

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Kristýna Malypetrová

**Povědomí porodních asistentek o psychických
poruchách žen v šestinedělí**

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Daniela Nedvědová, Ph.D.

Olomouc 2024

Prohlašuji, že jsem předloženou diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje, které jsou součástí této práce.

Olomouc 28. června 2024

Kristýna Malypetrová

Ráda bych poděkovala paní PhDr. Mgr. Daniele Nedvědové, Ph.D. za vedení mé diplomové práce. Dále děkuji své rodině, příteli a kolegyním, kteří mě podporovali a dohlíželi na mé psychické zdraví během celého procesu psaní diplomové práce. Také bych chtěla poděkovat respondentkám za jejich ochotu při rozhovorech.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Psychické poruchy žen v šestinedělí

Název práce: Povědomí porodních asistentek o psychických poruchách žen v šestinedělí

Název práce anglicky: Midwives awareness about mental disorders in women in postpartum period

Datum zadání: 31. 1. 2022 **Datum odevzdání:** 28.6.2024

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotnických věd
Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Kristýna Malypetrová

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Daniela Nedvědová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Radmila Dorazilová, PhD.

Abstrakt v ČJ: Tato diplomová práce se zabývá povědomím porodních asistentek o psychických poruchách, které mohou postihnout ženy během šestinedělí. Období šestinedělí je klíčové pro tělesné i psychické zotavení ženy po porodu, avšak může být doprovázeno různými psychickými problémy, jako je poporodní deprese, úzkostné poruchy a poporodní psychóza. Cílem diplomové práce je poskytnout přehled o povědomí porodních asistentek o těchto poruchách, zhodnotit zkušenosti, informovanost a zájem o další vzdělávání v této problematice. Pro výzkum byla použita kvalitativní metoda, formou rozhovoru s porodními asistentkami ve Fakultní nemocnici Plzeň. Data byla analyzována s cílem zjistit míru informovanosti, zkušenosti s péčí o duševně ohrožené ženy a potřebu dalšího vzdělávání v této oblasti. Výsledky ukázaly, že povědomí porodních asistentek o psychických poruchách žen v šestinedělí je často nedostatečné, což může vést k opožděné diagnostice a neadekvátní podpoře postižených žen. Studie zdůrazňuje potřebu zlepšení vzdělávání a odborné přípravy porodních asistentek, aby byla zajištěna včasná a efektivní péče o ženy v tomto citlivém období.

Abstrakt v AJ: This thesis explores the awareness of midwives about mental disorders that can affect women during the postpartum period. The postpartum period is crucial for

the physical and psychological recovery of women after childbirth, but it can be accompanied by various psychological issues such as postpartum depression, anxiety disorders, and postpartum psychosis. The aim of this thesis is to provide an overview of midwives' awareness of these disorders, evaluate their experiences, level of knowledge, and interest in further education on this topic to improve midwifery care. A qualitative research method was used, involving interviews with midwives at the University Hospital in Pilsen. The data were analyzed to determine the level of awareness, experience in caring for mentally vulnerable women, and the need for further education in this area. The results showed that the awareness of midwives about mental disorders in women during the postpartum period is often insufficient, which can lead to delayed diagnosis and inadequate support for affected women. The study emphasizes the need to improve the education and professional training of midwives to ensure timely and effective care for women in this sensitive period.

Klíčová slova v ČJ: porodní asistentky, psychické poruchy, šestinedělí, poporodní deprese, úzkostné poruchy, poporodní blues, poporodní psychóza.

Klíčová slova v AJ: midwives, mental disorders, postpartum period, postpartum depression, anxiety disorders, postpartum blues, postpartum psychosis,

Rozsah: 84 stran

Obsah

Úvod	7
1 Popis řešeršní činnosti	8
2 Šestinedělí	9
2.1 Poporodní změny	9
3 Psychické poruchy	13
3.1 Poporodní blues	13
3.2 Poporodní deprese.....	16
3.3 Poporodní psychóza	21
3.4 Obsedantně-kompulzivní porucha	25
3.5 Prevence psychických poporodních poruch	29
4 Psychické poruchy a zdravotnický tým	32
5 Role porodních asistentek v péči o ženu s psychickým onemocněním po porodu	35
6 Výzkumná část diplomové práce.....	37
6.1 Formulace problému	37
6.2 Cíl výzkumu.....	37
6.3 Metodika výzkumu	38
6.4 Analýza výzkumu	39
6.5 Výsledky výzkumu ve vztahu k cílům práce	61
Závěr	71
Reference	72
Seznam příloh.....	80
Přílohy	

Úvod

Příchod nového života do rodiny je obdobím radosti a štěstí, ale může být provázaný mnoha výzvami, zejména pro ženy po porodu. Toto období je plné fyzických, emocionálních a sociálních změn, které mohou ovlivnit duševní pohodu žen. Psychické poruchy v období šestinedělí jsou významným problémem, který může negativně ovlivňovat zdraví a pohodu žen po porodu. Povědomí a vhodná péče o tyto poruchy jsou klíčové pro podporu duševního zdraví matek v tomto období. Porodní asistentky jsou nedocenitelnými členy týmu poskytující péči během těhotenství, porodu a po něm. Často jsou prvními zdravotními pracovníky, kteří pečují o ženu po porodu. Mají blízký kontakt a s ženami mohou hrát důležitou roli v detekci a podpoře žen s psychickými obtížemi a mít zásadní vliv na celkový průběh zotavování žen po porodu.

Tato diplomová práce se zaměřuje na povědomí porodních asistentek o psychických poruchách žen v šestinedělí. Cílem práce je poskytnout přehled o současném stavu povědomí porodních asistentek o těchto poruchách, zhodnotit zkušenosti, informovanost a zájem o další vzdělávání v této problematice pro zlepšení péče porodních asistentek. Zajímá nás, jak porodní asistentky vnímají své znalosti o psychických problémech žen po porodu a jaké intervence poskytují.

V teoretické části jsou uvedeny poporodní změny a přehled vybraných psychických poruch v šestinedělí, včetně etiologie, symptomů, diagnostiky a managementu. Dále bude popsána role porodních asistentek v péči o ženy v šestinedělí.

Následně bude proveden výzkum, jehož cílem je zjistit povědomí porodních asistentek o psychických poruchách žen v šestinedělí. Metodika výzkumu bude zahrnovat kvalitativní přístup, a to prostřednictvím rozhovorů s porodními asistentkami. Na základě získaných dat budou diskutovány výsledky výzkumu a navržena doporučení pro praxi a další výzkum v této oblasti.

Zlepšení povědomí a schopností porodních asistentek v oblasti psychických poruch v šestinedělí může vést k poskytnutí efektivnější podpory ženám a zlepšení kvality péče v tomto důležitém období.

1 Popis rešeršní činnosti

V následujícím textu je popsána rešeršní činnost, podle které došlo k vyhledávání zdrojů pro tvorbu této diplomové práce.

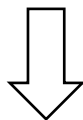
Vyhledávací kritéria

Klíčová slova v ČJ: porodní asistentky, psychické poruchy, šestinedělí, poporodní deprese, úzkostné poruchy, poporodní blues, poporodní psychóza.

Klíčová slova v AJ: midwives, mental disorders, postpartum period, postpartum depression, anxiety disorders, postpartum blues, postpartum psychosis.

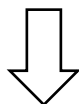
Období: 2009-2024

Další kritéria: recenzovaná periodika, review, přehledové články, studie

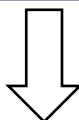


Databáze

Google Scholar, PubMed, UpToDate, Science Direct, Wiley Online Library, Scopus, ResearchGate



Nalezeno 155 dokumentů



Vyřazující kritéria

Duplicitní články, články nesplňující vymezená kritéria, články nedostupné v plném textu, články, které se netýkají tématu

Pro tvorbu diplomové práce bylo využito 64 odborných článků a dvě webové stránky a jedna kniha.

2 Šestinedělí

Poporodní období, považované také za tzv. čtvrtý trimestr. Toto období označujeme jako dobu od porodu placenty do zhruba šestého až osmého týdne po porodu. Konec šestinedělí je těžké definovat, protože se těhotenské změny uvádějí do původního stavu a každý orgán se vrací do netěhotného stavu odlišnou dobu, někdy i déle, než máme nastavený limit (Berens, 2022).

2.1 Poporodní změny

Poporodní změny jsou primárně způsobeny rychlým poklesem hormonů, estrogenem a progesteronem. K obecným změnám ihned po porodu zařazujeme celkovou únavu, zvýšený tep a zvýšený krevní tlak trvající několik hodin, obecně v hodnotách norem, odezní obvykle druhý den. Tělesná teplota bývá lehce zvýšená až na 37,2 °C spolu se zvýšeným třesem a pocením. Všechny tyto změny jsou způsobené velkou dávkou vzrušení či prožitou velkou bolestí. Během několika hodin po porodu dochází k úbytku hmotnosti o pět až šest kilogramů v důsledku vyloučení produktů těhotenství a doprovodné krevní ztráty.

Reprodukční systém

Po porodu se děloha ihned rychle stahuje, aby se zabránilo větším ztrátám krve. Stahování dělohy může způsobovat bolesti nebo křeče břicha. Děloha v prvních hodinách váží zhruba jeden kilogram, na konci prvního týdne pět set gramů a do šesti týdnů po porodu už se děloha dostane na pouhých padesát gramů. Povrchová vrstva endometria nekrotizuje a postupně se odlučuje. Endometrium se plně obnoví za přibližně dva až tři týdny (Chauhan, 2022). Místo inzerce placenty prochází několika změnami vedoucí k hemostáze, to bývá způsobeno kontrakcemi arteriálního hladkého svalstva a kompresí cév svalstvem dělohy. Velikost jizvy po placentě se bezprostředně po porodu zmenší o polovinu a změny na tkáních mají za následek množství a kvalitu lochií. Ihned po porodu z dělohy proudí velké množství červené čerstvé krve, a to až do stádia kontrakce. Poté se objem lochií rychle snižuje, doba trvání tohoto děje se může lišit, nazýváme jej lochia rubra. Červený výtok se následně změní na hnědočervený s řidší konzistencí, toto nazýváme lochia serosa. Po dobu několika týdnů se intenzita lochií snižuje a barva se mění na žlutou, to nazýváme lochia alba. V této fázi lochia postupně vymizí, u každé ženy je to odlišná doba (Kansky, 2021). Cervix a vagina v časném poporodním období mohou

být edematózní a pohmožděné, zvláště pak, pokud utrpěli nějaké poranění. To může vést k nepohodlí a bolesti, postupně se ale hojí a vracejí se zpátky do normálu (Chauhan, 2022). Tento děj obvykle trvá jeden až dva týdny. Většina svalového tonusu se obnoví do šesti týdnů, s následným zlepšením do několika měsíců. Tonus se může, ale nemusí vrátit do normálu, záleží na rozsahu poranění.

U vaječníků se normální funkce vrací zpátky v závislosti na kojení novorozence. Pokud žena pravidelně kojí, má delší období amenorey a anovulace než ta, která využívá umělou výživu. Menstruace tak v důsledku funkce vaječníků nastává většině žen do dvanácti týdnů. Ale u kojící ženy je obnova menstruačního cyklu velice variabilní a závisí na řadě faktorů, ke kterým se zařazuje i vliv kojení. Normální funkce vaječníků je způsobena potlačením ovulace, v důsledku zvýšení prolaktinu (Kansky, 2021).

Během těhotenství se prsa připravují na laktaci, a to především duktální a lobulární hyperplazií a hypertrofií. Po porodu hladiny estrogenu a progesteronu prudce klesají a prolaktin začíná svou sekreční aktivitu mléka v duktulu mléčné žlázy. Sekrece mléka startuje třetí či čtvrtý den po porodu (Chauhan, 2022). Prsa začínají nejprve vylučovat tzv. kolostrum, tj. tmavě žlutá tekutina bohatá na imunologické složky, minerály a aminokyseliny. Má více bílkovin, ale obsahuje méně cukrů a tuků než zralé mléko. Mlezivo pokračuje po dobu pěti dnů až dvou týdnů po porodu s pozdějším přechodem do zralého mléka (Panda, 2021). Během dalších dnů mléko zraje a obsahuje všechny potřebné živiny v novorozeneckém období. Mléko se v průběhu laktace neustále mění, aby byly uspokojeny měnící se požadavky dítěte (Kansky, 2021). Zdravá žena vylučuje obvykle 500–800 ml mléka denně. Tukové zásoby vzniklé během těhotenství poskytují dostatek kalorií pro vyrovnaní jakéhokoli nutričního deficitu během kojení (Chauhan, 2022).

Hematologický systém

V důsledku velké krevní ztráty je možné zaznamenat klesnutí hematokritu, ale poté začne opět stoupat objem plazmy vlivem diurézy a hemokoncentrace. Zpět se zvyšují hodnoty během tří až pěti dnů. Hemoglobin, který v těhotenství klesá, se do normálního stavu obnoví během čtyř až šesti měsíců (Chauhan, 2022). Po porodu se může objevit výrazná leukocytóza a trombocytóza. Nejvyšší hodnoty koagulace pozorujeme těsně po porodu a mohou trvat následujících 48 hodin. Zvýšená fibrolytická aktivita se během týdne vrátí do původního stavu. Ovšem změny v koagulačním systému spolu s velkým

stresem cév a menší mobilitou představují vyšší riziko tromboembolické nemoci, zvláště pak po operativním porodu (Panda, 2021).

Kardiovaskulární systém

V brzkém poporodním čase se zvyšuje objem cirkulující krve z kontrakce dělohy a zvýšení přednapětí z úlevy od obstrukce dolní duté žíly. To má za důsledek nárůst srdečního výdeje, který ve velké rychlosti po porodu klesá na hodnoty před porodem. Na hodnoty v netěhotném stavu se poté vrací během dvou týdnů. Fyziologická hypertrofie se do netěhotného stavu vrací přibližně během čtyř týdnů.

Gastrointestinální systém

V poporodním období může nastat plynatost a zácpa zapříčiněná střevním ileem. Za jeho vznik je zodpovědná velká prožitá bolest při porodu a přítomnost hormonu relaxinu v oběhu. Dále se objevuje ztráta tělesných tekutin, laxnost břišní stěny a hemeroidy. Utlačující děloha v graviditě způsobuje snížení dolního pólu jícnového svěrače vlivem vysokých hladin progesteronu a hypersekrece kyselin, to způsobuje vyšší výskyt refluxu kyseliny během těhotenství. Po porodu tyto hormony klesají a příznaky tím vymizí během tří až čtyř dnů (Chauhan, 2022). Vyprazdňování žaludku zůstává abnormální první den, druhý se již vrátí do normálu (Panda, 2021). Nejzávažnějším případem je fekální inkontinence. To mohou způsobit svaly a nervy v pánevním dně, které ovládají pohyby střev a análního svěrače, během porodu mohou být napnuty nebo dokonce poškozeny. Fekální inkontinence během několika měsíců může spontánně vymizet, občas však vyžaduje odbornou péči (Wray, 2021).

Močový systém

V šestinedělí močový systém ovlivňují tři hlavní stavy, kterými jsou retence moči, inkontinence a diuréza. Močový měchýř se během jednoho až dvou dnů vlivem hormonů roztáhne. Fyziologicky dojde k trvalému snížení tonusu hladkého svalstva močového měchýře, k tomuto dojde již v těhotenství. Neurologicky dočasně poškozuje funkci močového měchýře epidurální analgezie. Mikční reflexy mohou být narušené šitím porodních poranění. Mechanicky může edém močové trubice nebo komprese z edému vulvy přispět k retenci. Přeplněný močový měchýř může vést k inkontinenci v důsledku přetečení. Nevhodná či pozdě léčená diagnóza může vést k dysfunkci močového měchýře, infekci močových cest nebo k dalším komplikacím souvisejícím s katétretem.

Normální diuréza nastává kolem druhého dne, protože rovnováha tekutin a solí se vrací do netěhotného stavu.

Dýchací systém

V šestinedělí je dýchací systém ovlivněn jen málo. Abnormální dýchání poukazuje na poporodní komplikace, jako např. infekce (Wray, 2021).

Endokrinní systém

V období šestinedělí nastávají výrazné endokrinní změny, které ovlivňují fyziologii a emoce. Při porodu dochází ke zvýšené koncentraci kortizolu, který pomáhá dozrání fetálního systému připraveného k porodu, odchod placenty odstraňuje pCRH a plazmatické hladiny CRH a vracejí se během 15 hodin do normálu. Hladiny kortizolu klesají v prvních dnech a týdnech v šestinedělí. Dramatické hormonální změny, ke kterým dochází v poporodním období, jsou spojeny s rozvojem poruchy nálady, od tzv. baby blues až po poporodní depresi a poporodní psychózu. Náhlé vysazení estradiolu nebo abnormálně nízké hladiny oxytocinu souvisí se vznikem těchto duševních problémů (Wray, 2021).

Psychické změny

Tyto změny jsou ovlivněny hormonální činností v těhotenství, mohou se objevit bez rozdílu plánované či neplánované gravidity. Žena prožívá nové pocity, které dosud nepoznala. U prvního těhotenství nemá žena žádné zkušenosti s mateřstvím, některé instinkty potlačila výchova, jiné zase potlačila žena sama. Samotné těhotenství bývá přidruženo s úzkostí a obavami. Ženy mají strach z reakce rodiny či partnera. U neplánovaného těhotenství se ženy rozhodují, zda ho ponechat či nikoli. Naopak u chtěného mají ženy velký strach ze ztráty, tento problém roste u žen, které již potratily nebo se léčily s neplodností. Některé ženy může ovlivnit okolí s negativní zkušeností. Všechny tyto vjemy mohou vést k odmítání pohlavního styku a ke ztrátě zájmu o okolí. Úzkost může být jedním z příznaků některé z psychických poruch. Těhotné ženy mohou trpět poruchami spánku, separační úzkostí, velkou obavou z porodu, z personálu, vlastním pocitem neschopnosti či strachem vlastní smrti nebo dítěte (Procházka, 2020).

3 Psychické poruchy

V poporodním období dochází k mnoha biologickým, fyzickým, sociálním a emočním změnám. Samotné šestinedělí vyžaduje výraznou osobní i interpersonální adaptaci, zejména u prvorodiček. Protože ženy zažívají širokou škálu ohromujících emocí od očekávání, vzrušení, štěstí a naplnění až po úzkost, frustraci, zmatek a smutek, je poporodní období vysoce náchylné k různým psychiatrickým poruchám (Rai, 2015).

Mateřství přináší radost, výzvy a hluboké změny do života. Uprostřed těchto radostných okamžiků a nových začátků jsou i aspekty mateřství, které souvisejí s duševním zdravím. Přechod do nové role matky je poznamenán hormonálními výkyvy, nedostatkem spánku a adaptací se potřebám novorozence. Neřešené poporodní poruchy nálady mohou narušit vytvoření bezpečného vztahu mezi matkou a dítětem. Účinky duševního zdraví žen po porodu se odráží v rodině, partnerském vztahu, dynamice sourozenců a v celkovém rodinném prostředí (Modak, 2023).

Duševní poruchy spojené s porodem se obvykle dělí do tří skupin, od mírného a sebeomezeného „baby blues“ až po významnější a zhoršující se etapy poporodní deprese a nakonec tzv. puerperální nebo postnatální psychózu. Tyto epizody představují jedny z nejzávažnějších forem poporodních poruch nálady, u kterých mohou nastat devastující následky pro matku, dítě i širší rodinu (Perry, 2021).

3.1 Poporodní blues

Nejčastější forma psychické poruchy po porodu je tzv. poporodní blues. Většinou netrvá delší dobu, odezní do desátého dne po porodu, obvykle vrcholí mezi třetím a pátým dnem. Pokud příznaky přetrvávají, může se poporodní blues rozvinout v poporodní depresi (Wilhemová, 2021). Pokud samovolně nevymizí, může s sebou nést riziko pro matku a následně i o její schopnost pečovat o své dítě. Syndrom poporodní blues nemá podobnost s poporodní depresí a jeho etiologie je patrně rozdílná, ale nese jeden z významných rizikových faktorů poporodní deprese. Nástup této deprese může nastat až do šesti týdnů po porodu, proto včasné odhalení poporodního blues může být využito k preventivním opatřením (Takács, 2016). Definici poporodního blues můžeme také nazvat jako „špatná nálada a mírné depresivní příznaky, které nejsou stálé a samovolně se omezující“ (Balaram, 2023).

Etiologie

Ke vzniku časných poporodních psychických potíží může vést několik rizikových faktorů. Zařazujeme do nich historii změn nálad v souvislosti s menstruačním cyklem či graviditou, anamnézu těžké deprese nebo poruchy nálad, vyšší počet gravidit nebo výskyt poporodní deprese v rodině. Nízký ekonomický status, etnický nebo rasový původ, stav gravidity (poprvé těhotná vs. několikrát těhotná), plánovaná vs. neplánovaná gravidita, samovolné otěhotnění vs. IVF, typ porodu (spontánní či operativní), výskyt poruch nálad nebo poporodní deprese v minulosti, to vše jsou faktory, které mohou být přítomny, ale nepředurčují ženě rozvoj poporodního blues (Balaram, 2023). Podle MUDr. Viguera se k rizikovým faktorům dále zařazuje: stres spojený s péčí o dítě, nekojení, psychosociální postižení, anamnéza užívání perorální antikoncepce, která je spojena se změnami nálad, depresivní příznaky před porodem a císařský řez (Viguera, 2023).

Patogeneze není zcela jasná. Za jeden z primárních příčinných faktorů vzniku poporodního blues jsou považovány hormonální změny. Po porodu dochází k dramatickému snížení estradiolu, progesteronu a prolaktinu. Pokles všech těchto hormonů byl zaznamenán i v různých fázích menstruačního cyklu a je spojován se změnami nálad (Balaram, 2023). Podle studie z Toronta mají hladiny estradiolu úzce vázaný vztah s hustotou monoaminoxidázy A, dále MAO-A. Hlavním měřítkem je celkový distribuční objem a index hustoty v sedmi částech mozku. Výsledky této studie potvrdily významně vyšší objem MAO-A o 43 % během časného poporodního období. Závěrem lze říci, že zvýšené hladiny MAO-A v časném poporodním období lze vysvětlit jako marker pro snižování monoaminu, který způsobuje změny nálad jako u poporodního blues (Sacher, 2010).

Příznaky a diagnostika

Poporodní blues je přechodný psychický stav s možnými krátkodobými symptomy. K těmto příznakům zařazujeme plačtivost nebo období pláčů, podrážděnost či emoční labilitu, skleslou náladu, smutek, nestálou náladu, nedostatek spánku, nespavost, úzkost, ztrátu chuti k jídlu, špatnou soustředěnost. Všechny tyto symptomy se objevují v prvních dnech po porodu a mizí před desátým dnem (Tosto, a další, 2023).

