

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNÍCKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Zuzana Filipová

**Popôrodná depresia a psychický stav ženy
v tehotenstve a po pôrode**

Bakalárska práca

Vedúca práce: Mgr. Radka Kozáková

Olomouc 2022

ANOTÁCIA

BAKALÁRSKA PRÁCA

Názov práce v SJ: Popôrodná depresia a psychický stav ženy v tehotenstve a po pôrode

Názov práce v AJ: Postpartum depression and mental state of a woman during pregnancy and after childbirth

Dátum zadania: 30.11.2021

Dátum odovzdávania: 28.4.2022

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotníckych vied
Ústav porodní asistence

Autor práce: Zuzana Filipová

Vedúca práce: Mgr. Radka Kozáková

Oponent práce: Mgr. Šárka Vévodová, PhD.

Abstrakt v SJ:

Predložená záverečná bakalárska práca sa zaoberá problematikou psychických stavov u žien v období šestonedelia, ktoré môžu prejsť až do patológie. Práca sa obšírne venuje popisu vybraných porúch psychiky ženy v šestonedelí, pričom je popisovaná aj diagnostika, prejavy a liečba. V prvej kapitole našej bakalárskej práce sa zaoberáme historickými poznatkami o popôrodnej depresii. Druhá kapitola je venovaná popôrodným duševným poruchám, ich charakteristike, prvým príznakom, diagnostike, možnostiam liečby a ich prevencii vzniku. Nasledujúca – tretia kapitola rozoberá a definuje popôrodnú depresiu podľa klasifikácie MKCH, pričom zahŕňa aj delenie i popis konkrétnych duševných porúch. Vo štvrtej – záverečnej kapitole bakalárskej práce popisujeme starostlivosť o psychiku ženy (šestonedielky) z pohľadu pôrodnej asistentky.

Abstrakt v AJ:

The presented final bachelor thesis deals with the issue of mental states in women during the six-week period, which can progress to pathology. The work deals extensively with the description of selected disorders of the woman's psyche in the six-week period, while the diagnosis, manifestations and treatment are also described. In the first chapter of our bachelor thesis we deal with historical knowledge about postpartum depression. The second chapter is devoted to postpartum mental disorders, their characteristics, first

symptoms, diagnosis, treatment options and their prevention. The following - third chapter analyzes and defines postpartum depression according to the MKCH classification, including both the classification and the description of specific mental disorders. In the fourth - final chapter of the bachelor thesis we describe the care of the psyche of a woman (six - year - old) from the point of view of a midwife.

Kľúčové slová v SJ:

šestonedelie, psychika ženy, stres, depresia, prežívanie, správanie, popôrodné blues, popôrodná psychóza, popôrodná depresia

Kľúčové slová v AJ:

puerperium, psyche of woman, stress, depression, survival, behavior, postpartum blues, postpartum psychosis, postpartum depression

Rozsah: 40 strán + 2 prílohy

Prehlásenie

Čestne prehlasujem, že som svoju bakalársku prácu spracovala samostatne len s použitím bibliografických a elektronických zdrojov, ktoré uvádzam v zozname použitej literatúry.

Olomouc, 28.4.2022

Zuzana Filipová

Pod'akovanie

Ďakujem Mgr. Radke Kozákovej za odborné vedenie bakalárskej práce, poskytnutie cenných rád, podporu a trpezlivosť. Pod'akovanie patrí aj môjmu manželovi, deťom, mojim rodičom a priateľom za trojročnú trpezlivosť, podporu a možnosť študovať.

Obsah

ANOTÁCIA.....	2
PREDHOVOR.....	7
ÚVOD.....	8
1 HISTORICKÉ POZNATKY O POPÔRODNEJ DEPRESII.....	11
2 POPÔRODNÉ DUŠEVNÉ PORUCHY.....	12
2.1 Charakteristika duševných porúch.....	12
2.2 Etiológia vzniku duševných porúch.....	13
2.3 Delenie rizikových faktorov.....	14
2.4 Prvé príznaky popôrodnej depresie.....	17
2.5 Diagnostika ochorenia popôrodnej depresie.....	18
2.5.1 Edinburská škála popôrodnej depresie.....	19
2.5.2 Postpartum bonding questionnaire.....	19
2.6 Možnosti terapie.....	19
2.6.1 Farmakoterapia.....	20
2.6.2 Elektrokonvulzívna liečba.....	21
2.6.3 Psychoterapia.....	21
2.7 Prevencia vzniku popôrodnej depresie.....	21
3 DELENIE POPÔRODNEJ DEPRESIE PODĽA MKCH.....	22
3.1 Delenie popôrodnej depresie – 4 kategórie.....	22
3.2 Delenie psychických porúch.....	23
3.2.1 Popôrodné blues.....	24
3.2.2 Popôrodná depresia.....	26
3.2.3 Popôrodná psychóza.....	27
3.2.4 Posttraumatická stresová porucha.....	29
4 STAROSTLIVOSŤ O PSYCHIKU ŽENY V OBDOBÍ ŠESTONEDELIA Z POHĽADU PORODNEJ ASISTENTKY.....	31
ODPORÚČANIA PRE PRAX.....	33
ZÁVER.....	34
ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV.....	35
PRÍLOHY.....	40

PREDHOVOR

Popôrodná depresia je známa tiež ako postnatálna depresia. Vyskytuje sa u matiek najmä v prvom mesiaci po pôrode. Zriedkavo sa však vyskytuje aj po uplynutí prvého mesiaca po pôrode.

Etiológia popôrodnej alebo postnatálnej depresie je rôznorodá. Pre mnohých etiológia tohto ochorenia ostáva naďalej veľmi nejasná. Už v dávnej minulosti ešte za čias Hippokrata to znamená cca 400 rokov p. n. l. Práve v tomto období boli u žien zaznamenávané prvé príznaky depresie ktoré spájal Hippokrates, takpovediac pošvovým výtokom, kedy vznikla jeho hypotéza, že práve pošvový výtok má za následok popôrodnú depresiú a to v takom zmysle, že ak bol pošvový výtok alebo tekutina pri pôrode potláčaný, mohol prúdiť do hlavy, ktorý následne u rodičky dokázal vyústiť až do agitácie, mánie, útokov až do delíria (Mustafa, 2016).

K napísaniu bakalárskej práce na tému Posudzovanie psychosociálnych aspektov v súvislosti s prežívaním a správaním sa žien v období šestonedelia ma inšpirovali prípady na oddeleniach, s ktorými sa takpovediac stretávam dennodenne. Sama ako sestra som absolvovala niekoľko kurzov a prednášok ohľadom špeciálnej psychiatrie, ale absolvovala som aj kurzy, ktoré sa týkali prevencie vzniku popôrodnej depresie, ale aj školenia v oblasti dojčenia. V praxi sa stretávam nie vždy s prívetivým prístupom personálu, čo podľa môjho názoru do značnej miery ovplyvňuje rozvoj popôrodnej depresie.

ÚVOD

Môžeme konštatovať, že samotné obdobie tehotenstva ale aj obdobie po pôrode sú pre jednu ženu veľmi náročným obdobím. Obdobie, ktoré je úzko spojené s obdobím po pôrode nesie so sebou ne jeden psychický problém. Toto obdobie môže byť náchylnejšie na rôzne druhy psychických porúch, medzi ktoré radíme aj popôrodnú depresiu.

Samotná diagnóza depresia je čoraz rozšírenejšia ako celosvetovo tak aj u nás doma. V súčasnosti postihuje 12 % - 20% z celkovej populácie a práve táto diagnóza má za následok aj pracovné znevýhodnenie tejto skupiny ľudí.

Ak by sme sa chceli pozrieť na to, ktoré pohlavie postihuje depresívny syndróm viacej prišli sme na fakt, že pravdepodobnosť vzniku depresie je u žien 2x vyššia ako u mužov, ženy počas depresívneho obdobia prechádzajú oveľa závažnejšími príznakmi ako muži a tým pádom majú aj komorbidnú úzkosť. Hlavnú úlohu tu zohráva najmä reprodukčný vek, nakoľko hormóny a samotný reprodukčný dej zohrávajú dosť veľkú úlohu v etiológii depresie (Brummelte a Galea , 2010).

O tom ako sa mení psychika ženy počas tehotenstva, ale aj aké psychické zmeny môžu nastať počas pôrodu a asi do jedného roka po pôrode by mala byť každá žena včas informovaná. Edukácia je jedna z najlepších spôsobov ako sa by sa mohlo predchádzať rôznym psychickým poruchám počas tehotenstva ale aj po pôrode. Gynekológ pri fyziologickej gravidite je jediným lekárom, ktorého ženy počas tehotenstva navštevujú. Práve on by mal tým lekárom, ktorý by mal pacientku – budúcu matku edukovať o možných psychických problémoch. Mal by si osvojiť rôzne screeningové metódy a mal by poznať duševný stav svojej pacientky pred tehotenstvom, počas tehotenstva ale aj po samotnom pôrode.

Bakalárska práca pozostáva zo štyroch teoretických častí. V prvej kapitole našej bakalárskej práce sa zaoberáme historickými poznatkami o popôrodnej depresii. Druhá kapitola je venovaná popôrodných duševným poruchám, ich charakteristike, prvým príznakom, diagnostike, možnostiam liečby a ich prevencii vzniku. Nasledujúca – tretia kapitola rozoberá a definuje popôrodnú depresiu podľa klasifikácie MKCH, pričom zahŕňa aj delenie i popis konkrétnych duševných porúch. Vo štvrtej – záverečnej kapitole bakalárskej práce popisujeme starostlivosť o psychiku ženy (šestonedielky) z pohľadu pôrodnej asistentky.

