglickém jazyce označované jako ehealth apps. Mobilní aplikace s psychoterapeutickými prvky *Kogito* vyvinutá Národním ústavem pro duševní zdraví a organizací Úsměv mámy nabízí ženám v těhotenství a po porodu různé techniky kognitivně-behaviorální terapie a peerskou podporu, které jim mohou pomoci snížit příznaky deprese a úzkosti. Aplikace je zdarma ke stažení na Google Play a App Store (kogito.cz). Také mobilní aplikace *Nepanikař* nabízí psychologickou podporu při depresi, úzkosti, sebepoškozování, suicidálních myšlenkách a poruchách příjmu potravy. Ženy s perinatální depresí mohou skrze ni vyhledat kontakty na odbornou pomoc nebo ji využívat pro zaznamenávání duševního stavu. Existuje také mnoho platforem v anglickém jazyce, kde mohou ženy s perinatální depresí a jejich blízcí, čerpat informace (nepanikar.eu). *Rethinkdepression* informuje o depresi, popisuje žitou zkušenost

nemocných a nabízí různé nástroje pro podporu (*rethink.progress.im*). Aplikace *iFeel* dokáže v předstihu upozornit na riziko rozvoje depresivní epizody.

9 Diskuse

Záměrem diplomové práce bylo zmapovat, jakým způsobem je aktuálně pokryta zdravotní a psychosociální péče o ženy s perinatální depresí v České republice v roce 2023. Propojením a interpretací předešlých kapitol se pokusíme odpovědět na výchozí výzkumnou otázku *„Jaké jsou soudobé poznatky o perinatální depresi?“*. Shrneme klíčová témata současného výzkumu perinatální deprese a poukážeme na okrajová témata, kterým není věnováno tolik pozornosti. Kriticky zhodnotíme dosavadní bádání a stanovíme otázky, na které by se měl zaměřit výzkum perinatální deprese v budoucnu. Snahou přehledové studie bylo lépe porozumět potřebám žen s perinatální depresí a seznámit s nimi veřejnost i odborníky. S přihlédnutím k těmto potřebám uvedeme praktická doporučení, jakým směrem by se péče o ženy s perinatální depresí v České republice měla ubírat. Nejdříve však autorka rozvede svůj názor na problematiku péče o ženy s perinatální depresí.

Původní profesí jsem všeobecná sestra, později jsem vystudovala sociální politiku a sociální práci a nyní dokončuji psychologii. Rozdílné perspektivy těchto oborů mi ukázaly odlišné pohledy na člověka. Nemohu říci, že je jeden důležitější než druhý, proto je mi blízký multidisciplinární přístup k problematice perinatálního duševního zdraví. Věřím, že ženy v těhotenství a po porodu potřebují nejenom kvalitní gynekologicko-porodnickou péči, ale také psychologickou podporu v křehkém a náročném období, kdy se zcela proměňuje jejich život. V neposlední řadě mohou v tíživých životních situacích potřebovat sociální pomoc.

Medicínské paradigma se snaží opravit, co je v člověku porouchané. Na ženy s perinatální depresí je skrze něj nahlíženo jako na rozbité. Jako by se celá jejich osoba zjednodušila pouze na diagnostickou nálepku deprese. Gynekologové, porodní asistentky, zdravotní sestry, psychiatři, psychologové a další odborníci, kteří pečují o ženy s perinatální depresí, o ně nesmí ztratit opravdový zájem. Ztráta zájmu znamená rezignaci na upřímný rozhovor o tom, co depresivní žena prožívá a co potřebuje. Pro většinu žen jsou těhotenství a čas po porodu náročné. Zvláště ženy s depresivně-úzkostným laděním se během nich mohou cítit bezmocné. Ženy s perinatální depresí vnímají, že svět kolem nich ztratil všechny barvy a přišel o všechny důvody k radosti. Zvláště tíživé je, když jim okolí stále dokola opakuje, že musí být šťastné. Důležitost empatického vztahu mezi odborníkem a ženou s perinatální depresí není potřeba

dokazovat. Pouze na pozadí důvěrného, bezpečného a empatického vztahu může být navázána dobrá spolupráce a dojít ke zlepšení zdravotního stavu.

Každá žena v tomto křehkém období prožívá depresi jinak. Přestože diagnostické manuály a klinická zkušenost odborníků hovoří o určitých symptomech, prožívání, myšlení a chování je vždy jedinečné. Péče o ženy s perinatální depresí se neobejde bez individuálního přístupu respektujícího potřeby konkrétní ženy. Jako odborníci se nesmíme deprese v těhotenství nebo po porodu zaleknout a ženě nabízet rychlá řešení. Důležité je chvíli se ženou vydržet v její opuštěnosti a beznaději, uznat její pocity a jen tam pro ni lidsky být. Ženám nemůžeme nařizovat, co mají dělat. Můžeme pouze doporučovat určité postupy, o kterých se domníváme na základě provedených studií a klinické praxe, že mohou být pro prevenci a léčbu perinatální deprese prospěšné. Nemůžeme za ženy rozhodovat z pozice moci a síly, přestože máme určité profesní znalosti a kompetence. Těhotné ženy a matky s malými dětmi ví o svém životě nejvíce. Jako pomáhající profesionálové jim však můžeme usnadnit těžkou situaci a nabídnout pomocnou ruku. Z péče o druhého člověka se nikdy nesmí vytratit lidskost.

9.1 Shrnutí hlavních poznatků

Ženy v těhotenství a po porodu zažívají zvýšený stres a emoční neklid. Mateřství může doprovázet nedostatek spánku a deprivace osobních potřeb, což vede k pokleslé náladě a pocitům úzkosti. Neřešená duševní nepohoda v perinatálním období může přerůst v depresivní poruchu. Někdy ženám uleví prostá sebepéče a odpočinek, jindy jim pomůže podpora od blízkého okolí. V některých případech jsou depresivní prožitky natolik výrazné, že potřebují léčbu. Některé ženy nejsou schopné vyhodnotit závažnost svého stavu a vyhledat odborníka. Zavedení plošného screeningu duševní nepohody v těhotenství a po porodu umožní tyto ženy vyhledat a nabídnout jim pomoc. Publikace týkající se problematiky perinatální deprese ukazují, jak porucha negativně zasahuje do života žen, jejich rodin a společnosti. Výzkumné studie poukazují na dopady poruchy i na to, jak jim předcházet. Tyto znalosti mohou přispět k cíleným změnám v systému péče o ženy s perinatální depresí, a tím ke zlepšení kvality jejich života.

9.1.1 Perinatální neuropsychologie

Perinatální deprese způsobuje funkční, strukturální a metabolické změny mozku žen. Postiženy jsou zejména limbický systém a prefrontální kůra. Dochází k hyperaktivitě

hypotalamo–hypofyzárně–adrenální osy, změnám hladin neurotransmiterů a kognitivní reorganizaci. Porucha v těhotenství vede k neuronálním změnám také u plodu. U dětí dochází k prenatálnímu programování.

9.1.2 Vybrané duševní poruchy v těhotenství a po porodu

Perinatální duševní poruchy jsou častými komplikacemi těhotenství, porodu a poporodního období. Kromě deprese se objevují bipolární afektivní porucha, úzkostné poruchy, poruchy vyvolané stresem a psychotický syndrom. Poporodní splín zažívá velké množství žen. Jedná se o fyziologickou reakci na porod, která do několika dní odezní.

9.1.3 Charakteristiky perinatální deprese

Perinatální deprese je duševní porucha rozvíjející se během těhotenství a v prvním roce po porodu s celosvětovou prevalencí kolem 12%. Skutečný výskyt je vyšší, protože porucha bývá špatně diagnostikována. Jedná se o závažné potenciálně smrtelné onemocnění s výrazně negativním dopadem. Ovlivňuje tělesný stav, myšlení, cítění i chování. Klinické projevy jsou různorodé. Zahrnují hluboký a přetrvávající smutek, úzkost, ztrátu zájmu o běžné činnosti, fyzické vyčerpání, pocity viny, prázdnoty a beznaděje, automatické negativní myšlenky, zvýšenou podrážděnost, somatické bolesti, ztrátu libida, neklid, problémy s koncentrací, spánkem a chutí k jídlu. V závažných případech se objevují suicidální myšlenky, sebepoškozování a psychotické fenomény. Ženy zažívají duševní utrpení, které snižuje kvalitu jejich života a omezuje jejich schopnost pečovat o sebe a své dítě. Perinatální deprese je multifaktoriální onemocnění. Rozvíjí se na základě genetických, endokrinních, zánětlivých, environmentálních a psychosociálních příčin včetně osobnostních charakteristik. Zásadním rizikovým faktorem pro její vznik je anamnéza deprese před těhotenstvím. Biologické rizikové faktory zahrnují spánkovou deprivaci, zánětlivou reakci a výrazné změny hladin reprodukčních a stresových hormonů. Mezi psychosociální rizikové faktory patří změna sociální role, narození dítěte se speciálními potřebami, těhotenství v mladém věku, nefunkční rodinné vztahy, problémy v partnerství, nedostatek sociální podpory, neplánované těhotenství, komplikovaný porod, nemožnost kojení, perinatální ztráta, necitlivé jednání zdravotníků, traumatická zkušenost v dětství, pokus o sebevraždu v minulosti, domácí násilí, osamělost, finanční nejistota, užívání návykových látek a jiné sociálně-patologické jevy. Protektivními faktory jsou dobré mezilidské vztahy, sociální

podpora, optimismus a smysl pro humor, resilience, vhodné copingové strategie, zdravý životní styl, včasná diagnostika a dostupnost zdravotních a psychosociálních služeb.