Diagnostický a statický manuál duševních poruch (dále DSM) se v USA používá jako jedinečná metoda pro diagnostiku psychiatrických poruch (WordPress, 2024). Tento manuál nepřiznává diagnózu poporodní blues jako samostatnou. Pro účel kódování DSM

je označená buď jako „*porucha přizpůsobení s depresivní náladou*“, nebo „*depresivní porucha jinak nespecifikovaná*“. Přesný název v kódovém manuálu zní „poporodní deprese, jinak nespecifikovaná“ (Balaram, 2023). Zatím nebyl vytvořen žádný standardizovaný způsob pro stanovení poporodního blues. Diagnóza se stanoví na podkladě přítomnosti tří nebo čtyř depresivních příznaků (Viguera, 2023). K hodnocení výskytu příznaků se užívají standardizované rozhovory, dotazníky, nebo také škály hodnotící nálady.

Jedny z prvních metod, které byly navrženy k měření poporodního blues, byly stupnice a škály, které zkoumaly předem stanovené symptomy. Později se ke stupnicím přidaly osobní rozhovory se ženami. Byla vyvinuta Steinova stupnice poporodního blues (tzv. *Stein Maternity Blues Scale*), která se věnovala třinácti příznakům. Stupnice měla výsledky od nuly do šestadvaceti, kdy skóre tři až osm znamenalo mírný stupeň blues. Skóre od devíti a výše značilo těžký stupeň poporodního blues. Jednou z nejznámějších metod je Edinburská škála postnatální deprese (tzv. *Edinburgh Postnatal Depression Scale*). Tato škála sloužila jako screeningový test pro poporodní depresi. Skóre se pohybuje od nuly do třiceti. Diagnóza pro poporodní depresi bylo skóre vyšší než dvanáct. Pokud výsledek vyšel devět až dvanáct, značilo to riziko vzniku poporodní deprese. Edinburská škála se zaměřovala na demografické charakteristiky, anamnézu deprese v rodině nebo v životě a na možné spouštěče deprese, které se objevily během těhotenství nebo v časném poporodním období. K další z vyvinutých metod patří Kennerleyho bluesový dotazník (tzv. *Kennerle's Blues Questionnaire*). Ten byl vytvořen po šesti fázích rozhovorů s matkami, nakonec byl dotazník složen z osmadvaceti položek, které se ukázaly jako spolehlivé. K nejnovějším studiím, které hodnotily poporodní blues, zařazujeme např. *the Mieczysława Plopa* a *Jan Rostowsky Marriage Questionnaire*, *the Berlin Social Support Scales*, *NEO Five-Factor Personality Inventory* nebo *the Item Development of Maternal Blues* Suryani (Tosto, a další, 2023).

Screening ovšem není v praxi standardem a rozsah je vyhrazen specializovaným službám či výzkumným programům. Obecně není vyjasněno, zda screening vylepšuje skóre. Výzkumy těžké deprese naznačují, že screening je účinný pouze, tehdy je-li k dispozici další sledování pro poskytnutí diagnostických rozhovorů a následně léčby (Viguera, 2023).

V České republice probíhala studie pomocí „*Maternity Blues Questionnaire*“. Dotazník byl přizpůsoben a validován pro českou populaci. Sběr dat byl soustředěn na

Kraj Vysočina, kde se zúčastnilo výzkumu 1093 žen. Dotazník ženy vyplňovaly po porodu jednorázově při pobytu v porodnici. Dále se po skončení šestinedělí prováděl screening poporodní deprese pomocí Edinburské škály postnatální deprese. Bylo zjištěno, že podíl žen se silným blues stoupl ze 7,3 % na 14,55 %. Vysoký výsledek v „*Maternity Blues Questionnaire*“ při vysokém skóre v Edinburské škále postnatální deprese vyšel jako prokazatelný. Dotazník byl uznán za reliabilní a validní nástroj pro screening poporodní blues. A uznáno bylo i využití dotazníku v klinické praxi i ve výzkumu k identifikaci žen s těžkým poporodním blues a vysokým rizikem poporodní deprese (Takács, 2016).

Management

Poporodní blues je přechodný stav a samovolně vymizí. Nevyžaduje žádnou další terapii (Balaram, 2023). Pro ženy je důležité ujištění, že příznaky špatné nálady bývají normální a krátkodobé (Tosto, a další, 2023). Nastane-li diagnóza poporodní blues, měly by ženy být vyšetřeny kvůli možnému výskytu poporodní deprese. Pokud symptomy přetrvávají déle než čtrnáct dní, je třeba zvážit vznik deprese, u které je třeba zajistit léčebný režim (Balaram, 2023). Ženy lze připravit edukací o poporodním blues na příznaky, které jsou často nečekané a znepokojivé. Lze doporučit, aby si ženy předem zajistily, že po porodu budou mít dostatečnou podporu, odpočinek a spánek. Pozitivní vliv na snížení poporodního blues může mít muzikoterapie, akupresura a zvýšená vazba na dítě v šestinedělí (Tosto, a další, 2023).

3.2 Poporodní deprese

Poporodní deprese je léčitelná duševní porucha, tvořící určitý handicap. Je označována za jednu z nejčastějších komplikací po porodu (Stewart, 2016). Termín poporodní deprese je popisován jako deprese, která se objevuje během poporodního období až jeden rok po porodu (Webber, 2019). V DSM je poporodní deprese nazývána jako velká depresivní epizoda „*s peripartálním nástupem, pokud k nástupu symptomů nálady dojde během gravidity nebo do čtyř týdnů po porodu*“. Deprese nesplňující kritéria nebo začínající později, než po čtyřech týdnech po porodu, může stále způsobit poškození a následně vyžadovat terapii (Stewart, 2016). Ovšem Mezinárodní statistická klasifikace nemocí definuje nástup do šesti týdnů po porodu a WHO a Centra pro kontrolu a prevenci nemocí zvyšují rizikové období na dvanáct měsíců po porodu (Silverman, 2017).

Etiologie

K rozvoji poporodní deprese přispívají rizikové faktory, které ovlivňují vznik a míru onemocnění. Z jedné přehledové studie vyplynulo, že rizikové faktory lze rozdělit do pěti různých. Přesněji psychologické, porodnické, biologické, sociální faktory a životní styl.

Z psychologických rizikových faktorů ovlivňuje poporodní depresi předchozí anamnéza deprese a úzkosti, ta je spojena s vyšším rizikem. Dále je s poporodní depresí spojován nepříznivý postoj k těhotenství, počet velkých životních událostí a sexuální zneužívání v minulosti. Do této kategorie jsou dále zařazeny nechuť k pohlaví dítěte a stres z péče o dítě (Ghaedrahmati, 2017).

Z biologického hlediska je známo, že během těhotenství pohlavní hormony stoupají, naopak po porodu dramaticky klesají, to vede k dysregulaci, která má přispívat k poporodní depresi. Hlavní roli v rozvoji poporodní deprese při dysregulaci hypotalamové osy. Snížení dopaminergní funkce také ovlivňuje výskyt deprese. Rychlé vysazení estradiolu může vést k nefunkčnosti dopaminergních drah mozku, což také vede k poporodní depresi. Těhotenstvím vznikají mnohočetné neuroendokrinní změny, které mohou být spojované s poporodní depresí. Výskyt gama-aminomáselné kyseliny a nízké hladiny allopregnanolonu mohou ovlivnit poporodní depresi (Yu, 2021).

Ze studie Silverman et al. (2017) vyplývá několik porodnických faktorů. Vyšší riziko poporodní deprese bylo dokázáno jak u mladších (věk 15-24 let), tak i u starších matek (věk 35 a více). Ve studii bylo prokázáno vyšší riziko u instrumentálně vedeného porodu. Dále ovlivňuje poporodní depresi gestační stáří plodu (32. týden – 36. týden) a výskyt gestačního diabetu (Silverman, 2017).

Sociální rizikové faktory, které mohou přispět ke vzniku poporodní deprese, zahrnují nedostatek sociální opory, domácí násilí v podobě sexuálního, manželského, fyzického i verbálního zneužívání (Mughal, 2022). Dále postavení v zaměstnání, profesní kariéra, stupeň vzdělání a nízké příjmy (Ghaedrahmati, 2017). Studie z roku 2022, publikována v Scientific reports, zjistila, že vyšší úroveň sociální podpory byla spojena se sníženou pravděpodobností výskytu poporodní deprese, zejména u žen, které zažívají ztrátu těhotenství, víceparitu, negativní postoj k vlastnímu tělesnému obrazu a zaměstnání (Cho, 2022). Nedostatek sociální podpory je považován za vysoce rizikový faktor, naopak

silná sociální podpora je preventivním a ochranným faktorem pro ženy po porodu (Li, 2021).

Faktory životního stylu, jako je špatný spánek, nezdravá strava a nedostatek pohybové aktivity, mohou přispět k poporodní depresi (Mughal, 2022). Stresující životní události, jako je ztráta zaměstnání, smrt blízké osoby a nemoc, mohou také zvýšit šanci poporodní deprese (UPMC, 2024). Kouření v těhotenství a po porodu patří k vyššímu riziku poporodní deprese (Ghaedrahmati, 2017). Dostatečná konzumace výživných potravin a vitamin B6 může poporodní depresi snížit. Stejně jako zdravá strava může i cvičení snížit příznaky deprese, to zvyšuje příjem endorfinů a opioidů, což přináší pozitivní účinky na duševní zdraví. Cvičení zlepšuje sebevědomí a zvyšuje schopnost řešit problémy a soustředit se na své okolí (Mughal, 2022).

Příznaky a diagnostika

Depresivní poruchu lze diagnostikovat po přítomnosti alespoň pěti příznaků z devíti, trvající alespoň dva týdny. K těmto příznakům zařazujeme depresivní náladu přítomnou většinu dne, ztrátu zájmu nebo potěšení většinu dne, nespavost nebo hypersomnii, sníženou schopnost pohybu nebo poruchu nálady, bezcennost nebo vinu, ztrátu energie nebo únavu, sebevražedné myšlenky, pokus nebo opakující se myšlenky na smrt, zhoršenou koncentraci nebo nerozhodnost, změnu hmotnosti o 5 % za jeden měsíc nebo ztrátu chuti k jídlu. Ženy s poporodní depresí mohou mít také psychotické příznaky, které zahrnují halucinace a bludy (Mughal, 2022). Diagnostika poporodní deprese je náročná, a to díky změnám ve spánku, chuti k jídlu a nadměrné únavě, které jsou u žen po porodu běžnou věcí (Pearlstein, 2009).

V roce 2023 vydala Americká vysoká škola porodníků a gynekologů nové doporučení, a to vyšetřit ženu minimálně dvakrát za těhotenství. Při první návštěvě těhotenské poradny, později v graviditě a dále při poporodních návštěvách. Dva nejčastěji používané způsoby screeningu jsou *the Patient Health Questionnaire* a *the Edinburgh Postnatal Depression Screen*. Tyto screeningové testy mohou ženy vyplňovat samovolně, jsou snadno hodnotitelné a obsahují otázky týkající se sebepoškozování a také jsou již validovány v mnoha jazycích. Celkové skóre deset a vyšší je považováno za pozitivní. Pouze pozitivní výsledek testů však není dostatečný, lékař by měl samostatně a záměrně zkontrolovat odpověď na položku sebepoškozování, což je poslední otázka u obou testů.

Jakákoli jiná poslední odpověď než „nikdy“ u EPDS nebo „vůbec ne“ u PHQ-9 si zaslouží další posouzení. Tyto metody jsou označovány za screeningové, nikoli za diagnostické.

K samotné diagnóze deprese je potřeba alespoň pět příznaků přítomných během dvoutýdenního období jako změnu oproti předchozímu fungování a alespoň jeden příznak musí být depresivní nálada nebo ztráta zájmu nebo potěšení. Lékaři by se v rámci tvoření diagnózy měli zaměřovat kromě stresorů a podpory na typ příznaků, frekvenci, závažnost a trvání, a na to, jak symptomy ovlivňují každodenní fungování. Měli by objasňovat relevantní informace o osobní a rodinné psychiatrické anamnéze, předchozí psychiatrické léčbě včetně léků, psychoterapie, hospitalizace a předchozích sebevražedných myšlenkách a pokusech. Před finální diagnostikou ženy s poporodní depresí může být zapotřebí další anamnéza a laboratorní vyšetření k vyhodnocení dalších potencionálních příčin včetně zdravotních stavů, užívání návykových látek nebo léků, které mohou napodobovat, způsobovat nebo zhoršovat příznaky. Jakmile je stanovena diagnóza, lze využít screeningové metody (EPDS a PHQ-9) k informování a vedení léčby (Simas, 2023).

Management

V léčbě poporodní deprese se uplatňuje řada farmakologických i nefarmakologických postupů. Podle závažnosti příznaků musí lékař učinit rozhodnutí a zvolit vhodnou intervenci (Šebela, 2019).

První volba pro ženy s mírnou až středně těžkou poporodní depresí je psychosociální a psychologická psychoterapie, zvláště pokud matky váhají se zahájením léčby a především pokud se chystají kojit (Mughal, 2022).

Za psychosociální intervence považujeme ty, které posilují podporu. Především vzájemnou podporu a nedirektivní poradenství, které poskytují vyškolení zdravotničtí pracovníci (např. podpůrné skupiny nebo zdravotní sestry při domácích návštěvách). Metaanalýza pěti studií, kterou zmínili Stewart a kol. (2016), ukázala, že ženy léčené psychosociálními intervencemi měly menší pravděpodobnost, že deprese bude trvat rok po porodu než ženy, které dostaly standardní poporodní péči od zdravotníka, zdravotní sestry nebo praktického lékaře. Ženy, které nereagují na psychosociální intervence, se doporučuje formální psychoterapie, která se zabývá výzvami přechodu k rodičovství.

Tyto formální psychoterapie bývají časově náročné, omezené a strukturované (tj. kognitivně behaviorální terapie a interpersonální terapie), mohou být poskytovány ve

skupinovém nebo individuálním formátu po dobu dvanácti až šestnácti týdnů. Kognitivně behaviorální terapie je zaměřená na změnu maladaptivních myšlenkových vzorců, chování nebo obojího, aby mohlo dojít k pozitivní změně citového stavu. Interpersonální terapie je zaměřená na zlepšení mezilidských vztahů, a to pomáhá s přechodem k rodičovství.

U ženy léčící se s poporodní depresí je důležité zařazení intervencí pro celou rodinu, které je podporují a trénují v rodičovství. V zahraničí existují programy postavené na domácích návštěvách, nebo standardizované programy pozitivního rodičovství. Kombinace programů, kognitivně behaviorální terapie a pravidelnost domácích návštěv terénního týmu, přináší zlepšení depresivních příznaků i rodičovských dovedností. Psychoterapii limituje dostupnost a finanční náročnost (Šebela, 2019).

Alternativní možností, pokud ženy kojí a obávají se léků, je repetitivní transkraniální magnetická stimulace. Je to neinvazivní postup využívající magnetické vlny ke stimulaci a aktivaci nervových buněk. Provádí se u pacientů, kteří nereagují na antidepressiva a psychoterapii. Obecně je postup terapie bezpečný, ale mohou se vyskytnout vedlejší účinky (Mughal, 2022).

Farmakoterapie je často indikována u žen se středně těžkými a těžkými symptomy, a také u těch, které měly farmakoterapii dříve pro depresi nebo nemají přístup k psychoterapii (Simas, 2023). Indikace farmakoterapie by měla zahrnovat diskusi o laktaci, rizicích antidepressiv během kojení a rizicích neléčeného onemocnění (Mughal, 2022). Léky užívané v terapii poporodní deprese jsou antidepressiva, za farmaka první možnosti jsou považovány blokátory zpětného vychytávání serotoninu. V šestinedělí se nejvíce doporučuje sertralin.

Šebela (2019) popisuje metaanalýzu tří studií, kde vyšlo, že ženy ve skupině užívající sertralin měly vyšší odpověď na léčbu a šanci dosáhnout remise, než ženy ve skupině s placebem. Většina blokátorů zpětného vychytávání serotoninu přechází do mateřského mléka v dávce, která je vyšší než 10 % dávky pro matku, ale farmaka v této třídě jsou považována za slučitelná s kojením zdravých, donošených dětí. Ve většině případů není třeba odrazovat ženy od kojení, avšak lékaři by měli podporovat ženy v rozhodnutí nekojit, pokud mají potíže v oblasti laktace nebo nedostatek spánku, které udržují depresivní příznaky. Farmakoterapie obvykle pokračuje nejméně šest až dvanáct měsíců po kompletní remisi, aby se snížilo riziko relapsu (Stewart, 2016).

V roce 2019 byla schválena nová léčba Brexanolonem. Klinické studie prokázaly zmírnění příznaků do čtyřiaadvaceti hodin od zahájení. Samotná léčba vyžaduje hospitalizaci a je finančně nákladná. Brexanolon se podává 60hodinovou intravenózní infuzí, kojení se během infuze ani čtyři dny po skončení nedoporučuje (Simas, 2023). Přípravek Brexanolon je dostupný ve Spojených státech a pouze v certifikovaných zdravotnických zařízeních, pacienti se musejí zapsat do programu strategie hodnocení a zmírňování rizik.

V roce 2023 byl schválen perorální syntetický aloregnanolon, zuranolon pro léčbu poporodní deprese. Má podobné indikace jako brexanolon, nicméně je podáván jako noční pilulka užívaná po tučném jídle po dobu čtrnácti dnů. Kvůli nedostatku relevantních údajů je potřeba rozhodnout o laktaci (Simas, 2023).

3.3 Poporodní psychóza

Poporodní psychóza je závažná psychiatrická porucha, která se vyznačuje psychotickými příznaky, poruchami nálady a dezorientací (Kobylski, 2024). Poporodní psychóza je brána za krizi duševního zdraví, která má zodpovědnost za 38 % sebevražd ve Velké Británii (Friedman, 2019). Objevuje se přibližně u jedné až dvou žen ve fertilním věku z tisíce a vyskytuje se okamžitě během několika dní až šesti týdnů po porodu. Tato porucha je vzácná a vyžaduje okamžitou lékařskou a psychiatrickou péči (Raza, 2024). U téměř všech žen s poporodní psychózou je nutná hospitalizace pro bezpečnost samotné ženy i jejího dítěte (Friedman, 2019).

Etiologie

Je známo, že poporodní psychóza má komplexní multifaktoriální původ. K rizikovým faktorům je zařazována anamnéza bipolární poruchy, poporodní psychóza v předešlém těhotenství, rodinná anamnéza psychózy nebo bipolární poruchy, schizoafektivní porucha nebo schizofrenie v anamnéze a vyřazení psychiatrických léků v graviditě (Raza, 2024). Je známo, že spouštěčem je porod, ale mnoho důležitých otázek je stále nezodpovězeno (Bergink, 2016).

Nové studie, které se zaměřily na rizikový faktor stresu, zjistily, že mohou mít určitý vliv, pokud byl stres proděláný v raném dětství. Jiné studie bohužel toto tvrzení nepotvrdily. Bylo zjištěno, že stres vnímaný během těhotenství nijak neovlivnil vyšší riziko výskytu poporodní psychózy. Dalším zkoumaným faktorem je genetická stránka.

Byla provedena případová studie, která ukázala, že ženy s prvním nástupem poporodní psychózy měly podobnou bipolární poruchu a schizofrenii jako ženy, které je měly v anamnéze.

Další potencionální etiologií poporodní psychózy je zvýšená potřeba folátu v graviditě a souvislost mezi nízkými hladinami folátu a jinými psychiatrickými chorobami. Data ukázala, že tato možnost může existovat, ale také se může lišit podle genotypu MTHFR. Dále také poznamenali, že vysoké hladiny homocysteinu, vedlejšího produktu nízké hladiny folátu, mohou být spojeny s psychiatrickým poporodním onemocněním (Friedman, 2023).

Příznaky a diagnostika

Poporodní psychóza může být poddiagnostikována a nedostatečně hlášena, protože neexistují žádné standardní screeningové postupy (Raza, 2024). Při diagnostikování choroby je důležité hodnotit možné poporodní psychotické symptomy, ale také zařadit důkladnou anamnézu, fyzikální, laboratorní nebo zobrazovací vyšetření k posouzení organických příčin.

Příznaky se mohou projevovat během dnů až týdnů po porodu, k těm zařazujeme psychózu, zmatenost a dysforickou mánii (Friedman, 2019). Dále mohou ženy zažívat halucinace, které mohou mít podobu výhružných obrazů nebo velitelských hlasů, bludy o dítěti, závodní myšlenky, nespavost, náladovost, neklid a zmatenost. Poporodní psychózy komplikují kognitivní poruchy a deliria, která narušují úsudek, paměť a schopnost ženy se rozhodovat (Spinelli, 2021). Tyto příznaky přibývají a ubývají, což ztěžuje stanovení diagnózy. Ženy své potíže mnohokrát skrývají, kvůli špatnému vhledu, bludům a také ze strachu o péči svého dítěte (Friedman, 2019).

Ženy s poporodní psychózou mohou vykazovat prodromální příznaky, které mohou být mylně považovány za jiné onemocnění. Mezi tyto příznaky zařazujeme podrážděnost, změny nálady, zmatenost, dezorientaci nebo nespavost.

Diferenciální diagnóza zahrnuje infekci, onemocnění štítné žlázy, příštítných tělísek, ztrátu krve, nádor, autoimunitní poruchu nebo anoxii, proto je důležité provést laboratorní vyšetření séra, moči a neurologické testy např. MR, EEG, vyšetření mozkomíšního tlaku (Friedman, 2023).

Termín poporodní psychóza není uznáván jako diagnóza v Diagnostickém statickém manuálu duševních poruch, místo toho dostane většina žen diagnózu bipolární poruchy, protože se u nich projevují epizody manické a smíšené afektivní epizody (Rommel, 2021). Nedostatečné pochopení poporodní psychózy může vést k přehlédnutí správné diagnózy (Friedman, 2023).

Management

Poporodní psychóza má vysoké riziko sebevražd a infanticid, a proto je nutné včasné rozpoznání a zahájení adekvátní léčby (Rommel, 2021). Ženy, které jsou ohroženy poškozením sebe nebo dítěte, vyžadují okamžitou hospitalizaci (Raza, 2024). Při správné léčbě dosahují téměř všechny ženy plné remise a velká část žen dosahuje dobrého funkčního zotavení (Rommel, 2021).

Poporodní psychóza má obvykle rychlý nástup, ale jde o krátkou a omezenou nemoc, která rychle reaguje na léčbu (Raza, 2024). Hospitalizace je téměř ve všech případech důležitá pro diagnostiku, posouzení a řízení bezpečnosti a zahájení léčby (Friedman, 2019).

