

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Michaela Tvrdá

Psychika ženy v období puerperia

Diplomová práce

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

Olomouc 2020

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma „Psychika ženy v období puerperia“ jsem vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Šárky Vévodové, Ph.D. a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci

.....

Podpis

Děkuji Mgr. Šárce Vévodové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, cenné rady a náměty. Děkuji také Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dotazníků.

Ráda bych poděkovala všem ženám, které věnovaly čas vyplnění dotazníku výzkumného šetření a mnohokrát se mi v komentáři svěřily se svou psychikou v poporodním období. Největší díky patří celé mé rodině, především manželovi, mamce a tchýni, kteří mě v době studia nejvíce podporovali.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Psychika ženy v období puerperia

Název práce: Psychika ženy v období puerperia

Název práce v AJ: Woman psyche in puerperium

Datum zadání: 2019-10-23

Datum odevzdání: 2020-06-13

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Michaela Tvrdá

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

Oponent práce:

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se zabývá psychikou ženy v poporodním období. Hlavním cílem bylo zjistit míru rizika deprese u žen po spontánním a operativním porodu. Teoretická část práce je zaměřena na psychologické aspekty ovlivňující ženu v období puerperia a na psychické změny v tomto období, jako jsou poporodní blues, poporodní deprese či poporodní psychóza. Praktická část prezentuje výsledky kvantitativního výzkumného šetření, které bylo provedeno za pomoci standardizovaných dotazníků – EPDS (Edinburská škála postpartální deprese) a PSSS (Dotazník sociální opory). Díky výzkumnému šetření bylo zjištěno, že neexistuje statisticky významný rozdíl v míře poporodní deprese mezi ženami, které rodily spontánně a ženami, které měly operativní porod. Výzkumná část také ukazuje, že existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou poporodní deprese a mírou sociální opory.

Abstrakt v AJ:

The diploma thesis is about woman psyche in postpartum period. The main aim was to find a risk of depression in postpartum period at women, who either gave birth spontaneously or caesarean operation. Theoretical part is about psychological aspects which has

an influence to a woman in puerperium, next part deals with the psychological changes in postpartum period and the final part is about psychological changes like baby blues, postpartum depression and postpartum psychosis. The practical part presents results of quantitative study. Research which was accomplished through a questionnaire EPDS (Edinburgh postnatal depression scale) and PSSS (Perceived social support scale). The research found that there was no statistically significant difference in postpartum depression among women who gave birth spontaneously and women who underwent surgery. The research found that there was significant negative difference between postpartum depression and social support.

Klíčová slova v ČJ: šestinedělí, psychika ženy, spontánní porod, operativní porod, poporodní blues, poporodní deprese, poporodní psychóza

Klíčová slova v AJ: puerperium, woman psyche, spontaneous birth, operative birth, postpartum blues, postpartum depression, postpartum psychosis

Rozsah: 66/1

OBSAH

ÚVOD	9
1 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PUERPERIA	11
1.1 SPONTÁNNÍ POROD.....	12
1.2 OPERATIVNÍ POROD	12
1.3 BONDING.....	14
1.4 LAKTACE.....	15
1.5 SOCIÁLNÍ OPORA.....	16
1.5.1 Role otce.....	18
2 PUERPERIUM	20
3 PSYCHICKÉ ZMĚNY V OBDOBÍ PUERPERIA	23
3.1 POPORODNÍ BLUES	24
3.2 POPORODNÍ DEPRESE.....	24
3.2.1 Typy depresí	25
3.2.2 Rizikové faktory.....	26
3.2.3 Příznaky postpartální deprese	28
3.2.4 Prevence postpartální deprese.....	29
3.2.5 Léčba deprese.....	30
3.3 POPORODNÍ PSYCHÓZA.....	32
3.4 POSTTRAUMATICKÁ STRESOVÁ PORUCHA	33
4 METODIKA PRÁCE	35
4.1 STANOVENÉ CÍLE A HYPOTÉZY	35
4.2 METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A SBĚRU DAT	36
4.3 ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
4.4 CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO SOUBORU	38
4.5 METODOLOGIE STATISTICKÉHO ZPRACOVÁNÍ.....	39
5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	40
5.1 INTERPRETACE VÝSLEDKU K CÍLI 1	40
5.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ K CÍLI 2	43
5.4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ K CÍLI 4	47
5.5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ K CÍLI 5	49
6 DISKUZE	51
ZÁVĚR	56
REFERENČNÍ SEZNAM	58
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	63
SEZNAM TABULEK	64

SEZNAM PŘÍLOH.....66

ÚVOD

Období porodu je bezpochyby velmi citlivým obdobím pro každou ženu. Rodička přichází na porodní sál, do prostředí jí cizího a svěřuje se do péče zdravotníků. Záměr, jak ženy, tak porodní asistentky či lékaře, je stejný – přivést na svět zdravé dítě. Zdravotník má však zodpovědnost v případě akutní komplikace během porodu. Je důležité, aby byl personál k rodičce vstřícný a dobře naladěný. Rodička může být díky hormonálním změnám více senzitivní, a to v ní může vzbuzovat pocit zranitelnosti a potřebu vyšší emoční podpory. Co je pro zdravotníka denní rutinou, je pro rodičící ženu nová, emočně nabitá, výjimečná událost. (Takács et al., 2015, s. 42 – 44)

Reprodukční cyklus a stárnutí ženy významně ovlivňuje její psychiku, prevalenci a manifestaci duševních poruch včetně odpovědi na léčbu. Kritickým obdobím je proto gravidita a puerperium. Mnoho psychických onemocnění má počátek již v období těhotenství, proto se tyto problémy prolínají s poporodním obdobím. (Takács et al., 2015, s. 331 – 334)

V období puerperia se poporodní deprese rozvine až u 17 % žen. Klíčovou roli v diagnostice postpartální deprese hraje diagnostika. Poporodní blues může svým klinickým obrazem depresi velmi připomínat. Průběh s prognózou se však velmi liší. Zatímco baby blues se obvykle objevuje již pár dní po porodu, má velmi proměnlivý průběh a odeznívá do jednoho až dvou týdnů, deprese nastupuje v období prvního měsíce po porodu a má mnohem delší a závažnější průběh. Deprese nemá dopad pouze na samotnou ženu, ale ovlivňuje také jejího partnera a novorozené dítě. (Šebela a kol., 2019, s. 68 – 69)

Mnoho žen, které jsou poporodní depresí postiženy, se za své myšlenky či pocity stydí a připadají si špatnými matkami. Proto své pocity tají a nedostane se jim tak potřebné pomoci. Diplomová práce se zaměřuje na zjištění, zdali má na vznik postpartální deprese vliv způsob porodu a jak podstatnou roli hraje sociální opora.

Před zahájením rešeršní strategie byla prostudována následující literatura:

- (1) FIALA A. et al., 2017. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry*, 17, p. 104. doi:10.1186/s12888-017-1261-y
- (2) PRAŠKO Ján a kol. 2012. *Depresivní porucha a jak jí překonat*. Galén: druhé vydání. ISBN 978-80-7262-656-4.

- (3) ROZTOČIL a kol., 2017. MODERNÍ PORODNICTVÍ. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha, Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-5753-7
- (4) ŠEBELA Antonín a kol. 2019. Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese. Česká gynekologie. 84, č. 1.
- (5) ŠEBELA Antonín a kol. 2019. Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie. Část I: deprese, úzkostné poruchy, poruchy spánku a ADHD. Psychiatrie pro praxi.
- (6) TAKÁCS a kol. 2015. Psychologie v perinatální péči. Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-9715-1
- (7) VAEZI Atefeh et al., 2019. The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. Women Birth. DOI:[10.1016/j.wombi.2018.07.014](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.014)

1 PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PUERPERIA

„Stát se matkou-dítětem znamená projít tímto obdobím na jiné úrovni vědomí. Je třeba, aby se každá matka tak trochu zbláznila, a k tomu potřebuje podporu těch, kteří jí milují. Ti by jí měli umožnit, aby dočasně a bez rizika opustila racionální svět, logická rozhodnutí, myšlenky a intelekt, aktivitu, časový rozvrh a běžné povinnosti. Je pro ni nezbytné ponořit se v tento čas do vod oceánu novorozence, nechat se zaplavit novými pocity a opustit hmotný svět.“

(Gutmanová, 2003, s. 32)

Těhotenství a samotný porod je pro ženu obdobím, kdy dochází ke změně její sociální identity. Těhotná se po porodu stává matkou a tato zásadní změna má významný dopad na její mentální zdraví v poporodním období. Je důležité, aby žena zůstala v období šestinedělí, neboli puerperia, nadále součástí sociálních skupin, jejichž součástí byla v období před těhotenstvím a porodem. V případě, že během vytváření nové identity ženy dojde k útlumu těchto sociálních interakcí, mohou se u rodičky objevit psychické změny a dojít tak k rozvoji poporodní deprese. (Seymour-Smith et al., 2017, s. 204 – 208)

Porodní prožitek a první setkání matky a dítěte bezpochyby ovlivňují tvorbu vazby matka-dítě. Porod by měl být osobním, intimním, láskyplným, jedinečným a sexuálním zážitkem. Proto by žena měla dostat možnost родit způsobem, který jí nejvíce vyhovuje. Ať už si to žena uvědomujeme či nikoliv, ač je uspaná či při vědomí, ač je sama nebo v doprovodu někoho blízkého – dítě se stejně narodí. (Gutmanová, 2003, s. 41 – 42)

Klasifikace porodu

Dle Roztočila a kol. (2017, s. 152) dělíme porod dle způsobu na:

- a) Samovolný (spontánní) porod, jež započal díky přirozeným pochodům v těle ženy a probíhal bez zásahu porodníka.
- b) Medikamentózní porod – porodní činnost nastoupila samovolně, ale v průběhu bylo do porodu zasaženo medikamenty, a to za účelem zmírnění bolesti, koordinace děložní činnosti nebo ovlivnění III. doby porodní.
- c) Indukovaný porod je obvykle z lékařské indikace vyvolán za pomoci uterokinetik – prostaglandiny, oxytocin. Patří zde také programovaný porod.

- d) Operativním porodem rozumíme ukončení těhotenství abdominální nebo vaginální porodnickou operací. Indikací je ohrožení života matky nebo plodu. Jedná-li se o akutní porodnickou operaci ve II. době porodní, hovoříme poté o vakuumextrakci či kleštovém porodu – forceps. Císařský řez neboli sectio caesarea je operací abdominální, která může být provedena z lékařské indikace – tzv. primární císařský řez. Je-li operace provedena v průběhu porodu, hovoříme o akutním císařském řezu.

1.1 Spontánní porod

Za spontánní porod považujeme, je-li plodové vejce vypuzeno z dutiny děložní skrze porodní cesty, a to za působení porodních sil. Obvykle je jako první porozen plod a poté placenta s plodovými obaly. Dle WHO (World Health Organisation) je za porod považován akt, při němž dochází k vypuzení plodu z dutiny děložní, jehož porodní hmotnost je 500g a více, bez ohledu na to, zdali je živý nebo mrtvý. Jako partus – porod, považuje také porod plodu, který nemá váhu 500 g, ale vykazuje známky života déle jak 24 hodin. (Binder a kol., 2011, s. 64)

Pro úspěšný spontánní porod je důležité, aby fetus vykonal všechny fáze porodního mechanismu. U spontánního porodu záhlavím jsou známy 3 mechanismy. Dochází k mechanismu porodu hlavičky, která se musí na počátku porodu flektovat a poté rotovat. Při prořezávání hlavičky přes hráz dochází k její deflexi a po porodu bradičky následuje rotace zevní. Během této fáze dochází zároveň k vnitřní rotaci ramének. Jako první dochází zvykle k porodu raménka předního, pod symfýzou. Po porodu raménka k úponu deltového svalu je fetus zvednut směrem k dutině břišní rodičky a dochází k porodu raménka zadního. Pokud se jedná o porod koncem pánevním, pak se trup obvykle rodí bez zvláštního porodního mechanismu buďto v šikmém nebo přímém průměru. (Binder a kol., 2011, s. 64 – 71) Během porodu koncem pánevním je znám mechanismus porodu hýždí, ramének a hlavičky. Nejrizikovějším okamžikem u porodu KP je porod hlavičky, kdy je riziko přerušení fetoplacentární cirkulace z důvodu komprese pupečníku. (Roztočil a kol., 2017, s. 419)

1.2 Operativní porod

Operativní porod je soubor výkonů, které jsou prováděny, je-li za porodu ohrožena matka, plod či oba dva na životě. Operativa v porodnictví má ve srovnání s chirurgií svá specifika. Operace není prováděna pouze ženě, ale ovlivňuje také plod. Během probíhajícího

porodu dochází k dynamickým změnám, proto se může rychle měnit indikace k provedení operativního porodu. Samotný operatér-porodník je vlivem akutní změny porodu, která může ohrožovat jak život matky, tak život plodu, ve stresující situaci, což se v nemalé míře odráží ve frekvenci poporodních komplikací. V porodnictví došlo k přerodu, kdy se od výkonu pestrých vaginálních porodnických operací upustilo a přešlo se k císařskému řezu, u něhož rapidně vzrostla frekvence. (Roztočil a kol., 2017, s. 480) Vaginální operační porody se pojí s riziky jak pro plod, tak pro matku, proto je důležité důkladně zvážit jejich indikaci. Vakuumextrakce, dále VEX a forceps, jsou operace užívané často v identických situacích, jejich výhody a rizika jsou však významně odlišná. Při volbě operační techniky je kladen důraz na zručnost porodníka, okolnosti provázející porod, technické podmínky a v neposlední řadě také vybavenost pracoviště. (Šimetka, 2016, s. 93 – 94)

Partus per forcipem neboli **klešťový porod**, slouží k instrumentálnímu vybavení hlavičky plodu. Podmínkou tohoto porodu je hlavička vstoupěna a fixovaná v malé pánvi, často v pánevním východu a úžině, méně často v pánevní šíři a zřídka ve vchodu pánevním. Partus per forcipem v současné době nahrazuje novější porodnická operace, a to je porod za pomoci vakuumextraktoru (VEX), i přesto má však klešťový porod v moderním porodnictví svou nezastupitelnou roli. (Hájek a kol., 2014, s. 480)

Jednou z mladších porodnických operací je **vakuumextrakce (VEX)**. Principem této vaginální operační metody je umělé vytvoření porodního nádoru (*caput succedaneum*) na měkkých tkáních hlavičky plodu. Na kalvu v oblasti záhlaví je nasazena pelota a vytvořen podtlak, díky němuž může porodník trakcí vybavit plod. Na rozdíl od klešťového porodu nelze u vakuumextrakce s plodem v porodních cestách rotovat, ale pouze vykonávat jeho trakci ve směru pánevní osy. (Hájek a kol., 2014, s. 490)

Císařský řez (*sectio caesarea*, dále jen SC), je názvem užívaným již od 17. století. Význam slova *caesus* znamená otevřený řezem a *sectio* řezati. Slovo *cesar* znamená také velkou sílu. Doslovně můžeme tedy název *sectio caesarea* přeložit jako řez řezem. (Zábranský, 1997, s. 9) Záznamy o této porodnické operaci sahají až do starověku, kdy byly řezy používány na tělech mrtvých žen. Postupem času se začaly uplatňovat podélné řezy na děloze vyčerpaných rodiček bez užití anestezie a aseptických postupů. Řezy na děloze nebyly sešívány a mortalita žen dosahovala až 100 %. (Doležal, 2007, s. 205) Teprve zavedení asepse, zlepšení operační techniky (řez dle Pfannenstiela v dolním děložním segmentu), pokroky ve farmakologii, zlepšení anestezie, pokles mateřské morbidity a mortality umožnily císařskému řezu většího rozšíření. (Hájek a kol., 2014, s. 493)

1.3 Bonding

Bonding, neboli připoutání, lepení anebo také zlatá hodinka, je kontakt kůže na kůži, který by měl ideálně začít bezprostředně po porodu novorozence a trvat minimálně do jeho prvního přisátí k prsu. Nahé dítě je položeno na břicho nebo hrudník matky a přikryto teplou dekou. Tento bezprostřední kontakt podněcuje u novorozence jeho neurochování, které má za cíl uspokojit základní biologické potřeby. Tento okamžitý kontakt matky s dítětem po porodu se zdá být důležitý jako citlivý akt v budoucím vývoji fyziologie chování. Je také potvrzeno, že bonding podporuje rozvoj laktace. Ženy, které měly bezprostřední poporodní kontakt s novorozencem, také déle kojily. Fyziologičtí novorozenci se na kůži svých matek lépe adaptují na prostředí mimo dělohu, jejich kardio-respirační systém je stabilnější. (Moore et al., 2016)

Deset kroků k podpoře bondingu dle Mrowetz (2010, [online]) :

- Položení nahého novorozence na břicho matky bezprostředně po porodu.
- Podpora nepřerušovaného kontaktu kůže na kůži minimálně 2 hodiny.
- Otření novorozence na těle matky.
- Matka a dítě jsou v kontaktu kůže na kůži.
- Podpora vizuálního kontaktu matky s novorozencem.
- Zabezpečit ženě pohodlnou polohu.
- První přisátí k prsu ponechat dle připravenosti novorozence – může k němu dojít až po 30 minutách po porodu.
- Zajištění klidného a intimního prostředí zdravotním personálem.
- Ošetření dítěte provádět na těle matky.
- Eliminace chytrých telefonů a videokamer – tento okamžik je neopakovatelný.