Hlavným cieľom predloženej záverečnej práce bolo vyhľadať čo najviac odbornej literatúry na predkladanú problematiku, čím by sme dospeli k naštudovaniu dostatočného množstva literárnych zdrojov, čo by následne viedlo k vytvoreniu tzv. prehľadu danej tematiky. Ako primárny problém sme si stanovili otázku: *Aké boli do terajšej doby odpublikované štúdie o popôrodných depresiách a ich vplyv na psychický stav ženy v období tehotenstva a šestonedelia?*

Základné bibliografické vstupné zdroje sú:

- LAIFER, G. 2004. Úvod do pôrodnického a pedagogického ošetrovateľstva.1. vydanie. Praha: Grada,2004. 289 s. ISBN 80-247-0668-7
- MORAUČÍKOVÁ, E. 2009. Faktory determinujúce psychiku ženy v popôrodnom období. In Prenatálne dieťa: slovenský časopis prenatálnej a preinatólnej medicíny, psychológie a sociálnych vied. ISSN 1336-183X, ročník 2, číslo 2, s. 84-87.
- RASTISLAVOVÁ, K. (2008). Psychologie pozdního šestinedělí. Moderní babictví, 16. (online) (cit. 10.4.2022) Dostupné na: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=6>
- ROSENFELD, A.I. 2011. New research on Postpartum depression. 1. vydanie. Copyright Publishers, 2011. 180 s. ISBN 101-60021-284-0
- ROZTOČIL, A. a kol. 2008. Psychiatrická onemocnění v těhotenství. 1. Vydanie. Praha: Grada, 2008. 241 s. ISBN 978-80-247-1941-2
- SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2011. Ošetrovateľský proces u klientky v šestinedělí. 1. vydanie. Praha: Grada, 2011.229-231 s. ISBN 978-80-247-3373-9

Okrem spomínaných knižných zdrojov uvedených v zozname bibliografických odkazov sme na vyhľadávanie zdrojov blízkyh našej téme využili aj:

- databázu MEDLINE, PSYCHINFO, SCIENCE
- internetové vyhľadávače (Google Scholar, Google.cz, Google.sk)
- zdroje v odborných časopisoch:
 - Health Care for Women International ISSN: 1096-4665
 - International Journal of Childbirth Education ISSN: 0887-8625
 - Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing ISSN: 1552-6909
 - The British Journal of Psychiatry ISSN: ISSN 1472-1465
 - The Journal of Midwifery & Women's Health ISSN: 1542-2011

Využitú vyhľadávacie a kľúčové slová: *šestonedelie, psychika ženy, stres, depresia, prežívanie, správanie, popôrodné blues, popôrodná psychóza, popôrodná depresia.*

1 HISTORICKÉ POZNATKY O POPÔRODNEJ DEPRESII

„Popôrodnou depresiou sa nazýva malá alebo veľká depresívna epizóda bez psychotických symptómov, ktorá sa objaví po pôrode (Gavin *akol.*, 2005). Popôrodná depresia sa objavuje zväčša do šiestich týždňov po pôrode ale niektoré literatúry uvádzajú že sa objavuje aj do jedného roka po pôrode (Apa, 2013., WHO, 2018).

Je známe, že už z dávnejších čias je predmetom záujmu skúmania pôsobenie tehotenstva a pôrodu, ktoré by mohli mať vplyv na zrod dušených (psychických) porúch. Najprv sa stálo za názorom, že samotné tehotenstvo je ochranou pred psychickými poruchami. V súčasnosti sa však tento názor už vytratil a ukázalo sa, že v priebehu tehotenstva je výskyt úzkostných psychických porúch a príznakov depresie častejší, pričom obdobie po pôrode predstavuje vysoké riziko pre vznik a relaps rôznych psychóz (Čerňanová, 2009).

V období staroveku bola depresia popisovaná, ale aj uznávaná ako bežná choroba. Veľa rôznych náboženských a mytologických spisov opisuje chápanie depresie, ktoré je podobné tomu nášmu – dnešnému. Veľké množstvo depresívnych príznakov opisovali už lekári zo starovekého Ríma a Grécka, pričom využívali termín mánia alebo melanchólia. Samotný pojem melanchólia popísal aj sám Hippokrates, ktorý ju označil ako strom jedla, malomysel'nosti, nespavosti, dráždivosti a nepokoja (Khandelwal a kol., 2001). Galén v roku 131-201 nášho letopočtu opísal melanchóliu ako poruchu, ktorá sa prejavuje hlavne sklesnutou náladou, nespokojnosťou so životom, strachom a nenávisťou k ľuďom (Khandelwal a kol., 2001).

Už v období Hippokrata boli zaznamenaná prvé záznamy o výskyte popôrodnej depresie. Zaznamenané boli už v prvých dostupných literárnych článkoch. Prvý záznam sa datuje do obdobia 400 rokov p.n.l. Vyskytovali sa u žien po pôrode poruchy nálady. Hippokrates bol názoru, že pošvový výtok, ktorý bol vylučovaný po pôrode a bol následne potláčaný z nejakých príčin a začal prúdiť akoby z maternice do hlavy mal za následok delírium, útoky a manické stavy novopečených matiek (Mustafa, 2016).

Trináste storočie nášho letopočtu však prinieslo úplne nový názor a to názor lekára zo Salerna, ktorý tvrdil, že maternica je po pôrode veľmi mokrá (Mustafa, 2016). Tento jav sa neskôr popisoval ako tzv „melancholické vraždenie (Brockington, 2004).

Deväťnásťte storočie bolo charakteritické tým, že prinieslo prvé poznatky o popôrodných psychiatrických ochoreniach, ktoré sa rozdelili na laktačné a na puerperálne. Ich objaviteľom bol Jean Etienne Esquirol (Kendell et al., 1987).

Dvadsiate storočie prinieslo objavenie troch smerov myslenia, kde boli popísané popôrodné depresie, ktorých autorom bol Dr. James Hamilton v jeho knihe „Postpartum psychiatrie problems“ (Mustafa, 2016).

Až do roku 1948 bola samotná medzinárodná klasifikácia psychiatrických chorôb zameraná hlavne na príčiny úmrtia. Až po období druhej svetovej vojny prikázala svetová zdravotnícka organizácia (WHO) určitej pracovnej skupine, aby popracovali a vyhlásili novú verziu Medzinárodnej klasifikácie chorôb (Khandelwal a kol., 2001). V klasifikácii MKCH – 6 sa po prvý raz objavuje skupina porúch s pomenovaním Duševné psychoneurotické a osobnostné poruchy, pričom sa medzi nim objavila aj samotná depresia. (Pečeňák, 2014).

2 POPÔRODNÉ DUŠEVNÉ PORUCHY

Samotné obdobie tehotenstva, ale aj obdobie po ňom – šestonedelie, sa spája s výraznými zmenami na fyzickej, ale aj emocionálnej stránke. Všetky zmeny fyzické a psychické sú typické duševnými prejavmi (Camp,2013).

2.1 Charakteristika duševných porúch

Klasifikácia psychických porúch v tehotenstve až po obdobie prvého roku po pôrode nie je v žiadnej odbornej literatúre rovnaká. Z hľadiska etiológie je možné klasifikovať duševné poruchy typické pre konkrétne obdobie, na organické, psychogénne a endogénne poruchy.

Organické	Psychogénne	Endogénne
Post-eklamptické	Tokofóbia	Popôrodná depresia
Infekčné	Reaktívna depresia	Popôrodná psychóza
Cievne	po potrate/pôrode mŕtveho dieťaťa	Endogénna afektívna porucha
Iné	iné	Iné

Obrázok 1 Klasifikácia porúch v tehotenstve a po pôrode (Jedličková,2008)

2.2 Etiológia vzniku duševných porúch

Ako sme už vyššie spomenuli popôrodná depresia patrí medzi závažné psychiatrické ochorenia. Sú celosvetovo veľmi náročné na diagnostikovanie. Etiológia tohto ochorenia zahŕňa v sebe multifaktoriálnu etiológiu, do ktorej patria biologické faktory a aj psychosociálne stresory, ale napriek všetkému samotná špecifická etiológia ostáva nejasná (Brummelte a Galea,). Za dôležité sa považuje včasná diagnostika popôrodnej depresie nakoľko negatívne vplýva na emocionálny, kognitívny a na behaviorálny vývoj dieťaťa (Payne a Maguire, 2019).

Popôrodná depresia je zvláštna predovšetkým pre to, lebo nadväzuje na nižšie spomínaný baby blues, ktorý akýsi začiatok depresívneho stavu u rodičiek. Popôrodná depresia sa nevyskytuje len u pacientiek alebo rodičiek po pôrode, ale vyskytuje aj pacientiek rodičiek, ktoré ukončili umelo svoje tehotenstvo. Najdôležitejším obdobím kedy sa vystupňujú príznaky popôrodnej depresie, je práve obdobie kedy sa mamička vracia do domáceho prostredia a musí sa ako o dieťaťko tak aj o domácnosť postarať sama. Zvláštnosťou však je, že popôrodná depresia často ostáva neodhalená. Niektorí autori a publikácie radia popôrodnú depresiú k takým psychickým poruchám, ktoré vznikajú už počas tehotenstva, následne sa príznaky stupňujú v popôrodnom období a spolu dostávajú názov ako perinatálna depresia. Ak však chceme nahliadnuť do zdravotnej alebo ošetrovateľskej starostlivosti nemali by sme zabúdať na to, že personál, ktorí sa stará o rodičku by mal myslieť na výskyt popôrodnej depresie u každej jednej rodičky ktorá je v období šestonedelia. Na mieste je teda pátrať po príčinách, ale aj po príznakoch popôrodných psychických poruchách (Izáková et al., 2015).

Dôležité, ale možno zriedkavé je dbať aj na psychiku otcov. Podľa štúdií až u 10% mužov, ktorí vstupujú do novej role otca, sa rozvinie depresia. Je to až dvojnásobne vyššie riziko až nebezpečenstvo v tomto období, ako za bežných okolností v živote (Paulson et al., 2010). Rizikové faktory popôrodnej depresie si môžeme rozdeliť do niekoľkých skupín: biologické faktory, endokrinné faktory, poruchy neurotransmitérov, ale aj na psychosociálne faktory.

V anamnestických údajoch môžeme pátrať po histórii psychických porúch jedná sa hlavne o výskyt depresie pred tehotenstvom, ale aj o výskyt depresie v rodine ženy u ktorých bol výskyt depresívne epizódy pred tehotenstvom majú podľa štúdií o 30% vyššie riziko vzniku popôrodnej depresie, kde najvyššie riziko vývoja sa považuje

v prvých šiestich týždňoch po pôrode. Dokázané boli aj spojitosti medzi rodinným výskytom depresie a vývojom popôrodnej depresie (Lau et al., 218).

Existujú však ženy, ktoré trpia závažným predmenštruačným syndrómom, kde sa náchylnosť na psychické poruchy manifestujú do oblasti hormonálnych zmien. Mení sa nich hladina transportného systému serotonínu. Ten je spojený s prítomnosťou depresívnych príznakov čo vedie k vyčerpaniu tryptofánu a následne indukciu popôrodnej depresie (Šebela et al., 2019).