K překážkám léčby patří touha upřednostnit potřeby dítěte před vlastními, touha po citlivé péči, obavy o bezpečnost léků při kojení a strach z označení za neadekvátní matku (Kobylski, 2024). Žena trpící poporodní psychózou se obecně nedokáže postarat ani o sebe, natož o své dítě bez významné podpory. Proto ženu nenecháváme samotnou s dětmi. Pokud se zmírní psychóza natolik, že žena již nebude rizikem pro sebe nebo své dítě, omezení návštěv se rozvolní. Ve vzácných případech, kdy je poporodní psychóza mírná a je k dispozici spolehlivá podpora pro sledování, je navržena ambulantní léčba s každodenními kontrolami. Pro zajištění bezpečnosti se zahajuje medikace (Payne, 2022).

Jako prokázaná a účinná léčba při poporodní psychóze je aplikace lithia a doplňková farmakoterapie antipsychotiky, benzodiazepiny a elektrokonvulzivní terapie, dále ETC (Friedman, 2023). Benzodiazepiny se užívají při nespavosti a agitovanosti, antipsychotika a stabilizátory nálad při psychotických a manických symptomech, antidepressiva při depresivních příznacích (Rommel, 2021). ETC se využívá u žen se závažnými poruchami hybnosti (Bergink, 2015). U žen, které nemají psychiatrickou anamnézu, se preferuje kombinace antipsychotik a lithia, protože tyto ženy mají vysokou pravděpodobnost následné diagnózy bipolární poruchy. Před zahájením farmakoterapie

lithiem je potřeba zkontrolovat onemocnění ledvin, dysfunkci štítné žlázy u jedinců s koronárními rizikovými faktory (např. diabetes mellitus, hypertenze, dyslipidémie, kouření), dále elektrokardiogram (Payne, 2022). Studie prokázaly, že lithium má účinnost v prevenci poporodní psychózy (Rommel, 2021). Nejsou-li žádné kontraindikace, nasazujeme léčbu lithia první den 300 mg, od druhého dne podáváme stejnou dávku dvakrát denně. Pátý den je provedena kontrola lithia v séru. Dávku upravíme tak, aby hladina lithia zůstala v léčebném rozmezí (Payne, 2022).

Rommel a spol. (2021) ve své studii uvedli, že první volbou při léčbě poporodní psychózy je podávání benzodiazepinů před spaním po dobu tří dnů. Účelem je vyhodnotit, zda obnovení spánku vede ke klinické remisi příznaků poporodní psychózy. Pokud příznaky přetrvávají, je doporučeno podání antipsychotik (Rommel, 2021). Výběr antipsychotik je stejný jako v nepoporodním období (Payne, 2022).

Antipsychotika jsou celosvětově považována za léčbu první volby (Rommel, 2021). Pro léčbu poporodní psychózy se upřednostňují antipsychotika druhé generace, protože zde existuje menší míra extrapyramidových příznaků a pohybové poruchy. Zvolený lék je podáván v rozmezí do maximální dávky tak, aby příznaky co nejrychleji odezněly. Pokud po týdenní léčbě antipsychotiky a lithia u žen přetrvávají těžké depresivní symptomy (např. snížená chuť k jídlu, myšlenky na sebepoškození, neschopnost se radovat), je potřeba přidat k léčbě antidepresivum. Nepřidáváme jej, pokud jedinci trpí emoční labilitou nebo nadměrnou podrážděností, abychom nevyvolali mánii (Payne, 2022).

U žen, jejichž symptomy po 12 týdnech nereagovaly na léčbu kombinace benzodiazepinu, antipsychotik a lithia, se doporučuje začít s ETC. Všechny psychotropní léky byly před ETC postupně vysazeny (Bergink, 2015).

Jako udržovací léčba po adekvátní reakci na farmakoterapii, je pokračovací léčba antipsychotiky po dobu minimálně tří až šesti měsíců. V léčbě lithiem pokračujeme nejméně devět měsíců až rok.

Studie prokázaly, že míra trvalé remise je vyšší u žen udržovaných na lithiu, než na antipsychotikách (Payne, 2022). Po vymizení příznaků je doporučeno vysadit benzodiazepiny (Bergink, 2015).

Dále je doporučena doplňková psychoterapie se zaměřením na psychoedukaci, podporu, koordinaci a povzbuzení k medikaci.

U žen s předchozí psychiatrickou anamnézou nebo s rizikovými faktory (tj. sebevražednost) léčíme neomezeně dlouho. Pokud ženy, které zareagovaly na farmakologickou léčbu, ji po propuštění z nemocnice brzy přeruší, jsou vystaveny zvýšenému riziku recidivy (Payne, 2022). Následně pokud jsou ženy po devíti měsících klinicky stabilní, postupně snižujeme medikaci s odbornou pomocí (Bergink, 2015). Aby byl zajištěn ucelený plán pro sledování ženy a posílení potřeby dodržování medikace, je zapotřebí koordinace s ostatními poskytovateli (Payne, 2022).

3.4 Obsedantně kompulzivní porucha

Obsedantně kompulzivní porucha bývá často chronické onemocnění duševního zdraví, je charakterizována opakujícími se vtíravými myšlenkami, obrazy nebo impulsy, anebo opakujícími se duševními nutkáními (Blum, 2022). Vyznačuje se nadměrnou posedlostí pravidly, seznamy, rozvrhy a pořadím. Potřebou perfekcionismu, který narušuje efektivitu a schopnost dělat úkoly. Oddanou produktivitou, která brání mezilidským vztahům a volnému času. Neschopností rozdělovat povinnosti nebo práci na ostatní, potřebou kontroly nad svým prostředím a sebou. Omezeným vyjadřováním citů, afektů, rigiditou a horlivostí v otázkách morálky a etiky (di Giacomo, 2021).

U perinatálních žen jsou obsese často spojeny s kojencem. Nutkání nejsou příliš častá, ale obvykle zahrnují kontrolu a hledání ujištění. Perinatální obsedantně kompulzivní porucha má negativní důsledky pro zdraví plodu, novorozence a kojence. V šestinedělí zasahuje do rodičovství, fungování vztahů a každodenního života (Fairbrother, 2021). Tato porucha má zásadní vliv na psychickou pohodu, psychosociální fungování a kvalitu života, často vede k velké zátěži rodiny a snížené kvalitě života příbuzných (Blum, 2022).

Obsedantně kompulzivní porucha v poporodním období má vyšší výskyt, než se očekává a má rychlý nástup, během dvou až čtyř týdnů po porodu (Miller, 2020). Může se objevit samostatně nebo společně s jinými psychiatrickými poruchami, jako je velká depresivní porucha. Nedostatečné povědomí o vztahu mezi porodem, obsedantně kompulzivní poruchou, lékaři a pacienty poddiagnostikovávána nebo chybně určená diagnóza jako velká depresivní porucha. (Sharma, 2015).

Etiologie

V současné době existují psychosociální i biologičtí přispěvatelé k obsedantně kompulzivní poruše. Riziko poruchy můžou ovlivnit i porodnické komplikace a způsob porodu (Hudepohl, 2022). K rizikovým faktorům poporodní obsedantně kompulzivní poruchy zařazujeme primiparitu, časné poporodní období (první čtyři týdny), deprese v anamnéze, obsedantně-kompulzivní osobnosti, vyhýbavou poruchu osobnosti, přítomnost dysfunkčních přesvědčení souvisejících s obsedantně kompulzivní poruchou. Bylo zjištěno, že u žen s anamnézou předchozí psychiatrické poruchy, somatického onemocnění nebo porodnických komplikací se obsedantně kompulzivní porucha vyskytuje častěji (Sharma, 2015). Při porodu nastává změna hormonů včetně estradiolu a progesteronu, ty ovlivňují hladiny serotoninu a dopaminu v šestinedělí, což může částečně způsobit poporodní příznaky obsedantně kompulzivní poruchy (Miller, 2020).

Příznaky a diagnostika

Nástup obsedantně kompulzivní poruchy po porodu je popisován jako výskyt příznaků během 12-26 týdnů, některé ženy mají rychlý nástup, a to během několika dní po porodu.

Klinický obraz poporodní obsedantně kompulzivní poruchy se od klasické odlišuje. Obsese zahrnují obavy z úmyslného nebo náhodného poškození dítěte, obavy ze smrti dítěte ve spánku, obavy z kritiky nebo souzení jako matka, čistotu, symetrii nebo agresivitu (Sharma, 2015). Příznaky, které považujeme za významné a závažné, se odlišují prodlouženým trváním, frekvencí myšlenek, vyšší mírou úzkosti, výskytem myšlenek, použitím neutralizačního chování ke snížení vtíravých myšlenek a hodnocením vtíravých myšlenek (Miller, 2020).

Mezi běžné nutkání zařazujeme opakované a rituální mytí, vyhýbání se, skrývání a hledání ujištění. Velké množství žen, které trpí obsesemi a nutkáním v prvních čtrnácti dnech, hlásí přetrvávání příznaků šest měsíců po porodu (Sharma, 2015). Ženy s významnými symptomy obsedantně kompulzivní poruchy často zažívají komorbidní depresi se závažnými nechtěnými vtíravými myšlenkami spojenými s depresivními symptomy (Miller, 2020).

Stanovení samotné diagnózy může být náročné, a to kvůli ženám, které nerozpoznají příznaky, protože jim brání pocit studu nebo viny. Také mají strach, že budou nahlášeny službám, které jim odeberou děti z péče. A v neposlední řadě je obecný

nedostatek povědomí o poporodní obsedantně-kompulzivní poruše, a proto se lékařům nemusí podařit získat informace o obsesích a nutkáních (Sharma, 2015).

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch IV. ke stanovení diagnózy používá *Strukturovaný klinický rozhovor*, u kterého byla prokázána přijatelná spolehlivost. *Yale-Brown obsedantně-kompulzivní inventář* je čtrnáctipoložkový klinický rozhovor, který slouží ke stanovení závažnosti obsedantních a nutkavých symptomů. Pro měření změn příznaků v průběhu času se využívá *Obsedantně kompulzivní inventář*, ten hodnotí vlastní zpětné vazby žen za předchozí měsíc. Ke stanovení přítomnosti vtíravých myšlenek s tématy udušení, nehody, úmyslného ublížení, ztráty dítěte, nemoci, sexuálních myšlenek a kontaminace je vytvořen *Kontrolní seznam poporodních myšlenek a chování*. Pro zhodnocení obecného přesvědčení o odpovědnosti je vytvořena *Škála postoju k odpovědnosti*, je to dotazník o 26 položkách. *Škála deprese, úzkosti a stresu* je vytvořena pro měření stavů deprese, úzkosti a stresu. Tato škála je formou dotazníku se 42 položkami, které ukazují na typy příznaků a míru závažnosti, s jakou se vyskytly za poslední týden. *Dotazník sociální podpory* je tvořen 11 položkami, které jsou zaměřené na sebehodnocení funkce sociálních vztahů s ohledem na sdílení starostí, intimity, ujištění o hodnotě, příležitost k péči a pomoci nebo vedení. Testování se opakuje po čtyřech měsících. Dotazník hodnotící kvalitu intimního vztahu, jako je manželství nebo partnerství, je *Golumbok-Rustův soupis manželské spokojenosti*. Škála, která hodnotí vnímání kompetencí ženy v oblasti základních dovedností při péči o dítě, se nazývá *Škála mateřské self-efficacy*. *Batesův dotazník temperamentu kojence* se zabývá rodičovskými zprávami, kde ženy hodnotí své dítě (Challacombe, 2016).

Management

Příznaky obsedantně kompulzivní poruchy mohou být vysilující a mohou narušit fungování celé rodiny, proto je důležité ji rozpoznat a léčit (Hudepohl, 2022). Léčba poporodní obsedantně kompulzivní poruchy může být prováděna ambulantně. Pokud jsou ženy ohroženy sebevraždou nebo nejsou schopny se o sebe postarat mají indikaci k nemocniční péči. Léčbu volíme podle závažnosti symptomů, povahy a závažnosti poruchy, bezpečnosti, preference žen, potřeby kojení (Sharma, 2015).

K nefarmakologickým přístupům zařazujeme kognitivně behaviorální terapii s prevencí expozice a odpovědi, která je považována za léčbu první volby (Hudepohl, 2022) a je vhodným způsobem terapie pro ženy, které kojí a nemají zájem o léčbu

drogami. Ženy se během terapie učí konfrontovat obávané situace a objekty a zdržet se provádění rituálů. Počet sezení, jejich trvání a délky není stanovený, ale obecně se doporučuje 13-20týdenních návštěv. Při úspěšnosti kognitivně behaviorální terapie následuje posilovací měsíční sezení po dobu 3-6 měsíců pro udržení zlepšení (Sharma, 2015). Rodinná terapie, podpůrná terapie, motivační rozhovory a dialektická behaviorální terapie mohou být užitečné při zmírňování úzkosti vzniklé z příznaků poruchy. Pokud psychoterapie nezabírá, zapojuje se farmakologická léčba (Hudepohl, 2022).

Pro ženy, které trpí závažnějšími obsesemi se preferuje farmakoterapie (Sharma, 2015). Za látky první volby, které lze použít v těhotenství a při kojení, jsou považovány selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (fluoxetin, fluvoxamin, paroxetin, sertralin) a tricyklické antidepresivum (klomipramin). Nejprve by se vždy měla využít monoterapie jednou látkou, maximalizovat ji před přidáním druhého léku. Kvůli změnám v těhotenství je důležité, aby dávky byly mnohem vyšší a byly tak účinné (Hudepohl, 2022). Nejsou k dispozici žádné údaje o délce léčby u žen v šestinedělí, ale obecně se doporučuje, aby farmakoterapie pokračovala 1-2 roky, poté se zvážilo postupné snižování s pečlivým sledováním návratu symptomů (Sharma, 2015).

Existují další somatické intervence, které nejsou vhodné pro těhotné ženy a ženy po porodu. Zařazujeme k nim transkraniální magnetickou stimulaci, hlubokou mozkovou stimulaci a další neurochirurgické přístupy a elektrokonvulzivní terapii, ty byly zkoumány pro obecnou obsedantně kompulzivní poruchu (Hudepohl, 2022). Nedílnou součástí léčebného režimu je psychoedukace, která by se měla zaměřovat na předání informací o poruše, snižování pocitů viny, poskytování zdůvodnění léčby a podporu k léčbě (Sharma, 2015).

3.5 Prevence psychických poporodních poruch

Zapojení preventivních opatření v těhotenství může být důsledkem pro zmírnění rizik poporodních poruch nálady. Základem těchto opatření je prenatální výchova, která nabízí ženám cenný nástroj ke zvýšení jejich emoční odolnosti a pohody. Nabízí jim komplexní pochopení emocionálních výzev, které lze po porodu očekávat. Ženy se se znalostmi mohou lépe připravit na rozpoznání přirozených dějů, které jim pomohou vyhnout se zbytečnému stresu nebo zmatku. Ženy získávají vhled do důležitosti vyhledávání pomoci a zajištění jejich pohody. Seznámí se s dostupnými zdroji, od odborníků na duševní zdraví až po podpůrné skupiny, které mohou bez váhání využít (Modak, 2023). Poradenství před porodem by mělo být individuální a zahrnovat partnera.

Tématy, kterými by se měly zabývat, jsou rizika relapsu v graviditě i v šestinedělí, optimální fyzické a duševní zdraví, potencionální rizika a přínosy medikace, možné účinky neléčené choroby na plod, kojence a rodinu.

Ženy s rizikem musí být pečlivě sledované, kvůli časným varovným příznakům s aktivní účastí partnera a rodiny. Důležitá je také spolupráce odborníků v těhotenství a šestinedělí. Neméně důležité je plánováním minimalizovat rizikové faktory spojené s relapsem. U těchto žen je třeba zvážit profylaktickou léčbu (Friedman, 2019).

Pozitivní vliv na duševní pohodu má zdravý životní styl. Pravidelná fyzická aktivita podporuje uvolňování endorfinů a zlepšuje náladu. Endorfiny pomáhají zmírňovat pocity stresu, úzkosti i deprese. Skupinové lekce nebo venkovní aktivity podporují sociální interakci a odstraňují pocity izolace, které mohou ženy zažívat. Vyvážená strava bohatá na omega-3 mastné kyseliny a vitamíny skupiny B je spojena s lepší regulací nálady a duševní jasnosti. Dostatek spánku může také ovlivnit duševní zdraví.

Vliv na duševní pohodu ovlivňuje v nemalé míře sociální podpora. Jako podporu zařazujeme partnera a rodinu s přáteli. Partneři poskytují citové ukotvení, ale i praktickou pomoc, která může zmírnit problémy. Sdílení každodenních povinností může výrazně zmírnit zátěž ženy a poskytnout jí čas a prostor soustředit se na svoji pohodu a zotavení. Přátelé a rodina jsou lidé, kteří nasloucháním, pomocí a uklidněním, mají obrovský vliv na emocionální pohodu ženy. Podpora blízkých zmírňuje citové napětí a posiluje pocit sounáležitosti a připomíná ženám, že nejsou samy. Včasná intervence a identifikace prvních příznaků může zajistit adekvátní léčbu (Modak, 2023).

Podpůrné skupiny poskytují ženám prostor, kde se mohou spojit s ostatními, kteří zažili nebo právě zažívají psychické onemocnění. Spojení s ostatními může pomoci zmírnit pocity izolace a poskytnout pocit sounáležitosti. Podpůrné skupiny mohou zahrnovat vzdělávací akce, hostující řečníky a léčebné techniky ke zlepšení dovedností zvládání a odolnosti.

Digitální prostředí poskytuje ženám dostupné a pohodlné způsoby, jak hledat informace, podporu a odborné poradenství. Online platformy, webové stránky a mobilní aplikace nabízejí ženám komplexní zdroje, nástroje pro sebehodnocení a informace o psychickém onemocnění založených na důkazech. Linky pomoci a krizové linky s vyškolenými odborníky mohou poskytnout okamžitou podporu a poradenství ženám v tísní. Služby zdravotní péče na dálku, včetně videohovorů a konzultací ulehčují ženám spojit se s odborníky na duševní zdraví z pohodlí domova, překonat překážky a zajistit si přístup ke specialistům. Online zdroje a služby na dálku rozšiřují dosah možností podpory a intervencí, zejména pro matky, které čelí logistickým problémům nebo omezeným zdrojům (Saharoy, 2023).

Projekt Zpráva všem ženám

MUDr. Antonín Šebela, PhD., odborník na mateřskou psychiku, zavedl screening psychosociálního stresu do prvních porodnic v Česku. Ve spolupráci s Úsměvem mámy byl vytvořen návazný systém, který se snaží ženám v riziku přiblížit podporu i odbornou pomoc. Obojí je součástí projektu, který realizuje Národní ústav duševního zdraví ve spolupráci s Úsměvem mámy. Projekt Zpráva všem ženám propojuje plošný screening s návaznou víceetapovou péčí, která je začátkem k rozvinuté péči o mateřskou psychiku. Projekt startuje vyplněním jednoduchého testu všemi těhotnými nebo čerstvými matkami. Test vypočítá riziko výskytu psychických potíží. Pokud vyjde test pozitivní, jsou ženy aktivně osloveny s nabídkou pomoci. Cílem tohoto projektu je rozšířit povědomí o psychických potížích u žen v perinatálním období a přivést do České republiky otestovaný model dostupné péče pro ženy, které zradilo duševní zdraví. Jejich cílem je i prevence negativních důsledků psychosociálního stresu na jejich děti (Šebela, 2021).

Úsměv mámy

Úsměv mámy je organizace, která podporuje šťastné mateřství a ženy, kterým vznikly psychické potíže v těhotenství, po porodu i později. Byla vytvořena celorepubliková podpůrná síť, která se věnuje šíření osvěty a poznávání podstaty

psychických potíží v mateřství. Velká snaha je věnována zlepšení péče o mateřské psychické zdraví, které bylo dlouho na okraji zájmu. K hlavním činnostem patří přímá podpora, kde je ženám poskytována peer podpora, vyhledání odborné péče a podpůrné skupiny. K činnostem patří také osvětová činnost, kde vytváří vlastní kampaně, díla na téma mateřská psychika, spolupráce s médii a tvůrci pořadů. To s cílem usnadnit ženám vstup do role matky a přiblížit jim pomoc, pokud se potýkají s psychickými potížemi. Další činností je zlepšení péče o ženy. Prosazují vytvoření lepšího systému péče o psychiku žen v perinatálním období. Aktivně představují témata Ministerstvu zdravotnictví a udržují přehled kontaktů na kvalitní odborníky. Poslední činností organizace je propojování žen se zkušeností s psychickými obtížemi, aby mohly ženy sdílet vzájemně trápení, zkušenosti, pocity, podporovat se a navázat přátelství (Úsměv mámy, 2020).

4 Psychické poruchy a zdravotnický tým

Prioritou primární péče by mělo být zdraví žen po porodu, ale bylo poměrně málo zkoumáno. Je známo, že ženám se nedostává podpory, kterou potřebují, aby byly schopny se vyrovnat s rolí matky. Včasnou identifikaci by mohlo potencionálně ulehčit rutinní hodnocení psychického stavu žen po porodu na úrovni primární péče. Zdravotní sestry se pravidelně setkávají s ženami první rok po porodu a mají tak příležitost podpořit ženy při přechodu do zdravého mateřství (Borglin, 2015).

V oboru perinatální péče je důležité, aby zdravotní sestry, porodní asistentky a všichni poskytovatelé zdravotní péče prokázali znalosti, dovednosti, postoje a úsudek na podkladě důkazů zejména při stavech, které mohou mít vážné důsledky pro ženy a jejich děti (Legere, 2017). Porodní asistentky zastávají důležitou roli při podpoře ženy v oblasti psychosociálních problémů, včetně duševního onemocnění (McLachlan, 2011).

Ženy často nejsou ochotné vyhledávat pomoc, když se cítí depresivně, z malé části je to způsobeno nedostatkem důvěry ve zdravotníky, obavami o soukromí, důvěrnost a vyhlídkou na nepotřebné informace, které zahrnují odmítnutí a odlehčení jejich pocitů (Jones, 2011). Porodní asistentky pečující o ženy v perinatálním období mají problém rozpoznat ženy s již vzniklým duševním problémem, i ženy, u kterých porod vyvolá duševní nepohodu.

V mezinárodních studiích byly identifikovány překážky, které porodním asistentkám brání v péči o ženy. Tyto překážky zahrnují různou úroveň sebedůvěry, znalostí, postojů a dovedností, nedostatečnou odbornou přípravu, nekvalitní týmovou práci, časovou tíseň, nedostatečnou znalost zdrojů, slabé propojení se službami poskytující péči o duševní zdraví a nesrovnalosti v systému (Noonan, 2018).