Kanadská studie z roku 2012 sbírala data během domácích poporodních návštěv. Ženy po porodu byly rozděleny do dvou skupin. V první skupině byly SSC (skin to skin contact – kontakt kůže na kůži) matky (30), které první týden po porodu trávily se svým dítětem minimálně 5 hodin kontaktem kůže na kůži, a poté 2 a více hodin po dobu jednoho měsíce. Druhá skupina žen (60) prováděly SSC minimálně nebo vůbec. Všechny děti byly narozeny v termínu porodu. V 1. týdnu a dále v 1., 2., a 3. měsíci vyplnily matky dotazník EPDS (Edinburská škála postnatální deprese) a CES-D (škála deprese pro studie epidemiologického centra). Výsledek ukázal, že ženy ve skupině SSC vykazovaly v prvním týdnu po porodu

méně depresivních příznaků a hladina stresových hormonů byla také nižší než ve druhé skupině. Výsledky v prvním měsíci života s novorozencem již nebyly tak výrazné, ale přesto stále přívětivější pro matky a děti ve skupině SSC. Ve 2. a 3. měsíci se již výsledky poporodní deprese mezi skupinami nelišily. Mimo jiné se také ukázalo, že ačkoliv byla hladina kortizolu ve slinách matek v prvním týdnu a 1. měsíci u obou skupin obdobně vysoká, u skupiny SSC začala po prvním měsíci klesat. Kontakt kůže na kůži snižuje pláč dětí, ulehčuje jim spánek a dělá je psychicky spokojenější, což snižuje také stres matky. Fyziologicky způsobuje kontakt kůže na kůži uvolňování oxytocinu. Oxytocin je hormon, který je vyplavován během porodu a kojení. Jeho tvorbu však podporuje také dotyk, laskání a nepřetržitý fyzický kontakt. Oxytocin je důležitý pro pozitivní mateřské chování, podporuje laktaci, snižuje také depresivní symptomy a míru stresu. (Bigelow et al., 2012)

Studie, která proběhla v Holandsku, se zúčastnilo 116 žen s donošeným novorozencem. Matky ve skupině SSC byly požádány, aby denně se svým dítětem prováděly minimálně hodinu kontaktu kůže na kůži. S bondingem začaly ihned po porodu a prováděly jej po dobu 5 týdnů po porodu. Ženy v druhé skupině kontakt kůže na kůži neprováděly. Výsledky byly zapisovány v 2, 5, 12 týdnu a poté 1 rok po porodu. U žen s nízkým rizikem vzniku deprese se ukázal být kontakt kůže na kůži skvělou intervencí snižující depresivní nálady. Skupina matek s vysokým rizikem by měla být pečlivě prozkoumána prenatalně. Po porodu je potřeba, aby byly důsledně vyšetřeny a sledovány (např. vypořizovat averzi na dotek) a během kontaktu kůže na kůži podporovány. Intervence SSC by mohla být také využita v preventivních programech nebo k posílení vývojových procesů mezi matkou a dítětem. (Cooijmans et al., 2017)

1.4 Laktace

Kojení je všeobecně bráno jako nejlepší způsob výživy dítěte. Nejedná se však pouze o způsob poskytnutí potravy. Díky kojení dochází k utužování psychologické vazby matka-dítě. Tato vazba je nejvíce upevňována produkcí oxytocinu, který tělo vylučuje při stimulaci bradavky sáním dítěte. (Šebela a kol., 2019, s. 22)

Je-li novorozenec po narození v tichém prostředí položen na břicho matky, má schopnost doplazit se sám k prsu a poprvé se přisát. Nedostala-li žena v průběhu porodu léky tlumící bolest, novorozenec leží na jejím břiše a je zahříván její kůží, přikryt dekou, nastává 5 fází úspěšného samopřisátí. V průběhu prvních 20 minut po porodu novorozenec spočívá na matčině břiše a v pravidelných intervalech k ní vzhlíží. Během dalších 45 min začíná být dítě

aktivnější, začíná slintat, dělat grimasy a mlaskat. Po této době se začíná pohybovat, otáčet hlavičkou ze strany na stranu a otevírat ústa. Dítě vede k prsu pach bradavky a po několika pokusech se zvládne zachytit dvorce, bradavky a samostatně přisát. (Mrowetz, 2011, s. 269 – 270)

Kojení má jak pro ženu, tak kojené dítě řadu benefitů. U kojených dětí je například zaznamenán nižší výskyt respiračních onemocnění, infekčních onemocnění či diabetes mellitus 2. typu. Kojení snižuje stres, úzkost, či depresivní symptomy ženy a má protektivní roli v riziku vzniku rakoviny ovarií či prsa. (Šebela a kol., 2019, s. 22)

Dle Borra et al. (2015) nebylo v minulosti zcela pochopeno, jakou souvislost má kojení s rozvojem poporodních depresí. Bylo zjištěno, že náladu matky v období po porodu významně ovlivňuje to, v jakém psychickém rozpoložení prožila graviditu a také to, zdali plánovala své dítě kojit. Ženy, které neměly příznaky deprese v graviditě, plánovaly své dítě kojit a po porodu kojily, měly snížené riziko vzniku PPD. Matky, které kojit neplánovaly, měly riziko vzniku PPD zvýšené. Bylo také zjištěno, že největší benefit kojení jako prevence deprese je v období 8 týdnů po porodu. V období 8 měsíců po porodu se kojení jako protektivní faktor vzniku PPD nezdál již tak významným. Studie ukázala, že pokud matka plánuje své dítě kojit a laktace po porodu nastoupí, pak je sníženo riziko vzniku PPD. Pokud však u této skupiny žen po porodu nelze kojit, spadají do rizikové skupiny pro rozvoj postpartální deprese. Toto zjištění může sloužit jako nástroj pro zdravotnické pracovníky, kteří mají za úkol ženy v této situaci podpořit a pomoci jim.

Dojde-li k narušení duševního zdraví ženy s potřebou nasazení medikace, je nutno zvážit, že většina medikamentů přechází do mateřského mléka, což může negativně působit na organismus kojence. Chce-li žena po porodu kojit, měl by psychiatr toto rozhodnutí zohlednit a nasadit vhodná farmaka. Mezi antidepresivy existují léky, které mají bezpečný profil v laktaci. Současná doporučení tak zhodnotily jejich užívání slučitelné s laktací. V mnoha případech tak není vhodné, ženám po porodu s depresí vymlouvat či zakazovat kojení, vzhledem k benefitům, které má laktace jak pro dítě, tak pro matku. (Šebela a kol., 2019, s. 22)

1.5 Sociální opora

Na počátku kladla psychologie důraz na jednotlivce a jeho duševní život. Koncem 19. století však začali psychologové v praxi aplikovat to, že člověk není sám a žije ve

společenství s druhými lidmi. Křivohlavý (2009) definuje sociální oporu následovně: „*Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.*“ Sociální opora má na daného jedince protektivní účinek. Ovlivňuje duševní zdraví a také způsob, jakým se jedinec vyrovnává s psychicky náročnými situacemi. (Kebza a Šolcová, 1999)

Přestože sociální oporu považujeme za pomocný vztah lidí, kteří jsou člověku v nouzi nejbližší, měli bychom se podívat také na její širší pojetí.

Dle rozsahu pojetí dělíme sociální oporu dle Křivohlavého (2009, s. 95) následovně:

a) Mikroúroveň

Jedná se o oporu, kterou poskytují nejbližší osoby. Řadíme zde například pomoc mezi manžely, oboustrannou pomoc nejbližších přátel, či oporu matky dítěti nebo dítěte matce.

b) Mezoúroveň

Sociální oporu v tomto případě poskytuje určitá skupina lidí jednomu člověku ze svých členů. Skupina může také pomoci lidem ve svém okolí, kteří nejsou členy dané skupiny, ale nacházejí se v životní nouzi. Patří zde pomoc chronicky nemocným a starým lidem (Charita, Diakonie), pomoc lidí ze sportovního klubu poskytnutá jednomu z členů nebo také náboženská sdružení.

c) Makroúroveň

Makroúroveň sociální opory představuje celospolečenskou podobu pomoci těm, kteří jí potřebují. Příkladem je pomoc lidem v zahraničí zasažených například záplavami, zemětřesením atd.

Sociální opora má významný vliv na duševní zdraví žen po porodu. Dle Coburn et al. (2016, s. 1009 – 1017) jsou příčinou vzniku deprese tyto hlavní domény – každodenní potíže ženy, stresory v rodině a s partnerem. Interpersonální vztahy mají velký vliv na duševní zdraví žen po porodu. Tento fakt dokazuje také průřezová studie Vaeziho et al. (2019), které se zúčastnilo 200 čerstvých matek ve třech nemocnicích v Teheránu. Studie se zabývala sociální oporou a jejím vlivem na poporodní depresi žen. Byla užitá íránská verze edinburské škály postpartální deprese a dotazník sociální opory. Deprese byla zaznamenána u 43,5 % žen po porodu. Výsledné skóre dotazníku sociální opory bylo nižší u matek s PPD, ve srovnání s matkami bez deprese. Výsledkem studie je důležitost sociální opory v období po porodu a

poučení rodiny rodičí ženy o této skutečnosti. Čím vyšší je míra sociální opory, tím nižší je výskyt postpartální deprese.

Podobné výsledky ukázala také studie, která proběhla v USA. Dotazník sociální opory a edinburské škály postpartální deprese byl dán 115 ženám, které byly maximálně 8 měsíců po porodu. Návratnost dotazníku byla 57 %, vyplnilo jej 66 žen. Více než jedna třetina těchto žen (36,1 %) navštěvovaly předporodní kurzy. Jako osoba, která byla ženě v poporodním období největší oporou, byl v 83,6 % označen partner a v 9,8 % to byla matka rodičky. Výsledky týkající se sociální opory a výskytu deprese jsou totožné jako u studie Vaeziho – čím vyšší je sociální opora, tím klesá výskyt poporodní deprese. (Corrigan et al., 2015, s. 48 – 60)

1.5.1 Role otce

Dle Gutmanové (2003, s. 123) má emoční opora muže pro ženu v období mateřství dvě etapy. První etapa zahrnuje poskytování opory během prvních dvou let po narození dítěte. Druhá etapa se váže k emoční separaci po uplynutí 2 let, kdy si dítě začíná vytvářet své vlastní já a emočně se odpoutává od matky.

Být oporou znamená, že otec dodává matce pocit citové jistoty, aby snáze plnila svou mateřskou roli, a také, že o ni pečuje. Otec usnadňuje matce emoční vazbu matka-dítě a v poporodním období na sebe přebírá většinu povinností týkajících se organizace domácnosti, financí, konflikty s jinými lidmi, vztahy uvnitř rodiny a záležitosti, které je nutno vyřídit mimo domov. Je důležité, aby chránil matku před vnějším světem plných rad a doporučení o tom co a jak je třeba dělat. Novorozenec je křehký a mnoho podnětů z vnějšího světa působí rušivě, čímž může být narušen citový svět ženy v šestinedělí. Během šestinedělí by se tak v domácnosti s čerstvým novorozencem nemělo pohybovat příliš mnoho lidí, když už je to zapotřebí, tak jen ti, které žena potřebuje. Dalším úkolem muže-otce je aktivně podporovat introspekci. Bez ohledu na to, zdali muž chápe či nechápe vnitřní myšlenkové pochody ženy a její přerod v matku, by jí měl v tomto období být citlivou oporou. Rozumově tuto fázi pochopí možná později, což ale není tak podstatné jako si jí projít. V neposlední řadě je důležité, aby muž akceptoval a miloval svou ženu. Žena může mít v poporodním období nelogické pocity. Úkolem muže však není, aby zpochybňoval její rozhodnutí, uděloval rady jak se starat o dítě nebo se pohrdlivě stavil k matčině psychickému regresu. Poporodní období je doba, kdy je třeba pozorovat a přijímat, není to doba vhodná pro spory. (Gutmanová, 2003, s. 123 – 125)

Stapleton et al. (2012) tvrdí, že kvalitní, podpůrný partnerský vztah během gravidity, může přispět k lepší poporodní kondici matek a novorozenců. Čím větší sociální oporu od svých partnerů měly ženy v těhotenství, tím lépe emočně zvládaly postpartální období.

Výsledky turecké studie ukázaly, že pokud má žena sociální oporu, klesá riziko vzniku postpartální deprese. Tato data byla obzvláště významná, když byl sociální oporou ženy míněn její partner. Studie dále ukázala, že ženy, které graviditu plánovaly, měly také nižší skóre EPDS, zatímco u neplánovaných těhotenství riziko vzniku PPD stoupalo. Nebyl prokázán statisticky významný vztah mezi mírou rizika vzniku postpartální deprese a věku žen, jejich vzděláním, rodinným stavem, počtu předchozích gravidit či pohlaví dítěte. (Tambağ et al., 2018, s. 1525 – 1529)

2 PUERPERIUM

Puerperium neboli šestinedělí, je období trvající 6 týdnů po porodu, které začíná vypuzením placenty a plodových obalů. Šestinedělí můžeme rozdělit na časné – prvních 7 až 10 dní a pozdní, které trvá zvykle do 42. poporodního dne. Během tohoto období dochází k navrácení organismu ženy do stavu před otěhotněním. (Hájek a kol., 2014, s. 208)

Dle Bindera a kol. (2011, s. 80 – 87) dělíme změny na:

- a) Involuční – Regresivní změny se netýkají pouze dělohy a jejích částí, ale také ostatních pohlavních orgánů. Nejvýznamnější změnou je involuce dělohy, která retrahuje z cca 1000 g po porodu na 70 g na konci puerperia. Již čtvrtý den palpujeme dělohu zhruba ve středu vzdálenosti mezi pupkem a symfýzou, 2 týdny po porodu by měla být děloha retrahována v malé pánvi. Děložní involuce může být ovlivněna naplněním močového měchýře, porodem velkého plodu či vícercát nebo zadržným patologickým obsahem v dutině děložní. Od druhého poporodního dne dochází také k postupné retrakci a uzavírání cervixu. Na konci puerperia je děložní čípek cylindrický se štěrbinovitou zevní brankou. Poševní stěna je po porodu ochablá, může dojít také k descenzu. Poševní vchod zeje. Adnexa sestupují zpět do pánve. Dochází ke zmenšení vaječnicků a ztrácí se prosáknutí vejcovodů. Po porodu odeznívá hyperpigmentace, překrvení a prosáknutí vulvy. Zvykle se zmenšují či úplně vymizí varixy. Břišní stěna je povadlá, u většiny rodiček lze nahmatat diastázu.
- b) Reparační – Hojení porodních poranění ošetřených asepticky probíhá obvykle per primam. Řadíme zde epiziotomie, ruptury hráze či pochvy, ruptury čípku a také rány laparotomické. Pokud je poranění špatně ošetřeno, neošetřeno či infikováno, je hojení zdlouhavé a mluvíme o hojení per sekundam. Hojení ran per sekundam je často doprovázeno tvorbou granulační tkáně a jizvou.