9.1.4 Léčba perinatální deprese

Perinatální deprese vyžaduje multidisciplinární péči. K diagnostice se nejčastěji používá Edinburská škála poporodní deprese v kombinaci s klinickým rozhovorem. Léčba probíhá většinou ambulantně. U těžší deprese je nutná hospitalizace, při které dochází k separaci matky od dítěte. Přestože jsou v zahraničí „Mother–baby units“ považovány za dobrou praxi, v České republice neexistují psychiatrická oddělení, kde mohou být matky společně s dětmi. Dopady neléčené perinatální deprese jsou závažnější než možná rizika psychofarmak v těhotenství a při kojení. K dispozici jsou bezpečná antidepresiva, která mají minimální vliv na zdraví dítěte. Naopak stabilizátor nálady valproát je silně teratogenní a nesmí být v těhotenství užíván. Mezi biologické nefarmakologické intervence vhodné k léčbě perinatální deprese patří elektrokonvulzivní terapie, fototerapie, hluboká mozková stimulace, repetitivní transkraniální magnetická stimulace a vagová stimulace. Pro lehkou a středně těžkou perinatální depresi je doporučována psychoterapie jako metoda první volby. Prokazatelně pozitivní účinek na perinatální depresi mají zejména kognitivně–behaviorální, interpersonální a psychodynamická psychoterapie. Větší efekt má individuální forma než skupinová. Podporu mohou ženám přinést také psychosociální intervence jako psychoedukace, krizová intervence, práce s rodinou nebo peerská podpora.

9.1.5 Vybrané zahraniční organizace zabývající se perinatálním duševním zdravím

Perinatálnímu duševnímu zdraví se věnují například organizace *Postnatal Depression Awareness & Support* nebo *The International Marcé Society for Perinatal Mental Health* s cílem zpřístupnit a zkvalitnit péči o ženy s perinatálními duševními poruchami. Pořádají osvětové kampaně pro veřejnost a vzdělávají odborníky. Prosazují legislativní změny v prevenci, diagnostice a léčbě perinatální deprese. Nabízí zejména poradenské služby, podpůrné terapeutické skupiny a peerskou podporu.

9.1.6 Perinatální deprese jako téma veřejného zdraví

Perinatální deprese představuje celosvětový problém s výrazně negativním zdravotním, psychologickým, sociálním a ekonomickým dopadem na společnost, proto

je zavádění účinné veřejné zdravotní politiky žádoucí. Perinatální deprese koreluje se sociálně-patologickými jevy. Zlepšením životních podmínek, zefektivněním zdravotní péče a dostupností psychosociálních služeb lze snižovat výskyt poruchy. Negativní důsledky neléčené perinatální deprese a chybějících služeb dopadají na ženu, jejího partnera a dítě, širší rodinu a celou společnost. Ženy mají výrazně sníženou kvalitu života, což zvyšuje riziko sebevraždy, která je druhou nejčastější příčinou úmrtí ženy po porodu. Porucha matky ohrožuje dítě předčasným porodem, horší poporodní adaptací, nízkou kvalitou rodičovské péče, narušenou citovou vazbou, zpomalením sociálně-emočního vývoje a rozvojem deprese v budoucnosti. Porucha negativně dopadá na partnery žen, partnerský vztah a rodičovské kompetence. Je vhodné zařazovat téma perinatálního duševního zdraví do předporodních kurzů, pořádat osvětové kampaně a podporovat programy a služby, které se perinatálním duševním zdravím zabývají. Mýty spojené s mateřstvím a perinatálními duševními poruchami mají devastující vliv a je potřeba je vyvracet. Není pravda, že těhotenství a mateřství přináší jen radost, že perinatální depresi lze překonat vůlí, že ženy s perinatální depresí jsou nebezpečné svým dětem a nedokáží se o ně postarat nebo že v těhotenství a při kojení nelze užívat antidepresiva. A zejména není pravda, že kdo mluví o sebevraždě ji nespáchá. Perinatální deprese je spojena se stigmatizací, sebestigmatizací a diskriminací, což brání ženám vyhledat pomoc. Zapojení peerské podpory je vhodnou součástí destigmatizačních programů. Porucha je léčitelná, pokud jsou včas rozpoznány příznaky, poskytnuta sociální podpora a odborná péče. Světová zdravotnická organizace doporučuje zařadit služby pro perinatální duševní zdraví do systému primární zdravotní péče, edukovat zdravotníky o problematice a zavádět model krokové péče. Evropská unie prosazuje komplexní vícestupňový multidisciplinární přístup zaměřený na prevenci a včasný záchyt perinatálních duševních poruch. Strategie péče o perinatální duševní zdraví se mezi zeměmi výrazně liší. Kvalitní systém péče má zejména Velká Británie, kde funguje multidisciplinární přístup orientovaný na prevenci, rozvinutá síť podpůrných služeb a aktivní zapojení neziskových organizací.

9.1.7 Situace v České republice v roce 2023

Současná zdravotní a psychosociální péče o ženy s perinatální depresí v České republice je roztříštěná, nekoordinovaná, neefektivní, málo dostupná a nedostatečně propojená. Odborníci nejsou edukováni o specifikách perinatálních duševních poruch. Je kladen malý důraz na multioborovou spolupráci a biopsychosociální pohled na ženy.

Chybí oficiální doporučené postupy a vysoce specializované služby jako lůžková oddělení, kde by mohly být ženy hospitalizované spolu se svými dětmi. Není zaveden plošný screening duševní nepohody v těhotenství a po porodu ani propojená síť poskytovatelů psychiatrické péče, psychologických intervencí a sociálních služeb. Výzvy, kterým systém péče aktuálně čelí, jsou zejména stigmatizace perinatálních duševních poruch, nedostupnost psychoterapeutické péče a absence plošných screeningových programů, bez kterých lze těžko ženy s perinatální depresí zachytit. Perinatální duševní zdraví začíná být v České republice v posledních pár letech tematizované díky projektu *Perinatal* Národního ústavu duševního zdraví a neziskové organizaci *Úsměv mámy, z.s.*, které se zasazují o osvětu veřejnosti a vzdělávání odborníků, nabízí peerskou podporu a poskytují včasné intervence. Péče o ženy s perinatální depresí se stává více nízkoprahovou, multidisciplinární a provázanou s navazujícími psychosociálními službami. Prozatím chybí jednotná koncepce péče o perinatální duševní zdraví, která by směřovala k zavádění screeningu duševní nepohody, používání bezpečných psychofarmak v těhotenství a při kojení a komplexní vícestupňové multidisciplinární péči. *Centrum perinatálního duševního zdraví* v NUDZ provádí aplikovaný výzkum a zavádí nové metody do praxe včetně screeningu psychosociálního stresu v těhotenství a po porodu. Vznikající systém vícestupňové péče respektuje biopsychosociální povahu perinatální deprese a nabízí komplexní, individualizovanou a multidisciplinární péči. Zahrnovat má preventivní programy, screening, psychosociální intervence, psychoterapii, léčbu psychofarmaky a jiné specializované zdravotní služby.

9.2 Silné a slabé stránky diplomové práce

V předložené diplomové práci lze vysledovat určité silné a slabé stránky, které nyní rozebereme. Nejdříve je nutné uvést faktory, které zkreslují závěry diplomové práce a představují její slabé stránky. Autorčino předporozumění tématu perinatální deprese má do určité míry vliv na výběr zdrojů a jejich interpretaci. Závěry tradiční (narativní) přehledové studie mohou být ovlivněny subjektivními názory autorky, přestože vychází z pečlivé analýzy teoretické literatury, výzkumných studií a dalších zdrojů, při které se autorka snažila zachovat nestrannost. Výsledná zjištění diplomové práce proto nelze plně reprodukovat analýzou totožných zdrojů. Slabou stránkou diplomové práce jsou metodologické limity tradiční (narativní) přehledové studie. Kritéria zařazených studií nejsou striktní. Jejich výběr je subjektivní, což mohlo vést k výběrovému zkreslení.

Přítomné může být také riziko publikačního zkreslení výběrem známých rychle dohledatelných vědeckých článků a dalších zdrojů. Mezi slabé stránky lze zařadit fakt, že předložená diplomová práce není systematickou přehledovou studií, proto nemůžeme na jejím základě rozhodovat o formování zdravotní politiky týkající se péče o ženy s perinatální depresí podle nejlepší dostupné evidence. Tato práce však může představovat střípek do skládačky složitého tématu perinatálního duševního zdraví. Slabou stránkou může být, že diplomová práce vychází z obecných statisticky zpracovaných informací o perinatální depresi. O konkrétní ženě trpící perinatální depresí, jejím prožívání, myšlení a chování se toho přečtením textu příliš nedozvíme. Vhodné je proto doplnit obraz perinatální deprese o hloubkové rozhovory se ženami se zkušeností deprese v těhotenství a po porodu. Za slabou stránku může být považován velký rozsah diplomové práce. Důkladný rozbor problematiky perinatální deprese z různých perspektiv je však nezbytný pro pochopení prováděných a plánovaných změn péče o ženy s touto poruchou v České republice.