Zdravotníkům chybí konzistentní, standardní vzdělávání a školení týkající se perinatálního duševního zdraví, což ovlivňuje povědomí a znalosti. Bylo zjištěno, že zdravotníci nemají dostatek informací, ani o rizikových faktorech, doporučených screeningových nástrojích a intervencích (Link, 2022). Nedostatek vzdělání může přispívat ke stigmatizaci a negativním postojům vyjadřovaným službami, což ohrožuje péči o ženy (Legere, 2017).

Emocionální péče poskytovaná porodními asistentkami může zlepšit zdraví a pohodu, snížit stres, trauma a depresivní příznaky a zlepšit výsledky u žen. Poskytování

emocionální péče při a po porodu může být náročné a vyžaduje dobrou znalostní základnu tak, aby porodní asistentky mohly pomoci ženám v nouzi (Jones, 2011)

Emocionální a psychické strádání je v poporodním období běžné, pokud nejsou potíže nějak řešeny, mohou přetrvávat i po šestinedělí. Včasné intervence soustředěné na zlepšení perinatálního duševního zdraví mohou snížit riziko důsledků pro novorozence, děti, matky a rodiny.

Velké diskuze vyvolal koncept zavedení služeb duševního zdraví do zdravotní a sociální politiky. Některé programy domácích návštěv úspěšně začlenily strategie duševního zdraví. Služby domácích návštěv pozitivně začleňují ženy žijící v podmínkách ohrožených duševními potížemi a jsou spojovány s lepšími výsledky pro matky i jejich děti. Tyto intervence jsou účinné i nákladově efektivní, s významnou návratností investic, pokud jsou poskytovány ohroženým lidem (Chartier, 2015). Programy domácích návštěv jsou navrženy tak, aby poskytovaly osobní podporu a vedení ženám v pohodlí jejich domova. Vyškolení odborníci pravidelně navštěvují ženy po porodu a poskytují jim vzdělání, citovou podporu a praktickou pomoc. Tyto programy pomáhají odborníkům posoudit duševní zdraví, identifikovat symptomy a propojit je se zdroji pro další hodnocení a terapii (Saharoy, 2023).

Byla provedena studie, která měla za cíl prozkoumat zavedení strategie podpory duševního zdraví *Towards Flourishing Mental Health Promotion Strategy* do programu stávajících domácích návštěv. Mezi první dopady, které rodiče popsali, patří normalizace poporodních zkušeností s duševním zdravím, relaxace, pozitivní myšlenky a pocity, zvýšené povědomí o existujících podporách v jejich sítích a komunitách (Chartier, 2015). Možnost snadného přístupu ke zdrojům a poskytovatelům péče o duševní zdraví by usnadnila lékařům, kteří mají podezření na poporodní psychickou poruchu, okamžitě vyhledat potřebnou konzultaci a určit neodkladné intervence.

V Massachusetts Child Psychiatry Access Program for Moms vytvořili mnohočetný program, který zvyšuje schopnost lékařů řešit problémy v oblasti perinatálního duševního zdraví, a to prostřednictvím školení a sad nástrojů, telefonických konzultací a zprostředkováním komunitních služeb (Stacy, 2022).

Psychiatrické onemocnění vyžaduje týmový přístup, včetně lékařů, specialistů, odborníků na duševní zdraví, specializovaných zdravotních sester a lékárníků, kteří spolupracují mezi obory, aby dosáhli optimálních výsledků pacientky (Raza, 2024).

Poskytovatelé zdravotní péče umožňují setkání, kde mohou ženy otevřeně navázat komunikaci a vytvořit si prostředí pro sdílení svých emocionálních zkušeností. Specialisté na duševní zdraví se zaměřením na perinatální a poporodní péči mají komplexní znalosti a přehled o diagnostice a léčbě, což napomáhá při vytváření intervencí. Odborníci na duševní zdraví poskytují ženám bezpečný prostor, kde mohou probírat své pocity, obavy a výzvy. Prostor, který podporuje matky, aby vyhledaly pomoc bez stigmatizace. Spojenectví mezi odborníky na duševní zdraví zajišťuje, že jsou zavedeny vhodné strategie pro zvládání a překonávání výzev (Modak, 2023).

5 Role porodních asistentek v péči o ženu s psychickým onemocněním po porodu

Porodní asistentky mají zásadní a ústřední roli při identifikaci, doporučení a podpoře žen trpících perinatální duševní nemocí. Porodní asistentka, která má povědomí a znalosti o perinatálních duševních problémech, může usnadnit prevenci, včasnou diagnostiku a intervence k rychlé terapii (Geraghtyová, 2019).

Základní součástí role porodní asistentky je poradenství v oblasti veřejného zdraví. Porodní asistentky podporují péči zaměřenou na rodinu, a to formou rozhovorů s ženami o možnostech zdravého životního stylu v těhotenství, protože všechny malé změny, které žena udělá, zvyšují šanci dosažení zdravého těhotenství, porodu a dítěte, což může následně snížit budoucí problémy (Cutter, 2021).

Model kontinuity péče porodní asistence zahrnuje kontinuální péči v oblasti sledování fyzické, psychické, duchovní a sociální pohody žen a jejich rodiny, poskytování individuální edukace a péče, poskytování podpory v poporodním období, identifikaci a koordinaci péče o ženy s dalšími potřebami (Cibralic, 2023).

Klíčovým aspektem postnatální péče je podpůrný vztah mezi ženou a porodní asistentkou, který je založen na vzájemném respektu a spolupráci s cílem podpořit ženy při rozhodování o jejich péči (Almorbaty, 2023).

Role porodní asistentky má stále větší význam, protože čerstvé matky jsou z nemocnic propouštěny po kratší době ve všech západních zemích. V poporodním období zastávají práci v komunitě porodní asistentky, které poskytují proaktivní služby podpory a péči o ženy, děti a rodiny během perinatálního období (Higgins, 2018).

Využitím modelu poradní skupiny mohou porodní asistentky usnadnit posílení, poskytnout emocionální přítomnost, poskytnout psychoedukaci ke snížení strachu z duševního onemocnění a snížit překážky uzdravení. Porodní asistentky mohou po konzultaci s psychiatrickým týmem navštívit akutně psychotické pacientky na psychiatrické pohotovosti. Když ženy vidí známou tvář při vysoce stresové situaci, pomůže jim to snížit strach, úzkost a pocit izolace.

Využitím dovedností z praxe mohou porodní asistentky pomoci ženám posunout se k duševní pohodě a vzbudit v nich naději. Porodní asistentky edukují ženy a jejich

rodiny o důležitosti dodržování medikace a psychoterapeutického protokolu, o informování psychiatra při pocitu nežádoucích účinků medikace. Porodní asistentky mohou ženám usnadnit schůzky a pomoci jim se zármutkem podle potřeby. Také se mohou stát součástí psychiatrického týmu, kde zahajují komunikaci a sledování s odborníky v oblasti psychiatrické péče. Stejně jako porodní asistentky spolupracují v porodnickém týmu, kde posilují a pečují o ženu během porodním procesu, mohou s psychiatrickým týmem pečovat o ženy v procesu s duševním problémem a jejich uzdravením (Posmontier, 2011).

.

6 Výzkumná část diplomové práce

Kvalitativní výzkum formou polostrukturovaného rozhovoru s porodními asistentkami má zjistit jejich povědomí o psychických poruchách žen v šestinedělí. V praktické části jsou uvedeny výsledky zaměřené na zhodnocení informovanosti, zkušenosti porodních asistentek, zájem o vzdělávání v oblasti duševního zdraví a sběr zdrojů, kam ženy odkazují při podezření na psychický problém.

6.1 Formulace problému

Duševní poruchy jsou celosvětovým problémem a i přes vysokou prevalenci a negativní důsledky jsou stále nedostatečně diagnostikovány a léčeny. Klíčovým bodem může být úroveň gramotnosti v oblasti duševního zdraví, která napomáhá k rozpoznání, zvládnutí a prevenci (Branquinho, 2022). Aby mohly ženám v tísní dopřát emocionální péči, která může zlepšit jejich pohodu, snížit stres, trauma a depresivní symptomy, potřebují na to dobrou znalostní základnu (Jones, 2011). Porodní asistentky mají ideální pozici pro identifikaci ohrožených žen, ale studie ukazují na nedostatky znalostí a dovedností ve vztahu k duševnímu zdraví (Carroll, 2018). Diplomová práce je zaměřena na povědomí porodních asistentek o psychických poruchách žen v šestinedělí. Tímto výzkumem bychom chtěli zjistit znalosti a zkušenosti porodních asistentek v oblasti psychických poruch, jejich zájem o další vzdělávání a znalostní základnu informací pro ženy, kam se mohou obrátit s psychickými problémy.

6.2 Cíl výzkumu

Hlavní cíl: Zjistit povědomí porodních asistentek o psychických poruchách žen v šestinedělí.

Dílčí cíle:

Cíl: 1. Zhodnotit informovanost porodních asistentek o problematice psychických poruch žen v šestinedělí.

Výzkumný problém: Mají porodní asistentky dostatek informací o psychických poruchách žen v šestinedělí?

Otázky: 4, 5, 12, 13, 14.

Cíl: 2. Zjistit, zda by porodní asistentky měly zájem o kurz zaměřený na rozpoznání psychických poruch u žen po porodu.

Výzkumný problém: Mají porodní asistentky zájem o kurz zaměřený na rozpoznání psychických poruch u žen po porodu?

Otázky: 9, 14.

Cíl: 3. Zjistit, zda mají porodní asistentky informace, kam mohou odkázat ženu s podezřením na psychickou poruchu.

Výzkumný problém: Jaké mají porodní asistentky informace, kam mohou odkázat ženu s psychickou poruchou?

Otázky: 6, 7, 8.

Cíl: 4. Popsat, jaké zkušenosti mají porodní asistentky s psychickými poruchami u žen po porodu.

Výzkumný problém: Jaké mají porodní asistentky zkušenosti s psychickými poruchami u žen po porodu?

Otázky: 3, 6, 10, 11, 12.

6.3 Metodika výzkumu

Pro empirickou část jsme vybrali kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum získává podrobný popis a vhled při zkoumání respondenta, výhodou je získání hloubkového popisu. Kvalitativní výzkum využívá mnoho metod zkoumání, my jsme zvolili formu rozhovoru (Hendl, 2023). Rozhovory se zaměřují na demografické údaje, základní informace o psychických poruchách u žen po porodu, zkušenosti porodních asistentek s psychickými poruchami u žen po porodu, odborníky, odkazy, instituce, kam mohou porodní asistentky ženu odeslat. Rozhovor se skládá ze 14 otázek. Před začátkem výzkumu byl vyžádán písemný souhlas s realizací výzkumu, a to ve Fakultní nemocnici Plzeň. Bylo provedeno 6 rozhovorů, které proběhly formou setkání. Osobní rozhovory byly po domluvě s respondentkami nahrávány audionahrávkou. Délka rozhovoru se pohybovala v rozmezí 20-40 minut. Rozhovory byly doslovně přepsány. Realizace výzkumu proběhla od 1. dubna do konce května roku 2024. Získaná data byla následně analyzována a zpracována a jsou uvedena v další kapitole.

Charakteristika výzkumného souboru

Výběr vzorku byl záměrný, tvořen porodními asistentkami pracujícími na porodním sále, oddělení rizikových těhotných a oddělení šestinedělí. Respondentky jsou porodní asistentky s minimální praxí čtyři roky ve Fakultní nemocnici Plzeň. Respondentky byly obeznámeny s účelem rozhovoru a se zachováním anonymity.

6.4 Analýza výzkumu

V rozhovoru jsou výzkumné otázky č. 1 a 2 demografické, shrnují délku praxe a oddělení, kde porodní asistentky pracují.

Výzkumná otázka č. 1: Jak dlouho pracujete v oboru porodní asistentka?

R1: „V oboru jako porodní asistentka pracuji bez mateřské dovolené tak deset let“.

R2: „V oboru porodní asistentka pracuji už asi 17 let s mateřskou dovolenou a bez ní 11 let“.

R3: „Pracuji jako porodní asistentka 5 let“.

R4: „Jako porodní asistentka pracuji od roku 2011, takže 13 let s mateřskou dovolenou, která trvala 6 let“.

R5: „Přesně 28 let“

R6: „Pracuji od roku 2005, to je skoro 20 let“.

Shrnutí:

Celkově mají respondentky praxi v oboru porodní asistence od 5 do 28 let, přičemž některé z nich měly toto období přerušeno kvůli mateřské dovolené.

Výzkumná otázka č. 2: Na kterém oddělení jste zařazena?

R1: „Ted' pracuji na oddělení šestinedělí“.

R2: „Právě pracuji na oddělení rizikových těhotných“.

R3: „Pracuji na oddělení rizikových těhotných a mám částečný úvazek na porodním sále“.

R4: „Momentálně jsem na oddělení šestinedělí“.

R5: „Zařazená jsem na porodním sále“.

R6: „Jsem zařazená na porodním sále“.

Shrnutí:

Celkově respondentky pracují na různých odděleních, přičemž dvě jsou zařazené na oddělení šestinedělí, dvě na oddělení rizikových těhotných (jedna z nich má částečný úvazek na porodním sále) a dvě pracují na porodním sále.

Výzkumná otázka č. 3: Jak často se ve své praxi setkáváte s psychickými poruchami u žen po porodu?

R1: „Za celou praxi jsem se s tím setkala asi 3x, myslím tím, že se to podchytilo přímo na šestinedělí“.

R2: „My na oddělení nemáme ženy po porodu, ale máme ženy před porodem, ale i některé mají občas psychické problémy. Potkala jsem ale několikrát ženy s psychickými problémy po porodu ať už známé nebo z předporodních kurzů“.

R3: „V praxi se setkávám s psychickými poruchami minimálně“

R4: „Dá se říct, že se s tím setkávám denně, myslím tím i nějaké menší psychické problémy“.

R5: „Občas, nedokážu to přesněji říci. Nemám to nějak potvrzené, jenom můj dojem“.

R6: „Ve své praxi se s nimi setkávám docela často, protože pracuji s ženami kontinuálně. To znamená, že pečuji o ženy nejen při porodu, ale i v těhotenství a po porodu. A také poskytují laktační poradenství. A ty ženy, které mají psychické problémy i před porodem, tak je opečovávám i po porodu“.

Shrnutí:

R1: Uvedla, že se během celé své praxe setkala s psychickými poruchami u žen po porodu asi třikrát, konkrétně na oddělení šestinedělí.

R2: Pracuje na oddělení rizikových těhotných, takže se nesetkává přímo s ženami po porodu, ale zmínila, že zná několik žen s psychickými problémy po porodu, ať už ze známých nebo z předporodních kurzů.

R3: Uvedla, že se v praxi setkává s psychickými poruchami minimálně.

R4: Řekla, že se s psychickými problémy setkává denně, včetně menších psychických problémů.

R5: Uvedla, že se s psychickými poruchami setkává občas, ale nedokáže to přesněji určit a nemá to potvrzené, pouze na základě dojmu.

R6: Pracuje s ženami kontinuálně (při porodu, v těhotenství a po porodu) a poskytuje také laktační poradenství. Uvedla, že se s psychickými poruchami setkává docela často, zejména u žen, které mají psychické problémy i před porodem.

Celkově se frekvence setkávání s psychickými poruchami u žen po porodu mezi respondentkami liší. Některé se s těmito problémy setkávají velmi často, jiní minimálně nebo občas, a frekvence setkávání může záviset na jejich konkrétním pracovním zařazení.

Výzkumná otázka č. 4: Jaké psychické poruchy nejčastěji postihují ženy v období šestinedělí?

R1: „*Myslím, že poporodní blues, laktační psychóza a poté se to asi rozvine v nějakou depresi a psychické potíže, poté už dál nevím*“.

R2: „*Samozřejmě laktační psychóza a když na to nepřijdou, nebo se bojí identifikovat to jako laktační psychózu, pak mají starosti a jsou plačtivé, takže málokdy rozpoznají, že je to laktační psychóza a bojí se to pojmenovat. Mohou mít psychické problémy spojené s porodem, se stresem s poporodním poraněním*“.

R3: „*Vybavuji si laktační psychózu a dál asi nevím*“

R4: „*Řekla bych poporodní depresi, laktační psychózu, poporodní blues a nějaké lehčí psychické problémy jako úzkosti*“.

R5: „*Tak poporodní blues, úzkosti, úzkostní poruchy, laktační psychóza, deprese*“.

R6: „*Tak nejčastěji jsou to poporodní rozlady, poporodní blues, plačtivost, rozlady nálad, měla jsem několik žen s panickým atakama, nebo jiné psychiatrické poruchy, které mají ženy už medikované. To poté spolupracuji s psychologem nebo s psychiatry. Mezi ty tři hlavní poruchy patří poporodní blues, deprese, úzkostné poruchy (těch je teď hodně), panické ataky*“.

Shrnutí:

R1: Uvedla, že si myslí, že nejčastějšími psychickými poruchami jsou poporodní blues, laktační psychóza a deprese. Další specifické poruchy nezná.

R2: Zmínila laktační psychózu jako častou poruchu. Upozornila na to, že ženy často nerozpoznají laktační psychózu a bojí se ji pojmenovat, což vede k plačtivosti a dalším psychickým problémům spojených s porodem a stresem z porodního poranění.

R3: Uvedla, že si vybavuje pouze laktační psychózu a nemá další informace o jiných poruchách.

R4: Identifikovala poporodní depresi, laktační psychózu, poporodní blues a lehčí psychické problémy jako úzkosti.

R5: Zmínila poporodní blues, úzkosti, úzkostné poruchy, laktační psychózu a depresi jako nejčastější psychické poruchy v šestinedělí.

R6: Popsala nejčastější problémy jako poporodní blues, plačtivost, rozlady nálad, panické ataky a další psychiatrické poruchy, které ženy již mohou mít medikovány. Zdůraznila potřebu spolupráce s psychology a psychiatry. Identifikovala tři hlavní poruchy: poporodní blues, deprese a úzkostné poruchy, přičemž poznamenala, že úzkostných poruch je nyní hodně.

Celkově respondentky zmínily různé psychické poruchy, které mohou postihnout ženy během šestinedělí. Nejčastěji zmiňované poruchy byly: poporodní blues, laktační psychóza, deprese a úzkostné poruchy. Některé respondentky upozornily na problémy s rozpoznáním těchto poruch a zdůraznily potřebu odborné konzultace.

Výzkumná otázka č. 5: Jaké příznaky psychických poruch v šestinedělí považujete za klíčové pro včasnou diagnózu?

R1: „*Já považuji za klíčové příznaky, když je žena plačtivá, má strach, je úzkostná. Někdy jsou právě uzavřené do sebe, mají přehnaný strach o dítě i o maličkosti, nemůžou spát, jsou strašně unavené, někdy jsou schvácené a někdy nejeví vůbec zájem o dítě, jakože myslí jenom na sebe a dítě upozadí. V anamnéze si dávám pozor na úzkostné poruchy, na medikaci ohledně psychických poruch nebo když to mají v rodinné anamnéze. Tady si dáváme pozor, někdy když bere léky na deprese nebo úzkosti, tak se jí ptáme, jestli budou kojit nebo nebudou, někdy se navrhuje i zástava laktace, když mají silné léky*“.

R2: „*Všimla bych si u ženy, že je nervózní, plačtivá. Bude řešit miminko. Všimla bych si, že se žena chová jinak, bude rozložená, nechce dítě, nedokáže se postarat o dítě, pořád pokládá otázky, že to nezvládne, že to neumí a nechce*“.

R3: „Já osobně považuji za klíčové odmítání dítěte, nadměrný spánek nebo naopak nedostatek spánku, když žena nekomunikuje. Potom třeba žádné intimnosti s manželem. Nejdůležitější je to odmítání dítěte“.

R4: „Určitě nějaká přehnaná úzkost, plačtivost nebo úplná apatie, nezájem o novorozence, to by mě zarazilo“.

R5: „Matka je úzkostná, není schopná péče o dítě, bojí se sahat na dítě, má pocit, že to nezvládá, špatně spí, nejí, je roztěkaná. Může mít zvláštní pocity i bludy“.

R6: „Za klíčové bych řekla nepřizpůsobivost tomu stavu, ve kterém se žena nachází, když ženy nefungují v běžných denních režimech nebo když začnou nehezky mluvit a nejsou orientované místem, časem a prostorem“.

Shrnutí:

R1: Uvedla, že klíčové příznaky zahrnují plačtivost, strach, úzkost, uzavřenost, přehnaný strach o dítě, nespavost, extrémní únavu, schvácenost a nezájem o dítě. V anamnéze si všímá úzkostných poruch, medikace na psychické poruchy a rodinné anamnézy psychických problémů.

R2: Zaměřuje se na nervozitu, plačtivost, změny v chování, rozloženost, neochotu starat se o dítě a opakované vyjadřování pocitů nezvládání péče o dítě.

R3: Za klíčové považuje odmítání dítěte, nadměrný nebo nedostatečný spánek, nekomunikativnost a nedostatek intimností s manželem, přičemž nejdůležitější je odmítání dítěte.

R4: Identifikuje přehnanou úzkost, plačtivost, úplnou apatii a nezájem o novorozence jako klíčové příznaky.

R5: Považuje za důležité příznaky úzkost, neschopnost péče o dítě, strach z dotýkání se dítěte, špatný spánek, roztěkanost, špatné stravovací návyky a zvláštní pocity včetně bludů.

R6: Zmínila, že klíčové příznaky zahrnují nepřizpůsobivost běžnému dennímu režimu, nehezky mluvení a dezorientaci místem, časem a prostorem.

Respondentky identifikovaly různé klíčové příznaky psychických poruch u žen v období šestinedělí. Nejčastěji se v odpovědích objevovaly:

- plačtivost a úzkost: Časté projevy plačtivosti a úzkosti byly zmíněny jako důležité indikátory. Plačtivost byla uvedena čtyřmi respondentkami (R1, R2, R4, R5) a úzkost rovněž respondentkami (R1, R2, R4, R5).
- změny chování a nálady: Změny chování, jako jsou nervozita, uzavřenost do sebe, rozloženost, apatie a nezáměr o dítě byly také často zmiňovány (R1, R2, R3, R4, R6).
- odmítání dítěte: Tři respondentky (R2, R3, R4) považovaly odmítání dítěte za klíčový příznak.
- nespavost nebo nadměrný spánek: Nespavost a extrémní únava byly zmíněny jako varovné příznaky (R1, R3, R5).
- fyzické příznaky a zdravotní anamnéza: Některé respondentky si také všímaly fyzických příznaků, jako je extrémní únava a dávaly pozor na medikaci a rodinou anamnézu psychických poruch (R1, R5).
- neschopnost péče o dítě: Neschopnost se postarat o dítě byla dalším důležitým indikátorem (R2, R5).
- dezorientace a změny v komunikaci: Dezorientace místem, časem a prostorem a nekomunikativnost byly zmíněny jako významné příznaky (R3, R6).