Po odloučení placenty zůstává v endometriu velká raná plocha. Pokud je děloha správně retrahována, je krvácení sníženo uzavřením cév. Endometrium se regeneruje a vylučuje sekret nazývaný se lochia – očistky. Lochia obsahují krevní sraženiny, krev, nekrotické kusy decidui, sekrety z čípku, pochvy a vulvy. Intenzita očistků se s odstupem od porodu snižuje a jejich vzhled se mění dle převažující příměsi.

- c) Laktace – Již v těhotenství se mléčná žláza zbytnuje a dochází k přípravě na kojení. Progesterony, estrogeny a choriový gonadotropin způsobují zvětšení acinů. Po porodu dochází k velkému poklesu placentárních hormonů a začíná se uvolňovat hormon prolaktin, který produkuje mléko v mléčné žláze. Stimulací bradavky ústy dítěte se vyplavuje hormon oxytocin, který je zodpovědný za uvolňování mléka do vývodného systému žlázy. Toto uvolnění je nazýváno ejekčním reflexem a je u každé ženy odlišné. Mimo ejekční reflex způsobuje oxytocin retrakci dělohy a je tak významným činitelem v prevenci poporodního krvácení. První dny po porodu je produkováno kolostrum, které je bohaté na bílkoviny a faktory ovlivňující imunitu novorozence. Po spontánním porodu se obvykle 2. až 3. den, u porodu císařským řezem 3. až 4. den počíná produkovat mateřské mléko. Mléko je bohaté na bílkoviny, tuky, laktózu, vodu, ionty, vitamíny atd. Jeho složení, stejně jako množství, se přirozeně mění dle potřeb novorozence/kojence. Během prvních 6. měsíců života přijímají kojené děti různě velké dávky mateřského mléka v odlišném časovém intervalu, denní příjem mléka je však konstantní. (Roztočil a kol., 2017, s. 222)
- d) Extragenitální – Srdce se díky poklesu bránice navrácí zpět do své semivertikální polohy. Záhy po porodu dochází ke snížení útlaku cév, což má za následek zmenšení varixů zejména na dolních končetinách, v pánvi, v okolí anu, ale také na zevních rodidlech. Dochází ke snížení dechové frekvence a prohloubení jednotlivých dechů. Reziduální kapacita plic stoupá.

Dochází k úpravě krve z původních 5 – 6 litrů v graviditě na cca 4 litry, snižuje se objem plazmy. Ke kompenzaci poporodní krevní ztráty dochází během celého šestinedělí díky erythropoéze. Snižuje se leukocytóza a upravují se hodnoty hemoglobinu a hematokritu. Významnou roli v období puerperia hrají hemokoagulační změny, které působí v tomto období protektivně. Žena je však díky vzestupu trombocytů ohrožena TEN (trombembolická nemoc).

V poporodním období klesá objem extracelulární tekutiny, což významně zvyšuje denní diurézu. Močový měchýř je vlivem těhotenských hormonů ochablý a často v něm zůstává močové reziduum. Žena je vlivem měštnání moče ohrožena vznikem infekce močových cest. Dilatace kalichopánvičkového systému ledvin se vrací zpět do normálu, ledviny se zmenšují, močový měchýř sestupuje zpět do pánve. Snižuje se průtok krve ledvinami a upravují se renální funkce.

Důsledkem ochablé hladké svaloviny přetrvávají i poporodním období potíže s vyprazdňováním. Ženy mají sklon k meteorismu a obstipaci. Dochází k úpravě hyperaciditý žaludečních šťáv. (Binder a kol., 2011, s. 80 – 87)

- e) Hormonální – Krátce po porodu placenty nastává v těle prudký pokles placentárních hormonů. Jedná se zejména o estrogeny, progesterony, choriový gonadotropin (hCG) a placentární laktogen (hPL). K poklesu hPL na nulovou hodnotu dochází během několika hodin. Snižování estrogenů a progesteronu trvá obvykle pár dnů po porodu, za to hladina hCG klesá pozvolněji. Na nulovou hodnotu se většinou dostává až 11. – 16. poporodní den. Naopak prudce stoupá produkce prolaktinu, který je zodpovědný za produkci mateřského mléka. Díky stimulaci bradavky novorozencem je vyplavován hormon oxytocin, který uvolňuje mléko do vývodného systému mléčné žlázy. K hormonálním změnám po porodu dochází i v ostatních žlázách s vnitřní sekrecí, a to především ve štítné žláze a kůře nadledvinek. Během prvního týdne dochází k poklesu tyroxinu, snižuje se také hladina kortikosteroidů a postupně mizí chloasma uterinum. (Šebela a kol., 2018, s. 469 – 471)

3 PSYCHICKÉ ZMĚNY V OBDOBÍ PUERPERIA

Období puerperia je pro ženy z důvodu bouřlivých neurohormonálních změn velice rizikovým obdobím. Definice šestinedělí však není úplně jednotná. Z hlediska psychologického se nejedná jen o období 6 týdnů po porodu, ale může dosahovat až 1 roku po porodu. V tomto období může dojít k objevení se celého spektra duševních poruch. Mezi nejzávažnější stavy, kdy je ohrožen život jak matky, tak dítěte, řadíme poporodní psychózy. Nejčastěji vyskytovanými jsou však afektivní poruchy, úzkosti a deprese. (Takács a kol., 2015, s. 75) Je důležité věnovat pozornost již existujícím úzkostným poruchám v graviditě, protože ovlivňují poporodní péči o dítě. Těhotná žena s úzkostnou poruchou patří do péče psychologa či psychiatra. Podstatnou roli v oblasti prevence může však sehrát porodní asistentka, která podá gravidní ženě a jejímu partnerovi dostatek informací. (Ratislavová, 2008, s. 42)

V období šestinedělí se vytváří emoční vazba matka-dítě. Žena po narození prvního dítěte prochází emočními i fyzickými změnami. V tomto období ztrácí opěrné body, jimiž byla například práce, již nechodí tak často do společnosti, nepřetržitě musí být k dispozici k potřebám miminka, může být pohlcována každodenní rutinou. Ženy se stávají šestinedělkami na delší dobu, než jen 40 dní po porodu. K tělesnému zotavení obvykle dochází v tomto časovém období, ale emočně se mohou rodičky cítit ponížené hrubým přístupem zdravotníků během samotného porodu. Dalším faktorem psychického rozpoložení je bezpochyby náročnost péče o miminko – čím méně je dítě k utišení, tím více stoupá úzkost ženy. Psychiku ženy ovlivňuje také osamělost a míra sdílení radostí i starostí s partnerem, rodinou. Matka se dokáže naladit na stejnou vlnu jako je novorozené dítě, proto se může ona sama cítit jako v jiném světě, více senzitivní, zmatená se změněnými pocity. (Gutmanová, 2003, s. 33 – 34)

Dnešní společnost vyvíjí na ženy tlak, aby se v co nejkratší době vrátilo vše zpět do normálu – aby byla stejná jako dříve, aby zhubla, aby přestala kojit, aby skvěle vypadala a co nejdříve nastoupila zpět do práce. Samotné matky však procházejí mateřským obdobím pomalu. Aby daly nový život, bylo potřeba 9 dlouhých měsíců. Dalších devět měsíců věnují dítěti, než se začne samo pohybovat a nespočet dalších let, aby děti čelily světu bez pomoci rodičů. (Gutmanová, 2003, s. 37)

3.1 Poporodní blues

Poporodní blues nebo také baby blues je obvyklým projevem šestinedělí. Příznaky se mohou objevit kdykoliv během 1. týdne po porodu. Obvykle ustupují 10. poporodní den. Zřídka dochází po ústupu příznaků k jejich navrácení. Příčinou pravděpodobně nejsou faktory psychologické, sociální, porodnické a ekonomické. Jako původcem vzniku se nezdají být ani prudké změny v hladinách steroidních hormonů. Příčinou vzniku by mohla být změna hladin tryptofanu a posun v rovnováze neurotransmiterů. Poporodní blues je přechodným symptomem, a proto není indikací k zahájení medikamentózní léčby. Větší důraz je v případě blues kladen na prevenci – seznámení těhotné s možnou změnou psychiky v poporodním období. (Roztočil et al., 2017, s. 218) U 50 – 75 % žen se objevuje 3. – 4. den po porodu zhoršená nálada. Rodičky se obvykle chovají podrážděně, kolísá jim nálada a jsou plačtivé. Častější výskyt je zaznamenán u prvorodiček. (Praško a kol., 2012, s. 44)

Poporodní blues lze od deprese rozlišit především rychlostí nástupu po porodu, kolísáním stavu a omezenou dobou trvání. (Šebela a kol., 2019, s. 69)

3.2 Poporodní deprese

V období puerperia dochází přibližně u 17 % žen k rozvinutí deprese. (Šebela a kol., 2019, s. 68 – 69) Symptomy deprese se v poporodním období objevují plíživě a vzhledem k běžným potížím žen v šestinedělí (únava, poruchy spánku, sexuální nezájem a úbytek váhy) jsou také těžce rozpoznatelné. (Ratislavová, 2008, s. 2) Příčinou depresí jsou na rozdíl od úzkostí biologické faktory. V porovnání s poporodním blues se jedná o dlouhotrvající zhoršení nálady. Obvykle se objevuje 2 týdny po porodu, ale může se rozvinout také půl roku po něm (někteří autoři uvádějí až 1 rok po porodu). (Praško a kol., 2012, s. 44 – 45)

Prvním rizikovým obdobím je příchod ženy a novorozence domů z porodnice. Žena se sžívá se svou novou mateřskou rolí, má na starost chod domácnosti, chybí možnost okamžité konzultace péče o dítě s odborníky jako v porodnici. Další období nastává 2 – 3 týdny po příchodu domů, kdy postupně klesá podpora a pomoc rodiny a život se vrací do normálu. (Ratislavová, 2008, s. 2)

Od května 2010 do března 2015 probíhala v Holandsku kohortová studie, která se zabývala tím, zdali úzkostné a depresivní stavy v graviditě mají vliv na rozvoj poporodních úzkostí a depresí. Do studie bylo zařazeno 2450 žen, z nichž 2003 žen vyplnilo 5 měsíců po porodu

dotazník o úzkosti a depresi. Výsledkem studie je, že významným prediktorem poporodních symptomů úzkosti nebo deprese jsou jejich příznaky již v graviditě. Riziko rozvoje poporodní deprese zvyšovaly také faktory, jako např. zdraví a nemoc blízkých, partnerský vztah, konflikty s blízkou rodinou, problémy v práci, nedostatek financí či problémy s domácností. Naopak problémy v těhotenství, způsob porodu a péče o novorozence se ve studii neukázaly jako faktor zvyšující riziko rozvoje poporodní úzkosti či deprese. (Aris-Meijer et al., 2019)

Další globální studie zapojila 56 zemí a celkem 296 284 žen. Ve studii byly zařazeny všechny výzkumy daných zemí, kde byl využit dotazník EPDS pro určení míry rizika vzniku postpartální deprese (PPD). Jednalo se o výzkumy, kdy byl dotazník EPDS poskytován ženám od ukončeného období šestinedělí do 1 roku po porodu. Během výzkumu se snažili odhadnout prevalenci PPD, jak v globálním měřítku, tak pro jednotlivé státy. Bylo zjištěno, že globální výskyt deprese po porodu činí 17,7 %. Země s nejvyšší mírou PPD byly např. Chile (38 %), Jižní Afrika (37 %), Hongkong (30 %) a Turecko (28 %). Naopak nejlépe dopadly tyto země – Singapur (3 %), Nepál (7 %), Nizozemsko (8 %) a Švýcarsko (11 %). Tyto rozdíly v prevalenci mezi národy byly vysvětleny ekonomickými a zdravotními rozdíly. Dřívější výzkumy prokázaly, že nižší sociální status vede k omezenému vzdělání, příležitostem a bezpečí, což způsobuje dysfunkci rodiny, zdravotní problémy a poruchy nálad. (Hahn-Holbrook et al., 2018)

V červnu 2019 vyšla také studie, která probíhala v Nepálu (Chalise et al., s. 200 – 204). Zabývala se poporodní depresí, jejíž míra byla zjišťována za pomoci dotazníku EPDS. Studie se zúčastnilo 195 žen, které byly maximálně 6 měsíců po porodu. Ze 195 rodiček mělo 37 (19 %) PPD, z nichž 2,1 % měly suicidální myšlenky. Jako protektivní faktory před vznikem PPD byly zjištěny – vzdělání, druh povolání, plánované těhotenství, podpora rodiny a prevence komplikací v graviditě.

Deprese v poporodním období mají dopad také na partnerský vztah a na dítě samotné. Je dokázáno, že u žen s poporodní depresí je významně narušená mateřská role – snížený přenos pozitivních emocí na dítě, méně tělesného kontaktu, nižší míra slovní stimulace, možné problémy s krmením dítěte. Depresí je narušeno budování raného citového přilnutí, a to má za následek opožděný kognitivní vývoj dítěte a vyšší míru psychopatologie. (Šebela a kol., 2019, s. 68 – 69)

3.2.1 Typy depresí

Ratislavová (2008, s. 3) uvádí 3 typy postnatální deprese, u kterých je potřeba odlišná strategie léčebného postupu dle symptomů.