Ďalšou významnou skupinou žien, u ktorých vzniká riziko popôrodnej depresie, sú ženy, ktoré užívali rôzne farmaká v dôsledku psychických porúch alebo depresie už pred tehotenstvom. Ak mali vysadené lieky – rôzne druhy antidepresív, ktoré by mohli poškodiť plod, riziko vzniku popôrodnej depresie, u nich tiež niekoľkonásobne stúpa. Ohrozené sú najmä však tie pacientky, u ktorých sú pridružené ešte niektoré druhy rizikových faktorov (Kimmelet et al., 2015).

2.3 Delenie rizikových faktorov

Pôrod sám o sebe, či už operačný alebo spontánny, znamená pre rodičku veľkú námahu a náročnosť. Popôrodné obdobie – obdobie šestonedelia je obdobím, kedy sa ženský organizmus snaží vrátiť do pôvodného stavu. Okrem toho, že v organizme ženy dochádza na uteru k jeho involúcii, tak súčasne v tomto období dochádza aj k zmenám v hormonálnych hladinách. Je dôležité opomenúť aj ten fakt, že na šestonedielku vplyva kopa stresových faktorov vplývajúcich na jej psychiku. Práve tento vplyv má za následok rozvoj rôznych popôrodných porúch psychiky (Böhmová, Šebanová, 2003).

Ak by sme si to chceli zhrnúť mohli by sme povedať, že pôrod patrí u žien medzi fyziologické procesy v jej živote. Ak sa u ženy vyskytne duševná porucha počas tehotenstva, do ktorej spadá aj depresia, tak je to silným prediktorom na výskyt popôrodnej depresie (Lancaster et al., 2010). Všetky ženy sú počas tehotenstva náchylné na rôzne hormonálne poruchy. U žien sa často okrem depresií vyskytujú aj stavy kedy, žena odmieta dieťa, odmieta pohlavie dieťaťa, alebo po celý čas svojho tehotenstva mala negatívny postoj k tehotenstvu. Predovšetkým nízka sebaúcta ohľadom novej role ako je materstvo a neprijatie dieťaťa sú faktormi, ktoré do značnej miery prispievajú k rozvoju ťažkej popôrodnej depresie (Leigh, Milgrom, 2008). V roku 2013 sa realizovala štúdia, kde bolo zaradených 86 tehotných žien do 6 týždňov po pôrode. Boli to ženy prvorodičky, ale aj ženy, ktoré mali dve alebo jedno dieťa ešte doma. Výsledkom štúdie bolo zistenie, že u

žien, ktoré majú viac detí, bol výskyt popôrodnej depresie niekoľko násobne vyšší, než u žien prvorodičiek (Mathisen et al. 2013). Psychosociálne podmienky matky – rodičky sú dôležitým obdobím pre vznik popôrodnej depresie (Ghaedrahmati et al. 2017).

Samotné rizikové, ktoré majú podiel na vývoji popôrodných psychických porúch, je možné rozdeliť do viacerých kategórií (Michalovičová, 2006; Moraučíková, 2009):

- **Demografické faktory** – medzi demografické faktory patrí najmä vek klientky, stav, spoločensko-ekonomický status, vzdelanie. Preukázalo sa, že častejší výskyt popôrodných psychických porúch je typickejší pre matky v adolescentnom veku, slobodné matky, matky primipary a matky, ktoré nemajú adekvátne sociálne zabezpečenie.
- **Psychosociálne faktory** – samotné psychosociálne faktory zohrávajú veľký význam pri vzniku duševných porúch po pôrode. Patrí sem sebahodnotenie, osobnostné črty, udalosti s výskytom vysokej frekvencie stresu. Okrem toho je výskyt popôrodných duševných porúch typický pre matky žijúce v neharmonickom manželstve a podobne.
- **Hormonálne faktory** – popisuje sa, že počas dvoch dní po pôrode rýchlo klesá obsah progesterónov a estrogénov v krvi matky. Skrz tento pokles existuje možnosť vzniku duševných porúch po pôrode.
- **Pôrodnické faktory** – k tomu, aby došlo k vzniku popôrodnej duševnej poruchy prispieva aj predĺžený pôrod, operačný pôrod (cisársky rez), pôrod poškodeného alebo mŕtveho plodu.
- **Anamnéza psychiatrického ochorenia** – je známe, že ženy, ktoré trpeli depesiou mierneho až stredného stupňa ešte pred otehotnením, je vznik popôrodných duševných porúch nižší. Ženy s ťažkou a opakujúcou sa depesiou majú riziko výskytu oveľa väčšie.

Rizikové tehotenstvo, ako stav, ktorý nie raz vedie k akútnemu cisárskemu rezu môže mať vplyv na zvýšené riziko vzniku popôrodnej depresie. Rizikové tehotenstvo je často spojené aj s dlhodobou hospitalizáciou pacientky, čo do značnej miery tiež v negatívnom svetle ovplyvňuje jej psychický stav. Pôrodné, ale veľakrát aj popôrodné komplikácie majú tiež vysoký vplyv na vzniku popôrodnej depresie (Mathisen et al. 2013). Rizikové tehotenstvo, ktoré nie v jednom prípade končí aj predčasným pôrodom, prináša so sebou tiež veľmi negatívny zásah do psychiky matky. Štúdie ukazujú, že matkám,

ktorým sa narodilo dieťa s nízkou pôrodnou hmotnosťou to znamená v praxi, že menej ako 1500g, sú 4-18x viac náchylnejšie na vznik popôrodnej depresie ako matky, ktoré rodili v termíne a bez komplikácií (Helle et al 2015).

Rovnako je to aj s priebehom celého tehotenstva. Sú ženy, ktoré sa po celý čas tehotenstva pripravujú na prirodzený spôsob pôrodu a pripravujú na novú etapu v živote na tehotenstvo naozaj dôkladne. Ale sa stane, že žiaľ prírode niektoré veci zariadi inak a akýkoľvek zásah do ich prirodzeného obdobia tehotenstva prináša nesúlad čo je významný faktor v oblasti popôrodnej depresie. U žien, ktoré sa pripravovali celých 9 mesiacov na prirodzený spôsob pôrodu, a ich tehotenstvo muselo byť ukončené cisárskym rezom je niekoľko násobne vyššie riziko vzniku popôrodnej depresie (Houston et al., 2015).

Samotnou kapitolou v oblasti etiológie by mohlo byť aj dojčenie, ktoré by malo byť realizované hneď po pôrode dieťaťa. Je dokázané, že samotné dojčenie reálne znižuje riziko popôrodnej depresie. Je dokázané, že ženy, ktoré reálne svoje dieťa dojčili aspoň po dobu troch mesiacov vykazovali nižšie hodnoty Edinburskej stupnice postnatálnej depresie (Figueiredo et al.2014). Dojčenie zvyšuje interakciu a vzťah medzi matkou a dieťaťom a to môže mať pozitívny vplyv na celkový psychický stav matky (Kiernan a Pickett, 2006).

Veľmi dôležitú úlohu v oblasti popôrodnej depresie zohrávajú situácie, ktoré samotná tehotná prežíva počas tehotenstva. Za najdôležitejšiu sa považuje pomoc od toho najbližšieho, či už od partnera alebo od manžela pri odbremenení pri domácich prácach. Dôraz sa kladie na odbremenenie matky po pôrode. Najdôležitejšia je sociálna podpora, empatický prístup, podpora ako emocionálna ale možná je aj finančná podpora a celková pohoda. Za veľmi negatívne faktory, ktoré v negatívnom zmysle slova vplývajú na matku sú napríklad, sexuálne násilie, domáce násilie, ale aj strata blízkej osoby, nezamestnanosť. Všetky tieto vymenované faktory vplývajú na rozvoj popôrodnej depresie a zvyšujú rovnako aj ich výskyt (Ludermir et al., 2010).

Rovnako by sme mohli poukázať aj na zdravý životný štýl. Príjem potravy, dostatok spánku, fyzická aktivita môžu do značnej miery ovplyvniť vývoj popôrodnej depresie. V praxi to znamená, že ak má tehotná žena dostatočný prísun zeleniny, ovocia, strukovín, mlieka a mliečnych výrobkov a nutričných látok výskyt popôrodnej depresie je u nej výrazne menší a to až o 50% (Chatzi et al., 2011).

2.4 Prvé príznaky popôrodnej depresie

Ženy, ktoré majú popôrodnú depresiu sa v súčasnosti delia do niekoľkých skupín :

- na ženy, ktoré mali depresiu, už pred graviditou, užívajú antidepresíva a otehotnejú plánovane,
- na ženy , ktoré majú zistenú depresiu pred graviditou, užívajú antidepresíva, ale otehotnejú neplánovane,
- na ženy, u ktorých sa depresia stanoví až počas gravidity (Mocková a kol., 2012, s. 188).

Sú však ženy, u ktorých sa popôrodná depresia neprejaví počas gravidity, ale nástup prvých príznakov začína po pôrode. Tento stav sa pripisuje predovšetkým mnohým zmenám , ktorými žena po pôrode prechádza. Nie sú to však len fyzické zmeny ako zmena fyziológie tela, ale vplyvom hormonálnej dysbalancie dochádza aj k zmenám v oblasti psychiky.

Zmeny, ktorými žena prechádza môžeme rozdeliť do niekoľkých skupín:

- zmeny involučného a progresívne charakteru – kojenie
- hormonálne zmeny – zníženie estrogénu a progesterónu a zvýšenie prolaktínu a oxytocínu
- telesné zmeny – zmena vzhľadu
- psychické zmeny – úzkosť, plačlivosť, náladovosť, ale autorka konštatuje, že všetky tieto zmeny sú do určitej miery adekvátne (Dušová, Moniaková, 2010, s. 122).

Príznaky popôrodnej depresie však ďalej môžeme rozdeliť do nasledovných kategórií:

Symptómy, ktoré sú prítomné a trvajú minimálne obdobie 2 týždňov:

- strata záujmu alebo potešenie inak nazývaná aj anhedónia,
- depresívna nálada.