Lze konstatovat, že klíčové příznaky psychických poruch v šestinedělí podle respondentek zahrnují plačtivost, úzkost, změny chování a nálady, odmítání dítěte, nespavost nebo nadměrný spánek, neschopnost péče o dítě a v některých případech dezorientaci a změny v komunikaci.

Výzkumná otázka č. 6: Jaký je váš postup při podezření na psychickou poruchu u ženy v šestinedělí?

R1: „Určitě to řeknu gynekologickému lékaři a pak sem chodí psychologka, každé ráno se zeptá, zda tu je někdo rozhozený, popřípadě ji odkážeme na ženu. Když mám podezření na nějaké příznaky např. je hodně unavená, má strach, že to nezvládne, tak jí i nabídnu konzultaci s naší psychologkou. Nebo k nám chodí dětské lékařky, že se jim něco nezda a žádají o konzilium psychologky potažmo psychiatra“.

R2: „Já bych to řešila se svojí staniční sestrou, poté by se na ni musel zavolat psycholog, psychiatr. A kdybych měla pocit, že ji mohu pomoci, tak bych ji vyslechla, pohladila, ale samozřejmě bych ji odeslala k odborníkovi. Snažila by se ji pomoci s tím, co ji trápí, tj. starosti, kojení. Projevila bych jí podporu, a podpořila bych jí ve vyhledání odborníka nebo bych jí odkázala na laktiční poradkyni. Pomohla bych jí vyhledat kontakty“.

R3: „Já ženu odkázala na komunitní porodní asistentku nebo dulu, kterou znají. Mají v ní důvěru a mohou se ji svěřit. Mohu ženu také vyslechnout, podpořit, odkázat na odborníky“.

R4: „Já bych se jí nejprve zeptala, jestli je v pořádku nebo na daný problém, vedu s ní rozhovor a kdyby se mi zdála, že tam je něco více, tak bych zavolala lékaře a podle toho by se zajistilo další vyšetření“.

R5: „Trochu si s ženou popovídám, aby si zjistila, co a jak. Pak jí doporučím nějakou pomoc. To znamená, že ji buď odkážu na naši psycholožku nebo dost často mají vlastní psycholožku, tak jí řeknu, ať se na ni obrátí. Pak když si nemyslí, že to je na odbornou pomoc ještě, tak mám kontakt na paní, která je zdravotník a dělá i masáže, je taková dost empatická, tak tam je pošlu, ať si udělají hezké odpoledne s masáží, tatínka ať pošle s kočárem. Oni se uvolní a zrelaxují a opečují sami sebe. Potom používám květové esence“.

R6: „Tak když už s ní promluví já, vyptám se na anamnézu, jestli tam nebylo něco už před těhotenstvím. Pak se poptávám na možnost podpory od rodiny, na možnost kontaktovat nějaké podpůrné skupiny, třeba Úsměv mámy nebo na možnost kontaktovat psycholožku tady u nás na klinice, která je k dispozici. Protože pracuji s ženami kontinuálně, tak už mohu mít podezření v těhotenství, tak radím ženám o kontaktování psycholožky už v těhotenství a ona za nima přijde po porodu, když jsou ještě hospitalizované a mají na ni kontakt, kdyby se jim něco nezdálo po porodu po propuštění“.

Shrnutí:

R1: Informuje gynekologického lékaře a pak se obrací na psycholožku. Pozorně sleduje příznaky jako únavu, strach a nabízí konzultaci s psycholožkou. Pokud má podezření na psychické problémy, upozorňuje na to lékaře nebo psychiatra.

R2: Řeší situaci se staniční sestrou a poté volá psychologa nebo psychiatra. Snaží se poskytnout podporu postižené ženě a pomoci ji s problémy, jako jsou starosti nebo kojení.

R3: Odkazuje ženu na komunitní porodní asistentku nebo dulu, kterou žena zná a důvěřuje ji. Nabízí vyslechnutí, podporu a odkazy na odborníky.

R4: Začíná s rozhovorem a pokud má podezření, že je něco v nepořádku, zavolá lékaře pro další vyšetření.

R5: Popovídá si se ženou, aby zjistila situaci, a pak doporučí pomoc. Odkazuje na psycholožku nebo jiné odborníky a nabízí relaxační procedury.

R6: Zjišťuje anamnézu a možnost podpory od rodiny. Radí ženám kontaktovat psycholožku již v těhotenství a podporuje je ve vyhledávání pomoci i po porodu.

Respondentky popisovaly různé postupy, které používají při podezření na psychickou poruchu u žen v období šestinedělí. Většina respondentek uváděla, že při podezření na psychickou poruchu by odkázaly ženu na odborníka, jako je psycholog nebo psychiatr. Některé porodní asistentky zmínily spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky, jako jsou gynekologičtí lékaři nebo dětské lékaři, pro zajištění dalších vyšetření či konzultací. Dále zdůraznily poskytování emocionální podpory a naslouchání ženám, které trpí podezřením na psychickou poruchu. Některé respondentky odkazovaly ženy na komunitní porodní asistentky, doly nebo podpůrné skupiny pro matky. Pro některé bylo důležité vyhledávání možných příznaků v anamnéze a rozhovor. Celkově respondentky ukazují na důležitost spolupráce s odborníky a poskytování podpory ženám s podezřením na psychické potíže v období šestinedělí.

Výzkumná otázka č. 7: Jaké formy podpory nabízíte ženám, které projevují známky psychických potíží?

R1: „*Tak já třeba osobně začnu s tím, že si ji vezmu stranou a nabídnu jí, že si chvilku popovídáme. Někdy i tím rozhovorem se stane, že se žena zklidní a ráno to vždy předávám a vždycky se teda volá psycholožka. Mají tedy psychologickou pomoc. Nyní je tady psychologická intervence, kde dáváme dotazníky od perinatalu, to nabízíme všem maminkám, co jdou domů, aby se s tím seznámily a nabídneme jim tu službu. Vyplní krátký dotazník, potom tedy mohou vědět, jestli budou potřebovat nějakou pomoc, ale hlavně že aspoň vědí, že existuje nějaká pomoc. Potom tedy nějaká konzultace s psychologem, následně s psychiatrem. Myslím si, že teď je to tady hodně ohlídané“.*

R2: „*Já si myslím, že pomáhá mluvení se ženou, aby věděla, že má podporu. Někde navázání vztahu, haptický kontakt. Poté bych asi zvolila odbornou pomoc.“*

R3: „*Nějakou odbornou pomoc, terapii nebo konzultaci s porodní asistentkou v domácí péči nebo s doulou a poté psycholožku. Sama bych ji mohla vyslechnout, pomoci, říct ji o nějakých zkušenostech a naslouchat“.*

R4: „Tak rozhovor, komunikaci, komunikaci s odborným personálem, např. s naší psycholožkou. A každé mamince dáváme nově dotazník psychických potíží, který vyplňuje každá maminka po porodu. Akorát tam nevidíme výsledky, protože ty se odesílají přímo do Prahy. Šestinedělky tam vyplní svůj email a když vyhodnotí, že šestinedělka je riziková, tak ji kontaktuje přímo ta agentura. A my se to už nedozvíme“.

R5: „Rozhovor, podpora sebepečce, podpora duševního zdraví. Naučit je, jak si srovnat denní režim, zjednodušit si péči o miminko, jak zapojit do péče o dítě i kamarádky, rodinu. Nainstruovat muže, jak může ženě pomoci, co by měl obstarat, aby ženě usnadnil péči o domácnost a dítě. Protože mám pocit, že nezvládají, aby si to všechno sedlo, ty první dny. Když už se mi zdá, že je to horší nebo směřují do tohoto stavu, tak jim doporučuji odbornou pomoc“.

R6: „Můj nějaký podpůrný rozhovor, při kterém se je snažím navést, aby si uměly říct o pomoci, aby měly podpůrné prostředí např. partnera, bližší rodina, kamarádi, případně se jich ptám, jestli by jim pomohlo vyslechnutí někoho z podpůrné skupiny ze stran pacientů, nebo jak se cítí. Také po nich chci, aby mi dali vědět, jak se to s nimi vyvíjí, jestli se to lepší, nebo jak je to v závislosti s únavou. Vždycky jim říkám, aby se pořádně vyspaly, najedly a byly fit po všech stránkách, než aby řešily jenom psychické potíže“.

Shrnutí:

R1: Nabízí individuální rozhovor, který často vede ke zklidnění ženy. Vždy předává informace psycholožce, která poskytuje další pomoc. Každé ráno jsou ženy dotazovány na jejich psychický stav. Nabízejí psychologickou intervenci a dotazníky od perinatálu, které ženám pomáhají uvědomit si, že existuje dostupná pomoc. Následuje konzultace s psychologem a případně psychiatrem.

R2: Zdůrazňuje důležitost rozhovoru a navázání osobního vztahu se ženou, což může zahrnovat haptický kontakt. Po navázání podpory doporučuje odbornou pomoc.

R3: Nabízí odbornou pomoc, terapii nebo konzultaci s osobní porodní asistentkou nebo dulou v domácí péči a následně psycholožku. Sama také poskytuje naslouchání, pomoc a sdílení zkušeností.

R4: Poskytuje rozhovory a komunikaci s odborným personálem, včetně psycholožky. Každá matka vyplňuje dotazník psychických potíží po porodu, který je odeslán do Prahy pro vyhodnocení a při známce rizika jsou následně kontaktovány.

R5: Nabízí rozhovor a podporu sebezpečí a duševního zdraví. Pomáhá ženám s organizací denního režimu a péče o miminko, včetně zapojení kamarádek a rodiny. Poskytuje rady mužům, jak mohou pomoci s domácností a dítětem. Pokud je stav vážnější, doporučuje odbornou pomoc.

R6: Provádí podpůrné rozhovory, při kterých ženy naviguje k tomu, aby si uměly říct o pomoc a měly podpůrné prostředí (partner, rodina, kamarádi). Doporučuje vyslechnutí podpůrnou skupinou a sleduje jejich vývoj. Radí ženám, aby se dobře vyspaly, najedly a staraly se o své celkové zdraví.

Celkově respondentky zdůrazňují význam rozhovoru, emocionální podpory a spolupráce s odborníky v poskytování pomoci ženám s psychickými potížemi během šestinedělí.

Výzkumná otázka č. 8: Jak často spolupracujete s psychiatry nebo s psychoterapeuty v případě psychických poruch v šestinedělí?

R1: „S psycholožkou, když je přítomna, tak každý den, kromě víkendů. Ona sama sem zajde, když je nepřítomna, tak nám dá kontakt na jinou psycholožku, myslím si, že i dětské sestřičky mají vlastní. S psychiatrem je to většinou na podnět dětského oddělení, když žena má v anamnéze psychické onemocnění, i když je kompenzovaná, je v pořádku a medikamentózně zajištěná, tak oni chtějí konzultaci s psychiatrem. Někdy mi to přijde zbytečné, protože žena má danou léčbu, neproказuje žádné příznaky, že by to nezvládala, ale oni chtějí mít jistotu, jestli tam mohou ženě nechat dítě. Potřebují to mít posvěcený“.

R2: „Tady u nás na oddělení máme k dispozici psycholožku, když je potřeba, Ale jinak moc nespolečujeme s odborníky“.

R3: „Co si pamatuji tak vůbec“.

R4: „Tak psycholožka dochází dle potřeby, ale určitě se tam objevuje tak dvakrát až třikrát do týdne a poptává se, zda je tam nějaká žena specifická, nebo jestli má nějaké úzkosti či potíže. Tak za ty tři dny, co jsou tam šestinedělky se za nimi přijde podívat, takže každá by měla být tímhle ochráněná a minimálně by jí tahle služba měla být nabídnuta, než bude propuštěná od nás“.

R5: „Naštěstí ne moc často, ale doporučuju je často. Teda psychiatra moc ne, ale psycholožku ano, tu naší. Pokud mi žena řekne, že má svého psychiatra, potom jí řeknu: Myslím si, že už by to chtělo se za ním podívat na kontrolu, abyste byla v klidu. Naštěstí ne tak často, nedokážu to přesněji posoudit. Někdy jim stačí si popovídat a utřídit jim

myšlenky a říct jim, že to, co dělají, dělají dobře a poradit jim jak to například zjednodušit“.

R6: *„Snažím se. Ty ženy jsou prostředníkem mezi námi, takový ten zprostředkovatel. I když už jsem chtěla jednou sama kontaktovat ošetřujícího psychiatra, ale vlastně nevím, jestli můžu jako zdravotník zdravotníkovi zavolat ohledně potíží ženy. Protože k ženě jsem přijela pomoc s kojením, ale nakonec jsem zjistila, že má psychické potíže kvůli snížené medikaci, přišla podmedikovaná a že má nedostatečnou péči od toho ošetřujícího psychiatra“.*

Shrnutí:

R1: Pravidelně pracuje s psychologkou, která dochází denně kromě víkendů. V případě potřeby konzultují s psychiatrem, zejména na podnět dětského oddělení, když má žena v anamnéze psychické onemocnění. Dětské oddělení chce mít jistotu, že se matka zvládne postarat o dítě.

R2: Sděluje, že na oddělení mají k dispozici psychologku, se kterou spolupracují dle potřeby, ale obecně nespolupracují příliš často s dalšími odborníky.

R3: Uvádí, že si nepamatuje, že by spolupracovali s psychiatry nebo psychoterapeuty.

R4: Psycholožka dochází na oddělení dvakrát až třikrát týdně a zjišťuje, zda některá žena nepotřebuje její pomoc. Během tří dnů, kdy jsou ženy na oddělení, by měly mít možnost konzultace s psychologkou před propuštěním.

R5: Nespolupracuje příliš často s psychiatry, ale často doporučuje ženám konzultaci s psychologkou. Pokud má žena vlastního psychiatra, doporučí jí, aby se na něj obrátila, pokud to považuje za potřebné.

R6: Snaží se spolupracovat s psychiatry, ale někdy si není jistá, zda jako zdravotník může přímo kontaktovat ošetřujícího psychiatra. V jednom případě chtěla kontaktovat psychiatra ženy, která měla problémy kvůli snížené medikaci.

Celkově respondenty uvádějí, že spolupráce s psychologem je běžnější než s psychiatrem. Spolupráce s psychiatry nastává hlavně v případech, kdy je to nezbytné kvůli anamnéze nebo z podnětu dětského oddělení.

Výzkumná otázka č.9: Jaké školení nebo kurzy jste absolvovala nebo chtěla absolvovat v oblasti psychických poruch v šestinedělí?

R1: „No já jsem vlastně vůbec žádný kurz neabsolvovala, ale zajímám se o toto téma, čtu si různé články nebo se snažím hledat informace. Je to teda spíše z praxe, akorát teď bylo jedno školení, ale to měla jen staniční sestra, to si myslím že je škoda. Myslím si, že školení a kurzy tu chybí, a že by to mělo být, protože mi přijde, že se šestinedělí bagatelizuje. Všeobecně si myslím, že těch kurzů je málo, kdyby byla možnost kurzu, určitě bych ráda šla“.

R2: „Zatím jsem žádný kurz na toto téma neabsolvovala, ale kdyby byla možnost, tak by mě to zajímalo. Protože jako porodní asistentka mám kompetence pomáhat ženám v šestinedělí, a to povědomí bych samozřejmě měla mít rozšířenější. Cíleně nepátrám o tyto kurzy, ale kdyby nemocnice nabízela školení, určitě bych šla“.

R3: „Jeden kurz jsem měla, zaměřený na včasný záchyt psychických poruch. Ted' přihlášená na žádný nejsem. Kdyby byla možnost, zúčastnila bych se“.

R4: „Neabsolvovala jsem žádný kurz a ani jsem žádný nehledala. Takže ani nevím jaké kurzy probíhají, ale určitě kdyby něco bylo k dispozici, tak ráda poslechnu ty včasné poruchy v šestinedělí“.

R5: „To jsem moc neabsolvovala, ono toho ani moc není. Ve škole to byly zmínky, na bakalářském před 15 lety, jsme toho taky moc neprobrali. V rámci kurzu poporodní péče o šestinedělku, tak bude jen zmínka, ale na seminář zaměřený jenom na psychické poruchy jsem nenarazila. Kdyby nějaký kurz, školení bylo, určitě bych chtěla“.

R6: „V rámci poporodních psychických potíží jsem speciální kurz ještě neabsolvovala, ale chystám se na certifikovaný kurz péče o ně. Ale myslím si, že v rámci školy jsme docela dobře byly informovány, v tom základu. Ale je to na každé porodní asistenci, aby se trochu vzdělávala, tam kde je potřeba“.

Shrnutí:

R1: Neabsolvovala žádný kurz, ale samostudiem se snaží získat informace. Uvedla, že chybí školení a kurzy, což by chtěla změnit. Zmiňuje, že školení chybí a že by se jich ráda účastnila. Uvedla, že jediné školení, které bylo, absolvovala pouze staniční sestra. Poukázala na to, že by školení mělo být dostupné pro všechny.

R2: Neměla možnost absolvovat žádný kurz, ale pokud by byly dostupné, určitě by se jich zúčastnila. Zdůraznila, že jako porodní asistentka potřebuje širší povědomí o psychických poruchách v šestinedělí.

R3: Absolvovala jeden kurz zaměřený na včasný záchyt psychických poruch. Momentálně není přihlášená na žádný kurz, ale pokud by byla možnost, ráda by se zúčastnila.

R4: Neabsolvovala žádný kurz a aktivně žádné nehledala. Má zájem se zúčastnit, pokud budou nějaká školení k dispozici, zvláště pokud budou zaměřené na včasný záchyt psychických poruch v šestinedělí.

R5: Pouze ve škole před 15 lety měla zmínky o psychických poruchách před a krátké zmínky v kurzech poporodní péče. Na specializovaný seminář o psychických poruchách nenarazila, ale chtěla by se takových kurzů zúčastnit.

R6: Speciální kurz na poporodní psychické potíže ještě neabsolvovala, ale plánuje certifikovaný kurz péče o ně. Cítí, že v rámci školy měla dobrý základ, ale zdůrazňuje potřebu průběžného vzdělávání.

Respondentky poukazují na nedostatek specializovaných školení a kurzů zaměřených na psychické poruchy v šestinedělí. Všechny by měly zájem se takových školení zúčastnit, pokud by byly k dispozici. Vzdělávání v této oblasti považují za velmi důležité pro svou práci a zdůrazňují potřebu dostupnějších a častějších školení.

Výzkumná otázka č. 10: Můžete sdílet konkrétní případ, kdy jste napomohla ženě s psychickým problémem po porodu?

R1: „Jedna paní, ta měla bipolární poruchu, měla své vlastní léky, ale mě se tady za noční službu zhroutila, vzala jsem si ji stranou a povídaly jsme si půl hodiny. Já jsem ji teda spíš vyslechla a ona mi povídala, aspoň měla tu důvěru. To pomohlo a já jsem nemusela nikoho volat. Sama žena uznala psycholožce, že konverzace se mou ji pomohla. Ráno měla konzultaci s psycholožkou a následně i s psychiatrem, poté se ji upravila léčba. Druhá paní se nám zhoupla rychle, ta měla obsedantně kompulzivní poruchu s tím, že byla dekompenzovaná, nebrala léky. Např. když byla v koupelně a umývala se, musela mít u sebe na pračce těhotenskou průkazku a musela se do ní před tím podívat 30x, měla svoje rituály, už nespala. Tady u nás se zhroutila, začala hyperventilovat, měla úzkostnou ataku. Já vůbec nevěděla, co dělat, pro mě to bylo hrozné. Musela jsem na ni zvýšit hlas,

aby se mnou měla žena oční kontakt, abych jí uzemnila a ona měla nějaký bod. Potom jsme volali naši psycholožku i psychiatra. Nasadila se jí léčba, zůstala u nás a pravidelně musela chodit k psychiatrovi“.

R2: „Mám kamarádku, která měla poporodní depresi, vyvinulo se to nejspíš, protože měla už potíže v těhotenství, byla úzkostná. Věděla jsem o tom a prožívala jsem to s ní, kdykoli na ni šly stavy úzkosti, tj. obavy toho že to nezvládne, obavy z porodu, dítěte, vždy mi volala a já jsem ji řekla něco pozitivního, a to si opakovala a to ji pomáhalo. Manžel poznal že není schopna se postarat a jenom brečela celé dny, nechtěla dítě pochovat, kojit. Ale čtrnáct dní po porodu to prostě nezvládla a museli ji hospitalizovat. Hospitalizovaná byla čtrnáct dní, byla zastavena laktace, nastavená medikace, která ji teda dost utlumila, chvíli ještě přetrvávaly drobnosti s řešením dítěte, potom se to srovnalo a našla si vztah k dítěti. Bylo to náročný dost. Ted' už je deset let po porodu, a přijde mi, že to trochu ovlivnilo její psychiku doted'. Myslím si, kdyby měla třetí porod, mohlo by se to rozvinout znovu, ale daly bychom si na to pozor už prenatálně“.

R3: „Včera jsem pomohla kamarádce, která mi napsala, že chce svého sedmítýdenního chlapečka hodit z okna. Té jsem rovnou řekla ať někoho kontaktuje, svojí porodní asistentku, která jí byla u porodu. Už spolu jednají a je objednaná k psycholožce. Protože její porodní asistentka ji zná, má s ní navázaný vztah, ví, jak s ní komunikovat a jak ji pomoci“.

R4: „Já přímo případ nemám, ale kolegyně popisovala, že se ji jedna šestinedělka zavřela do skříně a nechtěla ven. Byla zoufalá z novorozence, který pořád brečel a chtěla před ním utéct a už nevěděla kudy kdy kam, a tak se před ním zavřela do skříně. Kolegyně myslela že utekla, ale byla zavřená ve skříni. Poté skončila hospitalizována na psychiatrii. Volal se přímo psychiatr a klientka byla odvedena na psychiatrii. Řešila se péče o dítě s otcem, který pak za ní dojížděl“.

R5: „Prvorodička, jedno miminko, průběh porodu normální, žena si mě zavolala tři týdny po porodu kvůli problémům s kojením. A tam jsem zjistila, že má psychický problém. Úzkostné problémy, celkově měla úzkosti, se kterými se léčila u psycholožky i před porodem. Byla jsem u ní 2x, poslala jsem jí na ty masáže, na které chodila, udělalo se jí tam dobře na těle i na duši. A poslala jsem ji k její psycholožce. To jak byla úzkostná, ji bránilo v péči o dítě, byla v tenzi, miminko bylo také nervózní, více plakalo. Učila jsem ji různé techniky držení dítěte a jak si s ním udělat pohodu a jak zvládnout péči

o domácnost. Manžel byl od rána do večera v práci a ona byla sama doma, nechtěla ani chodit ven, měla strach, že dítě bude venku brečet před lidmi. Trénovali jsme i, jak bude venku s kočárkem kojít, probrala jsem s ní, že je normální, když dítě pláče. Zkoušela jsem, jestli nepřijdou kamarádky, nebo jestli nepůjde ven s kamarádkami, které mají taky miminka. Ona ale nechtěla ani s nimi, protože měla strach, že bude pořád brečet. Mám zpětnou vazbu, že se zlepšila ona i miminko. Protože byla úzkostná už před porodem, mělo se s tím pracovat už předtím, preventivně, aby věděli, kam sáhnout pro pomoc po porodu“.