Přínosem předložené diplomové práce je poskytnutí komplexního pohledu na problematiku perinatální deprese a její biologickou, psychologickou a sociální podstatu. Silnou stránkou se zdá být také využití velkého množství zahraniční výzkumné literatury.

9.3 Implikace pro budoucí výzkum a praxi

Předložená diplomová práce poskytuje poznatky, které mohou nasměrovat výzkum v dané oblasti a vést k rozvoji péče o perinatální duševní zdraví v České republice. Pro budoucí výzkum se nabízí využít rozmanité kvantitativní i kvalitativní metodologické přístupy, které umožní lepší pochopení složitého tématu perinatální deprese, bude-li zkoumáno z různých perspektiv.

Dosavadní výzkumné studie popisovaly převážně zkušenosti heterosexuálních prvorodiček z rozvinutých zemí. Budoucí studie se mohou zaměřit na různé populace žen a vliv sociokulturního kontextu na perinatální depresi. Sociálně-patologické jevy jako chudoba, užívání návykových látek, sociální vyloučení nebo domácí násilí negativně ovlivňují jednotlivce i společnost. Můžeme si položit otázku, jak souvisí perinatální deprese s nízkým rodinným příjmem, přítomností postiženého dítěte nebo domácím násilím v rodině. Psychiatrický výzkum perinatální deprese se zaměřuje převážně na biologické mechanismy. V diplomové práci byly ukázány také psychologické a sociální aspekty této poruchy, kterým by měl být věnován větší prostor.

Většina výzkumných studií je orientována kvantitativně a poskytuje na statistice založený zjednodušený obraz toho, co znamená trpět perinatálním duševním onemocněním. Je důležité věnovat se žité zkušenosti žen a nevycházet pouze z odborné perspektivy. Soustředí-li se výzkum více na kvalitativní strategie umožňující analyzovat jedinečné zkušenosti žen s perinatální depresí na základě hloubkových rozhovorů, lépe porozumíme tomu, co ženy s perinatální depresí prožívají a co potřebují.

Aby poskytovaná zdravotní a psychosociální péče o ženy s perinatální depresí byla skutečně efektivní, je vhodné podporovat výzkum v oblasti psychoterapie a psychosociálních intervencí a osvědčené metody následně zařazovat do praxe.

V biologickém výzkumu stále zůstává mnoho otázek nezodpovězených. Nemáme jasno, zda je perinatální deprese samostatným syndromem s vlastní etiopatogenezí, nebo projevem depresivní poruchy ve specifickém životním období. Doposud neznáme přesný mechanismus účinku antidepresiv v léčbě perinatální deprese. Jasnou představu nemáme ani o tom, zda existují rozdíly mezi mozkovými koreláty deprese v těhotenství a po porodu. Žádoucí je také pokračovat ve výzkumných studiích dopadů perinatální deprese na prenatální vývoj dítěte. Zaměřovat bychom se neměli pouze na možné vývojové poruchy u těchto dětí, ale také na jejich osobnostní charakteristiky.

Pro některé ženy znamená porod výrazný emocionální stres často spojený se závažným porodním poraněním. Dosavadní výzkum zmiňuje možnou souvislost mezi zážitkem traumatického porodu a poporodní depresí. Je žádoucí blíže prozkoumat vztah mezi porodem, perinatální depresí a posttraumatickou stresovou poruchou. Psychická traumatizace je v současnosti téma, na které je zaměřena velká pozornost jak psychologů, tak veřejnosti. Ve společnosti se proto mohou šířit nejrůznější mýty ohledně porodního traumatu. Je na odborné psychologické obci, aby je uváděla na pravou míru.

Zavádění výzkumných zjištění uvedených v diplomové práci do praxe může přispět k posílení péče o ženy s perinatální depresí v České republice, a tím ke zlepšení zdraví těhotných žen a matek. Získané poznatky mohou zlepšit dostupnost a efektivitu péče, snížit finanční náklady vynaložené na léčbu a zlepšit kvalitu poskytovaných služeb pro ženy s perinatální depresí. Doporučení mohou přispět ke zkvalitnění a rozšíření péče, budou-li do praxe zavedena následující opatření.

Je nutné vzdělávat porodní asistentky a zdravotní sestry v technikách krizové intervence, aby dokázaly náležitě podporovat ženy při náročných situacích v porodnici. O perinatálním duševním zdraví je potřeba edukovat všechny odborníky, kteří přichází se ženami v těhotenství a po porodu do kontaktu, aby dokázali včas rozpoznat příznaky

perinatální deprese a uměli na ně vhodně reagovat. Také je nutné edukovat o problematice traumatu. Příznaky traumatu nemusí být dobře rozpoznatelné. Je potřeba ochránit ženy před sekundární traumatizací necitlivým zacházením ze strany odborníků.

Je žádoucí podporovat neziskové organizace zabývající se perinatálním duševním zdravím, ať už hmotně nebo sdílením jejich propagačních materiálů, aby se problematika perinatálního duševního zdraví stala veřejným zájmem. Národní zdravotnický informační portál, který si klade za cíl „poskytovat laické veřejnosti informace z oblasti zdravotnictví, za které ručí vybraní odborníci na danou problematiku v ČR.“ by měl zahrnovat informace o perinatálních duševních poruchách a umožňovat vyhledávání zdravotních a psychosociálních služeb pro ženy s duševní nepohodou během těhotenství a po porodu.

Nerozpoznanou perinatální depresi nelze léčit. Je vhodné začlenit plošný screening duševní nepohody v těhotenství a po porodu do stávajícího systému zdravotní péče, jak prosazuje projekt *Perinatal*. Všechny těhotné ženy v České republice podstupují vyšetření na gestační diabetes mellitus, který je méně častý než perinatální duševní poruchy. Během devíti měsíců těhotenství se v gynekologické ambulanci průběžně a pečlivě sleduje tělesný stav ženy a vyvíjejícího se plodu. Na duševní zdraví ženy není příliš brán zřetel. Praktičtí lékaři a gynekologové by měli své pacientky edukovat o perinatálním duševním zdraví a propojovat rizikové ženy s navazujícími službami.

Následně je vhodné zavádět multidisciplinární péči, která umožňuje komplexní léčbu perinatální deprese a větší přizpůsobení potřebám konkrétní ženy. Intervence musí být poskytovány systematicky a včasně. Ženám může být nabídnuta peerská podpora, psychoterapie nebo specializovaná psychiatrická péče. Matkám se závažnými duševními problémy po porodu včetně těžké deprese by náročnou situaci usnadnilo zavedení specializovaných oddělení, kde by mohly být hospitalizované spolu se svými dětmi. Podle vzoru center duševního zdraví by mohla vzniknout komunitní centra nabízející multidisciplinární služby ženám s perinatálními duševními obtížemi. Poskytovala by kvalitní a odborně garantované informace a služby.

Nejdůležitějším praktickým krokem, který můžeme učinit, je pečovat o vlastní duševní zdraví a psychickou pohodu svých blízkých včetně těhotných žen a matek s malými dětmi. Je důležité věnovat pozornost tomu, jak se doopravdy cítí, a nebagatelizovat jejich trápení.

Závěr

Stejně jako se po porodu zotavuje tělo, i duše se musí vyrovnat s těhotenstvím, porodem a novou rolí matky. Narození dítěte přináší do rodiny mnoho radosti, ale také zvýšenou zátěž. Některé ženy zažívají v těhotenství a po porodu doslova muka, když onemocní perinatální depresí. Zakouší nesmírné emoční utrpení, které se projevuje vyčerpáním, ztrátou radosti ze života a pocity viny a beznaděje. Přestože se chtějí postarat o své dítě jak nejlépe dovedou, nejsou schopné ani vstát z postele, natož uspokojit potřeby novorozence. Někdy je duševní bolest dožene až k sebevraždě. Důležité je, aby nezůstávaly osamocené a svěřily se svým blízkým nebo vyhledaly odbornou pomoc. Musíme o těchto ženách vědět a nabízet jim pomocnou ruku. Třeba když se nám kamarádka s malým dítětem svěří, že se necítí psychicky dobře. Podporovat je však musí také systém zdravotní a psychosociální péče v naší zemi.

V předložené diplomové práci jsme ukázali, že závažnost perinatálních duševních poruch začala být v České republice reflektována. Perinatální depresi jsme představili jako duševní poruchu z biologické, psychologické a sociální perspektivy. Zdůraznili jsme pozitiva multidisciplinární vícestupňové péče zahrnující účinnou prevenci, správnou diagnostiku, včasnou a komplexní léčbu.