1. Insuficientní typ – Výskyt v praxi je nejčastější. U žen převažuje pocit „jsem špatná matka“, pocit nedostačivosti. Příznaky se často rozvíjí z normálního pocitu nejistoty, sílí a rozšiřují se, až zasáhnou sebepojetí ženy. Typické pro tento typ jsou pocity neschopnosti milovat své dítě, ambivalence až hostilita k dítěti. Tyto myšlenkové pochody mohou často vyústit až v sebevražedné úmysly. Pokud není tento typ postpartální deprese ošetřen, může vést až ke chronicitě. Nutností je nasazení antidepressivní léčby a v případě sebevražedných sklonnů je nutná ambulantní péče psychiatra. (Ratislavová, 2008, s. 3)

2. Nutkavý typ – Hlavním příznakem jsou nutkavé myšlenky s nepříjemným obsahem, které často nahánějí matce strach, vyvolávají pocity viny a studu. Úmysly se vnucují proti vůli ženy, a proto je pro ni obtížné o nich mluvit. Pro lékaře nebo porodní asistentku tedy není jednoduché tento stav odhalit. Proto jsou doporučovány otázky typu: „Některé z maminek se mi svěřily, že je napadají myšlenky ublížit svému miminku. Napadlo Vás někdy něco podobného?“ Touto formulací otázek dáváme ženě najevo, že není jedinou matkou, která má podobné myšlenky. Snižujeme tak její pocit viny a studu, což pro ni může být dost úlevné. Je ovšem důležité, neptat se na určitý obsah a ani myšlenky ženě nepodsouvat. Úkolem lékaře psychiatra je, aby rozlišil, jedná-li se o akustické halucinace s rozkazovacím obsahem vyskytující se u psychóz, nebo jen o nutkavé myšlenky. (Ratislavová, 2008, s. 3)

3. Panický typ – Projevuje se silným pocitem úzkosti až hrůzy. Vznik panického záchvatu je náhlý a doprovázen vegetativními symptomy (bušení srdce, třes, pocení, zrychlený dech, atd.). Během záchvatu pociťuje žena strach z omdlení, ze ztráty sebeovládání, či ze smrti. U poporodní deprese se tento typ vyskytuje málokdy, pokud se však objeví, je velice zatěžující jak pro ženu v puerperiu, tak pro jejího partnera. Žena si zřídka kdy svůj stav uvědomuje, proto je potřeba neustálé přítomnosti druhé osoby. (Ratislavová, 2008, s. 3)

3.2.2 Rizikové faktory

Každý zdravotnický pracovník, pracující na oddělení šestinedělí, by měl myslet na možný rozvoj postpartální deprese. Ženy v poporodním období mají strach ze stigmatizace, a proto mají obavy s někým řešit svůj psychický dyskomfort. Je však důležité aktivně vyhledávat u těchto žen příznaky duševního onemocnění, protože neléčená PPD může mít za následek

suicidium rodičky či infanticidu. Tyto fatální následky mají dopad jak na celou rodinu, tak novorozence. (Šebela a kol., 2018, s. 469)

Poporodní depresí jsou ohroženy především ženy s depresí v anamnéze z předchozí gravidity. Zhruba 20 – 30 % žen s puerperální depresí má v anamnéze předchozí epizodu deprese. Dalšími rizikovými faktory jsou – rodinná anamnéza deprese nebo anamnéza poporodní psychózy. (Takács a kol., 2015, s. 76)

Hlavními psychosociálními rizikovými faktory pro rozvoj poporodní deprese jsou – neplánovaná gravidita, psychická nepřipravenost na mateřskou roli a partnerský nesoulad. (Ratislavová, 2008, s. 91) Dalšími faktory mohou být – absence důvěrného vztahu nebo podpory, ambivalentní pocity ohledně těhotenství, počet vážných stresujících situací v uplynulém roce a anamnéza závažné premenstruační dysforie. (Takács a kol., 2015, s. 76)

Dalším rizikovým faktorem mohou být somatické změny. Během gravidity dochází k vysokému nárůstu hladiny reprodukčních a stresových hormonů. Během několika hodin po porodu dochází k výraznému poklesu těchto hormonů. Bylo dokázáno, že některé z hormonů mají protektivní účinek před rozvojem PPD a jejich úbytek po porodu může u senzitivnějších žen vyvolat rozvoj depresí. (Šebela a kol., 2018, s. 469)

Prolaktin, jehož hladina stoupá po čas gravidity, přičemž maximální hladiny dosahuje v období porodu a krátce po něm, působí ochranně proti rozvoji PPD. Studie, které se zabývají touto problematikou, ukazují že, zdárně zahájená laktace je prevencí před vznikem PPD. Úloha hyperprolaktinémie v rozvoji poporodní psychózy však není stále jasná, a proto zastavení laktace za pomoci farmak u rizikových šestinedělek nesnižuje výskyt poporodních psychóz. (Šebela a kol., 2018, s. 470)

Dalším z případných biomarkerů rozvoje PPD je dysfunkce štítné žlázy. Výzkumy se však v tomto případě nezaměřily na stanovení hladin hormonů štítné žlázy, ale biomarkerem, který by mohl mít slibný potenciál, je titr protilátek proti tkáňové peroxidáze. Bylo zjištěno, že ženy s vyšším titrem protilátek mají až 4x vyšší riziko rozvoje PPD. (Šebela a kol., 2018, s. 470)

Vliv na rozvoj poporodní deprese má i samotný průběh porodu. Ratislavová (2008, s. 91) uvádí vyšší riziko rozvoje PPD u žen po císařském řezu a dále u žen, kterým byla během porodu podána epidurální analgezie.

Od ledna 2015 do května 2017 proběhla v Itálii studie, v níž zkoumali rozvoj postpartální deprese, úzkosti a neschopnost radovat se u žen po spontánním porodu a císařském řezu. Podmínkou byl porod v termínu a zdravý novorozenec. Dva dny po porodu vyplnily matky dotazník EPDS a další specifické otázky. Spontánně porodilo 1702 žen (76, 2 %), císařským řezem 532 (23, 8 %), z nichž 264 (11, 8 %) mělo akutní císařský řez a 268 (12 %) císařský řez plánovaný. Výsledné skóre dotazníku EPDS bylo mezi skupinami srovnatelné. Významně vyšší však byla míra úzkosti u žen s plánovaným císařským řezem. Matky po akutním císařském řezu prokazatelně více postrádaly pocit radosti z narození svého dítěte. (Zanardo et al., 2018)

3.2.3 Příznaky postpartální deprese

Jedním z hlavních příznaků postpartální deprese je pocit neschopnosti milovat své dítě, problém pečovat o něj a dotýkat se jej. (Ratislavová, 2008, s. 91)

Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN10) definuje depresi jasně danými diagnostickými kritérii. **Mezi hlavní příznaky řadíme:**

- Pokleslá nebo smutná nálada.
- Snížení zájmu a příjemných prožitků.

Přidružené příznaky:

- Únava a ztráta energie.
- Snížené libido.
- Narušení chuti k jídlu – významný hmotnostní úbytek nebo naopak příbytek.
- Poruchy spánku.
- Ztráta sebedůvěry, pocitu viny, sebeobviňování.
- Nerozhodnost, obtížná koncentrace.
- Psychomotorické zpomalení, neklid.
- Myšlenky na smrt, sebevražda. (Šebela a kol., 2019, s. 69)

Smutná nálada se může rozvinout do depresí různé hloubky. Ženy poté postupně ztrácí schopnost pečovat o své dítě, trpí výčitkami, že ke svému potomkovi nechovají kladné city, jsou přesvědčeny o svém selhání a často mají také strach z toho, že je opustí partner a zanechá s dítětem samotnou. Začínají se proto vyhýbat kontaktu s okolím a většinu času tráví doma. Dalšími příznaky je také ztráta chuti k jídlu, nespavost a častý pláč bez zjevného důvodu. Důležitou roli poté sehrává rodina – často partner nebo matka ženy, kteří by měli pomoci

především s chodem domácnosti. Zástava laktace a antidepresivní léčba je nutná v případě střední nebo těžké deprese. (Praško a kol., 2012, s. 44 – 45)

K určení míry psychopatologie jsou využívány screeningové dotazníky. Jedná se o Edinburskou škálu postpartální deprese (EPDS) a Maternity blues questionnaire. Oba screeniny jsou dostupné v českém překladu a adaptovány pro české prostředí. Jejich výhodou je časová nenáročnost a jednoduchost. Hlavní diagnóza je však stále stanovena až po vyšetření psychiatrem. (Šebela a kol., 2019, s. 69)

3.2.4 Prevence postpartální deprese

Primárním krokem je cílené vyhledávání žen s rizikem vzniku onemocnění již v graviditě. Jako screeningové vyšetření je v České republice užívána Edinburská škála poporodní deprese. Po zjištění rizika rozvoje poporodní deprese u žen by mělo následovat vyšetření psychiatrem a definice rizik. Následuje efektivní léčba již subklinické či mírné formy onemocnění. V současnosti se však v České republice vyskytuje řada omezení pro zavedení aktivního vyhledávání rizikových žen. Problémem je především nedostatek času během gynekologicko-porodnických vyšetření a absence spolupráce psychiatrů s gynekology-porodníky. Díky této chybějící koordinaci je omezena možnost navazující psychiatrické péče postiženým ženám. (Šebela a kol., 2018, s. 471)

Důležitou prevencí je také informovanost žen, která je i v dnešní době velmi nízká. Ženy nemají dostatek informací o možném rozvoji psychických onemocnění a o možnostech intervencí, dojde-li k narušení duševního zdraví. Podstatnou roli hraje vyšší informovanost nejen laické, ale i odborné veřejnosti. Informace mohou gravidní ženy čerpat prostřednictvím předporodních kurzů vedených porodní asistentkou. Přínosem jsou webové stránky, na nichž může veřejnost najít edukační materiály týkající se duševního zdraví a nemoci v poporodním období, možnostech jejich diagnostiky, terapie a kontakty na poskytovatele péče. (Šebela a kol., 2018, s. 471) V České republice se prozatím problematice duševního zdraví věnuje nově vznikající organizace Úsměv mámy – www.usmevmamy.cz.

Podstatnou roli v prevenci poporodních psychických změn hraje především porodní asistentka, jejíž snahou je ulehčit a zpříjemnit ženě období po porodu. Porodní asistentka provází ženu nejen během porodu, ale je jí oporou v šestinedělí, které je nejen fyzicky, ale také psychicky velmi náročné a velmi významné pro matku i novorozené dítě. (Dušová a kol., 2019, s. 114)

3.2.5 Léčba deprese

Deprese v postpartálním období významně narušuje mateřskou roli (dochází k omezenému fyzickému kontaktu s dítětem, je snížen přenos pozitivních emocí, atd.). Cílem léčby je v co nejkratší časové době dosáhnout remise. Lehčí formy depresí jsou léčeny psychoterapeuticky, kde nejlépe cílí kognitivně-behaviorální směr, dále interpersonální, dynamická a rodinná psychoterapie. (Šebela a kol., 2019, s. 22 – 23) Specifická psychoterapie je poskytována specialisty v tomto oboru, zatímco podpůrnou psychoterapii může poskytnout zdravotnický pracovník bez specializace. Principem podpůrné terapie je především empatický, laskavý přístup, ochota naslouchat, podpořit, porozumět, povzbudit a pomoci v řešení problému. Klíčovou roli v terapii poporodní deprese sehrává rodina a blízké okolí ženy, které by jí mělo být oporou v tomto období. (Takács a kol., 2015, s. 357 – 361)

Není-li duševní onemocnění adekvátně řešeno odpovídající léčbou, mohou se vyskytnout následující rizika – vyšší frekvence abortů a předčasných porodů u žen, které mají v průběhu gravidity depresivní fázi, nepřiměřené využití prenatální péče, čímž může dojít k ohrožení těhotenství. Žena může své problémy řešit vyšší konzumací alkoholu či nikotinu. Během porodu může dojít ke komplikacím nebo může být díky špatné psychice rodičky problém porod adekvátně vést. Rizikem neléčených psychických změn v chování ženy může také dojít k nedostatečné péči o novorozence a také k narušení vývoje vztahu matka-dítě. (Kašpárek, 2013, s. 37 – 38)

Užívání antidepresiv v graviditě nezpůsobuje vývojové vady u plodu. Vyšší riziko je popsáno pouze u užívání paroxetinu. V graviditě by měly být proto pečlivě zváženy následující skutečnosti – indikace farmakoterapie, možnost využití nefarmakologických metod, přínos léčby ve srovnání s jejími riziky, možnost přerušování léčby v prvním trimestru gravidity (zabránit teratogenitě plodu), snaha o monoterapii a před porodem zvážit snížení dávky (nesmí se však vysadit). (Kašpárek, 2013, s. 38) Novorozenci však mohou po porodu vykazovat známky abstinčních příznaků, jako jsou – respirační tíseň, problémy s krmením a se spánkem, neutišitelný pláč, podrážděnost. Kojící žena užívající antidepresiva by měla být seznámena s pozitivními a negativními účinky, kterým je vlivem užívání psychofarmak vystaven také novorozenec. Zástava laktace je alternativním řešením v případě, kdy žena musí být hospitalizována na psychiatrii nebo nemůže mít novorozence u sebe z jiných důvodů. Expozice v mateřském mléce je však, co se rizika týče, podstatně nižší, než při přestupu placentární bariérou. Negativní účinky byly popsány v ojedinělých kazuistikách, vzhledem

k tomu, že hladiny všech antidepresiv jsou poměrně nízké. Vyšším rizikem je vystavení psychofarmakům nedonošené novorozence, jejichž jaterní a ledvinový systém nezvládá dobře léky metabolizovat. Akutní léčba trvá obvykle několik týdnů až měsíců, zatímco pokračovací léčba by měla trvat alespoň 1 rok. (Takács a kol., 2015, s. 357 – 361)

Kašpárek (2013, s. 38) ve svém článku shrnuje principy podávání psychofarmak během laktace:

- Psychofarmaka obvykle lze podávat během kojení, jejich užívání není indikací k přerušení či zástavě laktace.
- V poporodním období preferovat sertralin a paroxetin – u kojených dětí, byly detekovány nulové nebo minimální sérové hladiny. Nebyly zjištěny nežádoucí účinky u kojených dětí.
- V případě citalopramu a escitalopramu chybí pro adekvátní posouzení rizika dostatek údajů. U kojených dětí byly v tomto případě ojedinele popsány nežádoucí účinky. Sérové hladiny v mateřské mléce byly variabilní.
- Nejméně vhodným psychofarmakem v období laktace je fluoxetin. V mateřském mléce dosahuje vyšších hladin a má dlouhodobě účinný aktivní metabolit. U kojených dětí byly popsány následující nežádoucí účinky – koliky, vodnaté průjmy, dráždivost, spavost a nižší váhové přírůstky. V případě, že kojící žena potřebuje fluoxetin, jeho užívání neznamena nutnost ukončení laktace. Dítě je však potřeba obezřetněji sledovat.
- U kojených dětí, jejichž matky užívají psychofarmaka je potřeba sledovat výskyt kolik, sedaci, iritabilitu a adekvátní váhový přírůstek, a to zejména u mladších kojenců a dětí, které jsou výhradně kojeny.