Avšak počas týchto dvoch týždňov, kedy sú prítomné vyššie spomenuté dva príznaky, musí byť prítomných aj nasledujúcich 5 príznakov z niekoľkých nasledujúcich :

- strata záujmu alebo potešenia z bežných denných aktivít a to po dobu každého dňa,
- takmer každý deň pocit pretrvávajúci pocit smútku,
- prítomnosť porúch spánku charakteru insomnie alebo hypersomnie a to každý deň,

- zmena chuti do jedla , ktorá sa odrazí na váhe matky v zmysle hmotnostného prírastku alebo v zmysle rapídneho chudnutia,
- prítomnosť únavy alebo dokonca až nedostatok energie počas každého dňa,
- pocit neopodstatnenej viny alebo až menejcennosti,
- agitácia alebo psychomotorická retardácia, ktorá je pozorovaná inými napríklad príbuznými,
- myšlienky na smrť, samovražedný plán až samovražda,
- problémy s rozhodovaním alebo koncentráciou, ktorá sa vyskytuje takmer každý deň. (Williams et al., 2014).

Všetky vyššie spomenuté príznaky narúšajú medzilidské vzťahy, narúšajú fungovanie rodiny ale aj oblasti ako sú sociálne, pracovné alebo bežné každodenné funkcie (Williams et al., 2014).

Psychické poruchy, ktoré sa vyskytujú u pacientiek v období šestonedelia, môžeme rozdeliť do niekoľkých skupín. V medzinárodnej klasifikácii chorôb sú tieto poruchy v období šestonedelia rozdelené do niekoľkých skupín:

2.5 Diagnostika ochorenia popôrodnej depresie

Kritéria pre diagnostiku boli nasledovne definované:

- **G1** depresívna epizóda trvajúca dva týždne
- **G2** v priebehu života matky sa nevyskytli žiadne epizódy, ktoré by nasvedčovali pre hypomanickú alebo pre manickú epizódu
- **G3** u matky sa vyskytuje organická duševná porucha , ktorá je spôsobená užívaním psychoaktívnych látok (Smolík, 1996).

Existujú však aj skriningové metódy, ktoré zohrávajú veľmi dôležitú úlohu pri diagnostikovaní viacerých ochorení a medzi nimi aj diagnostikovaní popôrodnej depresie. Najčastejšie skriningové metódy pri diagnostikovaní depresie sú **EPDS a PBQ**.

Dôležitou súčasťou diagnostiky popôrodných depresí a rôznych psychických porúch je diferenciálna diagnostika, čo v praxi znamená, že by mali byť vylúčené všetky tie zdravotné stavy, ktoré v akejkoľvek oblasti môžu kopírovať poruchy duševného zdravia.

V diferenciálnej diagnostike je dôležité sa zamerať na nasledovné choroby:

- akútne infekcie – mastitída, endometritída
- anémia

- autoimunitné alebo endokrinné poruchy – myxedém, Gravesova choroba (Bergink et al., 2016).

2.5.1 Edinburgská škála popôrodnej depresie

V rámci diagnostiky je táto škála nesmierne dôležitá. Obsahuje 10 otázok, ktoré sú zamerané na depresívne prejavy u žien s depresiou, počas tehotenstva, ale aj počas nasledujúceho roka po pôrode. Tento dotazník by mal vykonávať s pacientkou zdravotnícky personál. V dotazníku sú odpovede, ktoré sa týkajú psychického stavu matky počas posledných siedmich dní (Osborne, 2018).

2.5.2 Postpartum bonding questionnaire

Tento dotazník sa používa na detekciu vzťahu medzi matkou a dieťaťom, ktorý môže byť narušený. Dotazník obsahuje 25 položiek, ktoré sú rozdelené do 4 kategórií:

- porucha väzby
- odmietnutie a hnev
- strach zo starostlivosti
- riziko abúzu (Brockington , 2001).

Popôrodná depresia sa líši od popôrodného alebo baby blues v závažnosti stavu ale aj dĺžky trvania symptómov. Oba dotazníky sú uvedené v skrátenej a preloženej forme v prílohách ako príloha 1 a príloha 2.

2.6 Možnosti terapie

Cieľom liečby duševnej poruchy pred, počas tehotenstva ale aj po pôrode je predovšetkým znížiť psychické symptómy a podporiť v plnej miery spolu-fungovanie matky dieťaťa ale aj celej rodiny. V liečbe popôrodnej depresie sa využívajú ako nefarmakologické tak aj farmakologické postupy, ktoré sa šetrne zhodnocujú podľa klinického stavu pacientky a celkového charakteru ochorenia. Začlenenie partnera ale aj rodiny do celého cyklu liečby je niekedy až nevyhnutnosťou. Dôležité je však vytvoriť veľmi správny a v tomto prípade osožný tzv. cirkadiálny rytmus pacientky a vytvoriť aj vhodné podmienky pre oddych a pravidelný spánok pacientky, čo sa v liečbe popôrodnej depresie považuje za nesmierne dôležité (De Camps et al., 2016).

Popôrodná depresia sama o sebe ovplyvňuje život ženy, ale v negatívnom zmysle slova. Ovplyvňuje žiaľ v negatívnom zmysle slova aj svoje okolie. Ženám, ktoré trpia akoukoľvek popôrodnou depresiou by mala byť venovaná zvýšená pozornosť v ťažkom popôrodnom období. Do popredia sa v rámci terapie dostáva hlavne psychoprofylaxia, poučenie, ale aj pozitívne pôsobenie partnera ako otca pri pôrode, ale aj prítomnosť laktáčnej poradkyne tesne po pôrode (Izáková a kol., 2013, s. 26).

Liečba popôrodnej depresie musí byť starostlivo zhodnotená, nakoľko nevhodná alebo dokonca aj neprimeraná liečba môže mať za následok:

- zhoršenie vzťahu medzi matkou a dieťaťom,
- zhoršenie vzťahu medzi matkou a partnerom,
- zvýšenie rizika morbiditu u matky ale aj dieťaťa,
- zvýšené riziko suicídií,
- zvýšené riziko infanticídneho správania,
- ohrozenie sociálneho a vzdelávacieho vývoja dieťaťa (Muzik et., 2019).

2.6.1 Farmakoterapia

Jedna z najzákladnejších možností liečby je práve farmakoterapia. Najzákladnejšou voľbou z oblastí farmakoterapie sú antidepresíva, avšak v kombinácii s inými liekmi ako sú napríklad neuroleptiká a benzodiazepíny (Jedličková, 2008, s. 87). Antidepresíva patria medzi lieky, ktoré zvyšujú množstvo serotonínu, noradrenalínu, ale aj neuromodulátorov, zároveň upravujú biologickú rovnováhu v mozgu ale aj hormonálnu disbalanciu. Samotný proces liečby však trvá 3-6 týždňov (Praško a kol., 2008, s.67). Antidepresíva sa radia medzi lieky, ktoré majú nízky stupeň teratogenity a majú najmenej vedľajších účinkov (Strunzová a kol., 2005, s. 35).

Antidepresívum	Možné nežiaduce účinky u dojčat'a
Imiparín	Neznáme
Desimipramín	Neboli popísané
Amitriptylín	Neboli popísané
Nortriptylín	Neboli popísané
Doxepín	Útlm dychového centra sedácia
Clomipramín	Neznáme, je doporučená opatnosť
Trancylpromín	Neboli popísané
Fluoxetín	Kolika, vysoká hladina fluoxetínu v sére, plač, narušenie spánku,

Obrázok 2 Príklady antidepresív a ich nežiaduce účinky

2.6.2 Elektrokonvulzívna liečba

Jedná sa o lekársku liečbu, ktorá sa veľmi často využíva pri liečbe pacientov, ktorí trpia stredne ťažkou až ťažkou formou depresie, u pacientov s postpartálnou depresiou, ale aj u pacientov s postpartálnou psychózou. Okrem vymenovaných prípadov využívania tejto formy terapie sa práce elektrokonvulzívna liečba odporúča aj v prípade, keď žena nechce v období dojčenia užívať antidepresíva, pri ktorých by sa muselo dojčenie a laktácia zastaviť. Tento typ liečby zahŕňa krátku elektrickú stimuláciu mozgu, pričom je pacient v anestézii a spravidla sa musí robiť pod vyškoleným medicínskym dozorom. Súčasťou medicínskeho dozoru je psychiater, anesteziológ, zdravotná sestra alebo asistent lekára (APA, 2019).

2.6.3 Psychoterapia

Je veľa žien, ktoré môžu počas priebehu svojho tehotenstva mlčať o svojich vnútorných pocitoch a bojoch. Liečba depresie v tehotenstve je rovnako dôležitá a nutná ako aj liečba depresie po pôrode. Psychoterapia je jedným z typov či možností liečby, ktorá môže pacientom pomôcť eliminovať negatívne príznaky. Je predpoklad, že práve psychoterapia môže pomôcť pacientovi k lepšiemu fungovaniu a tým pádom aj k zvýšeniu pohody a následnému uzdraveniu sa. Súčasťou psychoterapie je aj interpersonálna terapia, ktorá predstavuje krátkodobú formu liečby. Môže pacientom pomôcť adekvátne a priamo vyjadriť svoje pocity a emócie. Okrem toho býva súčasťou psychoterapie aj kognitívno-behaviorálna terapia, ktorej hlavnou súčasťou je zamerať sa na reguláciu emócií. Jej podstatou pre pacientov je rozpoznať vzťahy medzi ich myšlienkami, emóciami a správaním.

2.7 Prevencia vzniku popôrodnej depresie

Je fakt, že čoraz častejšie prichádzame na to, že tou najlepšou formou liečby depresie je práve jej prevencia. Už samotná psychofyzická príprava na pôrod môže ženám poskytnúť pomoc práve zo strany pôrodnej asistentky. Častejšiu a dôraznejšiu starostlivosť počas tehotenstva si vyžadujú ženy rizikovo tehotné, teda tie, u ktorých sa niekedy v minulosti objavila psychická porucha. Je fakt, že ako prevencia depresie v období šestonedelia slúži práve prítomnosť pôrodnej asistentky alebo dudy, dojčenie, spontánny

pôrod, bonding, ktorý signalizuje matke to, že je pripravená na úlohu matky (Klaus a kol., 2004).

3 DELENIE POPÔRODNEJ DEPRESIE PODĽA MKCH

Svetová zdravotnícka organizácia definovala popôrodnú depresiu ako samostatné ochorenie alebo diagnózu. To v reáli znamená, že popôrodná depresia je zaradená medzi diagnózy, ktoré patria pod psychiatrické ochorenia. Sú zaradené pod kódom F53 ako poruchy psychiky a správania v šestonedelí, nezatriedené inde. Kategória ochorení, ktoré sú zaradené pod kód F53 sú psychické ochorenia, ktoré spadajú pod ochorenia, ktoré vznikajú do šiestich týždňov po pôrode.