Téma perinatálního duševního zdraví je důležité pro všechny bez ohledu na to, jak moc se o něj zajímají nebo zda se jedná o těhotné ženy. Problematika se dotýká celých rodin i společnosti jako celku. Je nezbytné věnovat jí pozornost, jelikož nároky kladené na psychiku těhotenstvím, porodem a péčí o novorozence jsou značné. Zároveň je nutné oblast péče o perinatální duševní zdraví humanizovat, provádět jeho osvětu, zvyšovat kvalitu a dostupnost poskytované péče prostřednictvím strukturální změny, zlepšovat provázanost zdravotních, psychologických a sociálních služeb a v neposlední řadě bořit mýty spjaté s těhotenstvím a mateřstvím, a tím destigmatizovat těhotné ženy a matky s duševním onemocněním.

Využití umělé inteligence (AI)

Jako inspiraci pro některé části této diplomové práce jsem využila umělou inteligenci ChatGPT, která mne na základě mých dotazů a upřesnění navedla určitými směry a poukázala na možné souvislosti. Prohlašuji, že jsem si vědoma vlastní zodpovědnosti za věcnou správnost převzatých informací.

Použitá literatura

[Akademie věd České Republiky]. (2021, March 17). *Neurobiologie deprese* [Video]. YouTube. outube.com/watch?v=N3v0bv8NfcI&list=PL0APKSsMMMZRX0BLB5lssyBiCXQ41VVUy&index=45&ab_channel=AkademievědČeskérepubliky

American Psychological Association. (2019). Publication Manual of the American Psychological Association, (2020). *American Psychological Association*, *428*.

Alves, A. C., Cecatti, J. G., & Souza, R. T. (2021). Resilience and stress during pregnancy: a comprehensive multidimensional approach in maternal and perinatal health. *The Scientific World Journal*, *2021*(1).

Ambrosini, A., & Stanghellini, G. (2012). Myths of motherhood. The role of culture in the development of postpartum depression. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, *48*, 277-286.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychological Association. (2015). *APA Dictionary of Psychology* (2nd ed.).

Antonelli, M. C., Pallarés, M. E., Ceccatelli, S., & Spulber, S. (2017). Long-term consequences of prenatal stress and neurotoxicants exposure on neurodevelopment. *Progress in neurobiology*, *155*, 21-35.

Atif, N., Nazir, H., Sultan, Z. H., Rauf, R., Waqas, A., Malik, A., ... & Rahman, A. (2022). Technology-assisted peer therapy: a new way of delivering evidence-based psychological interventions. *BMC Health Services Research*, *22*(1), 842.

Austin, M. P., Highet, N., & Expert Working Group. (2017). Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline. *Melbourne: Centre of Perinatal Excellence*, 659-68.

Ayers, S. & de Visser, R. (2015). *Psychologie v medicíně*. Grada.

Barba-Müller, E., Craddock, S., Carmona, S., & Hoekzema, E. (2019). Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: links to maternal caregiving and mental health. *Archives of women's mental health*, *22*, 289-299.

Barry, M.M., Clarke, A.M. & Petersen, I. (2015). Promotion of mental health and prevention of mental disorders:priorities for implementation. *EMHJ-Eastern Mediterranean Health Journal, 21* (7), 503 - 511.

Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D. A., Benzies, K., MacQueen, G., & Tough, S. (2016). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *International Journal of Nurings Studies*, *55*, 115–130.

Blom, E.A., Jansen, P.W., Verhulst, F.C., Hofman, A., Raat, H., Jaddoe, V.W., et al. (2010). Perinatal complications increase the risk of depression or anxiety during pregnancy or after birth. The Generation R Study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 117*(11), 1390–1398.

Boháčková, J. (2021). S psychikou v těhotenství a po porodu pomůže nová unikátní aplikace. *Vita nostra revue*, 31(3-4), 51-52.

Bonari, L., Pinto, N., Ahn, E., Einarson, A., Steiner, M., & Koren, G. (2004). Perinatal risks of untreated depression during pregnancy. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(11), 726-735.

Bright, K. S., Charrois, E. M., Mughal, M. K., Wajid, A., McNeil, D., Stuart, S., ... & Kingston, D. (2020). Interpersonal psychotherapy to reduce psychological distress in perinatal women: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*, *17*(22), 8421.

Çankaya, S., & Alan Dikmen, H. (2022). The effects of family function, relationship satisfaction, and dyadic adjustment on postpartum depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, *58*(4).

Cauli, G., Iapichino, E., Rucci, P., Bollani, M. Q., Marconi, A. M., Bassi, M., & Gala, C. (2019). Promoting the well-being of mothers with multidisciplinary psychosocial interventions in the perinatal period. *Journal of affective disorders*, *246*, 148-156.

Cluxton-Keller, F., & Bruce, M. L. (2018). *Clinical effectiveness of family therapeutic interventions in the prevention and treatment of perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. PLOS ONE, 13(6), e0198730.*

Coates, D., & Foureur, M. (2019). The role and competence of midwives in supporting women with mental health concerns during the perinatal period: A scoping review. *Health & social care in the community*, *27*(4), e389-e405.

Connellan, K., Bartholomaeus, C., Due, C., & Riggs, D. W. (2017). A systematic review of research on psychiatric mother-baby units. *Archives of Women's Mental Health*, *20*, 373-388.

Cooper, H., Hedges, L. V., & Valentine, J. C. (Eds.). (2009). *Handbook of Research Synthesis and Meta-Analysis, The*. Russell Sage Foundation.

Corno, G., Espinoza, M., & Maria Banos, R. (2019). A narrative review of positive psychology interventions for women during the perinatal period. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *39*(7), 889-895.

Cuijpers, P., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2012). Preventing depression: a global priority. *Jama*, *307*(10), 1033-1034.

Cuijpers, P., Franco, P., Ciharova, M., Miguel, C., Segre, L., Quero, S., & Karyotaki, E. (2023). Psychological treatment of perinatal depression: a meta-analysis. *Psychological medicine*, *53*(6), 2596-2608.

Cuijpers, P., & Karyotaki, E. (2021). *The effects of psychological treatment of perinatal depression: an overview. Archives of Women's Mental Health, 24(5), 801–806.*

Curtis, M. A., Corman, H., Noonan, K., & Reichman, N. E. (2014). Maternal depression as a risk factor for family homelessness. *American Journal of Public Health*, *104*(9), 1664–1670.

Černá, M., & Kollárová, J. (2015). *Laktační minimum pro pediatry*. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

Černikovský, P., Foltýnek, T., Fontana, J., Gojná, Z., Henek Dlabolová, D., Holeček, T., ... & Vorlová, H. (2020). *Jak se vyhnout plagiátorství: Příručka pro studenty*. Nakladatelství Karolinum.

Darcy, J. M., Grzywacz, J. G., Stephens, R. L., Leng, I., Clinch, C. R., & Arcury, T. A. (2011). Maternal depressive symptomatology: 16-month follow-up of infant and maternal health-related quality of life. *Journal of the American Board of Family Medicine, 24*(3), 249– 257.

Deligiannidis, K. M., Fales, C. L., Kroll-Desrosiers, A. R., Shaffer, S. A., Villamarin, V., Tan, Y., ... Moore, C. M. (2019). Resting-state functional connectivity, cortical GABA, and neuroactive steroids in peripartum and peripartum depressed women: a functional magnetic resonance imaging and spectroscopy study. *Neuropsychopharmacology*, *44*(3), 546–554.

Dennis, C.-L., & Hodnett, E. D. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).

Ding, J., Wang, L., Wang, C., Gao, C., Wang, F., & Sun, T. (2021). Is vagal-nerve stimulation safe during pregnancy? A mini review. *Epilepsy Research*, *174*, 106671.

DiSanza, C. B., Geller, P. A., Bonacquisti, A., Posmontier, B., Horowitz, J. A., & Chiarello, L. A. (2020). A stepped care model of patient navigation to enhance engagement with perinatal mental health care. *Health Equity*, *4*(1), 484-488.

Duan, C., Cosgrove, J., & Deligiannidis, K. M. (2017). Understanding peripartum depression through neuroimaging: a review of structural and functional connectivity and molecular imaging research. *Current psychiatry reports*, *19*, 1-13.

Duan, C., Hare, M. M., Staring, M., & Deligiannidis, K. M. (2019). Examining the relationship between perinatal depression and neurodevelopment in infants and children through structural and functional neuroimaging research. *International Review of Psychiatry*, *31*(3), 264-279.

Dušek, K., Večeřová-Procházková, A. (2015). *Diagnostika a terapie duševních poruch.* Grada.

Eustis, E. H., Ernst, S., Sutton, K., & Battle, C. L. (2019). Innovations in the treatment of perinatal depression: the role of yoga and physical activity interventions during pregnancy and postpartum. *Current Psychiatry Reports*, *21*, 1-9.

Evropská komise (2023). *Sdělení ke komplexnímu přístupu o duševním zdraví*. Health.ec.Europa.eu. Přečteno: 1.4.2024, z https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/mental-health_cs

Fairbrother, N., Janssen, P., Antony, M. M., Tucker, E., & Young, A. H. (2016). Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *Journal of Affective Disorders*, *200*, 148–155.

Fairbrother, N., Young, A. H., Zhang, A., Janssen, P., & Antony, M. M. (2017). The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, *20*(2), 311–319.