V závažných případech, kdy je nutno ženu hospitalizovat, je nasazena kombinace psychofarmak, augmentace a někdy je volena aplikace elektrokonvulzivní terapie (ECT). (Šebela a kol., 2019, s. 22 – 23)

Elektrokonvulzivní terapie může být indikována již v graviditě, a to v případě nedostatečné léčebné odpovědi, intolerance psychofarmak nebo v případě obav z nežádoucích účinků. ECT je užitečná, pokud žena nereaguje na jiný druh léčby a hrozí li vysoké riziko sebevraždy. Účinnost elektrokonvulzivní terapie prozatím žádná jiná metoda nepřekonala. Zákrok probíhá v celkové anestezii, za pomoci elektrod přiložených na kůži hlavy. Díky těmto elektrodám jsou stimulovány dané oblasti v mozku. V porovnání

s farmakoterapeutickými přípravky je elektrokonvulzivní léčba bezpečnou metodou s minimem nežádoucích účinků a rychlou léčebnou odpovědí. (Takács a kol., 2015, s. 80 – 81)

3.3 Poporodní psychóza

Poporodní psychóza se řadí mezi duševní poruchy, které potenciálně ohrožují život matky i dítěte. Jedná se o stav, kdy žena ztrácí kontakt s realitou. Oproti dřívějším tvrzením, že je poporodní psychóza samostatnou jednotkou, je nynější názor takový, že je manifestací jiné duševní nemoci. V období po porodu se nejčastěji poporodní psychóza objevuje u bipolární, či schizofrenní poruchy. (Takács a kol., 2015, s. 75)

U poporodní psychózy jsou na rozdíl od depresí častější poruchy chování, absence náhledu na onemocnění, dezorganizované myšlení, bludy vztahovačnosti, paranoidity, žárlivosti a velikášství, poruchy vnímání a orientace a podezřívavost. Vzhledem k odlišnosti léčby laktální psychózy a poporodní deprese je jejich rozlišení v roli diagnostiky podstatné. (Šebela a kol., 2019, s. 69)

Onemocnění se objevuje první dny po porodu do 3 – 6 týdnů. Riziko vzniku je vyšší, pokud se během porodu vyskytly komplikace. Tento akutní stav vyžaduje hospitalizaci na psychiatrickém oddělení. Ženě jsou podávána antipsychotika, je poučena také její rodina. Extrémně důležité je pacientku sledovat a rozklíčovat riziko suicidálního nebo infanticidního činu. Je-li v této chvíli rodička hospitalizována na gynekologicko-porodnickém oddělení, je vzhledem k absenci náhledu nutné provést překlad na psychiatrické oddělení bez jejího souhlasu. Přeložení bez souhlasu je zákonně možné, pokud je žena nebezpečná sobě nebo svému okolí, lékař tuto situaci však musí do 24 hodin nahlásit příslušnému soudu. V případě agitovanosti jsou na omezenou dobu (2 – 3 hod.) povoleny omezovací prostředky (kurty, izolace, fixační pásy), tato situace musí být zapsána do dokumentace. Během léčby je prioritou zajistit bezpečí jak matky, tak kojence. (Takács a kol., 2015, s. 436 – 441)

V léčbě poporodní psychózy může být také využita elektrokonvulzivní terapie, která se obvykle kombinuje s farmakoterapií. Tato léčba představuje bezpečnou možnost s rychlým nástupem účinku a prokázanou efektivitou. (Takács a kol., 2015, s. 441 – 445)

3.4 Posttraumatická stresová porucha

Posttraumatická stresová porucha (PTSD) se může vyskytnout u žen, které prožily komplikovaný a bolestivý porod. Může ale také nastat u zdánlivě bezproblémového porodu. PTSD se poté může projevit v poporodním období nebo v další graviditě. Ženy pociťují ztrátu pozitivních emocí, mají dotírající myšlenky a sny, zvýšenou psychickou a fyzickou vzrušivost a vyhybavé chování. (Ratislavová, 2008, s. 42) V další graviditě se často objevují posttraumatické příznaky (flashbacky, noční můry, atd.), a to hlavně ke konci těhotenství. Tyto ženy poté často vyžadují císařský řez, ukončení neplánovaného těhotenství nebo sterilizaci. Matky se vyhýbají svým dětem, ale také jiným ženám s dětmi, a to i po dobu několika let. (Takács et al., 2015, s. 390 – 393) Výzkumy je dokázáno, že ženy s prodělanou PTSD mají vyšší výskyt mimoděložního těhotenství, nadměrného zvracení v graviditě, spontánních potratů, nadměrného fetálního růstu a předčasné děložní činnosti. (Ratislavová, 2008, s. 42)

Mrowetz (Friedlová a Lečbých, 2015, s. 32 – 34) popisuje diagnostiku posttraumatické stresové poruchy dle jejich charakteristických rysů:

1. Katastrofická událost – ženy obvykle popisují prožitou situaci se strachem o svůj život nebo život blízké osoby – prenatálního, rodičoho se či narozeného dítěte během prenatálního, perinatálního či postnatálního období péče.
2. Znovuprožívání – ženy opakovaně zmiňují stereotypní prožívání situace, kdy je ohrožen jejich život. Popisované negativní prožitky jsou směřovány směrem k procesu porodu, zdravotníkům, porodnici, sny, flashbacky či strachu z ostrých předmětů.
3. Vyhýbání se – místu, kde prožily traumatizující událost, se vyhýbají. Straní se také situacím spojeným s katastrofickou událostí, a proto často volí odlišné zdravotnické zařízení a provozují tzv. zdravotnickou turistiku. Ženy jsou schopny před porodem a i během něj navštěvovat i stovky kilometrů vzdálené porodnice, jež mají lepší pověst. Často se uchylují také k porodu mimo zdravotnické zařízení – tzv. negativní volba – v domácím prostředí mají z porodu menší strach než v porodnici. Vědomé či nevědomé vyhnutí dalšímu porodu může vést k sekundární sterilitě. Mohou odmítat preventivní gynekologické prohlídky.
4. Iritabilita – během hovorů spojených s traumatickou událostí (porodní proces) reagují ženy přecitlivěle nebo podrážděně.

Charakteristickými symptomy pro projevy posttraumatu po porodu dle Mrowetz (Friedlová a Lečbych, 2015, s. 33 -34) jsou:

- Vtíravé pocity opakovaného prožívání traumatického zážitku. Po celý den opakovaně pronikají do vědomí jako vzpomínky. Emoční náboj a živost vzpomínky může skutečnou situaci simulovat natolik, že ji žena může chápat jako skutečnou realitu a dle toho se také chovat. V tomto případě hovoříme o flashbacku neboli „zpětném záblesku“.
- Během noci dochází k opakování nočních můr a děsů. Ženy ulpívají na pozitivním zážitku „přežití“ katastrofy porodu a mnohdy se uklidňují slovy „hlavně že jsme to ve zdraví přežili“. Traumatické vzpomínky nelze verbálně převyprávět. Dalším symptomem je častý pláč, a to především během vyprávění o daném porodním traumatu.
- Žal – splňující kritéria patologického žalu. Nemocnice obvykle neposkytují ženám možnost krizové intervence v podobě hovoru s psychologem či psychiatrem. Je-li tato možnost ženám v dané porodnici nabízena, může být nevyužita vzhledem k tabuizovanému tématu – žena tak vnímá psychologa jako vyhrožování psychiatrickou péčí. Zdravotnický personál obvykle není nebo je v komunikaci v této situaci vyškolen pouze minimálně.
- Zpřetrhání citové vazby – může vzniknout následkem krátkodobé separace, kdy je novorozenec vyšetřován mimo kontrolu matky. Tato situace obvykle nastává po fyziologickém porodu. K dlouhodobé separaci dítěte od matky může poté docházet u porodu operativního nebo předčasného porodu, kdy je dítě v péči na novorozeneckém oddělení nebo také na specializovaném pracovišti jiné porodnice.
- Vina – se všemi stádii sebeobviňování, často až se stockholmským syndromem. Matky hledají chybu v sobě – „špatně tlačily, špatně rodily, nejsou schopny se postarat o dítě, nedaří se jim kojení, jsou špatné matky“
- Narušený spánek a strach.
- Neschopnost dostatečné důvěry k dítěti, partnerovi, rodině, sobě nebo k zdravotníkům.

4 METODIKA PRÁCE

Výzkumná část diplomové práce je zaměřena na psychické změny ženy v období puerperia. Základním východiskem výzkumu byly nejnovější teoretické poznatky ve zkoumané problematice. Empirická část diplomové práce je zaměřena na zjištění, zdali má sociální opora ženy a způsob porodu dopad na její psychiku v období puerperia až jeden rok po porodu.

4.1 Stanovené cíle a hypotézy

Byl zvolen kvantitativní výzkum s použitím standardizovaných dotazníků. (Miovský, 2006, s. 18) Na základě tohoto šetření byl stanoven hlavní cíl práce, a to zjistit míru deprese u žen po spontánním a operativně vedeném porodu.

Cíl 1: Zjistit míru postpartální deprese u žen po spontánním a operativně vedeném porodu za pomoci dotazníku EPDS.

Statistické hypotézy k cíli 1:

H10: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen po spontánním porodu a skupinou žen po operativně vedeném porodu.

H1A: Existuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen po spontánním porodu a skupinou žen po operativně vedeném porodu.

Cíl 2: Zjistit míru postpartální deprese u žen v závislosti na absolvování předporodního kurzu.

Statistické hypotézy k cíli 2:

H20: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen, které absolvovaly předporodní kurzy a skupinou žen, které kurzy neabsolvovaly.

H2A: Existuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen, které absolvovaly předporodní kurzy a skupinou žen, které kurzy neabsolvovaly.

Cíl 3: Zjistit rozdíl v míře postpartální deprese v závislosti na přítomnosti otce u porodu.

Statistické hypotézy k cíli 3:

H30: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen, které měly u porodu přítomného otce dítěte a těch, které jej u porodu neměly.

H3A: Existuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen, které měly u porodu přítomného otce dítěte a těch, které jej u porodu neměly.

Cíl 4: Zjistit, zda parita žen ovlivňuje riziko rozvoje postpartální deprese.

Statistické hypotézy k cíli 4:

H40: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře postpartální deprese mezi skupinou žen, které rodily poprvé a které rodily více než jednou.

H4A: Existuje statisticky významný rozdíl v míře postpartální deprese mezi skupinou žen, které rodily poprvé a které rodily více než jednou.

Cíl 5: Zjistit vztah mezi mírou postpartální deprese a sociální oporou.

Statistické hypotézy k cíli 5:

H50: Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou postpartální deprese a mírou sociální opory u žen po porodu.

H5A: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou postpartální deprese a mírou sociální opory u žen po porodu.

4.2 Metody výzkumného šetření a sběru dat

V diplomové práci byl využit kvantitativní výzkum – dotazníkové šetření. *Dotazník je technika, kdy informace od dotazovaného získáváme prostřednictvím písemného dotazu a respondent samostatně odpovídá na sérii otázek zaměřených k určitému problému.* (...) Borůvková (2013, s. 8) Sběr dat byl uskutečněn za pomoci standardizovaných dotazníků. V baterii dotazníků byl využit standardizovaný dotazník EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) a dotazník PSSS (Perceived Social Support Scale). V úvodu dotazníku byly respondentky seznámeny s podmínkami a cílem diplomové práce. Následovaly sociodemografické otázky, kde byl zjišťován věk respondentek (podmínkou byl věk nad

18 let) a jejich vzdělání. Ženy byly dále dotazovány ohledně parity (po kolikáté žena rodila), zdali byl porod spontánní nebo operativní. Začleněny byly také otázky ohledně plánování těhotenství, otce u porodu nebo absolvování předporodního kurzu. Dále následovaly standardizované dotazníky. Součástí dotazníku byl také informovaný souhlas, který seznámil účastnice s výzkumným projektem a zaručil anonymitu při účasti. Závěrem bylo respondentkám poděkováno za účast ve výzkumném šetření a poskytnut prostor pro jejich dotazy.

Prvním standardizovaným dotazníkem byl dotazník PSSS, který zjišťuje úroveň sociální opory. Autorem je J. A. Blumenthal et al. Tento dotazník byl zapůjčen od vedoucí mé práce Mgr. Šárky Vévodové, Ph.D. Dotazník obsahuje dvanáct základních otázek, které jsou posuzovány díky sedmibodové Likertově škále souhlasu či nesouhlasu. Dotazník cílí na zjištění interpersonálních vztahů na úroveň zdraví a osobních vztahů. (Gillernová et al., 2011, s. 41) Výsledkem dotazníku jsou tři dílčí cíle – sociální opora od rodiny, přátel a blíže neurčené osoby. Maximální počet získaných bodů je 84. (Kebza a Šolcová, 1999)

Jako druhý byl využit standardizovaný dotazník Edinburské škály postpartální deprese (EPDS). EPDS byl přeložen do českého jazyka a volně poskytnut autory k použití. (Cox, Holden, 1994 in Honzák, 1999, s. 53) Dotazník EPDS je doporučováno vyplnit nejdříve 2 týdny po porodu, nejlépe však v období 6 – 8 týdnů po porodu. Dotazník obsahuje 10 otázek, v každé z nich má žena na výběr ze čtyř odpovědí. Vybrané odpovědi mají vyjadřovat pocity dané osoby v minulém týdnu života. Dle závažnosti byla každé ze čtyř variant přiřazena bodová hodnota od 0 do 3 bodů (3 – nejzávažnější příznak, 0 – bez příznaku, 1, 2 – mezipoloha). Výsledek EPDS škály však poukazuje pouze na výskyt symptomů, nikoliv na diagnózu postpartální deprese. Hraniční hodnotou pro riziko vzniku poporodní deprese bylo stanoveno 10 bodů. Ženy bez rizika vzniku poporodní deprese tedy získaly 0 – 9 bodů, 10 – 19 bodů je skupina žen, které jsou po porodu ohroženy rizikem vzniku poporodní deprese. Matky, které získaly v EPDS dotazníku 20 a více bodů jsou označeny za vysoce rizikové. Při dosažení 10-12 bodů je vhodné test opakovat s časovým odstupem. Hranicí, kdy by žena měla svůj stav konzultovat s psychiatrem, bylo stanoveno 13 bodů. Mimoto by měl být obzvlášť kladen důraz odpovědi na otázku č. 10, ve které jsou suicidální myšlenky. (Dušová a Moniaková, 2010, s. 121 – 123)

4.3 Organizace výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo realizováno prostřednictvím internetového portálu www.surveio.com. Dotazníkové šetření skrze internet bylo zvoleno z důvodu zajištění vyšší návratnosti dotazníků vzhledem k vytížení žen v péči o novorozence v poporodním období. Před samotnou realizací dotazníkového šetření byla zaslána písemná žádost Etické komisi Fakulty zdravotnických studií Univerzity Palackého v Olomouci. Daný postup byl následně posouzen a schválen (viz příloha 1).

Výzkumné šetření zkoumaného souboru probíhalo v období od začátku prosince 2019 do konce února 2020. Zúčastnily se ho ženy po ukončeném období šestinedělí do jednoho roku po porodu žijící na území České a Slovenské republiky. Dotazník se volně šířil skrze internetová média a během období 3 měsíců jej vyplnilo 281 žen. Tři dotazníky byly z výzkumného šetření vyřazeny z důvodu vyplnění v časovém horizontu delším než 1 rok po porodu.

4.4 Charakteristika zkoumaného souboru

Pro výzkumné šetření byly zvoleny respondentky ženského pohlaví. Jednalo se o záměrný a prostý výběr.

Kritéria pro zařazení do zkoumaného souboru:

- Věk – 18 a více let
- Ženy po ukončeném období šestinedělí, maximálně však 1 rok po porodu
- Ženy po spontánním i operativním porodu
- Souhlas se zařazením do výzkumného šetření.

Bylo získáno 281 dotazníků. Tři z dotazníků byly vyřazeny z důvodu vyplnění v delším časovém horizontu než 1 rok po porodu. Do výzkumu bylo tedy celkem zahrnuto 278 sad dotazníků. Průměrný věk respondentek byl 29, 8 let, medián věku byl 29 let. Z celkového počtu respondentů zkoumaného souboru byl nejnižší věk 20 let a nejvyšší věk 45 let (viz tabulka 1)

Tabulka 1 – Charakteristika zkoumaného souboru

	n (%)	ženy (%)	věk průměr	věk medián	věk minimum	věk maximum
ZS	178 (100)	178 (100)	29,76	29	20	45

n – počet respondentů

ZS – zkoumaný soubor

4.5 Metodologie statistického zpracování

Ke statistickému zpracování získaných dat bylo využito programu Microsoft Excel. Data byly dále zpracovány statistikem. Dle Kolmogorov-Smirnov testu i Shapiro Wilk testu lze konstatovat, že data nemají normální rozložení. Z tohoto důvodu byl použit neparametrický test Mann Whitney U test a Spearmannův korelační koeficient na hladině významnosti 95 % a 99 %.

5 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

5.1 Interpretace výsledku k cíli 1

Cíl 1: Zjistit míru postpartální deprese u žen po spontánním a operativně vedeném porodu za pomoci dotazníku EPDS.

K dosažení cíle zjištění míry deprese u žen po spontánním a operativním porodu byl použit standardizovaný dotazník Edinburské škály postpartální deprese – EPDS. Pro interpretaci zjištěných výsledků měření byly použity hrubé skóre dotazníku EPDS.