R6: *„Žena v porodnici byla v pořádku, sama popisovala, že vše běží dobře. Porod proběhl dobře, v průběhu hospitalizace akorát chtěla doladit manipulaci s dítětem, ale jinak se i dobře rozkojila. Když přišla domů, tak to miminko nechtěla. Dítě ji rozrušovalo vždy, když brečelo. Popsala, že nejhorší pro ni je, že se bojí, když se dítě vzbudí. Takže vždycky když spalo, tak dítě bylo pořád hlídané. Byla velmi našponovaná, nebyli s dítětem venku do té doby než jsem je navštívila. Když jsem se ji ptala, co by ji mohlo pomoci, tak popisovala, že právě jít ven. Byla izolovaná v porodnici a potom čtyři dny, co byla doma. Tak jsme šly společně se projít do lesa s kočárem. Během té procházky mi povídala všechny její pocity, včetně toho, že nemůže jíst, spát a že partner se o ni také bojí. Pak dodatečně začla povídat, že už v rodinné anamnéze se vyskytli potíže. Že její maminka měla po porodu deprese a babička že byla převezena záchrankou před porodem, kvůli psychickým potížím. Bylo zajímavé, že jsem zjistila až po tom porodu, že žena měla jizvy po pokusu o sebevraždu. Do té návštěvy mi nikdy nic o tom neřekla, nebyla ke mně úplně upřímná, i když jsem ji v těhotenství viděla asi čtyřikrát. Všimla jsem si jizev, když jsem ji byla aplikovat oxytocin po porodu, ale nemluvila jsem s ní o tom. Protože měla úzkosti a ten pokus o sebevraždu, navštěvovala psychiatra před těhotenstvím. Měla nastavenou medikaci, ale když zjistila, že je těhotná, psychiatr vysadil medikaci i přes to, že byla slučitelná s těhotenstvím a kojením. Mluvili jsme i o přerušení laktace, kdyby se to nezlepšilo. Po mých radách žena neprodleně kontaktovala svého psychiatra, se kterým to zkontrolovala po telefonu, hned ten den. Navýšili léky, poté se ji ulevilo. Bylo den za dnem vidět, že je to lepší. Některé dny byly náročné, ale zvládla to. Měla skvělou oporu v partnerovi i v rodině. Partner byl celou dobu s ní, protože se bál, co by se mohlo stát, kdyby tam byla sama“.*

Shrnutí:

R1: Pomohla ženě s bipolární poruchou během noční služby tím, že si s ní půl hodiny povídala. Žena se jí svěřila a rozhovor jí velmi pomohl, následně měla konzultaci s psychologem a psychiatrem. Další žena, se kterou se potkala, měla obsedantně kompulzivní poruchu, která vedla k úzkostné atace. Byla hospitalizována a léčena psychologem a psychiatrem.

R2: Kamarádka porodní asistentky měla poporodní depresi, která se rozvinula z úzkostných stavů během těhotenství. Asistentka jí pomáhala pozitivními afirmacemi a podporou po telefonu. Po dvou týdnech musela být žena hospitalizována, nastavila se jí medikace a zastavila laktace. Deprese ovlivnila její psychiku i dlouho po porodu.

R3: Pomohla kamarádce, která měla myšlenky na ublížení svému dítěti. Doporučila jí kontaktovat porodní asistentku, která ji znala a mohla jí lépe pomoci. Žena jednala se svojí porodní asistentkou a následně byla objednána k psychologovi.

R4: Popsala případ kolegyně, kdy se jedna šestinedělka zavřela do skříně, protože nemohla zvládnout neustálý pláč novorozence. Žena byla hospitalizována na psychiatrii a péče o dítě byla dočasně převedena na otce.

R5: Pomohla prvorodičce, která měla problémy s kojením a trpěla úzkostnými stavy. Doporučila jí masáže a aby kontaktovala její psychologku. Učila ji techniky péče o dítě a jak zvládnout domácnost. Práce s úzkostí měla začít již před porodem, aby se předešlo problémům po porodu.

R6: Pomohla ženě, která byla během hospitalizace v pořádku, ale po návratu domů měla problémy s přijetím dítěte. Žena trpěla úzkostmi a izolací, bála se, že dítě bude brečet. Porodní asistentka s ní šla na procházku a zjistila, že má žena v rodinné anamnéze psychické problémy a sama měla pokus o sebevraždu. Po poradě s psychiatrem byla zvýšena medikace a postupně se stav ženy zlepšoval díky podpoře rodiny a partnera.

Celkově porodní asistentky poskytovaly jak okamžitou, tak dlouhodobou podporu ženám s různými psychickými problémy po porodu, často ve spolupráci s dalšími odborníky, jako jsou psychologové a psychiatři.

Výzkumná otázka č. 11: Jaké osobní strategie nebo intervence považujete při podpoře žen za nejúčinnější?

R1: „Já osobně preferuji rozhovor, kde ona má pocit, že ji někdo vyslechně. Opravdu jí nechat mluvit, aby řekla co potřebuje. Když obcházím ženy na oddělení, tak se jich ptám, jestli je něco netrápí, protože bývají plačtivé a rozhozené z těch hormonálních skoků. To k tomu patří, tak se ujistím, jestli je opravdu něco netrápí. Je to o tom si vytvořit vztah porodní asistentka a žena po porodu. To si myslím, že je důležité, aby ona věděla, že může kdykoli přijít a neměla strach. Já ještě používám květové esence, které mi na to pomáhají“

R2: „Já považuju za nejúčinnější dotek, navázání vztahu, haptický kontakt. Důležitá je komunikace, aby věděli, že to s nimi sdílím a že jim rozumím“.

R3: „Já se spíš držím při zemi, vyslechnu jí a potom jdu popořadě co bych mohla udělat, spíš jako pomoci s maličkostmi. Např. když má pocit, že to na ni padá, tak jí přivezu polévku, u toho ji vyslechnu, pomůžu s úklidem, s dítětem, ona si mezitím udělá prostor na sebe, vyspí se. A poté jí je lépe. Dám ji najevo, že tam pro ni jsem“.

R4: „Tak dostatek informací, určitě nepřehnaně říkat sladké řeči, říct jí narovinu jak to je a komunikovat. Všechno je to o komunikaci. Zapojit do toho rodinu, aby také dohlížela. Důležitá je pomoc a informovat ji, že nemůže stihnout všechno, např. úklid, vaření, a ještě zabezpečit novorozence, a aby si nebála říct o pomoc, i kdyby potřebovala pomoc v domácnosti, aby si řekla i partnerovi, rodině a kamarádkám“.

R5: „Myslím si klid, přistupovat k nim s klidem, v jejich domácím prostředí, ideálně zapojit do toho i muže, aby u toho byl a všechno viděl. Květové esence používám, dám jim na sebe kontakt, aby měli pocit, že se mají na koho obrátit. Vysvětlovat co se děje, jak se to děje a proč se to děje, a že je to všechno normální“.

R6: „Rozhovor, v krizové situaci já s nimi dělám řízenou meditaci nebo relaxaci, pokud je to ve stavu, že se nejdříve potřebuje uklidit, abychom k něčemu mohli dospět. Abychom mohli mluvit, oni jsou někdy v takovém stavu, že brečí až se zajíkají“.

Shrnutí:

R1: Preferuje rozhovor, kde má žena pocit, že je vyslechnuta a může sdělit své pocity. Klade důraz na budování důvěrného vztahu mezi porodní asistentkou a ženou po porodu. Pomáhá ženám pomocí květových esencí.

R2: Považuje dotek a haptický kontakt za nejúčinnější. Klíčové pro ni jsou komunikace a porozumění.

R3: Zaměřuje se na praktickou pomoc a naslouchání potřebám žen. Poskytuje pomoc v domácnosti a dává ženě prostor na odpočinek. Zajišťuje pro ženu bezpečný prostor, aby věděla, že se na ni může spolehnout.

R4: Klade důraz na poskytování informací a otevřenou komunikaci se ženou a její rodinou. Snaží se zapojovat rodinu do péče a podpory.

R5: Preferuje klidný přístup a vytváření klidného prostředí pro ženu. Používá květové esence a dává důraz na fyzický kontakt. Vysvětluje situaci ženě a snaží se ji normalizovat.

R6: V krizových situacích používá řízenou meditaci nebo relaxaci. Zaměřuje se na uklidnění ženy, aby mohla lépe komunikovat a přijímat podporu.

Každá respondentka zdůrazňuje jiný přístup k podpoře žen po porodu, ale společné zaměření na poslech, podporu, komunikaci a poskytování praktické pomoci.

Výzkumná otázka č. 12: Jakým způsobem informujete ženu o rizicích a příznacích psychických poruch před a po porodu?

R1: „Myslím si, že by ženy měly být informovány už na předporodních kurzech a když se připravují, ale dost často se setkám s tím, že ženy nejsou seznámeny s šestinedělím vůbec. Jsou překvapeny ze všech tělesných i duševních změn. Takže když např. začnou plakat, být bezradný, tak je informujeme. Myslím si, že by se mělo o tom mluvit víc“.

R2: „Upřímně moc ne. Teda spíše ne“.

R3: „Asi neinformuju, předem to vůbec neříkám. Pokud se tady někdo vyskytne, tak jí zavoláme psycholožku“.

R4: „Říkám ji to až když přijdou na šestinedělí, já si je přijmu a informuju je, že kdyby byl nějaký problém, kdyby cítili nějaký potíže, diskomfort, cítili se nesvé, ať hned hlásí“.

R5: „Když jsem měla předporodní kurzy, tak jsem je informovala, že šestinedělí a těch prvních 14 dní po porodu jsou nejhorší období, v tom než si ta situace sedne, než se sžijí s miminkem, než se naučí co a jak. Upozorňovala jsem hlavně muže na to, že ženy budou plaktivý, že budou výkyvy nálad a teda i je samotný. Pravda je, že jsem se jenom zmínila, že existuje možnost se obrátit na psycholožku, kdyby měly pocit, že už je toho moc. Aby neměly pocit, že je to ostuda. Ale tady když se mi při porodu zdá žena skeptní, tak ji

také informuju, že má možnost a aby se nebála to sestřičkám na oddělení šestinedělí říct. Tady hned po porodu mají ženy úplně jiné vjemy a vplout jim informacemi o psychických potížích, mám pocit, že by to neudržely a ty více citlivé by to mohlo rozložit, potom by mohly jen čekat kdy co a jak začne. Spoléhám na to, že na oddělení šestinedělí jim to zvládnou říct“.

R6: *„Určitě na předporodních kurzech v těhotenství nebo při cvičení s ženami, kde probíháme různá témata, včetně psychiky. Já jim naznačuji, že poporodní období není lehké. Šestinedělí se odsouvá do pozadí. Myslím si, že je důležité o těchto stavech informovat i partnery. Takže na předporodních kurzech se tomu věnuji dost času. Také je informuju i o screeningu duševních poruch, který u nás v porodnici probíhá, aby věděly, že je to dobrovolné a k čemu je to dobré. Aby si to nebraly osobně, že za nimi někdo přijde a jde zjišťovat, jak se duševně cítí“.*

Shrnutí:

R1: Respondentka zdůrazňuje potřebu informovat ženy už během předporodních kurzů a příprav. Všimla si, že ženy často nejsou informovány o šestinedělí, to je může překvapit tělesnými i duševními změnami. Když ženy začnou plakat nebo jsou bezradné, jsou následně informovány o možných příznacích. Myslí si, že by se mělo o těchto věcech mluvit více.

R2: Upřímně přiznává, že ženy o těchto věcech příliš neinformuje.

R3: Také předem ženy neinformuje o těchto záležitostech. Pokud se objeví problém, zavolá jim psychologku.

R4: Informuje ženy až po příchodu na oddělení šestinedělí. Vysvětluje jim, že pokud by měly jakýkoli problém nebo pocit diskomfortu, měly by to ihned hlásit.

R5: Během předporodních kurzů informovala ženy a jejich partnery, že šestinedělí a prvních 14 dní po porodu jsou nejtěžší období. Varovala muže o možných náladových výkyvech a plačtivosti žen. Zdůraznila, že se mohou obrátit na psychologku, pokud by toho na ně bylo příliš. Po porodu informuje ženy o možnosti konzultace s psychologkou, pokud je to nutné, ale snaží se je těmito informacemi nezatěžovat ihned po porodu, aby je to nerozložilo.

R6: Informuje ženy o psychických poruchách během předporodních kurzů a cvičení, kde probírají různá témata včetně psychiky. Zdůrazňuje, že poporodní období není snadné

a šestinedělí je často opomíjeno. Považuje za důležité informovat i partnery. Věnuje těmto tématům dost času a informuje je také o screeningu duševních poruch, který probíhá v jejich porodnici, aby si ženy uvědomily jeho dobrovolnost a účel.

Každá respondentka má jiný přístup k informování žen o rizicích a příznacích psychických poruch, od poskytování informací na předporodních kurzech po reakci na konkrétní situace po porodu.

Výzkumná otázka č. 13: Jak byste zhodnotila svoje povědomí o problematice psychických poruch u žen v šestinedělí?

R1: „Myslím si, že se mám ještě co učit, že by bylo potřeba nějakých kurzů, seznamy kontaktů. Já mám akorát zkušenost vlastní a z praxe. Je to že něco vím, ale není to ono. Měly bychom se vzdělávat více i v této problematice“.

R2: „Když to teď tady probíráme, tak mi přijde, že moc o problematice nevím. Protože moje obě šestinedělí byly absolutně bez problému a nikdy jsem neměla náznak ničeho, tak moc o tom nevím. Samozřejmě je to zajímavé a ráda bych se dozvěděla víc, ale moc se tomu nevěnuju“.

R3: „No asi blbý, celkově to šestinedělí to vůbec. To teď vidím, že nula“.

R4: „Určitě bych se nebránila rozšířit si informovanost. Přijde mi, že mám povědomí, tak středně dobře. Cítím, že bych pomohla ženě s psychickými problémy, ale mám i nějaké nedostatky“.

R5: „No vím o tom, ale vlastně nevím, jestli je to dost. Uvítala bych nějaké další informace“.

R6: „Povědomí si myslím, že mám i jako matka, která prošla vlastními zkušenostmi. Protože jsem se ženami v intenzivním styku, tak mám pocit, že vím, kam jít pro radu a hlavně navázat na tu mezioborovou spolupráci. Už vím, kam ty ženy směřovat a pokud si s tím nevím rady a mám pocit, že to nevyřeší můj rozhovor, vím, kam je odkázat. Cítím se docela sebejistě“.

Shrnutí:

R1: Porodní asistentka má zkušenosti z vlastní praxe a osobního života. Uvědomuje si, že její znalosti nejsou kompletní. Vidí potřebu dalších kurzů a seznamů kontaktů pro lepší informovanost. Zmiňuje nutnost většího vzdělávání v této oblasti.

R2: Uvědomuje si, že má o problematice jen málo informací. Její osobní zkušenosti s šestinedělím byly bez problémů, což přispělo k menšímu zájmu o tuto problematiku. Připouští, že by se ráda dozvěděla více, ale aktuálně se tomu příliš nevěnuje.

R3: Odpověděla, že její povědomí o šestinedělí je minimální. Přiznává, že si uvědomuje nedostatečnou znalost v této oblasti.

R4: Věří, že má střední úroveň povědomí o problematice. Cítí se schopná pomoci ženě s psychickými problémy, ale přiznává určité nedostatky. Je otevřená dalšímu rozšíření svých znalostí.

R5: Ví o problematice, ale není si jistá, zda její znalosti jsou dostatečné. Má zájem získat více informací a uvítala by další vzdělávání v této oblasti.

R6: Má pocit, že její povědomí je dobré, i díky vlastním zkušenostem jako matky. Pravidelně pracuje se ženami a cítí se kompetentní v poskytování rad a spolupráci s dalšími odborníky. Ví, kam ženy odkázat, pokud situaci nedokáže vyřešit sama. Cítí se v této roli sebejistě.

Celkově lze shrnout, že povědomí respondentek o problematice psychických poruch u žen v šestinedělí je různorodé a často považují své znalosti za nedostatečné. Většina respondentek si uvědomuje potřebu dalšího vzdělávání a informovanosti v této oblasti. Některé z nich mají zkušenosti z vlastní praxe či osobního života, což jim poskytuje určitý základ, avšak stále cítí potřebu získat více znalostí a dovedností. Přístup k této problematice se liší od pocitu naprostého nedostatku informací až po střední úroveň povědomí s ochotou se dále vzdělávat. Celkově je patrná snaha zlepšit své kompetence a zajistit ženám v šestinedělí lepší podporu.

Výzkumná otázka č. 14: Co by podle vás mohlo zlepšit povědomí a péči o duševní zdraví žen po porodu?

R1: „Stálo by za to, abychom chodili na setkání s psychology, když oni mají kurzy. Aby bylo více školení, e-learningů“

R2: „My bychom se měly této problematice věnovat, trochu více se vzdělávat. Nebo kdyby byly k dispozici semináře, ráda bych se vzdělávala dál“.

R3: „Zájem o šestinedělí, který mi přijde nezáživný. Více seminářů a kurzů“

R4: „Tak určité kurzy by byly fajn a myslím si i stáže na psychiatrii, které se přímo týkají těch šestinedělek. Vidět jejich anamnézy a jak se s nimi komunikuje a pracuje“.

R5: „Určitě nějaká přednáška, literatura, seminář, praktický workshop“.

R6: „Myslím si, že v dnešní době se tohle téma hodně otevřelo i v posledních měsících. Pan Dr. Šebela edukuje ve všech různých porodnicích a mapa péče se hodně rozvíjí. To si myslím, že je dobře. Plus ten certifikovaný kurz psychické péče by pomohl. Také to že se o tom hodně bude mluvit. Určitě ještě semináře, vzdělávání, workshopy. Samozřejmě je to o celoživotním vzdělávání, ta škola nás na něco připraví a teorii všichni známe, ale škálování nebo práce s různými dotazníky by byla dobrá probrat“.

Shrnutí:

R1: Si myslí, že by se mohlo zlepšit povědomí při setkávání se s psychology během jejich kurzů. A kdyby měly více školení a e-learningů.

R2: Udává, že by se mohlo zlepšit naše povědomí s větším zaměřením na problematiku a další vzdělávání, a lepší dostupnost seminářů.

R3: Respondentka má dojem, že celkově šestinedělí je nezajímavé a pro zlepšení povědomí by bylo třeba více zájmu o šestinedělí a více seminářů a kurzů.

R4: Si myslí, že ke zlepšení by pomohly kurzy nebo stáže na psychiatrii, aby viděly anamnézy a práci s šestinedělkami s psychickými poruchami.

R5: Respondentka se domnívá, že nějaká přednáška, literatura, seminář nebo praktický workshop by mohl pomoci.

R6: Uvádí hned několik způsobů, jak vylepšit naše povědomí. Například bychom měly otevřít téma psychických potíží žen po porodu nebo potřeba edukace od Dr. Šebely by byla přínosná. Certifikovaný kurz psychické péče, semináře, vzdělávání a workshopy, to vše by mohlo zlepšit povědomí. Více probírat téma duševního zdraví a práce s dotazníky k problematice. Za důležité popisuje celoživotní vzdělávání porodních asistentek.

Všechny respondentky zdůrazňují potřebu dalšího vzdělávání, seminářů a praktických workshopů, aby mohly lépe podporovat ženy po porodu. Některé také navrhují větší zapojení do stávajících edukačních programů a spolupráci s odborníky na psychiatrii.

6.5 Výsledky výzkumu ve vztahu k cílům práce

Cíl: 1. Zhodnotit informovanost porodních asistentek o problematice psychických poruch žen v šestinedělí.

Výzkumný problém: Mají porodní asistentky dostatek informací o psychických poruchách žen v šestinedělí?

K výzkumnému problému se vztahují výzkumné otázky č. 4, 5, 12, 13, 14.

V otázce č. 4 jsme zjišťovali, jaké psychické poruchy nejčastěji postihují ženy v období šestinedělí. Z výsledků vyplynulo, že respondenty často uváděly poporodní depresi jako jednu z nejčastějších psychických poruch postihující ženy v období šestinedělí. Další běžnou poruchou, kterou zmínily, je poporodní úzkost. Poporodní psychózu porodní asistentky také uváděly často, ale pod názvem laktační psychóza. Lze říci, že výsledky ukazují na povědomí o různých psychických poruchách, které mohou postihnout ženy v šestinedělí. Toto povědomí může hrát klíčovou roli v diagnostice a léčbě těchto stavů, což může vést ke zlepšení celkového duševního zdraví žen po porodu.

V otázce č. 5 jsme se ptali porodních asistentek, co považují za klíčové příznaky psychických poruch v šestinedělí pro včasnou diagnózu. Respondenty shodně považují za klíčové příznaky psychických poruch v šestinedělí zejména zvýšenou plačtivost, úzkost, pocity beznaděje, extrémní únavu a výrazné změny v chování. Tento konsensus naznačuje, že existuje společné porozumění klíčovým příznakům psychických poruch v šestinedělí. Několik respondentek zmiňovalo potřebu dalšího vzdělávání a školení v této oblasti, což naznačuje, že i přes jejich povědomí o klíkových příznacích vidí prostor pro zlepšení svých znalostí a dovedností. Odpovědi ukazují, že každá respondentka může mít různé zkušenosti a úroveň znalostí o problematice psychických poruch v šestinedělí, což naznačuje, že zkušenosti z praxe a osobní zkušenosti hrají významnou roli v jejich vnímání a hodnocení těchto příznaků. Výsledky lze hodnotit pozitivně, protože ukazují na dobré povědomí o klíkových příznacích a ochotu respondentek se vzdělávat a zlepšovat. Nicméně je třeba zvýšit úroveň vzdělávání a podpory, aby byly porodní asistentky lépe připraveny na řešení těchto problémů.

V otázce č. 12 jsme zjišťovali, jakým způsobem informují respondenty ženu o rizicích a příznacích psychických poruch před a po porodu. Některé respondenty

uváděly, že ženy nejsou dostatečně informovány v rámci předporodních kurzů a v období těhotenství. Některé respondentky zdůraznily důležitost informování žen o duševních problémech v rámci šestinedělí, kdy jsou ještě v porodnici po porodu. Toto období je vnímáno jako klíčová doba, kdy mohou být ženy lépe informovány a podpořeny. Porodní asistentky také zdůrazňovaly důležitost upozorňování žen na možné změny nálady a emocí během těhotenství a porodu. Některé respondentky zmínily důležitost informování i partnerů žen o těchto problémech a v podpoře poskytování emocionální podpory. Bylo zjištěno, že existuje rozmanitost přístupů k informování žen o rizicích a příznacích psychických poruch před a po porodu, přičemž klíčovou roli hraje informovanost, podpora a vhodné poskytování péče ze strany porodních asistentek.

