

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2020

Barbora Vítková

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Péče porodní asistentky o šestinedělku s poporodní depresí

Barbora Vítková

2019/2020

Bakalářská práce

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2017/2018

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE** (projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Barbora Vítková**  
Osobní číslo: **Z16408**  
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
Téma práce: **Péče porodní asistentky o šestinedělku s poporodní depresí**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

### Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, 2013. ISBN 978-80-7345-316-9.
2. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
3. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0859-4.
4. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
5. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ilona Kašparová**  
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2017**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **7. května 2020**

L.S.

---

**doc. Ing. Jana Holá, Ph.D.**  
děkanka

---

**Mgr. Markéta Moravcová, Ph.D.**  
vedoucí katedry

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 10. 6. 2020

Barbora Vítková

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych poděkovala vedoucí bakalářské práce Mgr. Iloně Kašparové za ochotu, zájem a užitečné rady ve zpracovávání bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat své rodině a příteli, kteří mi byli maximální oporou v průběhu studia.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce je zaměřena na poporodní psychickou poruchu, konkrétně poporodní depresi. Teoretická část shrnuje onemocnění poporodní deprese, její projevy, příčiny a léčbu. Je zde popsána i péče porodní asistentky o ženu s tímto onemocněním. Pro úplnost tématu možných psychických poruch po porodu jsou v teoretické části stručně uvedeny i informace o poporodním blues a poporodní psychóze.

V průzkumné části bakalářské práce je analyzována míra znalostí respondentek o tématu poporodní deprese, což je hlavním cílem průzkumné části práce. Průzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření vlastní tvorby. Praktickým výstupem bakalářské práce je informační materiál o tématu poporodní deprese určený pro těhotné, ženy po porodu a jejich blízké.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Poporodní období, poporodní deprese, péče porodní asistentky, informační materiál.

## **TITLE**

The care of midwife for woman in puerperium with postpartum depress

## **ANNOTATION**

The bachelor thesis is focused on postpartum mental disorder, specifically postpartum depression. The theoretical part summarizes the disease of postpartum depression, its manifestations, causes and treatment. The care of a midwife for a woman with this disease is also described here. For the completeness of the topic of possible mental disorders after childbirth, the theoretical part also briefly provides information on postpartum blues and postpartum psychosis.

The exploratory part of the bachelor's thesis analyzes the level of respondents' knowledge of the topic of postpartum depression, which is the main goal of the exploratory part of the thesis. The survey was conducted using a questionnaire survey of their own work. The practical output of the bachelor's thesis is information material on the topic of postpartum depression intended for pregnant women, postpartum women and their loved ones.

## **KEYWORDS**

Postpartum period, postpartum depression, care of midwife, information material.



# OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíl práce.....	13
Teoretická část.....	14
2 Poporodní období.....	14
2.1 Psychické změny u ženy po porodu.....	15
2.2 Poporodní deprese.....	15
2.2.1 Definice poporodní deprese.....	15
2.2.2 Příznaky poporodní deprese.....	17
2.2.3 Příčiny poporodní deprese.....	19
2.2.4 Léčba PPD.....	21
2.2.5 Screening poporodní deprese.....	26
2.2.6 Rizika neléčené PPD.....	27
2.2.7 Prevence PPD.....	28
2.2.8 Péče porodní asistentky o ženu s PPD.....	28
3 Další možné psychické poruchy vznikající v poporodním období.....	32
3.1 Poporodní blues.....	32
3.1.1 Příznaky poporodního blues.....	33
3.1.2 Léčba poporodního blues.....	33
3.2 Poporodní psychóza.....	34
3.2.1 Příznaky poporodní psychózy.....	34
3.2.2 Léčba poporodní psychózy.....	35
Průzkumná část.....	36
4 Průzkumné cíle a průzkumné otázky.....	36
4.1 Průzkumné cíle.....	36
4.2 Průzkumné otázky.....	36
5 Metodika práce.....	37