Z celkového počtu respondentek po spontánním porodu bylo 61 žen (35, 1 %) bez rizika vzniku postpartální deprese. Riziková skupina respondentek ukazuje podstatně vyšší číslo, 10 – 19 bodů v dotazníku EPDS získalo 92 žen (52, 8 %). Vysoce rizikovými pro rozvoj poporodní deprese bylo vyhodnoceno 21 respondentek (12, 1 %) po spontánním porodu.

Nízké riziko vzniku poporodní deprese bylo v případě žen po operativním porodu zaznamenáno ve 28 případech (26, 9 %). Hrozící riziko rozvoje deprese bylo v této skupině zjištěno u 65 žen (62, 5 %). V 11 dotaznicích (10, 6 %) bylo skóre vyhodnoceno jako vysoce rizikové. Přehled získaných výsledků zobrazuje tabulka 2 a graf 1 a 2.

Tabulka 2 – Přehled naměřených hodnot dotazníku EPDS u žen po spontánním porodu

	n	\bar{x}	mod.	med.	min.	max.	σ	0-9 (%)	10-19 (%)	> 20 (%)
Spont. por.	174	12,24	12	12	2	27	5,52	61 (35,1)	92 (52,8)	21 (12,1)
Operativ. por.	104	13,42	17	14	3	26	5,32	28 (26,9)	65 (62,5)	11 (10,6)

n – počet respondentek

\bar{x} – průměr

mod. – modus

med. – medián

min. – minimální počet bodů

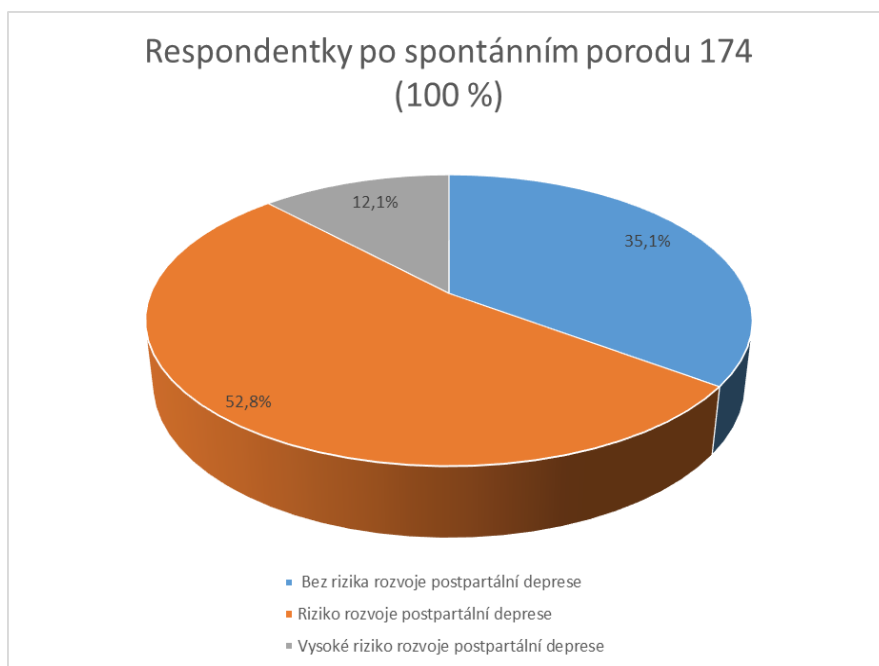
max. – maximální počet bodů

σ – směrodatná odchylka

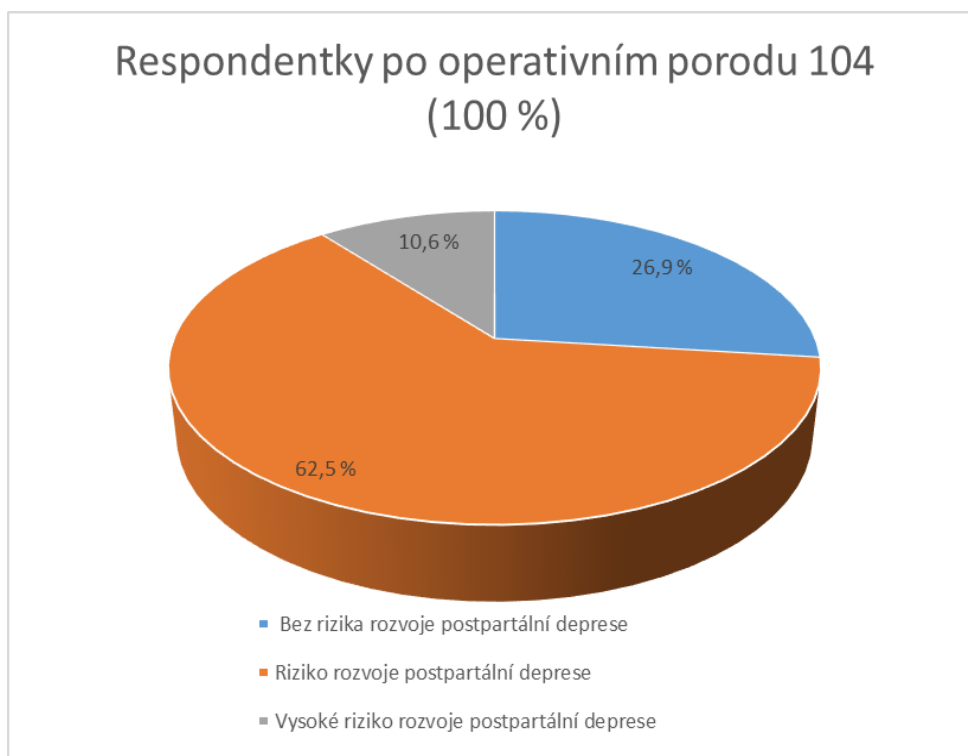
- 0-9 – není riziko rozvoje postpartální deprese
- 10-19 – riziko rozvoje postpartální deprese
- >20 – vysoké riziko rozvoje postpartální deprese

Z tabulky je patrné, že průměrná hodnota poporodní deprese je vyšší u žen po operativním porodu než po spontánním porodu. Pro statistické ověření byl použit Mann-Whitney test.

Graf 1 – Procentuální grafické rozložení skóre dotazníku EPDS u žen po spontánním porodu



Graf 2 – Procentuální grafické rozložení skóre dotazníku EPDS u žen po operativním porodu



Ověření hypotézy H1

H10: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen po spontánním porodu a skupinou žen po operativně vedeném porodu.

H1A: Existuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen po spontánním porodu a skupinou žen po operativně vedeném porodu.

Na základě výsledků Kolmogorov Smirnov testu i Shapiro Wilk testu lze konstatovat, že data nemají normální rozložení. Z tohoto důvodu byl použit neparametrický test Mann-Whitney na hladině významnosti 95%. Mann-Whitneyův test ukazuje, že neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika vzniku poporodní deprese mezi skupinou žen po porodu spontánním ($Mdn= 12$) a porodu operativním ($Mdn= 14$), $U= 10\ 485$, $p= 0,058$ viz tabulka 3.

Tabulka 3 - EPDS dle druhu porodu

Proměnná	Mann-Whitneyův U test				
	Dle proměn. Druh porodu				
Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,0500$					
	Sčt. Poř.	Sčt. Poř.	U	Z	p-hodn
	Spont porod	Oper. porod			
EPDS	23009,5	15771,5	7784,5	-1,94716	0,05118

U, Z = vypočítaná textová kritéria Mann-Whitney U testu

p-hodn = hladina významnosti testu

Přijímáme nulovou hypotézu. Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen po spontánním porodu a skupinou žen po operativně vedeném porodu.

Cíl 1 byl splněn.

5.2 Interpretace výsledků k cíli 2

Cíl 2: Zjistit míru postpartální deprese u žen v závislosti na absolvování předporodního kurzu.

Z celkového počtu 278 respondentek se 104 žen v graviditě zúčastnilo předporodního kurzu a 174 rodiček možnost navštívit prenatální kurz nevyužilo. Ženy, které absolvovaly předporodní kurz, měly v dotazníku EPDS průměr 11, 93 bodů a medián 11, 5 bodů. Nejnížší získané body v této skupině byly 2, nejvíce bodů bylo 26. Ve skupině žen, jež předporodní kurz nenavštěvovaly, byl průměr získaných bodů 13, 14 a medián 12 bodů v dotazníku Edinburské škály postpartální deprese. Nejméně byly získány 3 body a nejvíce 27 bodů. Hodnoty míry deprese související s absolvováním či absencí prenatální přípravy zobrazuje tabulka 4.

Tabulka 4 – Srovnání míry deprese na základě absolvování či absence na předporodním kurzu

předporodní kurz	n	\bar{x}	mod.	med.	min.	max.
ano	104	11,93	10	11,5	2	26
ne	174	13,14	12	12,5	3	27

n – počet respondentek

\bar{x} – průměr

mod. – modus

med. – medián

min. – minimální počet bodů

max. – maximální počet bodů

Z tabulky 4 je patrné, že průměrná hodnota poporodní deprese je vyšší u žen, které neabsolvovaly předporodní kurz. Pro statistické ověření významnosti rozdílu byl použit Mann-Whitney test.

Ověření hypotézy H2:

H20: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen, které absolvovaly předporodní kurzy a skupinou žen, které kurzy neabsolvovaly.

H2A: Existuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen, které absolvovaly předporodní kurzy a skupinou žen, které kurzy neabsolvovaly.

Mann-Whitney test naznačuje, že neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika poporodní deprese mezi ženami, které absolvovaly předporodní kurz (Mdn= 11, 5) a ženami, které předporodní kurz neabsolvovaly (Mdn= 12, 5), $U = 10\,240$, $p = 0,115$, viz tabulka 5.

Tabulka 5 – EPDS a předporodní kurz

	Mann-Whitneyův U test				
	Dle proměn. Předporodní kurz				
	Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,0500$				
proměnná	Sčt poř. Kurz ano	Sčt. Poř. Kurz ne	U	Z	p-hodn
EPDS	13444	25337	7984	1,63959	0,101

U, Z = vypočítaná textová kritéria Mann-Whitney U testu

p-hodn = hladina významnosti testu

n = počet respondentů

Přijímáme nulovou hypotézu. Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen, které absolvovaly předporodní kurzy a skupinou žen, které kurzy neabsolvovaly.

Cíl 2 byl splněn.

5.3 Interpretace výsledků k cíli 3

Cíl 3: Zjistit rozdíl v míře postpartální deprese v závislosti na přítomnosti otce u porodu.

Z celkového počtu respondentek mělo 223 rodiček u svého porodu partnera. V 55 dotaznicích ženy uvedly, že partner nebyl u porodu přítomen. Skupina žen, u jejichž porodu byl přítomen otec dítěte, měla průměr bodů dotazníku EPDS 12, 45 bodů a medián 12 bodů. Minimálním počtem bodů v této skupině byly 2 a maximální počet 27 bodů. Ve skupině rodiček bez přítomnosti partnera u porodu byl průměr 13, 66 bodů a medián 14 bodů. Minimální počet bodů činil 5 a maximální 26 bodů. Získané hodnoty dotazníku EPDS v souvislosti s přítomností partnera u porodu zobrazuje tabulka 6.

Tabulka 6 – Riziko rozvoje deprese na základě přítomnosti otce u porodu

otec u porodu	n	\bar{x}	mod.	med.	min.	max.
ano	223	12,45	12	12	2	27
ne	55	13,66	14	14	5	26

n – počet respondentek

\bar{x} – průměr

mod. – modus

med. – medián

min. – minimální počet bodů

max. – maximální počet bodů

Z tabulky je patrné, že průměrná hodnota poporodní deprese je vyšší u žen, které neměly u porodu přítomného otce. Pro statistické ověření významnosti rozdílu a ověření hypotézy byl použit Mann-Whitney test.

Ověření hypotézy H3:

H30: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen, které měly u porodu přítomného otce dítěte a těch, které jej u porodu neměly.

H3A: Existuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen, které měly u porodu přítomného otce dítěte a těch, které jej u porodu neměly.

Mann-Whitney test naznačuje, že neexistuje statisticky významný rozdíl v míře poporodní deprese mezi skupinou žen, které měly přítomného otce dítěte u porodu (Mdn= 12) a ženami, které neměly otce u porodu (Mdn= 14), $U= 7\ 148$, $p= 0,118$, viz tabulka 7.

Tabulka 7 – EPDS a otec u porodu

	Mann-Whitneyův U test				
	Dle proměň. Otec u porodu				
	Označené testy jsou významné na hladině $p<,0500$				
proměnná	Sčt poř. Otec ano	Sčt. Poř. Otec ne	U	Z	p-hodn
EPDS	30405	8376	5205	-1,58868	0,11184

U, Z = vypočítaná textová kritéria Mann-Whitney U testu

p-hodn = hladina významnosti testu

n = počet respondentů

Přijímáme nulovou hypotézu. Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen, které měly u porodu přítomného otce dítěte a těch, které jej u porodu neměly.

Cíl 3 byl splněn.

5.4 Interpretace výsledků k cíli 4

Cíl 4: Zjistit, zda parita žen ovlivňuje riziko rozvoje postpartální deprese.

Z 278 respondentek, které se zúčastnily výzkumu, bylo 165 žen primipar a 113 žen, které rodily více než jednou. Ve skupině matek rodících poprvé byl průměr získaných bodů dotazníku EPDS 13, 23 bodů a medián 13 bodů. Skupina primipar získala minimum 2 body a maximum 27 bodů. U multipar činil průměr získaných bodů 11, 89 a medián 12 bodů v dotazníku EPDS. Minimální počet bodů byl 3 a maximální 26 bodů. Riziko rozvoje postpartální deprese na základě parity ženy zobrazuje tabulka 8.

Tabulka 8 – Riziko rozvoje deprese dle parity ženy

	n	\bar{x}	mod.	med.	min.	max.
primipara	165	13,23	12	13	2	27
multipara	113	11,89	6	12	3	26

n – počet respondentek

\bar{x} – průměr

mod. – modus

med. – medián

min. – minimální počet bodů

max. – maximální počet bodů

Z tabulky je patrné, že průměrná hodnota poporodní deprese je vyšší u primipar než u multipar. Pro zjištění významnosti rozdílu a ověření hypotézy byl použit Mann-Whitney test.

Ověření hypotézy H4:

H40: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře postpartální deprese mezi skupinou žen, které rodily poprvé a které rodily více než jednou.

H4A: Existuje statisticky významný rozdíl v míře postpartální deprese mezi skupinou žen, které rodily poprvé a které rodily více než jednou.

Mann-Whitney test naznačuje, že neexistuje statisticky významný rozdíl v míře poporodní deprese mezi primiparami (Mdn= 13) a multiparami (Mdn= 12), $U = 8\ 220$, $p = 0,052$, viz tabulka 9.

Tabulka 9 – EPDS a parita žen

proměnná	Mann-Whitneyův U test				
	Dle proměn. Parita				
Označené testy jsou významné na hladině $p < 0,0500$					
	Sčt poř. Primipara	Sčt. Poř. Multipara	U	Z	p-hodn
EPDS	24267	14514	8073	1,89701	0,05744

U, Z = vypočítaná textová kritéria Mann-Whitney U testu

p-hodn = hladina významnosti testu

n = počet respondentů

Přijímáme nulovou hypotézu. Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře postpartální deprese mezi skupinou žen, které rodily poprvé a které rodily více než jednou.

Cíl 4 byl splněn.

5.5 Interpretace výsledků k cíli 5

Cíl 5: Zjistit vztah mezi mírou postpartální deprese a sociální oporou.