Faisal-Cury, A., Huang, H., Chan, Y.-F., & Menezes, P. R. (2013). The relationship between depressive/anxiety symptoms during pregnancy/postpartum and sexual life decline after delivery. *The Journal of Sexual Medicine*, *10*(5), 1343–1349.

Fang, Q., Lin, L., Chen, Q., Yuan, Y., Wang, S., Zhang, Y., ... & Tian, L. (2022). Effect of peer support intervention on perinatal depression: A meta-analysis. *General hospital psychiatry*, *74*, 78-87.

Farr, S. L., Dietz, P. M., O'Hara, M. W., Burley, K., & Ko, J. Y. (2014). Postpartum Anxiety and Comorbid Depression in a Population-Based Sample of Women. *Journal of Women's Health*, *23*(2), 120–128.

Fawcett, E. J., Fairbrother, N., Cox, M. L., White, I. R., & Fawcett, J. M. (2019). The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *80*(4).

Felder, J. N., Mirchandaney, R., & Dimidjian, S. (2022). Uptake of USPSTF recommendation to refer pregnant individuals for therapy or counseling to prevent perinatal depression. *Archives of women's mental health*, *25*(6), 1149-1153.

Figueiredo, B., & Conde, A. (2011). Anxiety and depression in women and men from early pregnancy to 3-months postpartum. *Archives of women's mental health*, *14*, 247-255.

Fischer Fumeaux, C. J., Harari, M. M., Weisskopf, E., Eap, C. B., Epiney, M., Vial, Y., ... Panchaud, A. (2019). Expert Opinion on Drug Safety Risk-benefit balance assessment of SSRI antidepressant use during pregnancy and lactation based on best available evidence-an update. *Expert Opinion on Drug Safety, 18*(10), 949-963.

Flannery, R. B., & Everly, G. S. (2000). Crisis intervention: A review. *International Journal of emergency mental health*, *2*(2), 119-126.

Forsell, E., Bendix, M., Holländare, F., Szymanska von Schultz, B., Nasiell, J., Blomdahl- Wetterholm, M., ... Kaldo, V. (2017). Internet delivered cognitive behavior therapy for antenatal depression: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *221*, 56– 64.

Fox, M., Sandman, C. A., Davis, E. P., & Glynn, L. M. (2018). A longitudinal study of women's depression symptom profiles during and after the postpartum phase. *Depression and anxiety*, *35*(4), 292-304.

Fujáková, M., & Kopeček, M. (2012). Antidepresiva–od teorie ke klinické praxi. *Klinická farmakologie a farmacie*, *26*(1), 29-37.

Gadot, Y., & Koren, G. (2015). The use of antidepressants in pregnancy: focus on maternal risks. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *37*(1), 56–63.

Gdańska, P., Kiersnowska, I., Baranowska, J., Kotomska, M., & Węgrzyn, P. (2019). Bright light therapy as a method of supportive treatment of depression in pregnancy, puerperium and other selected psychiatric diseases. *Journal of Education, Health and Sport*, *9*(5), 304-309.

Gelaye, B., Rondon, M. B., Araya, R., & Williams, M. A. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *The Lancet Psychiatry*, *3*(10), 973-982.

Gentile, S. (2017). Untreated depression during pregnancy: Short- and long-term effects in offspring. A systematic review. Neuroscience, 342, 154– 166.

Gjerdingen, D., Katon, W., & Rich, D. E. (2008). Stepped care treatment of postpartum depression: a primary care-based management model. *Women's Health Issues*, *18*(1), 44-52.

Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. Simon & Schuster.

Gordon, I., Pratt, M., Bergunde, K., Zagoory-Sharon, O., & Feldman, R. (2017). Testosterone, oxytocin, and the development of human parental care. *Hormones and behavior*, *93*, 184-192.

Griffen, A., McIntyre, L., Belsito, J. Z., Burkhard, J., Davis, W., Kimmel, M., ... & Meltzer-Brody, S. (2021). Perinatal Mental Health Care In The United States: An Overview Of Policies And Programs: Study examines perinatal mental health care policies and programs in the United States. *Health Affairs*, *40*(10), 1543-1550.

Grigoriadis, S., VonderPorten, E. H., Mamisashvili, L., Roerecke, M., Rehm, J., Denis, C., ... Koren, G. (2013). Anti-depressant exposure during pregnancy and congenital malformations: is there an association? A systematic review and meta-analysis of the best evidence. *Journal of Clinical Psychiatry*, *74*(4): e293–308.

Grigoriadis, S., Vonderporten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C.-L., Koren, G., ... Ross, L. E. (2014). Prenatal exposure to antidepressants and persistent pulmonary hypertension of the newborn: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *348*, f6932.

Guintivano, J., Manuck, T., & Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of postpartum depression: a comprehensive review of the last decade of evidence. *Clinical obstetrics and gynecology*, *61*(3), 591-603.

Hart, S. L., Jackson, S. C., & Boylan, L. M. (2011). Compromised weight gain, milk intake, and feeding behavior in breastfed newborns of depressive mothers. *Journal of pediatric psychology*, *36*(8), 942-950.

Hebel, T., Schecklmann, M., & Langguth, B. (2019). *Transcranial magnetic stimulation in the treatment of depression during pregnancy: a review. Archives of Women's Mental Health.*

Hermansen, T. K., & Melinder, A. (2015). Prenatal SSRI exposure: Effects on later child development. *Child Neuropsychology, 21*(5):543-69.

Heron, J., Gilbert, N., Dolman, C., Shah, S., Beare, I., Dearden, S., ... Ives, J. (2012). Information and support needs during recovery from postpartum psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, *15*(3), 155–165.

Hertenstein, E., Feige, B., Gmeiner, T., Kienzler, C., Spiegelhalder, K., Johann, A., ... Baglioni, C. (2019). Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, *43*, 96–105.

Ho, S. S., & Swain, J. E. (2017). Depression alters maternal extended amygdala response and functional connectivity during distress signals in attachment relationship. *Behavioural Brain Research*, *325*, 290–296.

Horáková, A. (2023). Screening perinatálních psychických poruch.
Horáková, A., Němcová, H., Mohr, P., Šebela, A. (2022) Structural, functional, and metabolic signatures of postpartum depression: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, *13*:1044995.

Horakova, A., Nemcova, H., Hrdlickova, K., Kalli, S., Davletova, A., Duarte, M. F. R. S., ... & Sebela, A. (2024). State of perinatal mental health care in the WHO region of Europe: a scoping review. *Frontiers in Psychiatry*, *15*.

Horáková, A., Nosková, E., Švancer, P., Marciánová, V., Koliba, P., & Šebela, A. (2022). Přesnost Edinburské škály poporodní deprese (EPDS) ve screeningu těžké depresivní poruchy a dalších psychických poruch u žen ke konci šestinedělí. *Česká gynekologie*, *87*(1).

Howard, L. M., Abel, K. M., Atmore, K. H., Bick, D., Bye, A., Byford, S., ... & Pickles, A. (2022). Perinatal mental health services in pregnancy and the year after birth: the ESMI research programme including RCT. *Programme Grants for Applied Research*, *10*(5), 1-142.

Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C. L., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, *384*(9956), 1775-1788.

Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2004). *Psychiatrie.* Tigis.

Huang, R., Yan, C., Tian, Y., Lei, B., Yang, D., Liu, D., & Lei, J. (2020). Effectiveness of peer support intervention on perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *276*, 788-796.

Hudson, C. G., & Dragomirecka, E. (2019). Decision making in psychiatric reform: A case study of the Czech experience. *Central European Journal of Public Policy*, *13*(2), 15-27.

Chandran, M., Tharyan, P., Muliyil, J., & Abraham, S. (2002). Post-partum depression in a cohort of women from a rural area of Tamil Nadu, India. Incidence and risk factors. *The British Journal of Psychiatry*, *181*, 499–504.

Chen, H.-H., Hwang, F.-M., Wang, K.-L., Chen, C.-J., Lai, J. C.-Y., & Chien, L.-Y. (2013). A structural model of the influence of immigrant mothers' depressive symptoms and home environment on their children's early developmental outcomes in Taiwan. *Research in Nursing & Health*, *36*(6), 603–611.

Cheng, B., Roberts, N., Zhou, Y., Wang, X., Li, Y., Chen, Y., ... Wang, J. (2022). Social support mediates the influence of cerebellum functional connectivity strength on postpartum depression and postpartum depression with anxiety. *Translational Psychiatry*, *12*(1), 54.

Chrastina, J., Novák, Z., Brázdil, M., Kuba, R., Říha, I., & Rektor, I. (2012). Možnosti vagové stimulace mimo epileptochirurgii. *Neurologie pro praxi*, *13*(3), 151-154.

Chrtková, D. (2023). Peerská podpora. Přednáška na konferenci.

Ingram, J., Johnson, D., O'Mahen, H. A., Law, R., Culpin, I., Kessler, D., ... & Evans, J. (2021). 'Asking for help': a qualitative interview study exploring the experiences of interpersonal counselling (IPC) compared to low-intensity cognitive behavioural therapy (CBT) for women with depression during pregnancy. *BMC pregnancy and childbirth*, *21*, 1-8.