3.1 Delenie popôrodnej depresie – 4 kategórie

MKCH rozdeľuje popôrodnú depresiu na 4 kategórie:

- F53.0 mierna duševná porucha a porucha správania v šestonedelí, nezatriedení inde
- F53.1 ťažká duševná porucha a porucha správania v šestonedelí, nezatriedená inde
- F53.8 iná duševná porucha a porucha správania v šestonedelí, nezatriedená inde
- F53.9 duševná porucha v šestonedelí, bližšie neurčená

Psychické poruchy rozdeľujeme podľa psychopatológie na:

- baby blues
- popôrodná depresia
- popôrodná psychóza

Podľa Bropckingtona rozdeľujeme na :

- obsedantno – kompulzívnu poruchu
- popôrodné úzkostné stavy
- posttraumatickú stresovú poruchu
- poruchy vzťahu matka – dieťa (Brockington, 2004).

	Popôrodný blues	popôrodná depresia	Popôrodná psychóza
Príznaky	plačlivosť, emočná labilita, úzkosť súvisiaca s narodením dieťaťa	emocionálna precitlivosť, beznádejne pocity, myšlienky o samovražde, sklesnutá nálada, vysoký stupeň úzkosti	bludy, halucinácie, poklesnutá alebo až príliš dobrá nálada až stav mánie, napätie, obavy
začiatok	do 10 dní po pôrode	do 4 týždňov po pôrode	nastáva akútne začiatok, 2-3 týždne po pôrode
Dôsledky	nemusi byť pokles nálady po celú dobu trvania, občas sú aj dobré dni. je to akési premenlivé postihnutie	neschopnosť väčšinu času a viac času zlá sklesnutá nálada	premenlivý
Priebeh	odznie spravidla do 1-2 týždňov	môže trvať až jeden celý mesiac	premenlivý
Riziká	predchádza do depresie	zanedbania opatery o novorodenca, narušenie materskej väzby, suicídium	možnosť ublíženia sebe samému alebo riziko ublíženia novorodencovi

Obrázok 3 Popôrodné psychické poruchy

3.2 Delenie psychických porúch

V prípade, že samotná žena nie je resp. nebude schopná sa primerane prispôbiť alebo sa prispôbí nie dobre, tak to môže viesť k nabúraníu jej psychickej adaptácie. A skrz toto všetko je práve obdobie šestonedelia rizikovejšie pre vznik popôrodných duševných porúch. K najznámejším popôrodným duševným poruchám radíme popôrodné

baby blues, popôrodnú depresiu a popôrodnú psychózu, ktoré budeme detailnejšie rozoberať v nasledujúcich podkapitolách teoretickej časti bakalárskej práce (Blumenfeld, Tiamson, 2008).

3.2.1 Popôrodné blues

V období po pôrode až 85% prežíva depresívne poruchy alebo stavy. U niektorých žien však ide o mierne ale aj o prechodné príznaky. V týchto prípadoch je veľmi dôležitá včasná diagnostika, a to z dôvodu aby sa predošli oveľa závažnejšej forme depresívnej poruchy v období šestonedelia (Chovanec, 2012, s. 126).

Šestonedelie patrí k najrizikovejším obdobiam čo sa týka vzniku popôrodných depresíí. Jednou z akýchto foriem je aj baby blues. Patrí medzi ľahké formy popôrodnej depresie. Popôrodné baby blues zvyčajne postihuje ženy v okolí 3 – 5 dňa po pôrode (Roztočil a kol. 2008).

Baby blues patrí medzi ochorenia, ktoré má čisto fyziologický charakter. Baby blues vzniká väčšinou ako príznak únavy počas tehotenstva, vyčerpanosťou po pôrode, ale aj krvnou stratou (Delahaye, 2006). Výskyt samotného baby bluesu je u rodičiek veľmi častý. V súčasnosti môžeme povedať, že sa výskyt baby bluesu pokladá za normálny prejav u rodičiek, kedy je považovaný ako adaptačný mechanizmus samotného organizmu matky.

Baby blues sa väčšine prípadov a to až v 85% vyskytuje u prvorodičiek. V dostupnej naštudovanej literatúre sa však dozvedáme, že baby blues sa považuje za úplne normálnu prirodzenú odpoveď organizmu na pôrod a je akýmsi adaptačným mechanizmom na novovzniknutú situáciu v živote matky – ženy (Roztočil et al., 2017).

Príčiny vzniku

Hlavnou príčinou vzniku baby blues je predovšetkým hormonálna disbalancia, ale aj samotný psychický stav ženy. Všetky zážitky, ako napríklad zážitky z detstva, ale aj možné manželské a finančné alebo sociálne problémy, pôsobia na rovnováhu hormónov. Hlavným tzv. spúšťačom baby blues je celkový stav rodičky po pôrode, a to hlavne z hľadiska diskomfortu (Heretik, Heretik, jr. 2007).

Po pôrode klesá u rodičky hladina progesterónu, ale aj estrogénu, a každá matka sa pôrode s touto hormonálnou zmenou snaží vyrovnať svojim spôsobom. Spomenuté hormóny v tele matky začínajú klesať ale na druhej strane však telo matky začína

produkovať hormóny, ktoré podporujú sťahovanie maternice, ale aj hormóny podporujúce tvorbu mlieka. Tieto hormóny sú oxytocín a prolaktín (Pařízek, 2009).

Klinický obraz baby blues

Medzi hlavné a najzákladnejšie príznaky, ktoré sprevádzajú baby blues patrí plač. U žien, u ktorých sa baby blues vyskytne často trpia stavmi ako znížené sebavedomie, znížená sebaúcta, poruchami koncentrácie ale aj poruchami spánku. Niekedy sa u nich vyskytuje príznak ako bolesti chrbtice. Celý tento stav aj so sprievodnými príznakmi je chápaný ako maladaptačná reakcia na pôrod a na materstvo (Roztočil a kol., 2008).

Prevencia a terapia baby blues

Za dôležité sa považuje predovšetkým to aby novopečená mamička začala hovoriť o svojich pocitoch s niekým blízkym, ak sa dá tak najmä so svojim partnerom. Dôležité je aby mala rodička pocit, že so svojimi pocitmi nie je sama a nezačala sa uzatvárať do seba. V prípade ak sa podarí u matky zminimalizovať negatívne emócie, nie je potrebné vyhľadať lekársku pomoc. Ak však u matky pretrvávajú negatívne emócie je veľmi dôležité aby včasne vyhľadala psychologickú pomoc, ak nestačí len samotný rozhovor so psychológom vtedy sa nasadzujú medikament. Ak však na začiatku ani tieto dva základné postupy nestačia v krajnom prípade je takpovediac po ruke psychiater a až v najnutnejšom prípade hospitalizácia matky (Pařízek, 2009).

Pri samotnej diagnóze baby blues je potrebná predovšetkým psychologická pomoc a hlavne citlivý prístup k pacientke (Heretik, Heretik, jr. 2007). Ak však u pacientky pretrvávajú príznaky dlhšie ako dva týždne, vtedy je nutné zahájiť okamžitú psychiatrickú starostlivosť (Humeník, Szaniszló, Zoláková, 2014).

3.2.2 Popôrodná depresia

Popôrodná depresia je definovaná a charakterizovaná ako depresívna epizóda so začiatkom, ktorý sa vzťahuje na prvý mesiac po pôrode (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 1994).

Samotná popôrodná depresia sa dá považovať za druhý stupeň medzi popôrodnými duševnými poruchami. Je nebezpečná a vo veľkej miere ohrozuje aj život matky. Prejavuje sa zhruba u 10-15% šestonediel'ok (Rosenfield, 2011).

Prvotné príznaky popôrodnej depresie sa môžu objaviť už počas tehotnosti. V prípade akútnych prípadov je možné, že klinické prejavy popôrodnej depresie sa vyskytnú už za krátky čas po pôrode. Popôrodná depresia sa vyvíja počas prvých šiestich mesiacov po pôrode.

Medzi príznaky, ktoré signalizujú vznik popôrodnej depresie patrí:

- úzkosť, smútok,
- strach, nervozita,
- pocit bezmocnosti,
- strata záujmu o všetky aktivity,
- stúpanie alebo pokles hmotnosti,
- nadmerná únava,
- problém dotýkať sa vlastného dieťaťa,
- poruchy spánku (Leifer, 2004).

Okrem vyššie spomínaného popisu popôrodnej depresie je známe z knižných zdrojov aj nasledujúce delenie:

- **panický typ** – zaraďuje sa medzi vzácne formy popôrodnej depresie, vyskytujú sa pridružené diagnózy ako tachykardia, tachypnoe, palpitácie, svalový tonus a podobne. Charakteristickým prejavom tohto typu sú najmä panické stavy a stavy úzkosti. V tomto stave žena pociťuje stavy úzkosti, kedy sa vyslovene bojí, že svojmu dieťaťu by dokázala ublížiť, za dôležité sa považuje najmä to, aby táto žena mala pri sebe vždy nejakú osobu, ktorá by ju kontrolovala a bola jej stále nápomocná a aby v prípade nutnosti vedela zasiahnuť, keby matka začala byť agresívna na svoje dieťa. V tejto fáze žena pociťuje poruchu kontroly sebaovládania.

- **nutkavý typ** – matka má v tomto prípade nutkavé myšlienky-. Myšlienky stoja proti sebe, kde jedna z hlavných myšlienok je tá, aby žena ublížila dieťaťu. Je potrebný predovšetkým veľmi jemný a citlivý prístup k pacientke, aby sa dokázala pacientka otvoriť, lebo v tomto štádiu je veľmi obtiažne, diagnostikovať tento typ ochorenia.
- **insuficienčný typ** – tento typ sa vyskytuje najčastejšie. Charakteristickým znakom u tohto typu je to, že matka má pocit viny, že sa so svoje dieťa nedokáže postarať. Má pocit, že úlohu materstva nedokáže zvládnuť a tento pocit prechádza až do stavu, kedy si nie je istá či niekedy bude vedieť dokázať svoje dieťa milovať. V tomto type dochádza aj k suicidálnym myšlienkam. U všetkých troch typov je však veľmi dôležitá včasná intervencia nakoľko dochádza k stavom, ktoré prechádzajú do chronicity.