K dosažení cíle zjištění míry sociální opory byl použit standardizovaný dotazník sociální opory (Perceived social support scale) - PSSS. Pro interpretaci zjištěných výsledků měření byly použity hrubé skóry dotazníku PSSS.

Z 278 zúčastněných žen ve výzkumu bylo 89 respondentek bez rizika vzniku postpartální deprese. Průměr získaných bodů v dotazníku sociální opory byl 76,70 bodů, medián 79 bodů. Minimum získaných bodů bylo 44 a maximum 84. Ve skupině žen s rizikem vzniku postpartální deprese bylo 189 respondentek. Průměrná hodnota získaných bodů byla 72,57 a medián 75 bodů. Minimum získaných bodů činilo 36 a maximum 84.

Tabulka 10 – vztah mezi mírou deprese a sociální oporou

dotazník PSSS	n	\bar{x}	mod.	med.	min.	max.
A	89	76,70	84	79	44	84
B	189	72,57	84	75	36	84

n – počet respondentek

\bar{x} – průměr

mod. – modus

med. – medián

min. – minimální počet bodů

max. – maximální počet bodů

A – respondentky bez rizika vzniku postpartální deprese

B – respondentky s rizikem vzniku postpartální deprese

Z tabulky je patrné, že průměrná hodnota sociální opory je vyšší u žen, které nemají riziko vzniku postpartální deprese.

Ověření hypotézy H5:

H50: Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou postpartální deprese a mírou sociální opory u žen po porodu.

H5A: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou postpartální deprese a mírou sociální opory u žen po porodu.

Pro zjištění vzájemného vztahu mezi sledovanými proměnnými byl použit neparametrický Spearmanův korelační koeficient. Výsledky výzkumu odhalily, že existuje statisticky významná negativní souvislost mezi mírou postnatální deprese a mírou sociální opory $r_s = -0,210$, $p < 0,001$.

Zamítáme nulovou hypotézu a přijímáme alternativní hypotézu. Existuje statisticky významný vztah mezi mírou postpartální deprese a mírou sociální opory u žen po porodu.

Byla zjištěna statisticky signifikantní negativní souvislost mezi mírou poporodní deprese a mírou sociální opory. Díky těmto výsledkům lze konstatovat, že se vzrůstající mírou sociální opory klesá míra postpartální deprese.

Cíl č. 5 byl splněn.

6 DISKUZE

Tato kapitola je věnována celkovému shrnutí a popisu výzkumného šetření. Dále se zabývá stanovenými hypotézami a cíli, které byly zvoleny pro diplomovou práci. Výzkumnému šetření předcházela rešeršní činnost a pečlivé prostudování nejnovějších poznatků dané problematiky v dohledatelné literatuře. Poté byl stanoven výzkumný problém, cíle diplomové práce a její hypotézy. Vzhledem k tomu, že hlavním cílem bylo zjistit míru rizika postpartální deprese u žen po spontánním a operativním porodu, bylo nejvhodnějším způsobem průzkum provést skrze dotazníkové šetření. Dotazníky byly šířeny prostřednictvím internetového portálu.

Diplomová práce čítá jeden hlavní a čtyři dílčí cíle. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo analyzovat míru rizika postpartální deprese u žen po spontánním a operativním porodu. Průměrná hodnota rizika poporodní deprese byla vyšší u žen po operativním porodu. Mann Whitneyho U-test ukázal, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi těmito dvěma skupinami žen. Potvrdila se tedy nulová hypotéza.

Výsledek hypotézy diplomové práce potvrzuje také výzkum Zanarda et al. (2018, s. 374 – 378), ve kterém vyplnilo v Itálii dotazník EPDS 76, 2 % žen po spontánním a 23, 8 % po operativním porodu. Výsledek ukázal, že skóre EPDS vyšší než 12 bodů, je srovnatelné u obou skupin rodiček.

Saloňová (2015) se ve své diplomové práci Poporodní deprese v postnatálním období zaměřila na to, zda má věk, vzdělání, rodinný stav, parita, způsob ukončení porodu a vztah k dítěti možný vliv na vznik poporodní deprese. Míra deprese byla zjišťována za pomoci dotazníků EPDS, který vyplnilo 238 žen, které byly maximálně dva měsíce po porodu. Výsledky ukázaly, že riziko vzniku poporodní deprese není závislé na způsobu vedení porodu, přičemž byly srovnávány porody spontánní, císařské řezy, vakuumextrakce, forceps a porody s komplikacemi (krvácení, manuální lýza). Jedním z dílčích cílů bylo zjistit riziko vzniku deprese z hlediska vztahu k dítěti. Autorka tuto otázku v dotazníku formulovala jako chtěné ale neplánované, nechtěné a plánované. Výsledek průzkumu ukázal, že ženy s nechtěnou graviditou mají vyšší riziko vzniku poporodní deprese.

Další studie Rauh et al. (2012) zkoumali také vztah mezi poporodní depresí a způsobem porodu. Ženy vyplnily dotazník EPDS ve třetím trimestru těhotenství, poté 48 - 72 hod po porodu, kdy dochází k rozvoji baby blues a poté 6 - 8 měsíců po porodu. Výsledky byly rozděleny do čtyř skupin a to do skupiny: vaginálních porodů, primárních císařských řezů, akutních císařských řezů a asistovaných vaginálních porodů. Výzkum ukázal,

že signifikantně vyšší hodnoty rizika vzniku deprese v prenatálním období měly ženy, které měly podstoupit primární císařský řez. Krátce po porodu (48 – 72 hod) výsledky ukazovaly výrazně nižší hodnoty dotazníku EPDS, tudíž nižší riziko vzniku postpartální deprese u žen po spontánním porodu, než u rodiček po akutním císařském řezu. Nižší hodnoty EPDS v této skupině měly také ženy po primárním císařském řezu, než ty po akutním. Nebyly prokázány žádné statisticky významné rozdíly.

Dotazníková studie Jedličkové (2008, s. 86 – 90) zaměřená na poporodní depresi byla realizovaná od února 2006 do ledna 2007 ve Svitavské nemocnici, a.s. a v Pardubické krajské nemocnici, a.s. Dle Jedličkové je riziko vzniku poporodní deprese u žen 10 – 25 % s maximálním výskytem mezi 25. a 44. rokem věku. Studie se zúčastnilo 200 žen, které byly třetí až dvanáctý den po porodu a 50 žen po ukončeném období šestinedělí. Studii nebyl prokázán vliv polohy, místa a způsobu porodu na vznik postpartální deprese. Významný vliv na rozvoj deprese byl zaznamenán, v závislosti na délce hospitalizace, chování personálu a pocitu bezmoci a paniky při propuštění domů.

Také ve studii Boyce and Hickey (2005) jsou srovnávány spontánní porody s operativními ve spojitosti s rizikem vzniku poporodní deprese. Ženám byl dán k vyplnění dotazník EPDS v šesti, dvanácti, osmnácti a dvaceti čtyřech týdnech po porodu. Riziko deprese bylo definováno získáním více než 12 bodů. Vaginální porod mělo 76, 5 % žen, 6,4 % primární císařský řez, 11, 3 % akutní císařský řez a 5, 9 % operativní vaginální porod. Dle studie neexistuje vyšší riziko vzniku poporodní deprese v souvislosti s typem porodu. Byly srovnávány vaginální porody s císařskými řezy a vaginálními operativními porody.

První dílčí cíl byl zaměřen na míru rizika postpartální deprese u žen, v závislosti na absolvování předporodního kurzu. Je předpoklad, že ženy, které jsou již v graviditě informovány o možných psychických problémech po porodu, jsou na tuto situaci lépe připraveny a snáze se s ní vypořádají. Průměrná hodnota rizika postpartální deprese byla vyšší u žen, které neabsolvovaly předporodní kurz. Statisticky významný rozdíl však nebyl prokázán. Diplomová práce potvrdila nulovou hypotézu, a to, že neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen, které absolvovaly předporodní kurzy a skupinou žen, které kurzy neabsolvovaly.

Pilotní studie Muñoz et al. (2007) se zaměřila na to, zdali má těhotenský kurz vliv na míru deprese v poporodním období. Výzkumu se zúčastnilo čtyřicet jedna žen s vysokým rizikem vzniku depresivní epizody. Tyto ženy byly náhodně rozděleny do dvou skupiny, dvacet jedna z nich do skupiny, která se účastnila kurzů v graviditě a dvacet žen, které se kurzu neúčastnily. Posouzení probíhalo v těhotenství a poté 1, 3, 6 a 12 měsíců po porodu. Výsledek

obdobně jako v našem výzkumu ukázal, že neexistuje statisticky významný rozdíl mezi těmito dvěma skupinami. Studie by však měla být uskutečněna také na větším vzorku respondentek.

Elliot et al. (2000) rozdělil ženy s rizikem vzniku poporodní deprese do dvou skupin. V první skupině se ženy zúčastnily 11 lekcí kurzu – pět z lekcí proběhlo v graviditě a šest v poporodním období. Druhá skupina se kurzů nezúčastnila. Ženy, které byly pozvány na kurzy, měly výrazně pozitivnější náladu než ženy s rutinní péčí. Výsledek studie zaznamenal výrazný pokles symptomů deprese u rizikových primipar. U multipar ke zlepšení symptomů nedošlo i přesto, že navštěvovaly intervenční kurzy.

Diplomová práce se ve svých cílech zaměřila také na to, jak podstatné je mít či nemít partnera u porodu, z hlediska míry rizika poporodní deprese. Výzkumná část diplomové práce potvrdila nulovou hypotézu, a to, že neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen, které měly u porodu přítomného otce dítěte a těch, které jej u porodu neměly.

Také diplomová práce Emocionální prožívání ženy pár týdnů po porodu od Pavlína Horké (2015, s. 62 - 64) využila kvantitativního výzkumu, aby zjistila, zda volí doprovod k porodu častěji prvorodičky nebo vícerodičky. Primipary doprovázela k porodu blízká osoba v 83 %, z čehož se nejčastěji jednalo o partnera rodící ženy. U multipar to poté bylo v 65 %. Z dotazníkového šetření poté vyplynulo, že emoce ženy po porodu jsou ovlivněny mnoha faktory, jako např. přítomnost otce u porodu, přístup zdravotníků, či předchozí zkušenost z porodu u vícerodiček. Z 250 žen, které se zúčastnily dotazníkového průzkumu, udávaly psychické problémy s nutností vyhledat odbornou pomoc pouze dvě ženy. Pro primipary i multipary je partner jednoznačně důležitou emoční podporou.

Třetím dílčím cílem bylo srovnat míru poporodní deprese u žen v závislosti na paritě. Průměrná hodnota rizika postpartální deprese byla vyšší u prvorodiček. Dle výsledku Mann Whitneyho U-testu neexistuje statisticky významný rozdíl v míře postpartální deprese mezi skupinou žen, které rodily poprvé a které rodily více než jednou. Potvrdila se tedy nulová hypotéza.

Výsledky výzkumu Abadiga (2019, s. 1 - 13) z Etiopie však ukazují, že poprvé rodící ženy, měly 4,99 krát vyšší riziko rozvoje poporodní deprese než ženy, které rodily více než počtvrté. Studie se zaměřovala také na plánované a neplánované gravidity, přičemž těhotné ženy, které těhotenství neplánovaly, měly riziko rozvoje poporodní deprese až 7,84 krát vyšší než ženy, jejichž gravidita plánovaná byla.

Diplomová práce se také shoduje s výsledky diplomové práce Výskyt poporodní deprese u žen v šestinedělí od autorky Lucie Kordekové (2016), která v jednom ze svých bodů

analyzovala vliv parity na riziko vzniku postpartální deprese. Její průzkum ukázal, že parita žen nemá vliv na vznik poporodní deprese.

Posledním cílem bylo zjistit vztah mezi mírou deprese a sociální oporou. Výsledky výzkumu diplomové práce odhalily, že existuje statisticky významná negativní souvislost mezi mírou postnatální deprese a mírou sociální opory a byla tak potvrzena alternativní hypotéza. Se vzrůstající mírou sociální opory se snižuje riziko postpartální deprese. Sociální opora působí jako protektivní faktor.

Kohortová studie Milgrom et al. (2019) rovněž zjistila, že sociální opora má silně protektivní vliv na ženu již od gravidity až do postpartálního období. Studie zkoumala vzájemný vztah sociální opory a deprese (Beckův dotazník deprese) s úzkostí (Beckův dotazník úzkosti) dvakrát během těhotenství a dvakrát v poporodním období do dvou let po porodu. Zatímco sociální opora je významným protektivním faktorem před depresí po celé citlivé období ženy – od gravidity až do poporodního období, před úzkostnými stavy se sociální opora ukázala jako nejvíce protektivní jen ve vyšším stádiu gravidity. Výsledky ukazují, že je důležité změnit přístup k perinatálně depresivním ženám a že je pro gravidní ženu důležitá sociální opora, a to především ke konci gravidity a prvních šest měsíců po porodu.

Sociální oporu, jako vysoce související faktor se vznikem poporodní deprese, označila ve své studii také Maliszewska et al. (2017, s. 889 – 896). Výzkum proběhl v Polsku a zúčastnilo se ho 548 žen, které vyplnily dotazník EPDS a dotazník BSSS (Berlínská škála sociální opory) čtyři týdny a tři měsíce po porodu. V tomto výzkumném vzorku žen se riziko deprese projevilo v 6,38 %. Stejně významnou roli jako potřeba sociální opory mělo pro ženy také to, aby se jim v poporodním období úspěšně spustila laktace.

V České republice ve výzkumu Fialy a kol. (2017, s. 3 – 10) bylo zařazeno 7 589 žen. Dotazníky byly vyplňovány ve třech obdobích – v graviditě a 6 týdnů po porodu, jej vyplnilo 3 768 matek, z nichž více než 85 % vyplnilo také dotazník šest měsíců po porodu. Počet primipar a multipar ve studii byl téměř totožný – zastoupení prvorodiček bylo 48,9 % a vícerodiček 49,5 %. Incidence postpartální deprese činila 11,8 % v období 6 týdnů po porodu a v době šesti měsíců od porodu toto procento kleslo na 10,1 %. Největšími rizikovými faktory pro rozvoj deprese v období šesti týdnů po porodu a hlavními stresory byly – neshody s partnerem, psychosociální stresory, deprese v anamnéze a matky žijící samy. V době šesti měsíců po porodu, byly největším stresem omezené příjmy, neshody s partnerem a případná nemoc dítěte. Primipary a rodiny s finančními úsporami, byly označeny za nízkorizikové pro vznik postpartální deprese. Ve výzkumu také nebylo

prokázáno riziko vzniku poporodní deprese v souvislosti s nechtěným těhotenstvím, pohlavím dítěte, způsobem porodu, převozem novorozence na jednotku intenzivní péče, věkem matky nebo jejím vzděláním. Díky studii bylo zjištěno, že neplánované těhotenství může být významným rizikovým faktorem pro vznik deprese, stejně jako problémy s kojením po porodu.

Limity studie

Výzkumného šetření se zúčastnilo 278 respondentek. V případě vyšší účasti v dotazníkovém šetření mohly být výsledky statisticky významnější. Limitem studie se může zdát skutečnost, že praktická část výzkumného šetření byla realizována prostřednictvím webových stránek. Výsledky výzkumu tudíž nemusí být zcela objektivní z hlediska špatného přečtení pokynů. Jednotlivé otázky byly však srozumitelně popsány a na závěr dotazníku měly ženy prostor vznést dotaz nebo připomínku. Nesprávně vyplněné dotazníky byly poté vyřazeny. Dalším omezením bylo také neproporcionální rozložení žen v jednotlivých oblastech, a to 174 žen po spontánním porodu a 104 žen po operativním porodu. Pro zmapování dané problematiky, v tomto případě psychických změn ženy v poporodním období, může být výsledek šetření prospěšný i přes jeho limity.