Janoušková. (2022). - Zpráva z konference. Practicus, 21(5).

Jarde A, Morais M, Kingston D, et al. Neonatal Outcomes in Women With Untreated Antenatal Depression Compared With Women Without Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2016;73(8):826–837.

Jiang, X., Li, H., Wang, D., Shan, L., Kang, Y., & Wang, F. (2022). Efficacy of nondrug interventions in perinatal depression: a meta-analysis. *Psychiatry Research*, 114916.

Jochmannová, L., & Kimplová, T. (Eds.). (2021). *Psychologie zdraví: biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Grada.

Jones, A. (2019). Help seeking in the perinatal period: a review of barriers and facilitators. *Social work in public health*, *34*(7), 596-605.

King, C., Parker, T. M., Roussos-Ross, K., Ramirez-Zamora, A., Smulian, J. C., Okun, M. S., & Wong, J. K. (2022). Safety of deep brain stimulation in pregnancy: A comprehensive review. *Frontiers in Human Neuroscience*, *16*, 997552.

Kirmayer, L. J., & Ryder, A. G. (2016). *Culture and psychopathology. Current Opinion in Psychology, 8, 143–148.*

Kitzlerová, E., & Kališová, L. (2018). Elektrokonvulzivní terapie v těhotenství (část 2): nežádoucí účinky, bezpečnostní doporučení. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, *114*(4).

Khajehei, M., Doherty, M., Tilley, P. J. M., & Sauer, K. (2015). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *The Journal of Sexual Medicine*, *12*(6), 1415–1426.

Klin, A., & Lemish, D. (2008). Mental disorders stigma in the media: Review of studies on production, content, and influences. *Journal of health communication*, *13*(5), 434-449.

Kristlová, L. (2022). Perinatální duševní zdraví - Zpráva z konference. Practicus, 21(5), 34-35.

Kubrichtová (2022). - Zpráva z konference. Practicus, 21(5).

Lau, Francis & Kuziemsky, Craig. (2017). Handbook of eHealth Evaluation: An Evidence-based Approach.

Law, S., Ormel, I., Babinski, S., Plett, D., Dionne, E., Schwartz, H., & Rozmovits, L. (2021). Dread and solace: Talking about perinatal mental health. *International Journal of Mental Health Nursing*, *30*, 1376-1385.

Látalová, K., Kamarádová, D. & Praško, J. (2015). Suicidalita u psychických poruch. Grada.

Lee, H. J., Kim, S. M., & Kwon, J. Y. (2021). Repetitive transcranial magnetic stimulation treatment for peripartum depression: systematic review & meta-analysis. *BMC pregnancy and childbirth*, *21*, 1-13.

Letourneau, N. L., Dennis, C. L., Cosic, N., & Linder, J. (2017). The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. *Depression and anxiety*, *34*(10), 928-966.

Li, C., Sun, X., Li, Q., Sun, Q., Wu, B., & Duan, D. (2020). Role of psychotherapy on antenatal depression, anxiety, and maternal quality of life: A meta-analysis. *Medicine*, *99*(27), e20947.

Li, X., Fang, L., Guan, L., Zhang, J., Zheng, M., & Zhu, D. (2023). The effects of light therapy on depression and sleep in women during pregnancy or the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *Brain and Behavior*, *13*(12), e3339.

Lilja, G., Edhborg, M., & Nissen, E. (2012). 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*, *26*(2), 245–253.

Lin, P. Z., Xue, J. M., Yang, B., Li, M., & Cao, F. L. (2018). Effectiveness of self-help psychological interventions for treating and preventing postpartum depression: a meta-analysis. *Archives of women's mental health*, *21*, 491-503.

Lorenc, J., Pěč, O., Koblic, K., & Beránková, S. (2003). Krizová intervence a krizové služby. *Česká a slovenská psychiatrie*, *99* (Suppl 2), 27-30.

Lu, X., Yang, Z., Liu, F., Zhou, Y., Xu, Y., Zhuo, Y., ... & Gong, M. (2023). Effectiveness of non-pharmacological treatments for postpartum depression: an umbrella review protocol. *BMJ open*, *13*(1), e066395.

Mahdi, A., Dembinsky, M., Bristow, K., & Slade, P. (2019). Approaches to the prevention of postnatal depression and anxiety–a review of the literature. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *40*(4), 250-263.
Malina, A. (2013). Úvod do veřejného zdravotnictví pro nelékaře. Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví.

Martín-Gómez, C., Moreno-Peral, P., Bellón, J. A., Conejo-Cerón, S., Campos-Paino, H., Gómez-Gómez, I., ... & Motrico, E. (2022). Effectiveness of psychological interventions in preventing postpartum depression in non-depressed women: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychological Medicine*, *52*(6), 1001-1013.

Malm, H., Sourander, A., Gissler, M., Gyllenberg, D., Hinkka-Yli-Salomaki, S. Mckeague, I. W., ... Brown, A. S. (2015). Pregnancy Complications Following Prenatal Exposure to SSRIs or Maternal Psychiatric Disorders: Results From Population-Based National Register Data. *American Journal of Psychiatry*, *172*(12): 1224–1232.

Mareckova, K., Dickie, E., Calarco, N., Andryskova, L., Brazdil, M., & Nikolova, Y. (2022). P211. Long-Term Effects of Maternal Stress and Depression on Within-Network Functional Connectivity in Young Adult Offspring. *Biological Psychiatry*, *91*(9), S172.

Mareš (2013). Přehledové studie: jejich typologie, funkce a způsob vytváření. *Pedagogická orientace*, *23*(4), 427-454.

McAllister-Williams, R. H., Baldwin, D. S., Cantwell, R., Easter, A., Gilvarry, E., Glover, V., ... & Endorsed by the British Association for Psychopharmacology. (2017). British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. *Journal of Psychopharmacology*, *31*(5), 519-552.

Meaney, M. J. (2018). Perinatal maternal depressive symptoms as an issue for population health. *American Journal of Psychiatry*, *175*(11), 1084-1093.

Medical Tribune (26.10.2020). *Tři čtvrtiny žen na mateřské s příznaky duševní poruchy nevyhledají pomoc*. Tribune.cz. Přečteno 1.4., 2024, z https://www.tribune.cz/zdravotnictvi/tri-ctvrtiny-zen-na-materske-s-priznaky-dusevni-poruchy-nevyhledaji-pomoc/?articleNavigation=1&titleVolumeContent=1

Medical Tribune (6.12.2022). Duševní zdraví se z popelky stává prioritou. Tribune.cz. Přečteno 1.4., 2024, z https://www.tribune.cz/medicina/dusevni-zdravi-se-z-popelky-stava-prioritou/

Megnin-Viggars, O., Symington, I., Howard, L. M., & Pilling, S. (2015). Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(6), 745–759.

Mhango, W., Crowter, L., Michelson, D., & Gaysina, D. (2024). Psychoeducation as an active ingredient for interventions for perinatal depression and anxiety in youth: a mixed-method systematic literature review and lived experience synthesis. *BJPsych Open*, *10*(1), e10.

Milgrom, J., Gemmill, A.W., Bilszta, J.L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., et al. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*. *108*(1-2), 147–157.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2013). *Strategie reformy psychiatrické péče*, verze 1.0. MZČR.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2019). *Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030.*

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2021). *Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním.* Věstník MZČR 8/21.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2022). *Metodický pokyn pro poskytovatele zdravotních služeb k zavedení třístupňového modelu psychoterapie do praxe*. Věstník MZČR 13/22.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (28. 6. 2022). *Perinatal.Cz na cestě za systémovou péčí o duševní zdraví v mateřství*. Mzd.gov.cz. Přečteno 1.4., 2024, z https://mzd.gov.cz/perinatal-cz-na-ceste-za-systemovou-peci-o-dusevni-zdravi-v-materstvi/

Mohr (2022). Veřejné zdraví - Zpráva z konference. Practicus, 21(5).

Molyneaux, E., Howard, L. M., McGeown, H. R., Karia, A. M., & Trevillion, K. (2014). Antidepressant treatment for postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).

Muzik, M, & Hamilton, S. E. (2016). Use of Antidepressants During Pregnancy?: What to Consider when Weighing Treatment with Antidepressants Against Untreated Depression. *Maternal and Child Health Journal*, *20*(11), 2268–2279.

Národní ústav duševního zdraví. (2021). *Destigmatizační manuál*. NUDZ.

Nasreen, H.-E., Kabir, Z. N., Forsell, Y., & Edhborg, M. (2013). Impact of maternal depressive symptoms and infant temperament on early infant growth and motor development: results from a population based study in Bangladesh. *Journal of Affective Disorders*, *146*(2), 254–261.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2014). *Antenatal and Postnatal Mental Health: The NICE Guideline on Clinical Management and Service Guidance*. British Psychological Society.
National Collaborating Centre for Mental Health. The Perinatal Mental Health Care Pathways. Full implementation guidance. London: National Collaborating Centre for Mental Health. 2018.

O'Connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C., & O'Neill, S. M. (2017). Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, *96*(8), 907-920.