V otázce č. 13 jsme chtěli zjistit, jak by zhodnotily porodní asistentky vlastní povědomí o problematice psychických poruch u žen v šestinedělí. Z této otázky vyplývá několik klíčových zjištění. Respondentky vykazují různé úrovně povědomí o psychických poruchách žen v šestinedělí. Některé se cítí dobře informovány a považují své povědomí za dostatečné, zatímco jiné vnímají nedostatek znalostí a chtějí se v této oblasti více vzdělávat. Některé respondentky uvádějí, že jejich povědomí o psychických poruchách u žen vychází z vlastních zkušeností jako matky nebo z praxe, což považují za důležité. Naopak další respondentky zdůrazňují potřebu teoretického vzdělání a systematického školení v této problematice. Většina porodních asistentek vyjadřuje otevřenost pro další vzdělávání a rozšíření svých znalostí o psychických poruchách v šestinedělí. Některé respondentky si uvědomují, že i přes své stávající povědomí by mohly získat další informace a praktické dovednosti, které by jim mohly umožnit lépe rozpoznat a podpořit ženy s psychickými potížemi v šestinedělí. Výsledky naznačují rozmanitost přístupů a úrovní povědomí respondentek o psychických poruchách žen v šestinedělí. Klíčové je zdůraznění potřeby kontinuálního vzdělávání a podpory, která by mohla vést k lepší prevenci, diagnostice a léčbě těchto poruch v citlivém období po porodu.

V otázce č. 14 jsme se snažili zjistit, jak by mohly porodní asistentky zlepšit povědomí a péči o duševní zdraví žen po porodu. Z této otázky vyplynulo, že je větší potřeba školení, seminářů a kurzů zaměřených na problematiku duševního zdraví žen po porodu. Respondentky zmínily, že školení by měla zahrnovat teoretické i praktické dovednosti. Některé respondentky navrhly specifické školení a stáže na psychiatrii, aby lépe porozuměly a reagovaly na potřeby žen v šestinedělí. Byla zmíněna i potřeba

celoživotního vzdělání a zapojení mezioborové spolupráce. Jako efektivní nástroje pro zlepšení povědomí a dostupnosti informací byly navrženy online kurzy a e-learningy. Dále respondentky navrhly, aby se odborníci jako psychologové aktivně zapojili a podíleli na vzdělávání zdravotnického personálu. Některé respondentky poukázaly na to, že šestinedělí je často podceňováno a považováno za nezáživné, což by mělo být změněno prostřednictvím zvýšeného zájmu a informovaností.

Cíl: 2. Zjistit, zda by porodní asistentky měly zájem o kurz zaměřený na rozpoznání psychických poruch u žen po porodu.

Výzkumný problém: Mají porodní asistentky zájem o kurz zaměřený na rozpoznání psychických poruch u žen po porodu?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 9 a 14.

V otázce č. 9 jsme se zaměřili na to, zda by porodní asistentky měly zájem o kurz zaměřený na rozpoznání psychických poruch u žen po porodu. Většina respondentek vyjádřila potřebu dalšího vzdělávání specificky zaměřeného na duševní zdraví žen po porodu. Bylo zdůrazněno, že současná školení nejsou dostatečná a měla by být rozšířena. Respondentky by uvítaly více školení a kurzů zaměřených na rozpoznávání a léčbu psychických poruch v šestinedělí. Některé respondentky specifikovaly zájem o kurz týkající se mezioborové spolupráce, komunikace s pacientkami a praktické workshopy. Byl vysloven zájem o kurzy a školení vedené odborníky, jako jsou psychologové a psychiatři. Respondentky by uvítaly i možnost stáží na psychiatrických odděleních, aby se mohly seznámit s konkrétními případy a postupy v péči o ženu po porodu. Některé porodní asistentky uvedly, že již absolvovaly různé kurzy, ale zaměření nebylo často jen na duševní zdraví žen po porodu. Celkově z odpovědí vyplývá, že porodní asistentky cítí potřebu dalšího a specifičtějšího vzdělání v oblasti duševního zdraví žen po porodu.

V otázce č. 14 jsme se ptali porodních asisterek, co si myslí, že by mohlo zlepšit povědomí a péči o duševní zdraví žen po porodu. Odpovědi respondentek zdůrazňují potřebu komplexního a systematického vzdělání, většího zapojení odborníků a využití moderních technologií pro zlepšení povědomí a péče o duševní zdraví žen po porodu.

Cíl: 3. Zjistit, zda mají porodní asistentky informace, kam mohou odkázat ženu s podezřením na psychickou poruchu.

Výzkumný problém: Jaké mají porodní asistentky informace, kam mohou odkázat ženu s psychickou poruchou?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 6, 7 a 8.

V otázce č. 6 jsme zkoumali, jaký postup mají respondentky při podezření na psychickou poruchu u žen po porodu. Respondentky zdůraznily důležitost rozpoznání příznaků psychických poruch. Při podezření na psychickou poruchu se porodní asistentky snaží okamžitě komunikovat se ženou, aby zjistily více o jejích pocitech a stavu. Některé respondentky uvedly, že se snaží vytvořit důvěrné prostředí, ve kterém může žena otevřeně hovořit o svých pocitech a obavách. Většina respondentek uvedla, že při podezření na psychickou poruchu okamžitě odkazují ženu na psychologa nebo psychiatra. Některé zmínily, že v zařízení, kde pracují, je přítomný psycholog, který může být přivolán k vyšetření a konzultaci s pacientkou. Respondentky uvedly, že ženu informují o možnostech podpory, dostupných službách, včetně psychologické nebo psychiatrické pomoci. Některé porodní asistentky uvedly, že poskytují ženám kontakty na odborníky a organizace, které se specializují na duševní zdraví. Některé porodní asistentky zdůraznily význam mezioborové spolupráce při péči o ženy s podezřením na psychickou poruchu. V případě potřeby je zajištěna koordinace mezi porodníky, psychiatry, psychology a dalšími odborníky.

V otázce č. 7 jsme chtěli zjistit, jaké formy podpory nabízí ženám, které projevují známky psychických potíží. Z výsledků vyplynulo, že respondentky nabízí širokou škálu podpory ženám s psychickými problémy v šestinedělí, zahrnující přímou psychologickou pomoc, empatické rozhovory, informování, odkazy na odborníky, podporu rodiny, krizovou intervenci, pokračující podporu po propuštění a skupinovou terapii. Všechny tyto formy podpory porodní asistentky považují za klíčové pro zajištění komplexní péče o duševní zdraví žen po porodu.

V otázce č. 8 jsme zjišťovali, jak často spolupracují porodní asistentky s psychology a s psychiatry. Některé respondentky uvedly, že s psychology a psychiatry pracují pravidelně a často. Tato spolupráce je integrována do jejich každodenní praxe, zejména, když se u žen objeví příznaky psychických poruch. Jiné respondentky zmínily, že spolupráce probíhá podle potřeby, v případě zaznamenání psychických potíží u žen.

Některé respondenty přiznaly, že spolupracují s odborníky jen zřídka. Některé vyjádřily potřebu zlepšení spolupráce s psychology a psychiatry. Naznačily potřebu větší dostupnosti odborníků a lepší komunikaci mezi jednotlivými specialisty. Několik respondentek naopak sdílelo pozitivní zkušenosti ve spolupráci s psychology a psychiatry, což nakonec vedlo k úspěšnému zvládnutí případů. Celkově vyplývá, že míra a frekvence spolupráce se značně liší. Ale většina respondentek uznává důležitost této spolupráce a vidí potřebu jejího zlepšení a intenzivnějšího zapojení odborníků na duševní zdraví do péče o ženy po porodu.

Cíl: 4. Popsat, jaké zkušenosti mají porodní asistentky s psychickými poruchami u žen po porodu.

Výzkumný problém: Jaké mají porodní asistentky zkušenosti s psychickými poruchami u žen po porodu?

K výzkumnému problému se vztahují otázky č. 3, 6, 10, 11 a 12.

V otázce č. 3 jsme chtěli zjistit, jak často se porodní asistentky setkávají s psychickými poruchami u žen po porodu. Z odpovědí lze vyhodnotit, že zkušenosti s psychických poruchami u žen po porodu jsou mezi respondentkami různé. Některé se pravidelně s těmito problémy setkávají, zatímco jiné se s nimi setkávají méně často nebo vůbec. Pociťují potřebu dalšího vzdělávání v této oblasti.

V otázce č. 6 jsme zkoumali, jak postupují porodní asistentky při podezření na psychickou poruchu u žen v šestinedělí. Z odpovědí jsme zjistili, že respondenty považují za klíčové rozpoznání příznaků, okamžitou komunikaci, pomoc ženě, odkazování na odborníky, poskytování podpory a informací, mezioborovou spolupráci a další sledování stavu ženy. Tyto postupy pomáhají zajistit, aby ženy v šestinedělí dostaly potřebnou péči a podporu při řešení psychických poruch. Některé respondenty uvedly, že po prvotní intervenci dále sledují stav ženy a pravidelně se s ní setkávají, aby mohly včas reagovat na případné změny. Tento postup zajišťuje kontinuální péči a podporu pro ženu v šestinedělí.

V otázce č. 10 jsme chtěli zmapovat, jaké mají zkušenosti porodní asistentky s napomáháním psychických potíží žen po porodu. Z výsledků bylo zjištěno, že respondenty, které se s případy setkaly, většinou poskytly emocionální podporu a doporučily ženám odbornou pomoc. Některé respondenty nemají vlastní zkušenosti s případy ke sdílení, což může odrážet jejich menší zkušenosti nebo povědomí

o problematice psychických poruch po porodu. Respondentky, které se s případy psychických poruch po porodu setkaly, dokázaly účinně reagovat prostřednictvím emocionální podpory a odborného doporučení. Naopak ty, které se s těmito případy nesetkaly, vyjadřují potřebu dalšího vzdělání a zvýšení povědomí o problematice.

V otázce č. 11 jsme zjišťovali, jaké osobní strategie nebo intervence považují respondentky při podpoře žen za nejúčinnější. Z odpovědí vyplývá, že respondentky zdůrazňují osobní přístup, empatii a individuální podporu ženám v šestinedělí. Klíčové zkušenosti zahrnují důležitost budování důvěrného vztahu, poskytování praktické pomoci a emocionální podpory, jakož i využívání různých technik, včetně květových esencí a relaxačních metod pro uklidnění a podporu žen v této náročné fázi života.

V otázce č. 12 jsme se ptali na to, jakým způsobem informují ženy o rizicích a příznacích psychických poruch před a po porodu. Z výsledků lze vyvodit, že respondentky se snaží informovat ženy o možných rizicích a příznacích psychických poruch před a po porodu prostřednictvím předporodních kurzů, osobního setkání na oddělení šestinedělí nebo prostřednictvím dalších příležitostí během péče o ženy v tomto období. Některé respondentky zdůraznily, že ženy nejsou dostatečně informovány, což může vést k nečekaným emocionálním reakcím a nejistotám po porodu. Respondentky také zdůrazňovaly, že význam upozorňování žen na psychické potíže během těhotenství a po porodu může ženám lépe pomoci se připravit na možné psychické výzvy. Některé porodní asistentky vidí důležitost zahrnutí partnerů do této problematiky. Bylo zjištěno, že existuje rozmanitost přístupů k informování žen o psychických poruchách. Některé porodní asistentky preferují rozhovory a individuální podporu, zatímco jiné využívají různé vzdělávací materiály nebo kurzy.

Diskuze

Cílem diplomové práce bylo zjistit povědomí porodních asistentek o psychických poruchách žen v šestinedělí. Povědomí jsme zjišťovali u porodních asistentek pracujících na oddělení šestinedělí, oddělení rizikových těhotných a na porodním sále, a to formou rozhovoru. Oslovili jsme Fakultní nemocnici v Plzni, kde nám vydali souhlas s výzkumem. Poté bylo osloveno šest porodních asistentek, dvě z oddělení šestinedělí, dvě z oddělení rizikových těhotných a dvě z porodního sálu, které byly ochotné se zúčastnit výzkumu.

Povědomí porodních asistentek o psychických poruchách žen v období šestinedělí je klíčovým faktorem pro včasnou diagnostiku a efektivní péči o matky po porodu. Výzkum mezi porodními asistentkami odhalil významné mezery ve znalostech a povědomí o problematice psychických poruch u žen v šestinedělí. Tato nedostatečná informovanost má zásadní dopad na kvalitu péče a podporu, kterou jsou porodní asistentky schopny poskytnout ženám po porodu.

Shidende P. a spol. (2024) popsali současný stav literatury o znalostech, vnímání a zkušenostech porodních asistentek se zvládáním poporodní deprese. Z 21 studií, které zkoumaly znalosti sester a porodních asistentek, uvedla většina, že mají nedostatečné znalosti o péči poporodní deprese (Shidende, 2024).

Coastes a Foureur (2019) napsali přehled studií, kde také zjistili, že mnoho porodních asistentek naznačilo, že se necítí dostatečně vybaveno k poskytování péče o duševní zdraví žen po porodu.

Tyto výsledky potvrdily náš výzkum. Naše respondentky přiznaly, že jejich znalosti o psychických poruchách jsou nedostatečné. Tento stav poukazuje na potřebu systematického a kontinuálního vzdělávání v oblasti duševního zdraví, které by mělo být nedílnou součástí profesního rozvoje porodních asistentek. Respondentky vyjádřily potřebu odborných kurzů, seminářů a praktických workshopů zaměřených na duševní zdraví žen po porodu.

Studie ukazují, že systematické vzdělávání porodních asistentek může výrazně zlepšit jejich schopnost rozpoznat a reagovat na psychické poruchy u žen po porodu. Například výzkum provedený Noonan a kolegy (2017) zjistil, že porodní asistentky, které absolvovaly jednodenní povinné školení s praktickou složkou, uváděly významně

zvýšené znalosti a sebedůvěru v poradenství a péči o ženy. Tento vzdělávací kurz zvýšil pohodlí a kompetence při diagnostice, péči a doporučení ženám s psychickými problémy. Zahrnuté studie u Shidende a spol. (2024) naznačily, že vzdělávací programy pro porodní asistentky se zaměřují více na fyzické aspekty porodu a kladou menší důraz na duševní a citové aspekty poporodní péče. Rozmanitost přístupů k informování žen o rizicích a příznacích psychických poruch ukazuje na potřebu standardizace a sjednocení těchto postupů. Je důležité, aby ženy a jejich partneři byli informováni již během těhotenství a aby tato informovanost pokračovala i po porodu. Tím se zvýší pravděpodobnost včasného rozpoznání příznaků a poskytnutí potřebné podpory.

Fletcher a spol (2021) zmínili, že mezinárodní pokyny doporučují, aby ženy při rezervační schůzce, předporodních kurzech nebo poporodních návštěvách byly dotazovány na emocionální a duševní pohodu. Některé porodní asistentky zdůraznily důležitost mezioborové spolupráce s psychology a psychiatry. Tato spolupráce by mohla zahrnovat nejen konzultace a společnou péči o pacientky, ale také společné vzdělávací akce a stáže, kde by porodní asistentky mohly získat praktické zkušenosti a dovednosti. Rozvoj a podpora mezioborové spolupráce by mohla významně přispět k lepšímu zvládání psychických poruch u žen v šestinedělí. Fletcher a spol (2021) uvedl, že by měla existovat úzká spolupráce mezi porodnickými a specializovanými službami.

Irská národní strategie klade za cíl, aby v každém nemocničním prostředí byla porodní asistentka specialistka na duševní zdraví s podporou multidisciplinárních a psychiatrických služeb. Tento model péče by měl zajistit, že každá těhotná žena při rezervaci bude vyšetřena porodní asistentkou na případné problémy s duševním zdravím.

Výsledky výzkumu ukázaly různé zkušenosti porodních asistentek s podporou žen, které procházejí psychickými poruchami v šestinedělí. Ve výzkumu bylo zjištěno, že respondentky, které se setkaly s psychickými poruchami u žen po porodu, poskytly ženám emocionální podporu a doporučily odbornou pomoc. Některé respondentky se zaměřují na osobní rozhovory, během kterých mohou ženy otevřeně mluvit o svých obavách a potřebách. Tento přístup zdůrazňuje důležitost naslouchání a vytvoření důvěrného vztahu mezi porodní asistentkou a ženou.

Studie popisují, že lidské interakce mohou mít úspěch pro základ rozvoje důvěrného vztahu. Pozitivní komunikace mezi porodní asistentkou a ženou podporuje důvěru a respekt, který je důležitý pro uspokojení potřeb žen a usnadnění navázání vztahu.

Důvěrná známost mezi ženami a porodními asistentkami pomáhá identifikovat změny zdravotního stavu (Almorbaty, 2023). Další respondentky zdůrazňují význam praktické pomoci v domácnosti, například s úklidem nebo vařením, což umožňuje ženě získat čas a prostor pro sebe. Tento praktický přístup kombinuje fyzickou pomoc s emocionální podporou, což může ženě pomoci lépe zvládat stresové situace.

Coates a Foureur (2019) uvedli, že literatura naznačuje pozitivní výsledky při poskytování poradenské intervence porodními asistentkami. Což jen dokazuje, že perinatální intervence v oblasti duševního zdraví mohou být poskytovány neodborníky. Ženy, které mají přístup k perinatální duševní péči oceňují, že jim je nasloucháno bez odsuzování a v bezpečném a důvěrném vztahu s porodní asistentkou. Důkazy naznačují, že těhotné ženy lépe přijmou podporu v oblasti duševního zdraví od porodní asistentky než od specializované služby.

V literatuře bylo nastíněno, že porodní asistentky jsou schopny naučit se poradenským dovednostem a poskytovat poradenské intervence. Je známo, že ženy si se svoji porodní asistentkou vytvoří bezpečný a důvěrný vztah. V našem výzkumu respondentky uvedly, že při poskytování péče kladou důraz na osobní přístup, empatii a individuální podporu ženám. Respondentky také zdůraznily zahrnutí důvěrného vztahu a vytvoření bezpečného prostoru pro sdílení pocitů. Respondentky poukázaly na otevřenost pro další vzdělávání a rozšíření svých znalostí pro podporu kvalitnější péče pro ženy s duševními problémy.

Význam pro klinickou praxi

Tento výzkum poukazuje na několik klíčových oblastí pro zlepšení praxe a péče o duševní zdraví žen v šestinedělí. Na základě zjištění, že porodní asistentky by potřebovaly zvýšit informovanost o problematice psychických poruch v šestinedělí, bychom doporučili přístup porodním asistentkám k pravidelným školením a kurzům zaměřených na duševní zdraví žen po porodu. Důležité je i podporovat porodní asistentky v edukování partnerů o rizicích a příznacích psychických poruch, popřípadě zapojení partnerů do péče o domácnost a novorozence. Dále bychom doporučili vypracování standardizovaných postupů pro informování žen o duševních problémech během předporodních kurzů a po porodu. Jednotný přístup může zajistit, že všechny ženy obdrží stejné základní informace a podporu. Také bychom doporučili posílení spolupráce mezi porodními asistentkami, psychology a psychiatry, aby porodní asistentky věděly, kam se

obrátit o radu a jaké specialisty doporučit ženám s psychickými potížemi. Doporučili bychom zdůraznění důležitosti vytváření důvěrných vztahů mezi porodními asistentkami a ženami. Pro zmírnění psychických problémů je zásadní aktivní naslouchání a poskytování emocionální podpory. Některé porodní asistentky úspěšně využívají relaxační techniky nebo květové esence k uklidnění žen v krizových situacích, proto bychom doporučili zařadit tyto techniky do standardních postupů péče. Protože je šestinedělí kritické období, je třeba aby ženy byly efektivně informovány a podpořeny. Porodní asistentky by měly pravidelně kontrolovat psychický stav žen a poskytovat potřebné informace a podporu. Implementace těchto doporučení může zlepšit kvalitu péče o duševní zdraví žen po porodu, přispět ke včasné diagnostice a zajistit ženám potřebnou pomoc a podporu v kritickém období po narození dítěte.

Závěr

Tato diplomová práce se zaměřila na povědomí porodních asistentek o psychických poruchách žen v šestinedělí. Cílem bylo zjistit, jaké povědomí porodní asistentky mají. Do výzkumu jsme zařadili porodní asistentky s praxí delší než čtyři roky a ze třech různých oddělení, to je oddělení šestinedělí, oddělení rizikových těhotných a porodní sál. K získání potřebných dat pro lepší pochopení problematiky jsme zvolili rozhovory s porodními asistentkami. Výsledky tohoto výzkumu ukázaly, že znalosti a informovanost o této problematice jsou nedostatečné a velmi rozmanité. Některé porodní asistentky mají základní povědomí díky osobním zkušenostem a praxi, avšak většina respondentek uvedla potřebu dalšího vzdělávání a školení v této oblasti. Z výsledků vyplývá, že pro zlepšení péče o duševní zdraví žen po porodu je klíčové zavedení pravidelných vzdělávacích kurzů a seminářů, které by porodním asistentkám poskytovaly hlubší znalosti a praktické dovednosti v oblasti diagnostiky a podpory psychických poruch v šestinedělí. Důležitou součástí je posílení mezioborové spolupráce mezi porodními asistentkami a odborníky na duševní zdraví, což by umožnilo poskytování komplexní a cílené péče. V neposlední řadě je nezbytné zvyšovat informovanost nejen samotných žen, ale i jejich partnerů a rodin o možných psychických potížích po porodu, čímž se zajistí včasná podpora a intervence. Celkově by tato opatření přispěla ke zlepšení kvality péče o duševní zdraví žen po porodu, zvýšila by jejich pohodu a podpořila rychlejší a efektivnější zotavení v kritickém období šestinedělí.