5.1	Charakteristika průzkumného vzorku .....	37
5.2	Zpracování dat a jejich vyhodnocení .....	37
6	Analýza a interpretace výsledků průzkumu .....	39
6.1	Celková interpretace výsledků – znalosti respondentek o poporodní depresi .....	51
7	Informační leták o poporodní depresi .....	53
7.1	Návrh informačního letáku o poporodní depresi .....	54
8	Diskuze .....	56
9	Závěr .....	60
10	Použitá literatura .....	61
11	Přílohy .....	66

## **SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1: Věk respondentek .....	39
Graf 2: Parita respondentek .....	40
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek .....	41
Graf 4: Znalost definice PPD .....	42
Graf 5: Možné zdroje informací o PPD .....	44
Graf 6: Délka trvání příznaků PPD .....	45
Graf 7: Rizikový faktor vzniku PPD.....	46
Graf 8: Možnosti léčby PPD .....	47
Graf 9: Možnosti prevence PPD .....	49
Graf 10: Volba formy edukačního materiálu o PPD.....	50
Graf 11: Výsledné znalosti respondentek o PPD .....	52

## **SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1: Výsledné znalosti respondentek o PPD .....	51
---	----

## SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

ČR	Česká republika
FZS	Fakulta zdravotnických studií
NPK	Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
PPD	Poporodní deprese
EKT	Elektrokonvulzivní léčba
KBT	Kognitivně - behaviorální terapie
EPDS	Edinburghská škála poporodní deprese

## ÚVOD

Poporodní období je čas velkého emočního napětí způsobeného několika faktory, kdy nejvýznamnějším faktorem jsou hormonální změny. Šestinedělí je doba, kdy si žena zvyká na novou významnou roli v životě. Je to role matky, což je pro mnoho žen velkou změnou a ne každá tuto roli dokáže statečně přijmout. Dítě, na které se po dobu celého těhotenství tak těšila, vyžaduje mnoho péče, která je jak časově, tak především psychicky náročná. Proto ne každá žena je schopna ji zvládnout a mnoho z nich trpí psychickými změnami, které mohou vést až k fatálnímu konci. Proto tvrzení, že poporodní období patří do nejšťastnějšího času v životě ženy, bývá pro mnoho žen často mylné.

Psychické rozladění je po porodu běžným symptomem. Matka je především unavená, již nemá dostatek spánku jako před příchodem potomka. Není čas na běžné činnosti, které byla schopna vykonávat před graviditou i v jejím průběhu. Tyto náhlé změny vedou nejčastěji k emočnímu ladění, kterým poté trpí i okolí ženy a především partner. Dochází k pocitům selhání a sebeobviňování.

Existuje hned několik psychických změn, které mohou po porodu nastat, aniž by to mnoho lidí tušilo. Mezi nejznámějšími jsou uváděny poporodní blues, poporodní psychóza a poporodní deprese. Tyto psychické změny mohou být svým působením velmi nebezpečné a mohou vést až k tragickému konci. Proto je velmi důležité včasné rozpoznání nemoci a jejich léčba a je tedy žádoucí, aby se o této problematice vědělo a více mluvilo.

Teoretická část práce je věnována problematice poporodních psychických změn v poporodním období. Velkým popsáním tématem je především poporodní deprese, ale dále zde uvádím informace o poporodním blues a poporodní psychóze, aby téma poporodních psychických změn bylo uceleno. Práce slouží pro přiblížení problematiky těchto nemocí a uvedení péče porodní asistentky o ženu s poporodní depresí.

Praktická část bakalářské práce je vedena formou kvantitativního výzkumu, který byl proveden pomocí dotazníku vlastní tvorby. Hlavním cílem této části bakalářské práce bylo zjistit míru znalostí žen o tématu poporodní deprese. Výstupem průzkumné části bakalářské práce je informační leták o poporodní depresi, který byl sestaven na základě odborné literatury a výsledků z dotazníkového šetření. Leták je informačním materiálem, který zmiňuje všechny potřebné informace o PPD.

# 1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem teoretické části práce je uvést a charakterizovat jednotlivé psychické změny, které mohou u ženy po porodu nastat, především se zaměřením na poporodní depresi.