O'Connor, E., Rossom, R. C., Henninger, M., Groom, H. C., & Burda, B. U. (2016). Primary care screening for and treatment of depression in pregnant and postpartum women: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *Jama*, *315*(4), 388-406.

O'Hara, M. W. (2021). Peer-delivered psychotherapy for postpartum depression: has its time come?. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *83*(1), 37962.

O'Higgins, M., Roberts, I. S. J., Glover, V., & Taylor, A. (2013). Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(5), 381–389.

Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch.* Grada.

Olin, S. C. S., McCord, M., Stein, R. E., Kerker, B. D., Weiss, D., Hoagwood, K. E., & Horwitz, S. M. (2017). Beyond screening: a stepped care pathway for managing postpartum depression in pediatric settings. *Journal of Women's Health*, *26*(9), 966-975.

Ormel, J., Cuijpers, P., Jorm, A. F., & Schoevers, R. (2019). Prevention of depression will only succeed when it is structurally embedded and targets big determinants. *World Psychiatry : Official Journal of the World Psychiatric Association*, *18*(1), 111–112.

Owora, A. H., Hélène Carabin, Reese, J., & Garwe, T. (2016). Diagnostic performance of major depression disorder case-finding instruments used among mothers of young children in the United States: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, *201*, 185–193.

Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *Jama*, *303*(19), 1961-1969.

Pearson, R. M., Evans, J., Kounali, D., Lewis, G., Heron, J., Ramchandani, P. G., ... Stein, A. (2013). Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *JAMA Psychiatry*, *70*(12), 1312–1319.

Pettman, D., O'Mahen, H., Blomberg, O., Svanberg, A. S., von Essen, L., & Woodford, J. (2023). Effectiveness of cognitive behavioural therapy-based interventions for maternal perinatal depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, *23*(1), 208.

Pěč, O. (2019, 13. srpen). *Destigmatizace*. Dostupné z: https://www.psychiatrie.cz/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace

Pope, C. J., Xie, B., Sharma, V., & Campbell, M. K. (2013). A prospective study of thoughts of self-harm and suicidal ideation during the postpartum period in women with mood disorders. *Archives of Women's Mental Health*, *16*(6), 483–488.

Praško, J., Doubek, P., Látalová, K., Grambal, A., Kamarádová, D., & Ticháčková, A. (2011). Fototerapie-léčba jasným světlem. *Medicína pro praxi*, *8*(11), 472-478.

Preiss, M., & Kučerová, H., a kol. (2006). Neuropsychologie v psychiatrii. Grada. 235–265.

Přikryl, R., & Kašpárek, T. (2010). Hluboká mozková stimulace a její využití v léčbě deprese. *Česká a slovenská* psychiatrie, 106(3), 179 -182.

Pugnerová, M. a Kvitová, J. (2016). *Přehled poruch psychického* vývoje. Grada. 170–188.

Raboch, J., Pavlovský, P., a kol. (2012). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.

Radoš, S. N., Tadinac, M., & Herman, R. (2018). Anxiety during pregnancy and postpartum: course, predictors and comorbidity with postpartum depression. *Acta Clinica Croatica*, *57*(1), 39

Rafferty, J., Mattson, G., Earls, M. F., Yogman, M. W., Gambon, T. B., Lavin, A., ... & Committee On Psychosocial Aspects Of Child And Family Health. (2019). Incorporating recognition and management of perinatal depression into pediatric practice. *Pediatrics*, *143*(1).

Ratislavová. (2022). - Zpráva z konference. Practicus, 21(5).

Razurel, C., Kaiser, B., Sellenet, C., & Epiney, M. (2013). Relation between perceived stress, social support, and coping strategies and maternal well-being: a review of the literature. *Women & health*, *53*(1), 74-99.

Reay, R., Fisher, Y., Robertson, M., Adams, E., & Owen, C. (2006). Group interpersonal psychotherapy for postnatal depression: a pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, *9*(1), 31–39.

Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R., & Rennison, J. (2013). *Peer support workers: Theory and practice*. London: Centre for Mental Health.

Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *Journal of affective disorders*, *70*(3), 291-306.

Rock, M. M. (2019). A stepped-collaborative perinatal depression model. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, *25*(5), 376-384.

Rommel, A.-S., Bergink, V., Liu, X., Munk-Olsen, T., & Molenaar, N. M. (2020). Long-Term Effects of Intrauterine Exposure to Antidepressants on Physical, Neurodevelopmental, and Psychiatric Outcomes: *The Journal of Clinical Psychiatry*, *81*(3), 10661.

Rose, S., Dotters-Katz, S. K., & Kuller, J. A. (2020). Electroconvulsive Therapy in Pregnancy: Safety, Best Practices, and Barriers to Care. *Obstetrical & gynecological survey*, *75*(3), 199–203.

Royal College of Psychiatrists. (2021). College Report CR232: Perinatal mental health services: Recommendations for the provision of services for childbearing women.

Sakina, R., Khan, S. E., & Chaudhry, A. G. (2022). Stigma of postpartum depression: The role of lady health workers in health care—A qualitative study. *Health Care for Women International*, *43*(9), 1095-1104.

Saks, M. (2020). Introduction: Support workers and the health professions. In *Support Workers and the Health Professions in International Perspective* (pp. 1-14). Policy Press.

Seligman, M. E. (2011). *Flourish: A visionary new understanding of happiness and well-being*. Simon and Schuster.

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health (London, England)*, *15*.

Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy. 2. vyd.* Maxdorf.

Snellen, M., Power, J., Blankley, G., & Galbally, M. (2016). Pharmacological lactation suppression with D2 receptor agonists and risk of postpartum psychosis: A systematic review. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *56*(4), 336-340.

Sobotková, D. (2019). Perinatální deprese: současné poznatky o mechanismech jejího působení na vývoj dítěte. *Československá psychologie*, 63(3), 299-311.

Sockol, L. E. (2018). *A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. Journal of Affective Disorders, 232, 316–328.*

Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2011). *A meta-analysis of treatments for perinatal depression. Clinical Psychology Review, 31(5), 839–849.*
Sogunle, P. T., & Sogunle, E. O. (2022). Traditional literature review versus systematic literature review in the context of evidence–based medicine. Nigerian Journal of Family Practice, 13(1), 1-3.

Steardo Jr, L., Caivano, V., Sampogna, G., Di Cerbo, A., Fico, G., Zinno, F., ... & Fiorillo, A. (2019). Psychoeducational intervention for perinatal depression: study protocol of a randomized controlled trial. *Frontiers in Psychiatry*, *10*, 55.

Stephenson, L. A., Macdonald, A. J., Seneviratne, G., Waites, F., & Pawlby, S. (2018). Mother and baby units matter: improved outcomes for both. *BJPsych Open*, *4*(3), 119-125.

Stern, G., & Kruckman, L. (1983). *Multi-disciplinary perspectives on post-partum depression: An anthropological critique. Social Science & Medicine, 17(15), 1027–1041.*

Stratford, A. C., Halpin, M., Phillips, K., Skerritt, F., Beales, A., Cheng, V., ... & Davidson, L. (2019). The growth of peer support: an international charter. *Journal of mental health*.

Stuart-Parrigon, K., & Stuart, S. (2014). Perinatal depression: an update and overview. *Current psychiatry reports*, *16*(9), 468.

Svoboda, M., (Ed.), Češková, E., & Kučerová, H. (2012). *Psychopatologie a psychiatrie*. Portál.

Světlák M., Suchý A., Slezáčková A., Šumec R., Cacková H., Malatincová T. , Kerberová M., Soukupová M., Komenda M. Průvodce duševním zdravím. Národní zdravotnický informační portál [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023.

Šebela, A., Hanka, J., Goetz, M., & Mohr, P. (2017). Psychofarmaka během těhotenství-mírní, nebo zvyšují riziko pro plod? Část první: antidepresiva, antipsychotika. *Pediatrie pro praxi*, *18*(5).

Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2018). Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. *Česká gynekologie*, *83*(6), 468-473.

Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2018). Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese. *Česká gynekologie*, *83*(6), 474-478.

Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2019). Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie Část I: deprese, úzkostné poruchy, poruchy spánku a ADHD. *Psychiatrie pro praxi*, *20*(1), 21-25.

Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2019). Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie Část II: psychotické poruchy a bipolární afektivní porucha. *Psychiatrie pro praxi*, *20*(2), 82-85.

Šebela, A., Martan, S., Kubrichtová, V., Hanka, J., & Mohr, P. (2019). Prevence perinatálních duševních poruch: současná situace ve světě a v České republice. *Gynekologie a porodnictví*, *3*(3), 1-4.

Švancer (2023). Léčiva - Zpráva z konference. Practicus, 2(2).

Takács, L., Smolík, F., Mlíková Seidlerová, J., Čepický, P., & Hoskovcová, S. (2016). Poporodní blues–česká adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire “. *Česká gynekologie*, *81*(5), 355-368.

Takács, L., Sobotková, D., Šulová, L. a kolektiv (2015). *Psychologie v perinatální péči. Praktické otázky a náročné situace.* Grada. 75–101.