Reference

- Almorbaty, H., Ebert, L., Dowse, E. (2023). An integrative review of supportive relationships between child-bearing women and midwives. *Nurs Open*, 10(3), 1327-1339. doi: 10.1002/nop2.1447
- Balaram, K., Marwaha, Raman. (2023). Postpartum Blues. *StatPearls, StatPearls Publishing*. Načteno z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546/>
- Berens, P. (2022). Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care. *UpToDate*. Načteno z https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-normal-physiology-and-routine-maternal-care?search=puerperium&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
- Bergink, V., Rasgon, N., Wisner, K. L. (2016). Postpartum Psychosis: Madness, Mania, and Melancholia in Motherhood. *The American Journal of Psychiatry*, 173(12), 1179-1188. Načteno z <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16040454>
- Bergink, V., Burgerhout, K. M., Koorengevel, K. M., Kamperman, A. M., Hoogendijk, W. J., Lambregtse-van den Berg, M.P., Kushner, S.A. (2015). Treatment of Psychosis and Mania in the Postpartum Period. *The American Journal of Psychiatry*, 172(2), 115-123. doi:<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13121652>
- Blum, S., Mack, J. T., Weise, V., Kopp, M., Asselmann, E., Martini, J., Garthus-Niegel, Susan. (2022). The impact of postpartum obsessive-compulsive symptoms on child development and the mediating role of the parent-child relationship: A prospective longitudinal study. *Front Psychiatry*, (13), doi:10.3389/fpsy.2022.886347
- Borglin, G., Hentzel, J., Bohman, D. M. (2015). Public health care nurses' views of mothers' mental health in paediatric healthcare services: a qualitative study. *Primary Health Care Research & Development*, 16(5), 470-480. doi:10.1017/S1463423615000055
- Branquinho, M., Shakeel, N., Horsch, A., Fonseca, A. (2022). Frontline health professionals' perinatal depression literacy: A systematic review. *Midwifery*, 111, doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103365>.

- Carroll, M., Downes, C., Gill, A., Monahan, M., Nagle, U., Madden, D., Higgins, A. (2018). Knowledge, confidence, skills and practices among midwives in the republic of Ireland in relation to perinatal mental health care: The mind mothers study. *Midwifery*, 64, 29-37. doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.05.006>.
- Cibralic, S., Pickup, W., Diaz, A., M., Kohlhoff, J., Karlov, L., Stylianakis, A., Schmied, V., Barnett, B., Eapen, V. (2023). The impact of midwifery continuity of care on maternal mental health: A narrative systematic review. *Midwifery*, 116, doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103546>
- 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. <https://doi.org/10.1111/hsc.12740>
- Cutter, J. (2021). Midwives play an essential role in promoting public health. *Nursing in practice*. Načteno z <https://www.nursinginpractice.com/professional/the-key-role-midwives-play-in-promoting-public-health/>
- di Giacomo, E., Placenti, V., Colmegna, F., Clerici, M. (2021). Obsessive-Compulsive Disorder in Pregnancy and Postpartum: The Possible Etiologic Role and Implications of Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *J Clin Psychiatry*, 82(6), doi:<https://doi.org/10.4088/JCP.21lr14069>
- Fairbrother, N., Collardeau, F., Albert, A., Y., K., Challacombe, F., L., Thordarson, D., S., Woody, S., R., Jansses, P., A. (2021). High prevalence and incidence of obsessive-compulsive disorder among women across pregnancy and the postpartum. *J Clin Psychiatry*, 82(2). doi:<https://doi.org/10.4088/JCP.20m13398>
- Fletcher, A., Murphy, M., Leahy-Warren, P. (2021). Midwives' experiences of caring for women's emotional and mental well-being during pregnancy. *Journal Clinical nursing*, 30(9-10), 1403-1416. <https://doi.org/10.1111/jocn.15690>
- Friedman, S., H., Reed, E., Ross, N., E. (2023). Postpartum Psychosis. *Curr Psychiatry Rep*, 25(2). doi:<https://doi.org/10.1007%2Fs11920-022-01406-4>
- Friedman, S., H., Prakash, Ch., Nagle-Yang, S., (2019). Postpartum psychosis: Protecting mother and infant. *Current Psychiatry*, 18(4). Načteno z <https://www.mdedge.com/psychiatry/article/197703/schizophrenia-other-psychotic-disorders/postpartum-psychosis-protecting?sso=true>

Geraghtyová, S. (2019). Perinatal mental illness and the midwifery role. *British Journal of Midwifery*, 27(10). ISSN 2052-4307. Načteno z <https://www.britishjournalofmidwifery.com/content/editorial/perinatal-mental-illness-and-the-midwifery-role>

Ghaedrahmati, M., Kazemi, A., Kheirabadi, G., Ebrahimi, A., Brahami, M., (2017). Postpartum depression risk factors: A narrative review. *J Educ Health Promot*, 6(60), doi: 10.4103/jehp.jehp_9_16

Hendl, J. (2023). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 5vyd. Portál s.r.o. ISBN 978-80-262-1968-2 Načteno z https://books.google.cz/books?id=qu74EAAAQBAJ&pg=PA55&hl=cs&source=gbs_selected_pages&cad=1#v=onepage&q&f=false

Higgins, A., Downes, C., Carroll, M., Gill, A., Monahan, M. (2018). There is more to perinatal mental health care than depression: Public health nurses reported engagement and competence in perinatal mental health care. *Journal of Clinical nursing*, 27(3-4), 476-487. doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.13986>

Hudepohl, N., MacLean, J., V., Osborne, L., M. (2022). Perinatal Obsessive–Compulsive Disorder: Epidemiology, Phenomenology, Etiology, and Treatment. *Curr Psychiatry Rep*, 24, 229-237. doi:<https://doi.org/10.1007/s11920-022-01333-4>

Challacombe F., L., Salkovskis, P., M., Woolgar, M., Wilkinson, E., L., Read, J., Acheson, R. (2016). Parenting and mother-infant interactions in the context of maternal postpartum obsessive-compulsive disorder: Effects of obsessional symptoms and mood. *Infant Behavior and Development*, 44, 11-20. doi:<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.04.003>.

Chartier, M., J., Attawar, D., Volk, J., S., Cooper, M., Quddus, F., McCarthy, JM. (2015). Postpartum Mental Health Promotion: Perspectives from Mothers and Home Visitors. *Public health nursing*, 32(6), 671-679. <https://doi.org/10.1111/phn.12205>

Chauhan, G., Tadi, P. (2022). Physiology, Postpartum Changes. *StatPearls, StatPearls Publishing*. Načteno z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>

Cho, H., Lee, K., Choi, E., Cho, H., N., Park, B., Suh, M., Rhee, Y., Choi, K., S. (2022). Association between social support and postpartum depression. *Scientific Reports*, 3128. Načteno z <https://doi.org/10.1038/s41598-022-07248>

- Jones, C., J., Creedy, D., K., Gamble, J., A. (2011). Australian Midwives' Knowledge of Antenatal and Postpartum Depression: A National Survey. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 56(4), 353-361. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2011.00039.x>
- Kaira.(2020). *Úsměv mámy*. Získáno 1. 6 2024. Načteno z: <https://www.usmevmamy.cz/>
- Kansky, C. (2021). Normal and Abnormal Puerperium. *Medscape*. Načteno z <https://emedicine.medscape.com/article/260187-overview#a1>
- Kobylski, L., A., Arakelian, M., H., Freeman, M., P., Gaw, M., L., Cohen, L., S., Vanderkruik, R. (2024). Barriers to care and treatment experiences among individuals with postpartum psychosis. *Arch Womens Ment Healt*. doi:<https://doi.org/10.1007/s00737-024-01447-z>
- Legere, L., E. , Wallace, K., Bowen, A., McQueen, K., Montgomery, P., Evans, M. (2017). Approaches to health-care provider education and professional development in perinatal depression: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(1), 239. doi: 10.1186/s12884-017-1431-4
- Linyan, L. (2021). Social Factors of Postpartum Depression Among Chinese Women. *Open Access Journal of Biomedical Science*, 3(4). Načteno z <https://dx.doi.org/10.38125/OAJBS.000311>
- Link, K., A., Tinius, R., Logsdon, (2022). A Web-Based Educational Intervention to Increase Perinatal Nurse and Pre-Licensure Student Knowledge and Self-Efficacy in Providing Postpartum Depression Care. *J Perinat Educ*, 31(1), 29-37. doi: 10.1891/J-PE-D-21-00008
- McLachlan, H., L., Forster, D., A., Collins, R., Gunn, J., Hegarty, K. (2011). Identifying and supporting women with psychosocial issues during the postnatal period: Evaluating an educational intervention for midwives using a before-and-after survey. *Midwifery*, 27(5), 723-730. doi:<https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.01.008>.
- Miller, L., J. (2002). Postpartum Depression. *JAMA*, 287(6), 762-765. doi: [doi:10.1001/jama.287.6.762](https://doi.org/10.1001/jama.287.6.762)
- Miller, M., L., O'Hara, M., W. (2020). Obsessive-compulsive symptoms, intrusive thoughts and depressive symptoms: a longitudinal study examining relation to maternal responsiveness. *J Reprod Infant Psychol*, 38(3), 226-242. doi:10.1080/02646838.2019.1652255

- Modak, A., Ronghe, V., Gomase, K., P., Mahakalkar, M., G., Taksande, V. (2023). A Comprehensive Review of Motherhood and Mental Health: Postpartum Mood Disorders in Focus. *Cureus*, 15(9). doi:doi: 10.7759/cureus.46209
- Mughal, S., Azhar, Y., Siddiqui, W. (2022). Postpartum Depression. *Treasure Island. StatPearls Publishing*. Načteno z <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK519070/>
- Noonan, M., Doody, O., Jomeen, J., Galvin, R. Midwives' perceptions and experiences of caring for women who experience perinatal mental health problems: An integrative review. *Midwifery*, 45, 56-71. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2016.12.010>
- Noonan, M., Jomeen, j., Galvin, R., Doody, O. (2018). Survey of midwives' perinatal mental health knowledge, confidence, attitudes and learning needs. *Women and Birth*, 31(6), e358-e366. doi:<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.02.002>.
- Panda, S., Das, A., Mallik, A., Baruah, S., R. (2021). Normal Puerperium. *IntechOpen*. doi:10.5772/intechopen.96348
- Payne, J. (2022). Treatment of postpartum psychosis. *UpToDate*. Načteno z https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-postpartum-psychosis?search=postpartum+psychosis&source=search_result&selectedTitle=2%7E13&usage_type=default&display_rank=2
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), 357-364. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033>.
- Perry, A., Gordon.-Smith, K., Jones, L., Jones, I. (2021). Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A Review. *Brain Sci*, 11(1). doi: 10.3390/brainsci11010047
- Posmontier, B.(2011). The Role of Midwives in Facilitating Recovery in Postpartum Psychosis. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55(5), 430-437. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2010.02.011>
- Procházká, M. a kol. (2020). *Porod a psychické změny po porodu*. Porodní asistence. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4
- Raza, S., K., Raza, S. (2023). Postpartum Psychosis. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing*. Načteno z doi:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544304/>

- Rai, A., Pathak, A., Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian J Psychiatry*, 57, 216-221. doi: 10.4103/0019-5545.161481
- Rommel, AS., Molenaar, N., M., Gilden, J., Kushner, S., Westerbeek, N., J., Kamperman, A., M., Bergink, V. (2021). Long-term outcome of postpartum psychosis: a prospective clinical cohort study in 106 women. *Int J Bipolar Disord*, 9(1), 31. doi:<https://doi.org/10.1186/s40345-021-00236-2>
- Saharoy, R., Potdukhe, A., Wanjari, M., Taksande, A., B. (2023). Postpartum Depression and Maternal Care: Exploring the Complex Effects on Mothers and Infants. *Cureus*, 15(7), e41381. doi:10.7759/cureus.41381
- Sacher, J., Wilson, A., A., Houle, S., Rusjan, P., Hassan, S., Bloomfield, P., M., Stewart, D., E., Meyer, j., H. (2010). Elevated brain monoamine oxidase A binding in the early postpartum period. *Archives of general psychiatry*, 67(5), 468-474. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.32
- Sharma, V., Sommerdyk, Ch. (2015). Obsessive–Compulsive Disorder in the Postpartum Period: Diagnosis, Differential Diagnosis and Management. *Women’s Health*, 11(4), 543-552. doi:10.2217/WHE.15.20
- Shidende, P., Bates, R., Lee, R., Smith, C. (2024), Nurses’ and midwives’ experiences of managing parental postnatal depression: A scoping review. *Early View*. Načteno z: <https://doi.org/10.1111/jan.16186>
- Silverman, M., E., Reichenberg, A., Savitz, D., A., Cnattingius, S., Lichtenstein, P., Hultman, Ch., M., Larsson, H., Sandin, S. (2017). The risk factors for postpartum depression: A population-based study. *Wiley Online Library*, 34(2), 178-187. doi: <https://doi.org/10.1002/da.22597>
- Simas, T., A., M., Whelan, A., Byatt, N. (2023). Postpartum Depression—New Screening Recommendations and Treatments. *JAMA*, 330 (23), 2295-2296. doi:doi:10.1001/jama.2023.21311
- Spinelli, M. (2021). Postpartum psychosis: a diagnosis for the DSMV. *Arch Womens Ment Health*, 24(5), 817-822. doi:<https://doi.org/10.1007/s00737-021-01175-8>
- Stacy, M., Schulkin, J. (2022). Postpartum Psychosis: The Role of Women’s Health Care Providers and the Health Care System. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 77(12), 763-777. doi: 10.1097/OGX.0000000000001093

Stewart, D., E., Vigod, S., (2016). Postpartum Depression. *The new England Journal of Medicine*, 375(22), 2177-2186. DOI: 10.1056/NEJMcp1607649

Šebela, A., (2021). Duševní pohoda mámy je důležitá pro ženu, pro miminko i pro nás. *Perinatal*. Načteno z: <https://www.perinatal.cz/o-projektu>

Šebela, A., Hanka, J., Mohr, P. (2019). Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese. *Česká gynekologie*, 84(1), 68-72. Načteno z <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-1-24/diagnostika-a-moderni-trendy-v-terapii-poporodni-deprese-112780>

Takács, L., Smolík, F., Mlíková Seidlerová, J., Čepický, P., Hoskovcová, S. (2016). Poporodní blues – česká adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire“. *Česká gynekologie*, 81(5). Načteno z <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/archiv-cisel/2016-5-8>

Tosto, V., Ceccobelli, M., Lucarini, E., Tortorella, A., Gerli, S., Parazzini, F., Favilli, A. (2023). Maternity Blues: A Narrative Review. *Journal of Personalized Medicine*, 13(1), 154. doi:<https://doi.org/10.3390/jpm13010154>

UPMC. (2024). Postpartum Depression: Causes, Risks and Treatment. *UPMC Central Pa.* Získáno 30. 1 24. Načteno z <https://www.upmc.com/services/south-central-pa/women/services/pregnancy-childbirth/new-moms/postpartum-depression/risks-treatment>

Viguera, A. (2023). Postpartum blues. *UpToDate*. Načteno z https://www.uptodate.com/contents/postpartum-blues?search=postpartum%20blues&source=search_result&selectedTitle=1~15&usage_type=default&display_rank=1

Webber, R., Benedict, J. (2019). Postpartum depression: A multi-disciplinary approach to screening. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(3), 284-289. doi:<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.01.008>.

Wilhemová, R., Kašová, L., Sedlická, N., Doubek, R., Hruban, L., Janků, P., Hendrych Lorenzová, E., Kameníková, M., Hanušová, Z. (2021). Vybrané kapitoly Porodní asistence I a II. Fyziologické šestinedělí. 1. vyd. *MUNIMED*. Brno. ISSN 1802-128X. Načteno z

https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/13_07_literatura.html

WordPress, Šablona Astra. (2024). Psychoterapeutická databáze. DSM-5. Copyright. Získáno 11. 1 2024, <https://dbterapie.cz/encyklopedie/dsm-5/>

Wray, S., Prendergast, C., Wallace, H. (2021). Physiology of th Puerperium and Lactation. *The Global Library of Womens Medicine*, 15. ISSN 1756-2228. Doi 10.3843/GLOWM.415293

Yu, Y., Liang, HF., Chen, J., li, ZB., Han, YS., Chen, JX., Li, JCh.(2021). Postpartum Depression: Current Status and Possible Identification Using Biomarkers. *Front Psychiatry*, (12), 620371. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.620371>

Seznam příloh

Příloha A: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Příloha B: Povolení sběru dat

Příloha C: Otázky k rozhovoru

Příloha A: Žádost o umožnění výzkumného šetření



FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Útvar náměstka pro vnější vztahy a spolupráci s LF
Edvarda Beneše 1128/13, 301 00 Plzeň - Bory
aleš Svobody 923/86, 323 00 Plzeň - Lochotín
IČO 00668896, tel.: 377 401 111, 377 103 111

Žádost o poskytnutí informací v souvislosti s vypracováním bakalářské / diplomové / jiné práce

– FN Plzeň

(určeno pro nelékařské zdravotnické pracovníky)

Jméno a příjmení studentky/a: Bc. Kristýna Malypetrová

Úplný název vysoké / vyšší odborné školy: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta / katedra: Fakulta zdravotnických věd

Studijní obor / ročník: Intenzivní péče v porodnictví, 2. Ročník, kombinovaná forma

***Název bakalářské / diplomové / jiné práce:**

Povědomí porodních asistentek o psychických poruchách žen v šestinedělí

***Vedoucí práce – jméno, příjmení, ak. titul, ak. hodnost, pracoviště:**

PhDr. Daniela Nedvědová, Ph.D., Univerzita Palackého v Olomouci

Kontakt na vedoucího práce - e-mail, telefon: daniela.nedvedova@fvp.slu.cz

***Jsem zaměstnancem FN Plzeň: ano**

ZOK: Gynikologicko-porodnická klinika

Pracovní pozice: Porodní asistentka

Cíl mé / diplomové / jiné práce – popsat stručně:

1. Zhodnotit informovanost porodních asistentek o problematice psychických poruch žen v šestinedělí.
2. Zjistit, zda by porodní asistentky měly zájem o kurz zaměřený na rozpoznání psychických poruch u žen po porodu.
3. Zjistit, zda mají porodní asistentky informace, kam mohou odkázat ženu s podezřením na psychickou poruchu.
4. Popsat jaké zkušenosti mají porodní asistentky s psychickými poruchami u žen po porodu.

Termín přípravy ve FN Plzeň pro empirickou část práce / období odborné praxe na zdravotnickém oddělení / klinice FN Plzeň: 1.3.- 14.4.2024

Kontaktní pracoviště FN Plzeň pro empirickou část (uvedení konkrétního ZOK FN Plzeň, na kterém chci sbírat informace k mé práci): Gynekologicko-porodnická klinika

Metoda empirické části práce

***1. Pomocí rozhovoru - zaslat v příloze konkrétní obsah**

Pro sběr informací, pomocí rozhovoru oslovím:

***Zdravotnické pracovníky FN Plzeň – porodní asistentky**

Plánovaný počet respondentů z FN Plzeň? 6

Témata rozhovorů: Demografické údaje. Základní informace o psychických poruchách u žen po porodu. Zkušenosti porodních asistentek s psychickými poruchami u žen po porodu. Odborníci, odkazy, instituce, kam mohou porodní asistentky ženu odeslat.

Poznámka: Student může žádat o poskytnutí informací ve výše uvedeném případě jen tehdy, podílí li se na ošetřování / vyšetřování pacientů v rámci své odborné praxe ve FN Plzeň.

- Informace mě bude poskytovat oprávněný zdravotnický pracovník FN Plzeň, kterým je: *Mgr. Bc. Marie Šedivá*
- Kontaktní telefon, e-mail a pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka FN Plzeň: sedivam@fnplzen.cz

Poznámka: Pracoviště oprávněného zdravotnického pracovníka se musí shodovat s místem výkonu odborné praxe studenta.

Žádost podává student (jméno, příjmení, telefon, e-mail): Kristýna Malypetrová, Bc., malypetrovak@fnplzen.cz, 735037492

V Plzni dne: 9.2.2024

Příloha B: Povolení sběru dat

Vážená paní

Kristýna Malypetrová, Bc.

Studentka oboru Intenzivní péče v porodnictví

Fakulta zdravotnických věd

Univerzita Palackého v Olomouci

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s lékařskou fakultou FN Plzeň **povoluji** sběr informací na *Gynekologicko-porodnické klinice (GPK) FN Plzeň*. Vaše šetření budete provádět v souvislosti s vypracováním Vaší diplomové práce s názvem „*Povědomí porodních asistentek o psychických poruchách žen v šestinedělí*“. Vaše šetření bude probíhat pomocí rozhovorů s porodními asistentkami GPK.

Podmínky, za kterých Vám bude umožněna realizace Vašeho šetření ve FN Plzeň:

- Vrchní sestra GPK souhlasí s Vaším postupem.
- Vaše šetření osobně povedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického plánu FN Plzeň.
Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, v platném znění.
- **Rozhovory budete realizovat se svolením paní Šedivé Marie, Mgr., Bc., vrchní sestry GPK FN Plzeň, se kterou budete konzultovat i výsledky Vašeho šetření před zveřejněním ve Vaší diplomové práci.**

Po zpracování Vámi zjištěných údajů **poskytnete** Zdravotnickému oddělení / klinice či Organizačnímu celku FN Plzeň závěry Vašeho šetření, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK / OC zájem a budete se aktivně podílet na případné prezentaci výsledků Vašeho šetření na vzdělávacích akcích pořádaných FN Plzeň.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, jejich soukromí či pokud by spolupráci s Vámi zaměstnanci / respondenti pocítovali jako újmu nebo s dotazováním nevyslovili souhlas. Účast respondentů na Vašem šetření je dobrovolná.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr. Bc. Světluše Chabrová

Manažerka pro vzdělávání nelékařů

Útvar náměstkyně pro vnější vztahy a spolupráci s LF

Fakultní nemocnice Plzeň

Edvarda Beneše 1128/13, 301 00 Plzeň

Tel: 377 401 663

E-mail: chabrovas@fnplzen.cz

27. 2. 2024

Příloha C: Otázky k rozhovoru

1. Jak dlouho pracujete v oboru porodní asistentka?
2. Na kterém oddělení jste zařazena?
3. Jak často se ve své praxi setkáváte s psychickými poruchami u žen po porodu?
4. Jaké psychické poruchy nejčastěji postihují ženy v období šestinedělí?
5. Jaké příznaky psychických poruch v šestinedělí považujete za klíčové pro včasnou diagnózu?
6. Jaký je váš postup při podezření na psychickou poruchu u ženy v šestinedělí?
7. Jaké formy podpory nabízíte ženám, které projevují známky psychických potíží?
8. Jak často spolupracujete s psychiatry nebo s psychoterapeuty v případě psychických poruch v šestinedělí?
9. Jaké školení nebo kurzy jste absolvovala nebo chtěla absolvovat v oblasti psychických poruch v šestinedělí?
10. Můžete sdílet konkrétní případ, kdy jste napomohla ženě s psychickým problémem po porodu?
11. Jaké osobní strategie nebo intervence považujete při podpoře žen za nejúčinnější?
12. Jakým způsobem informujete ženu o rizicích a příznacích psychických poruch před a po porodu?
13. Jak byste zhodnotila svoje povědomí o problematice psychických poruch u žen v šestinedělí?
14. Co by podle vás mohlo zlepšit povědomí a péči o duševní zdraví žen po porodu?