3.2.3 Popôrodná psychóza

Obdobie šestonedelia so sebou prináša aj množstvo duševných porúch, ktoré zahŕňujú samotnú popôrodnú psychózu (Roztočil, 2008). Zaujímavosťou je to, že táto psychóza sa vyskytuje u každej takmer tisícej pacientky po pôrode (Stoppardová, 2007). V rámci popôrodnej psychóze je dôležitá veľmi včasná diagnostika nakoľko sa môžu rozvinúť aj do 48 hodín od pôrodu, pretože sa príznaky veľmi rýchlo stupňujú (Humeník, Szaniszló, Zoláková, 2014).

Pojem psychóza predstavuje veľmi široký pojem, ktorý sa však v súčasnosti používa na popísanie stavov, kedy človek stráca spojenie s realitou. Počas psychózy dochádza k zmene správania, vnímania ale aj k zmene spôsobu myslenia. Psychóza sa môže vyskytnúť aj pri akútnych stavoch depresívneho syndrómu a v ťažkej fáze depresie (Williams et al., 2014).

Popôrodná psychóza však predstavuje stav, ktorý je veľmi závažný nakoľko priamo ohrozuje život ako matky tak aj dieťaťa. V minulosti bol tento stav popisovaný aj ako laktačná psychóza, ale neskôr sa podľa výskumov dospelo k záveru, že s laktáciou tento stav nemá takpovediac nič spoločné. Psychóza nie je priamo spojená s tehotenstvom, ani popôrodným obdobím a dokonca ani laktáciou. Práve v týchto obdobiach, ktoré sú pre ženu ako po fyzickej tak aj po psychickej stránke veľmi náročné dochádza k odkrytiu a k manifestácii psychóz, ktoré však vznikli už v predošlých obdobiach (Slezáková, et al., 2017).

Klinický obraz popôrodnej psychózy

Najcharakteristickejšie príznaky , ktoré spadajú pod popôrodnú depresiu, a ktoré sa ako prvé prejavajú sú :

- zmätenosť až strata kontaktu s realitou ,
- bludné myšlienky až chaotické správanie (Chovanec , 2012).

Popôrodná psychóza sa inak môže nazývať aj ako laktačná psychóza a medzi jej hlavné príznaky patria poruchy pozornosti, ktoré sú sprevádzané aj delirióznymi stavmi. Veľmi častý je náhly začiatok nástupu príznakov, však treba ale upozorniť na veľmi dôležitý fakt a to je ten, že ženy sa stávajú zmätenými, mávajú halucinácie a bludy. Častokrát sa stáva , že majú veľmi ambivalentný postoj k novorodencovi, čo môže viesť k poraneniu až usmrteniu novorodenca (Roztočil, 2008).

Ďalším veľmi dôležitým príznakom je manický príznak, kedy matky mávajú až nadnesenú náladu, zvýšenú aktivitu, môžu sa ich u nich vyskytnúť prejavy ako nárast energie, zníženej potreby spánku, halucinácie až bludy. Tento stav si vyžaduje urgentnú psychiatrický zásah (Chovanec , 2012).

Najčastejšie vyskytujúce sa psychotické príznaky sú:

- bludy a halucinácie ,
- neorganizovaná reč,
- sociálne utiahnutie až strata motivácie,
- znížený prejav akýchkoľvek emócií,
- poruchy spánku,
- abnormálne správanie (American Psychiatric Association, 2017).

Ak sa však spoja všetky tieto príznaky ochorenia, dochádza ešte k horším pridruženým javom. Medzi tie môžeme zaradiť napríklad jav, kedy v dôsledku bludov alebo aktivít, môže matka vykonávať rôzne neštandardné úkony ako sú napríklad blúdenie po okolí alebo po dome. Stane sa, že keď všetky tieto psychotické príznaky pominú matka nevie alebo sa doslova nepamätá ako sa na dané miesta dostala. Stáva sa, že má matka amnéziu (American Psychiatric Association, 2017).

Terapia popôrodných psychóz

Žiaľ, aj v súčasnej modernej dobe dochádza k hospitalizácii na psychiatrickom oddelení, Psychiater úzko spolupracuje aj s rodinou pacientky ale aj s klinickým psychológom. Klinický psychológ využíva aktuálne diagnostické metódy na posúdenie rodičkinho stavu. Klinický psychológ je pre rodičku s popôrodnou psychózou dôležitý z hľadiska toho, že dokáže porozumieť a pochopiť to čo sa deje v psychike matky po pôrode (Roztočil, 2008).

Samotná terapia popôrodnej, laktačnej alebo puerperálnej psychózy si z každej strany vyžaduje komplexnú starostlivosť (Humeník, Szaniszló, Zoláková , 2014).

Ak chceme nahliadnuť do elektrokonvulzívnej terapie tá je realizovaná iba pri úplnom utlmení pacientky, teda prostredníctvom anestézie a s dodržaním všetkých postupov. Táto terapia je vhodná aj pre matky, ktoré sú aktuálne dojčiace. Tento typ terapie je však vhodný iba pri tých psychotických formách, ktoré sú naozaj ťažké a iným typom terapie nezvládnuteľné (Chovanec, 2012).

3.2.4 Posttraumatická stresová porucha

Samotný pôrod môžeme zaradiť medzi zážitky v živote ženy, ktorý sa dotýka jej telesnej integrity, ale v spoločnosti pôrod tabuizovaný nie je berie sa ako prirodzená súčasť života. Niekedy sa však veľmi ťažko chápe fakt, že pre niektoré ženy je táto udalosť v ich živote traumatizujúcou udalosťou. Existujú však rôzne prípadové štúdie, ktoré poukazujú na to, že ženy počas pôrodu nadobudli extrémne psychické utrpenie. Líši sa však od ostatných traumatických udalostí a to svojou dobrovoľnosťou, predvídateľnosťou a súvislosťou s nehumorálnymi zmenami (Schwab et al., 2012).

Symptómy, ktoré sú charakteristické pre postraumatickú stresovú poruchu sú nasledovné:

- pretrvávajúce problémy so zaspávaním, dráždivosť, výbuchy hnevu, hypervigilancia alebo problémy s koncentráciou,
- otupenie emocionálnych funkcií,
- vyhýbanie sa akýmkoľvek impulzom, ktoré by mohli byť v spojitosti s traumou,
- osoba má opätovné spomienky na udalosť , ktorú prežila
- prežíva pocity, záblesky, alebo sa môžu u osoby vyskytnúť aj sny, ktoré by jej pripomínali udalosť (Grekin et al., 2014).

Znova však musíme poukázať na fakt, že aj posttraumatická stresová porucha narúša ako rodinné, tak aj sociálne, ale aj pracovné vzťahy (Colin et al., 2016). Podľa klinických štúdií a výskumov sa posttraumatická stresová porucha vyskytuje hlavne u žien, ktoré prežili predčasný pôrod. Tieto ženy sa považujú za vysoko rizikové (Grekin et al., 2014).

Samotné rizikové faktory, ktoré úzko súvisia s posttraumatickou stresovou poruchou sa rozdeľujú do nasledovných skupín:

- prostredia v ktorom sa ženy po pôrode nachádzajú,
- udalosti priebehu samotného pôrodu,
- zraniteľnosť ženy, ktorú má už pred samotný pôrodom.

Ďalej by sme mohli rizikové faktory rozdeliť do nasledovných skupín:

- história psychiatrických ochorení alebo hospitalizácie na psychiatrickom oddelení,
- osobné ťažkosti a problémy v živote,
- trauma pri predchádzajúcom pôrode,
- sexuálna trauma (Ford et al., 2011).

Ak však tieto ženy pochádzajú z takej rodiny, alebo takého zázemia, kde im nebude poskytnutá adekvátne pomoc po príchode domov z pôrodnice alebo sa skomplikuje samotný pôrod a treba vykonať akútne cisársky rez. sú to všetko faktory, ktoré dokážu spontánne vyvolať posttraumatickú stresovú poruchu (Ford et al., 2011).

Ďalej by sme spomenuli napríklad aj komplikácie, ktoré úzko súvisia s posttraumatickou stresovou poruchou. Medzi najznámejšie komplikácie patria straty krvi po pôrode alebo pri pôrode, dĺžka a intenzita bolesti pri pôrode alebo dokonca aj nedostatočná starostlivosť o pacientku pri pôrode (Colin et al., 2016).

4 STAROSTLIVOSŤ O PSYCHIKU ŽENY V OBDOBÍ ŠESTONEDELIA Z POHLADU PÔRODNEJ ASISTENTKY

Každá pôrodná asistentka, ktorá pracuje na oddelení šestonedelia by mala starostlivo sledovať psychiku a celkový psychický stav rodičky. mala by dbať o vyskytujúce sa zmeny psychického stavu rodičky alebo pacientky a hneď každú zmenu dôkladne hlásiť lekárovi. Psychika ženy po pôrode prechádza rôznymi zmenami, ktoré sú však podmienené najmä:

- poklesom niektorých hormónov ako sú estrogén, progesterón
- sekréciou oxytocínu a prolaktínu.

Medzi ďalšie faktory, ktoré ovplyvňujú zmenu psychiky ženy, patria nasledujúce faktory:

- zníženie hmotnosti,
 - laktácia,
 - zavínavanie maternice,
 - únava, vyčerpanosť, ale aj absencia spánku,
 - nová dosiaľ nepoznaná rola a to rola matky
 - v neposlednom rade pomoc od partnera, ale aj od personálu šestonedelia.
- (Rastislavová, 2008, s. 27-31).

Za dôležité sa považuje aj citová väzba dieťaťa a matky. Ich vzájomné puto sa upevňuje prostredníctvom kojenia a starostlivosti. Môže sa však stať, že v žene a jej novej roly matky, tieto nové funkcie vyvolajú pocit, že je toho na ňu veľa a začne mať pocit, že celé materstvo nezvládne. Práve od toho je tu pôrodná asistentka, aby bola novopečenej mamičke nápomocná. Z hľadiska je starostlivosti by jej mala vytvoriť také podmienky, aby sa samotná matka cítila, že je pre svoje dieťa nápomocná a potrebná. Po pôrode by mala mať žena možnosť kontaktu s dieťaťom a to v rámci skin to skin a k priloženiu k prsníku. Práve tento akt je prospešný ako pre dieťa tak aj pre matku (Rastislavová, 2008, s. 27-31).