Tandon, S. D., Johnson, J. K., Diebold, A., Segovia, M., Gollan, J. K., Degillio, A., ... & Ciolino, J. D. (2021). Comparing the effectiveness of home visiting paraprofessionals and mental health professionals delivering a postpartum depression preventive intervention: a cluster-randomized non-inferiority clinical trial. *Archives of Women's Mental Health*, *24*, 629-640.

Thornicroft, G., & Patel, V. (2014). Including mental health among the new sustainable development goals. *Bmj*, *349*.

Uguz, F. (2021). A new safety scoring system for the use of psychotropic drugs during lactation. *American Journal of Therapeutics*, *28*(1), e118-e126.

Uhrová, T., Roth, J. a kolektiv (2020). *Neuropsychiatrie. Klinický průvodce pro ambulantní i nemocniční praxi.* Maxdorf. 409–418.

Ustohal, M. B. L. (2010). Repetitivní transkraniální magnetická stimulace v léčbě deprese. *Psychiatria pre praxi*, *11*(5-6), 173-177.

Úřad vlády České republiky. (2020). Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030. MZČR.

Úřad vlády České republiky. (2022). *Vstupní přehled návrhu vycházejícího z expertizy Pracovní skupiny k porodnictví*. Uv.gov.cz. Přečteno 1.4.2024, z https://uv.gov.cz/assets/ppov/rovne-prilezitosti-zen-a-muzu/Aktuality/3_Hradecka_vstupni-prehled-navrhu-Strategie-rozvoje-respektujici-pece-o-matku-a-dite.pdf

Úsměv mámy (2022). *Výroční zpráva 2022*. Usmevmamy.cz. Přečteno 1.4.2024, z https://www.usmevmamy.cz/wp-content/uploads/2023/11/Vyrocni_zprava_2022_Usmev_mamy-5.pdf

Van Horne, B. S., Nong, Y. H., Cain, C. M., Sampson, M., Greeley, C. S., & Puryear, L. (2022). A promising new model of care for postpartum depression: A randomised controlled trial of a brief home visitation program conducted in Houston, Texas, USA. *Health & Social Care in the Community*, *30*(5), e2203-e2213.

van Straten, A., Hill, J., Richards, D. A., & Cuijpers, P. (2015). Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, *45*(2), 231-246.

Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál. 369–397.
Vavřinková, B. (2020). Psychiatrická onemocnění v souvislosti s těhotenstvím. In: *Nemoci v těhotenství a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. 229–234.

Viguera, A. C., Whitfield, T., Baldessarini, R. J., Newport, D. J., Stowe, Z., Reminick, A., ... & Cohen, L. S. (2007). Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *American Journal of Psychiatry*, *164*(12), 1817-1824.

Vliegen, N., Casalin, S., Luyten, P., Docx, R., Lenaerts, M., Tang, E., & Kempke, S. (2013). Hospitalization-based treatment for postpartum depressed mothers and their babies: rationale, principles, and preliminary follow-up data. *Psychiatry*, *76*(2), 150–168.

Vodáčková, D. a kol. (2012). *Krizová intervence: Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb*. Portál.

Vyhláška č. 271/2012 Sb o stanovení seznamu nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, obsahu lékařských prohlídek a náležitostech lékařského posudku.

Walker, M. J., Davis, C., Al-Sahab, B., & Tamim, H. (2013). Reported maternal postpartum depression and risk of childhood psychopathology. *Maternal and Child Health Journal*, *17*(5), 907–917.

Valverde, N., Mollejo, E., Legarra, L., & Gómez-Gutiérrez, M. (2023). Psychodynamic Psychotherapy for Postpartum Depression: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, *27*(7), 1156-1164.

Walker, A. L., Witteveen, A. B., Otten, R. H., Verhoeven, C. J., Henrichs, J., & De Jonge, A. (2022). Resilience-enhancing interventions for antepartum depressive symptoms: systematic review. *BJPsych Open*, *8*(3), e89.

Ward, H. B., Fromson, J. A., Cooper, J. J., De Oliveira, G., & Almeida, M. (2018). Recommendations for the use of ECT in pregnancy: literature review and proposed clinical protocol. *Archives of women's mental health*, *21*(6), 715–722.

Watson, E. (2019). What is peer support? History, evidence and values. *Peer support in mental health*, 6-24.

Waqas, A., Zafar, S. W., Meraj, H., Tariq, M., Naveed, S., Fatima, B., ... Rahman, A. (2022). Prevention of common mental disorders among women in the perinatal period: a critical mixed-methods review and meta-analysis. *Global Mental Health*, 1–16.

Webb, R., Ayers, S., & Shakespeare, J. (2022). Improving accessing to perinatal mental health care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *40*(5), 435-438.

Weobong, B., ten Asbroek, A. H. A., Soremekun, S., Gram, L., Amenga-Etego, S., Danso, S., ... Kirkwood, B. R. (2015). Association between probable postnatal depression and increased infant mortality and morbidity: findings from the DON population-based cohort study in rural Ghana. *BMJ Open*, *5*(8), e006509.
Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., Bankovská Motlová, L. (2014). Stigmatizující jednání vůči duševně nemocným v Česku a Anglii: dotazníkové šetření na reprezentativním vzorku populace. *Psychiatrie*, 18 (2), 54–59 .

Wong, O., Nguyen, T., Thomas, N., Thomson-Salo, F., Handrinos, D., & Judd, F. (2016). Perinatal mental health: Fathers–the (mostly) forgotten parent. *Asia-Pacific Psychiatry*, *8*(4), 247-255.

Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of affective disorders*, *219*, 86-92.

World Health Organization. (2001). The World Health Report 2001: Mental health: new understanding, new hope.

World Health Organization. (2004). Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report.

World Health Organization. (2005). *Mental Health Atlas 2005.* WHO.

World Health Organization. (2014). *MKN–10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize.* WHO.

World Health Organization. (2015). *Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression, WHO generic field-trial version 1.0, 2015* (No. WHO/MSD/MER/15.1). World Health Organization.

World Health Organization. (2020). Screening programmes: a short guide. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330829/9789289054782-eng.pdf.

World Health Organization. (2022). *Guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services*. World Health Organization.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů.

Zemanová. (2023). Trauma - Zpráva z konference. Practicus, 2(2).

https://www.akpcr.cz/

https://czap.cz/

https://www.england.nhs.uk/mental-health/perinatal/

https://hedepy.cz/

https://marcesociety.com/

https://maternalmentalhealthalliance.org/

https://www.mmhla.org/

https://narovinu.net/

https://nepanikar.eu/

https://panda.org.au

https://pandasfoundation.org.uk/

https://play.google.com/store/apps/details?id=il.co.inmanage.actograph&hl=cs&pli=1

https://rethink.progress.im/en

https://www.kogito.cz/

https://www.nichd.nih.gov/ncmhep/initiatives/moms-mental-health-matters/moms

https://www.nzip.cz/

https://www.opatruj.se/

https://www.perinatal.cz/

https://www.postpartum.net/

https://www.rcpsych.ac.uk/

https://www.terapie.cz/

https://www.usmevmamy.cz/

Seznam zkratek

Zkratka	Její význam
AAP	American Academy of Pediatrics
ACOG	Americká gynekologicko–porodnická společnost
APA	Americká psychologická asociace
APGAR	Skóre podle Apgarové
APNI	Association for Post–Natal Illness
BAI	Beck Anxiety Inventory
CBT	Cognitive behavioral therapy
CCM	Collaborative Care Model
CDC	Centre for Disease Control and Prevention
CDZ	Centrum duševního zdraví
DALYs	Disability–adjusted life years
DAPD	Dotazník antenatální a postnatální deprese
DSM-5	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
DTI	Difuzní senzorové zobrazování
EPDS	Edinburská škála poporodní deprese
fMRI	Funkční magnetická rezonance
GAD-2	Generalized Anxiety Disorder 2–item
HDRS	Hamiltonova škála pro hodnocení deprese
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems
KBT	kognitivně–behaviorální terapie
MADRS	Montgomery–Asbergova škála pro hodnocení deprese
MARCE	International Marcé Society for Perinatal Mental Health
MBQ	Dotazník poporodního blues
MBU	Mother–baby units, Zařízení pro matky s dětmi
MINI5	Mezinárodní neuropsychiatrické interview
MKN-10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
MMF	Mezinárodní měnový fond
MMHLA	Maternal Mental Health Leadership Alliance
MPI	Multidisciplinary Psychosocial Interventions
MRS	Magneticko–rezonanční spektroskopie
NCCMH	National Collaborating Centre for Mental Health
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
OSN	Organizace spojených národů
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale
PET	Pozitronová emisní tomografie
PPD	Poporodní deprese
PRIME MD2	Screeningový nástroj na depresi
PSI	Postpartum Support International
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
QoL	Quality of Life
RCPSYCH	Royal College of Psychiatrists

USPSTF	United States Preventive Services Taskforce
WHO	Světová zdravotnická organizace

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Tereza Lindovská
Studijní program: Psychologie

Název práce: Zdravotní a psychosociální péče o ženy s perinatální depresí v České republice v roce 2023: tradiční (narativní) přehledová studie
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Alena Pikhartová, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2024

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)
Přímé citace: 250
Ostatní text: 281332
Celkový počet znaků: 281582