ZÁVĚR

Diplomová práce cílila na zjištění rizika postpartální deprese u žen v období ukončených šesti týdnů po porodu do jednoho roku. Cílem bylo zjistit, zda jsou rozvojem deprese v poporodním období ohroženy více ženy po spontánním porodu nebo ženy po porodu operativním. Dalšími cíli bylo zjistit, jestli má na rozvoj deprese vliv partner u porodu, předporodní kurzy nebo parita ženy. V neposlední řadě výzkum zjišťoval, zdali s rostoucí sociální oporou klesá riziko vzniku deprese.

Kritéria vymezující zkoumaný soubor – věk žen vyšší než 18 let, ukončené období šestinedělí, maximálně však 1 rok po porodu. Ženy po spontánním vaginálním porodu, plánovaném nebo akutním císařském řezu, vakuumentraci nebo klešťovém porodu. Vyplněním dotazníku byl respondentkami udělen souhlas se zařazením dotazníku do výzkumného šetření. Pro praktickou část diplomové práce byl využit dotazník Edinburské škály postpartální deprese a dotazník sociální opory. Skrze internetový portál bylo získáno 281 dotazníků, z nichž byly tři vyřazeny z důvodu vyplnění v období delším než 1 rok po porodu. Výzkumného šetření se zúčastnilo 278 respondentek.

Prvním cílem bylo analyzovat skrze dotazník EPDS míru rizika postpartální deprese u žen po spontánním a operativně vedeném porodu. K cíli byla stanovena hypotéza. Alternativní hypotéza předpokládala, že existuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen po spontánním porodu a skupinou žen po operativně vedeném porodu. Tato hypotéza byla zamítnuta a potvrdila se tak hypotéza nulová, která vypovídá o neexistenci statisticky významného rozdílu. Ačkoliv se hypotéza nepotvrdila a skupiny respondentek po spontánním a operativním porodu nebyly vyrovnané, ukazuje výsledek diplomové práce rizika vzniku poporodní deprese. Žen ze skupiny spontánních porodů, které získaly v dotazníku EPDS více než dvanáct bodů bylo 43, 7 %. Zatímco menšího výzkumného vzorku žen, po operativním porodu se skórem vyšším než dvanáct bodů, bylo 54, 8 %. V případě většího a vyváženého výzkumného vzorku může tento fakt naznačovat, že ženy po operativním porodu jsou rizikovější pro vznik postpartální deprese.

Druhým z cílů bylo zjistit míru rizika postpartální deprese u žen v závislosti na absolvování předporodního kurzu. Alternativní hypotéza vypovídá o existujícím statisticky významném rozdílu v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen, které absolvovaly předporodní kurzy a skupinou žen, které kurzy neabsolvovaly. Tato hypotéza se taktéž nepotvrdila a byla zamítnuta.

Třetí cíl byl zaměřen na zjištění rozdílu v míře rizika postpartální deprese v závislosti na přítomnosti otce u porodu. Alternativní hypotéza se nepotvrdila a byla proto přijata hypotéza nulová – neexistuje statisticky významný rozdíl v míře rizika postpartální deprese mezi skupinou žen, které měly u porodu přítomného otce dítěte a těch, které jej u porodu neměly.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, zda parita žen ovlivňuje riziko rozvoje postpartální deprese. Respondentky byly rozděleny do skupin primipar a multipar. Stanovená alternativní hypotéza, existuje statisticky významný rozdíl v míře postpartální deprese mezi skupinou žen, které rodily poprvé a které rodily více než jednou, se nepotvrdila. Byla přijata hypotéza nulová o neexistenci statisticky významného rozdílu mezi těmito dvěma skupinami žen.

Posledním cílem bylo zjistit vztah mezi mírou postpartální deprese a sociální oporou. K tomuto cíli se vztahuje alternativní hypotéza o existenci statisticky významného vztahu mezi mírou postpartální deprese a mírou sociální opory u žen po porodu. Získané výsledky tuto hypotézu potvrzují, a proto je alternativní hypotéza přijata.

Narození dítěte je velmi individuálním prožitkem, a proto by měl být brán zřetel na psychiku ženy již od gravidity až do postpartálního období. Vyšší průměr skóre získaného v dotazníku EPDS se objevilo u primipar, žen které neměly u porodu otce svého dítěte, žen které nenavštěvovaly předporodní kurz a žen, které podstoupily operativní porod. Tento výsledek ukazuje na důležitost dostatečné edukace žen o možných psychických změnách a rizikových faktorech již v období těhotenství. Porodní asistentky mohou tuto péči zajistit skrze předporodní kurzy, dále samotnou péčí a psychickou podporou během porodu. V poporodním období by měla být porodní asistentka ženě nejen dostatečnou psychickou oporou, ale také ji pomoci se získáním sebevědomí v péči o novorozence.

REFERENČNÍ SEZNAM

- 1) ABADIGA Muktar, 2019. Magnitude and associated factors of postpartum depression among women in Nekemte town, East Wollega zone, west Ethiopia. A community based study. *PLoS ONE* [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0224792>
- 2) ARIS-MEIJER et al., 2019. What If Pregnancy Is Not Seventh Heaven? The Influence of Specific Life Events during Pregnancy and Delivery on the Transition of Antenatal into Postpartum Anxiety and Depression. *International Journal of Enviromental research and Public Health* [online]. DOI:10.3390/ijerph16162851.
- 3) BIGELOW Ann et al., 2012. Effect of Mother/Infant Skin-to-Skin Contact on Postpartum Depressive Symptoms and Maternal Physiological Stress. *AWHONN, the Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses* [online]. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2012.01350.x
- 4) BINDER Tomáš a kol. 2012. *Porodnictví*. Charles University in Prague, Karolinum Press. ISBN 978-80-246-1907-1.
- 5) BORRA Cristina et al., 2015. New evidence on breastfeeding and postpartum depression: The importance of understanding women's intentions. *Matern childs health journal* [online]. DOI: [10.1007/s10995-014-1591-z](https://doi.org/10.1007/s10995-014-1591-z)
- 6) BORŮVKOVÁ, Jana, 2013. *Základy statistiky: dotazníkové šetření: studijní text*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. ISBN: 978-80-87035-80-1.
- 7) BOYCE Philip and Anthea R HICKEY, 2005. Psychosocial risk factors to major depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. DOI: 10.1007/s00127-005-0931-0
- 8) COBURN Shayna S. et al., 2016. Multiple domains of stress predict postpartum depressive symptoms in low-income Mexican American women: the moderating effect of social support. *Womens Ment Health* [online]. DOI 10.1007/s00737-016-0649-x
- 9) CORRIGAN Catherine P. et al., 2015. Social Support, Postpartum Depression, and Professional Assistance: A Survey of Mothers in the Midwestern United States. *The Journal of Perinatal Education* [online]. DOI: [10.1891/1058-1243.24.1.48](https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.1.48)

- 10) COOIJMANS et al., 2017. Effectiveness of skin-to-skin contact versus care-as-usual in mothers and their full-term infants: study protocol for a parallel-group randomized controlled trial. *BMC Pediatrics* [online]. DOI 10.1186/s12887-017-0906-9
- 11) COX J. L. et al., 1987. Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry* [online]. Dostupné z: <http://www.fresno.ucsf.edu/pediatrics/downloads/edinburghscale.pdf>
- 12) DUŠOVÁ Bohdana a Nikola MONIAKOVÁ, 2010. Emoční změny u žen v období šestinedělí. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. Recenzovaný vědecký časopis. Roč. 1, č. 4/2010. ISSN 1804-2740.
- 13) DUŠOVÁ Bohdana a kol., 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-271-0837-4.
- 14) ELLIOT Sandra A. et al., 2000. Promoting mental health after childbirth: a controlled trial of primary prevention of postnatal depression. *British Journal of Clinical Psychology* [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1348/014466500163248>
- 15) FIALA A. et al., 2017. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry* [online]. DOI:10.1186/ s12888-017-1261-y
- 16) FITELSON E. et al., 2011. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Womens Health* [online]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3039003>
- 17) FRIEDLOVÁ Martina a Martin LEČBYCH, 2015. *Symposium rodinné terapie*. Sborník příspěvků z konference. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4598-4.
- 18) GILLERNOVÁ Ilona a kol., 2011. *Psychologické aspekty změn v české společnosti*. Praha: Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-2798-1.
- 19) GUTMANOVÁ Laura, 2003. *Mateřství a setkání ženy s vlastním stínem*. Praha. MAITREA. ISBN 978-80-87249-46-8
- 20) HÁJEK a kol., 2014. *PORODNICTVÍ*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha, Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-4529-9

- 21) HAHN-HOLBROOK J. et al., 2018. Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in Psychiatry* [online]. February 2018, Volume 8, Article 248. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00248
- 22) CHALISE Anisha et al., 2019. Postpartum Depression and its Associated Factors: A Community-based Study in Nepal. *Journal Nepal Health Research Council* [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v0i0.1635>
- 23) JEDLIČKOVÁ Martina, 2008. Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického. *Praktická gynekologie* [online]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2008-2/obecny-nahled-na-problematiku-deprese-po-porodu-z-hlediska-gynekologicko-porodnickeho-48253>
- 24) KAŠPÁREK Tomáš, 2013. SSRI v graviditě a laktaci. *Psychiatrie pro praxi*. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/10.pdf>
- 25) KEBZA, V. a I. ŠOLCOVÁ, 1999. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*. roč. XLIII, č. 1, s. 19–38. ISSN 0009-062X
- 26) KORDEKOVÁ Lucie, 2016. *Výskyt poporodní deprese u žen v šestinedělí*. Diplomová práce. Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta, Ústav ošetrovatelství a porodní asistence. Dostupné z: <https://theses.cz/>
- 27) MALISZEWSKA Karolina et al., 2017. Screening for maternal postpartum depression and associations with personality traits and social support. A Polish follow-up study 4 weeks and 3 months after delivery. *Psychiatria Polska* [online]. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/68628>
- 28) MILGROM Jeannette et al., 2019. Social Support – A Protective Factor for Depressed Perinatal Women? *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. DOI:10.3390/ijerph16081426
- 29) MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
- 30) MOORE Elizabeth R. et al., 2016. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane systematic review. *Cochrane Databases of Systematic Reviews* [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003519.pub4>
- 31) MROWETZ Michaela, 2010. *Porod – připoutejte se prosím! Aneb bonding pomáhá dětem i matkám*. In: www.azrodina.cz [online]. Dostupné z: <http://www.azrodina.cz/3509-porod-pripoutejte-se-prosim>

- 32) MROWETZ Michaela a kol., 2011. *Bonding – porodní radost: podpora rodiny jako cesta k ozdravení porodnictví a společnosti?* DharmaGaia. ISBN 978-80-7436-014-5
- 33) MUNOZ Ricardo F. et al, 2007. Prevention of Postpartum Depression in Low-Income Women: Development of the Mamás y Bebés/Mothers and Babies Course. *Cognitive and Behavioral Practice* [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.04.021>
- 34) PRAŠKO Ján a kol. 2012. *Depresivní porucha a jak jí překonat*. Galén: druhé vydání. ISBN 978-80-7262-656-4.
- 35) RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Reklamní atelier Area. ISBN: 978-80-254-2186-4
- 36) RATISLAVOVÁ K., 2008. Psychologie pozdního šestinedělí. *Moderní babičství* [online]. Vyd. Praha. 2008 (č. 16) s. 1 - 4[cit. 2011-02-27]. ISSN 1214 – 5272. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-16/?pdf=6>
- 37) RAUH Claudia et al., 2012. Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression. *Archives of Gynecology and Obstetrics* [online]. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2470-8>
- 38) ROZTOČIL et al., 2017. *MODERNÍ PORODNICTVÍ*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha, Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-5753-7.
- 39) SALOŇOVÁ Radka, 2015. *Poporodní deprese v postnatálním období*. Diplomová práce. Ostravská univerzita v Ostravě, Specializace ve zdravotnictví, Komunitní péče v porodní asistenci. Dostupné z: <https://theses.cz/>
- 40) SEYMOUR-SMITH Magen et al., 2017. Loss of group memberships predicts depression in postpartum mothers. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [online]. DOI 10.1007/s00127-016-1315-3.
- 41) STAPLETON et al., 2012. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of family psychology* [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/a0028332>
- 42) ŠEBELA Antonín a kol. 2018. Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. *Česká gynekologie*. 83, č. 6. ISSN 1210-7832.
- 43) ŠEBELA Antonín a kol. 2019. Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese. *Česká gynekologie*. 84, č. 1. ISSN 1210-7832.

- 44) ŠEBELA Antonín a kol. 2019. Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie. Část I: deprese, úzkostné poruchy, poruchy spánku a ADHD. *Psychiatrie pro praxi* [online]. DOI: 10.36290/psy.2019.005
- 45) ŠIMETKA Ondřej, 2016. Operační vaginální porod – doporučený postup. Časopis *ČESKÁ GYNEKOLOGIE* - revize z roku 2013. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. č. 81. ISSN 1210-7832
- 46) TAKÁCS a kol. 2015. *Psychologie v perinatální péči*. Grada Publishing a.s. ISBN 978-80-247-9715-1
- 47) TAMBAG H. et al., 2018. Perceived Social Support and Depression Levels of Women in the Postpartum Period in Hatay, Turkey. *Nigerian Journal of Clinical Practice* [online]. DOI: 10.4103/njcp.njcp_285_17
- 48) VAEZI Atefeh et al., 2019. The association between social support and postpartum depression in women: A cross sectional study. *Women Birth* [online]. DOI: [10.1016/j.wombi.2018.07.014](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.07.014)
- 49) ZÁBRANSKÝ, František, 1997. *Technika císařského řezu*. Praha: Galén. ISBN: 80-85824-69-8
- 50) ZANARDO V. et al., 2018. The role of elective and emergency cesarean delivery in maternal postpartum anhedonia, anxiety and depression. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* [online]. Vol. 143. DOI: 10.1002/ijgo.1265

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

BSSS	Berlin social support scale
EPDS	Edinburgh postnatal depression scale
ECT	Elektrokonvulzivní léčba
PPD	post partum depression
PSSS	Perceived social support scale
SC	sectio caesarea
SSC	skin to skin contact
TEN	trombembolická nemoc
VEX	vakuumextrakce

SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1 – Charakteristika zkoumaného souboru</i>	39
<i>Tabulka 2 – Přehled naměřených hodnot dotazníku EPDS u žen po spontánním porodu</i>	40
<i>Tabulka 3 - EPDS dle druhu porodu</i>	43
<i>Tabulka 4 – Srovnání míry deprese na základě absolvování či absence na předporodním kurzu.....</i>	44
<i>Tabulka 5 – EPDS a předporodní kurz</i>	45
<i>Tabulka 6 – Riziko rozvoje deprese na základě přítomnosti otce u porodu.....</i>	46
<i>Tabulka 7 – EPDS a otec u porodu</i>	46
<i>Tabulka 8 – Riziko rozvoje deprese dle parity ženy.....</i>	47
<i>Tabulka 9 – EPDS a parita žen</i>	48
<i>Tabulka 10 – vztah mezi mírou deprese a sociální oporou.....</i>	49

SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1 – Procentuální grafické rozložení skóre dotazníku EPDS u žen po spontánním porodu</i>	41
<i>Graf 2 – Procentuální grafické rozložení skóre dotazníku EPDS u žen po operativním porodu</i>	42

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Stanovisko Etické komise FZV UP