Zaujímavosťou je štúdia, ale výskum, ktorý vznikol v rámci starostlivosti o novorodenca skin to skin a prostredníctvom základnej starostlivosti o novorodenca. Výsledkom tejto štúdie bol fakt, že u matiek, u ktorých bola realizovaná metódy skin to skin výskyt depresívneho stavu po pôrode bol minimalizovaný a vnímalo svoje dieťa v pozitívnom zmysle slova. Počas prvých troch mesiacov života novorodenca boli obaja

rodičia citlivejší k svojmu dieťaťu a vytvárali tak pre neho lepšie podmienky v prostredí prirodzeného domova. Počas šiesteho mesiaca života dieťaťa bolo pozorované, že dieťa malo lepší ako mentálny tak aj psychomotorický vývoj . Záverom tejto štúdie bolo to, že metóda skin to skin zlepšuje náladu u rodičov ale aj samotné vnímanie a správanie rodičov k dieťaťu (Feldman, 2002, s. 16-26).

Pôrodná asistentka, ale aj samotná žena, by si mala všímať na sebe a pôrodná asistentka na pacientke varovné signály, ktoré vedú k rozvoju depresie. Medzi najčastejšie varovné signály, ktoré nás upozorňujú na vznik depresie patria :

- nespavosť, únava,
- stiesnenosť,
- napätie,
- úzkosť až strata radosti,
- znížená koncentrácia,
- pociťovanie tlaku na svoju vlastnú osobu.

Nielen návštevou odborníka, ale aj skúsenosťami z praxe môže pôrodná asistentka zmierniť depresiu u pacientky. Treba však pripomenúť, že samotná liečba nie je len krátky čas. Pacientku treba ubezpečiť, že správne zvolenou terapiou dokáže depresívny stav potlačiť do úzadia. Nie je to choroba , ktorá bude u nej dlhodobo pretrvávať. Liečba nie je okamžitá ale po niekoľkých týždňoch alebo mesiacoch sa pacientke dokáže ulaviť. Po skončení príznakov by sa antidepresíva užívať ešte minimálne pol roka. Pacientka by si mala dávať krátkodobé ciele a nemala by si na seba klásť až príliš vysoké nároky. Neúspech pacientky dokáže pacientku veľmi demotivovať. V období depresie by nemala pacientka robiť veľmi rýchle rozhodnutia , ktoré by mohla neskôr oľutovať.

ODPORÚČANIA PRE PRAX

Na to, aby sme mohli napísať nejaké odporúčania do budúcnosti pre prax pôrodnej asistencie, sme sa museli inšpirovať nielen odbornými monografiami na danú problematiku, ale aj prehľadom rôznych štúdií, ktoré boli vykonané a zamerané na našu rozoberanú tému. Ako príklad štúdie, ktorou sme sa tiež inšpirovali, bola štúdia s názvom *The Impact of Cultural Factors Upon Postpartum Depression: A Literature Review*. Ide o štúdiu, ktorej metodológia bola poňatá z rôznych ďalších vykonaných štúdií v rokoch 1985-2005. Ďalším príklad štúdie, ktorou sme sa inšpirovali pri písaní našej záverečnej práce, bola štúdia s názvom *Mother infant bonding and its associated factors during postpartum period*. Ide o štúdiu, ktorej jedným z cieľom bolo zistiť vzťah medzi vybranými faktormi a ich vplyvom na bonding. Tejto štúdie sa zúčastnilo 204 respondentiek, pričom štúdia prebiehala vo Fakultnej nemocnici v meste Martin a Bratislava. V rámci tejto štúdie sa zber použitých dát realizoval v časovom rozmedzí od septembra 2018 do apríla 2020.

Vzhľadom na všetky teoretické poznatky a doterajšie výsledky vykonaných štúdií na danú preberanú tému, navrhujeme do klinickej praxe v pôrodnej asistencii zaviesť nasledovné odporúčania:

- dovoliť rodinným príslušníkom klientky zúčastniť sa na ošetrovateľskej starostlivosti (ak to dovoľí aktuálna epidemiologická situácia vzhľadom na COVID-19 pandémiu),
- oboznámiť zdravotnícky personál (sestry, pôrodné asistentky) s možnosťou využívania Edinburgskej škály popôrodnej depresie už pri prvých náznakoch výskytu,
- aktívne sa zúčastňovať konferencií na danú problematiku,
- realizovať výskumné štúdie a výsledky publikovať v odbornej literatúre,
- realizovať školenia a semináre zamerané na popôrodnú depresiu,
- naučiť zdravotnícky personál empatickejšiemu prístupu k šestonedielkam,
- tvoriť edukačný materiál na danú problematiku,
- rozšíriť edukáciu žien už na kurzoch PFP,
- možnosť zavedenia celoslovenského skríningu popôrodných psychických porúch,
- vytvorenie webového portálu na danú problematiku,
- zabezpečiť kontakt s odborníkom (psychológ, psychiater).

ZÁVER

Je všeobecne známe, že následky popôrodných zmien psychiky u šestonedielky majú za následok narušenie fyziologického vzťahu k novorodencovi, ale aj k iným osobám. Samotné obdobie tehotenstva, pôrod a obdobie šiestich týždňov po pôrode sú známe výraznejšími zmenami vo fyziológii, zmenami v telesnej hmotnosti ženy, zmeny v tvare postavy, ale aj psychickými zmenami.

V súčasnosti sa tématika popôrodných zmien v psychike ženy nerozoberá a je skôr potlačovaná i v určitej miere zanedbaná. Existujú rôzne formy psychických porúch, ktoré pri ich podcenení môžu vyústiť až do patológie. Niektoré patológie narastú až do stavu, kedy matka – šestonedielka nebude schopná sa postarať o svoje dieťa. Psychický stav žien v priebehu tehotenstva a hlavne obdobie po pôrode môže mať veľa podôb, pričom jej odchýlky od fyziológie môžu vzniknúť skryto už v období tehotenstva. Nie je pravidlom, že každé tehotenstvo prebieha až do pôrodu bez komplikácií. A aj od toho závisí psychická rovnováha žien, čo má za následok a vplyv na harmonický život rodiny i správny vývoj dieťaťa.

Hlavným zámerom našej bakalárskej práce bolo poukázať na to, ako psychické aspekty ženy vplývajú na jej prežívanie a správanie. Je nevyhnutné dodať, aby sa táto tématika dostala viac do popredia. Psychické zdravie ženy je veľmi dôležité na správny priebeh tehotenstva, pôrodu a šestonedelia, preto by sa nemali podceňovať už prvé príznaky patológie.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

American Psychiatric Association 2019. What is electroconvulsive therapy (ECT)? 2019, [online], [cit. 10.4.2022] Dostupné na: <https://www.psychiatry.org/patients-families/ect>

American Psychiatric Association, 2000 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000,[online],[cit.10.4.2022]Dostupnéna:http://repository.poltekkeskaltim.ac.id/657/1/Diagnostic%20and%20statistical%20manual%20of%20mental%20disorders%20_%20DSM-5%20%28%20PDFDrive.com%20%29.pdf

American Psychiatric Association 2021. What is psychotherapy? 2021, [online], [cit. 10.4.2022] Dostupné na: <https://www.psychiatry.org/patients-families/psychotherapy>

AYERS, S. et al. 2015. Psychologie v medicíně. Praha: Grada Publishing, 350 s., ISBN 978-80-2475-230-3.

BERGINK, V. et al. 2016. Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. In The American Journal of Psychiatry [online]. vol. 173, no. 12 [cit. 10.4.2022]. Dostupné na internete: . ISSN 1535- 7228.

BLUMENFIELD,M.; TIAMSON,A.L.M. 2010. Popôrodná psychóza[online].10.04.2021.[citované dňa 10.04.2022]. Dostupné na internete: <<http://www.bedekerzdravia.sk/?main=article&id=78>>.

BROCKINGTON, I. F., J. OATES, S. GEORGE, D. TURNER, P. VOSTANIS, M. SULLIVAN, C. LOH a C. MURDOCH, 2001. A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. Archives of Women's Mental Health [online]. 2001, roč. 3, č. 4, s. 133–140 [cit. 10.4.2022]. ISSN 14341816. Dostupné na: doi:10.1007/s007370170010

BÖHMOVÁ, Z.; ŠEBANOVÁ, D. 2003. Čo by sme mali vedieť o laktačnej psychóze?. In Dieťa nielen pre rodičov. ISSN 1335-0919, 2003, ročník 9, číslo 2, s. 54-56.

BROCKINGTON, Ian, 2004. Diagnosis and management of post-partum disorders: a review. World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)

[online]. 2004, roč. 3, č. 2, s. 89–95 [cit. 10.4.2022]. ISSN 1723-8617. Dostupné na: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16633463>

COLIN, R. M. et al. 2016. Perinatal Mental Health: A Clinical Guide, M&K Publishing, 160 s., ISBN: 978-19-0553-949-9.

DE CAMPS MESCHINO, D. et al. 2016. Maternal-infant mental health: postpartum group intervention. In Arch. Womens Ment. Health [online]. vol. 19, no. 2 [cit. 10.4.2022]. Dostupné na internete: . ISSN 1435-1102.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Fourth edition, Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994. In: Hagen, E.,G.: The Functions of Postpartum Depression.

HONZÁK, R. 1999 Deprese: depresivní nemocný v nepsychiatrické ordinaci. 1. vyd. Praha: Galén, 1999. 111 s. Folia practica; sv. VIII. ISBN 80-85824-95-7

HOUSTON, Kathryn A., Anjali J. KAIMAL, Sanae NAKAGAWA, Steven E. GREGORICH, Lynn M. YEE a Miriam KUPPERMANN, 2015. Mode of delivery and postpartum depression: The role of patient preferences. American Journal of Obstetrics and Gynecology [online]. 2015, roč. 212, č. 2, s. 229.e1-229.e7 [cit. 10.4.2022]. ISSN 10976868. Dostupné na: doi:10.1016/j.ajog.2014.09.002

CHATZI, Leda, Vasiliki MELAKI, Katerina SARRI, Ioanna APOSTOLAKI, Theano ROUMELIOTAKI, Vaggelis GEORGIU, Maria VASSILAKI, Antonis KOUTIS, Panos 67 BITSIOS a Manolis KOGEVINAS, 2011. Dietary patterns during pregnancy and the risk of postpartum depression: The mother-child “Rhea” cohort in Crete, Greece. Public Health Nutrition [online]. 2011, roč. 14, č. 9, s. 1663–1670 [cit. 10.4.2022]. ISSN 13689800. Dostupné na: doi:10.1017/S1368980010003629

KESSLER, Ronald C., Katherine A. MCGONAGLE, Shanyang ZHAO, Christopher B. NELSON, Michael HUGHES, Suzann ESHLEMAN, Hans Ulrich WITTCHEN a Kenneth S. KENDLER, 1994. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Archives of

General Psychiatry [online]. 1994, roč. 51, č. 1, s. 8–19 [cit. 10.4.2022]. ISSN 15383636. Dostupné na: doi:10.1001/archpsyc.1994.03950010008002

KENDELL, R. E., J. C. CHALMERS a C. PLATZ, 1987. Epidemiology of puerperal psychoses. British Journal of Psychiatry [online]. 1987, roč. 150, č. MAY., s. 662–673 [cit. 10.4.2022]. ISSN 00071250. Dostupné na: doi:10.1192/bjp.150.5.662

LAIKER, G. 2004. Úvod do pôrodnického a pedagogického ošetrovateľstva.1. vydanie. Praha: Grada,2004. 289 s. ISBN 80-247-0668-7

MATHISEN, Siv Elin, Kari GLAVIN, Lars LIEN a Per LAGERLØV, 2013. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: A cross-sectional study. International Journal of Women's Health [online]. 2013, roč. 5, č. 1, s. 787–793 [cit. 10.4.2022]. ISSN 11791411. Dostupné na: doi:10.2147/IJWH.S51436

MORAUČÍKOVÁ, E. 2009. Faktory determinujúce psychiku ženy v popôrodnom období. In Prenatálne dieťa: slovenský časopis prenatálnej a preinatólnej medicíny, psychológie a sociálnych vied. ISSN 1336-183X, ročník 2, číslo 2, s. 84-87.

MUSTAFA A.B. 2016. A HISTORICAL PERSPECTIVE OF PERSPECTIVE OF POSTPARTUM DEPRESSION: TUM DEPRESSION: Suffering in Silence. (online) (cit. 10.4.2022) Dostupné na: http://www.jszmc.com/Files_pdf/JSZMCMVol07No02/936.pdf

O'HARA, Michael W., Janet A. SCHLECHTE, David A. LEWIS a Ellen J. WRIGHT, 1991. Prospective Study of Postpartum Blues: Biologic and Psychosocial Factors. Archives of General Psychiatry [online]. 1991, roč. 48, č. 9, s. 801–806 [cit. 10.4.2022]. ISSN 15383636. Dostupné na: doi:10.1001/archpsyc.1991.01810330025004

O'HARA, Michael W. a Annette M. SWAIN, 1996. Rates and risk of postpartum depression - A meta-analysis. International Review of Psychiatry [online]. 1996, roč. 8, č. 1, s. 37–54 [cit. 10.4.2022]. ISSN 09540261. Dostupné na: doi:10.3109/09540269609037816

O'HARA, Michael W. a Katherine L. WISNER, 2014. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* [online]. 2014, roč. 28, č. 1, s. 3–12 [cit. 10.4.2022]. ISSN 15321932. Dostupné na: doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002

O'HARA, Michael W., Ellen M. ZEKOSKI, Laurie H. PHILIPPS a Ellen J. WRIGHT, 1990. Controlled prospective study of postpartum mood disorders: Comparison of childbearing and nonchildbearing women. *Journal of Abnormal Psychology* [online]. 1990, roč. 99, č. 1, s. 3–15 [cit. 10.4.2022]. ISSN 0021-843X. Dostupné na: doi:10.1037//0021-843x.99.1.3

OSBORNE, Lauren M., 2018. *Recognizing and Managing Postpartum Psychosis: A Clinical Guide for Obstetric Providers* [online]. 1. september 2018. B.m.: W.B. Saunders. [cit. 10.4.2022]. Dostupné na: doi:10.1016/j.ogc.2018.04.005

RASTISLAVOVÁ, K. (2008). Psychologie pozdního šestinedělí. *Moderní babičtví*, 16. (online) (cit. 10.4.2022) Dostupné na: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=6>

ROSENFELD, A.I. 2011. *New research on Postpartum depression*. 1. vydanie. Copyright Publishers, 2011. 180 s. ISBN 101-60021-284-0

ROZTOČIL, A. a kol. 2008. *Psychiatrická onemocnění v těhotenství*. 1. Vydanie. Praha: Grada, 2008. 241 s. ISBN 978-80-247-1941-2

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2011. *Ošetrovatelský proces u klientky v šestinedělí*. 1. vydanie. Praha: Grada, 2011. 229-231 s. ISBN 978-80-247-3373-9

SMOLÍK P. 1996. *Duševní a behaviorální poruchy : průvodce klasifikací. Nástin nozologie. Diagnostika*. [1. vyd.]. Praha: MAXDORF-JESSENIUS, 1996. 504 s. ISBN 80-85800-33-0.

SOUKUPOVÁ,S.; BODELOVIČOVÁ, S. 2010. Príčiny a projevy zmen psychiky u žien v šestinedelí. In Ošetrovatel'stvo a pôrodná asistencia. ISSN 1336-183X, 2010, ročník 8, číslo 4, s. 8.

VLČEK, J. a kol. 2010. Antidepresíva v tehotenství a laktaci.1. vydanie. Praha: Grada, 2010. 338s. ISBN 978-80-247-3169-8

WEISS, P. a kol. 2010. Poporodné psychické zmeny. 1. Vydanie. Praha: Grada, 2010. 300-301 s. ISBN 978-80-247-2492-8

ČERŇANOVÁ, A. Psychické poruchy v tehotnosti a v popôrodnom období. Praktická gynekológia. 2009, roč. 16, č. 1, s. 19-23. ISSN 1355-4221.

THE POSTPARTUM BONDING QUESTIONNAIRE: A VALIDATION, IF Brockington, C. Fraser, D. Wilson – Archives of woman's mental health, 2006 – Springer, (online) (cit. 10.4.2022) Dostupné na: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00737-006-0132-1>

PRÍLOHY

Príloha 1 Edinburská škála popôrodnej depresie (EPDS)

Príloha 2 Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ)

Príloha 1

Edinburská škála popôrodnej depresie (EPDS)

Otázka číslo 1: Dokázala som sa zasmiať a vidieť veselú stránku vecí?

- Najviac ako som mohla (0)
- Teraz nie až tak veľmi (1)
- Teraz už nie toľko (2)
- Vôbec (3)

Otázka číslo 2: Dokázala som sa tešiť z vecí?

- Áno, veľmi často (0)
- Skôr menej ako predtým (1)
- Určite menej ako kedysi (2)
- Takmer vôbec (3)

Otázka číslo 3: Zbytočne si veci obviňujem, ak sa veci zvrtnú?

- Áno, veľmi často (3)
- Áno, občas (2)
- Nie veľmi často (1)
- Nie, nikdy (0)

Otázka číslo 4: Bezdôvodne som mala obavy?

- Vôbec nie (0)
- Zriedkavo (1)
- Áno, niekedy (2)
- Áno, veľmi často (3)

Otázka číslo 5: Cítila som strach alebo paniku na neadekvátny podnet?

- Áno, dosť veľa (3)
- Áno, niekedy (2)
- Nie často (1)
- Vôbec nie (0)

Otázka číslo 6: Cítala som sa vyčerpaná?

- Áno, väčšinou som nebola schopná sa s tým vyrovnat' (3)
- Áno, niekedy som sa s tým nedokázala vyrovnat' ako zvyčajne (2)
- Nie, väčšinou som sa s tým dokázala vyrovnat' (1) 30
- Nie, vždy som to vedela zvládnuť (0)

Otázka číslo 7: Bola som taká nešťastná, že som mala problém so spánkom?

- Áno, väčšinou (3)
- Áno, občas (2)
- Nie veľmi často (1)
- Nie, vôbec (0)

Otázka číslo 8: Cítala som sa smutne a nešťastne?

- Áno, väčšinou (3)
- Áno, dosť často (2)
- Nie veľmi často (1)
- Nie, vôbec (0)

Otázka číslo 9: Bola som taká nešťastná, že som neustále plakala?

- Áno, väčšinu času (3)
- Áno, dosť často (2)
- Len príležitostne (1)
- Nie, nikdy (0)

Otázka číslo 10: Napadlo mi, žeby som ublížila sebe alebo dieťaťu?

- Áno, dosť často (3)
- Niekedy (2)
- Málokedy (1)
- Nikdy (0)

Hodnotenie:

0-8 bodov Nízka pravdepodobnosť depresie

9-11 bodov Baby „blues“

12-13 bodov Znaky vedúce k možnosti popôrodnej depresie, malo by sa začať s preventívnymi opatreniami

14 bodov a viac Vysoká pravdepodobnosť popôrodnej depresie

(Upravené podľa Osborne 2018).

Príloha 2**Postpartum Bonding Questionnaire Brockington (2001)**

1 Cítim sa ako v kletke	5	4	3	2	1	0
2 Hnevám sa na svoje dieťa	5	4	3	2	1	0
1 Moje dieťa mi je na ťarchu	5	4	3	2	1	0
1 moje dieťa je najkrajšie na svete	0	1	2	3	4	5
1 želám si aby moje dieťa zmizlo	5	4	3	2	1	0
4 Robila som svojmu dieťaťu zlé veci	5	4	3	2	1	0
3 Moje dieťa ma znepokojuje		4	3	2	1	0
3 Bojím sa o svoje dieťa	5	4	3	2	1	0
2 Moje dieťa ma trápi	5	4	3	2	1	0
3 cítim sa isto keď svoje dieťa prebaľujem	0	1	2	3	4	5
2 najlepšie by bolo keby sa o moje dieťa staral niekto iný	5	4	3	2	1	0
4 chcem svoje dieťa poraniť	5	4	3	2	1	0
3 moje dieťa je ľahké upokojiť	0	1	2	3	4	5

Hodnotenie:**Kategória 1** Oneskorenie väzby cut-of 12**Kategória 2** Odmietnutie a zlosť cut-of 17**Kategória 3** Strach cut-of 10**Kategória 4** Nebezpečenstvo zneužitia dieťaťa cut-of 3