Hlavním cílem průzkumné části práce je zjistit míru znalostí oslovených respondentek o poporodní depresi na oddělení šestinedělí. Dalším cílem práce je na základě odborné literatury a výsledků dotazníkového šetření vytvořit informační leták o poporodní depresi pro těhotné a ženy po porodu.

## TEORETICKÁ ČÁST

Teoretická část bakalářské práce popisuje změny, které mohou v období po porodu nastat. Velkým popsáním tématem je poporodní deprese. V práci jsou však zmíněny také poporodní blues a poporodní psychóza, což jsou další psychické změny, které se mohou objevit v poporodním období. Tyto další dvě možné psychické poruchy jsou v teoretické části uvedeny pro komplexnost podávaných informací.

### 2 POPORODNÍ OBDOBÍ

Poporodní období je vzhledem k jeho délce nazýváno šestinedělí. Počátek poporodního období začíná porodem placenty. Roztočil (2017) se osobně kloní k možnosti, že konec šestinedělí je zcela individuální a zpravidla je považován za ukončení poporodních involučních změn v organismu matky. Uvádí, že šestinedělí končí mezi 6. - 12. týdnem po porodu. Zpravidla se fyziologické funkce navrací k normálu po 6 týdnech, nicméně psychické změny mohou přetrvávat i několik měsíců po porodu (Roztočil a kol., 2017, s. 216).

Poporodní období je doprovázeno řadou několika dramatických změn, jako je změna endokrinní, kde dochází k poklesu estrogenů a progesteronu, k vzestupu prolaktinu a oxytocinu, k poklesu sekrece glukokortikoidů a opioidů. Do poporodního období se řadí hlavně změny fyzické jako je zvýšená únava, zvýšené nároky na fyzický výkon a také změna vzhledu. Dochází však i ke změně sociální, která je pro ženu náročná ve smyslu zvyknout si na novou roli matky. Tyto zásadní změny po porodu vedou ke zvýšené úzkosti a smutku (Chromý, 2005, s. 180).

Období po narození dítěte je pro většinu lidí představou času radosti a nadšení, avšak poporodní období je často ohroženo změnami nálad, kdy nejčastější změnou je zhoršená nálada (Praško, 2015, s. 41).

Změny v oblasti psychiky řadíme mezi běžné poruchy v období po porodu a jsou často považovány za fyziologické. Jejich míra výskytu je různá, buď v menší nebo naopak ve větší míře, avšak objevují se po porodu u každé ženy. Porod je brán jako náročná situace a zároveň jako období, kdy si žena zvyká a učí se nové roli matky. Je na ni kladeno mnoho nových nároků, které jsou žádoucí, aby se naučila a aby je byla schopna zvládat. Proto není překvapením, že právě v tomto období dochází u mnoha žen k poruchám psychiky.

*„Poporodní psychické poruchy překračují svým trváním a intenzitou určitou patologii, která je v období šestinedělí tolerována.“ (Hájek a kol., 2014, s. 396).*

Pařízek (2006) říká, že poporodní období není vždy pro ženu šťastnou dobou. Toto období je zatíženo velkými hormonálními změnami, které mohou mít na ženu až fatální následky. Jen málo lidí napadne, že v období po porodu neprožívá matka jen pocity radosti a positivity. Její nejbližší pocitují štěstí, aniž by tušili, že ona může být ohrožena takovými hormonálními změnami, které mohou vyústit až v závažné onemocnění jako je poporodní deprese (Pařízek, 2006, s. 335).

## **2.1 Psychické změny u ženy po porodu**

Na psychiku ženy má velký vliv ukončení porodu například císařským řezem, zvláště šlo-li o operaci akutní, kdy žena ani její partner neměli dostatek prostoru se na tuto situaci připravit. U těchto případů mohou různé psychické a psychosomatické obtíže přetrvávat delší dobu, uvádí se možné trvání až rok po porodu. Weiss (2010) píše, že právě akutní císařský řez může být spouštěcím faktorem pro vznik posttraumatické stresové poruchy (Weiss a kol., 2010, s. 300).

Depresivní ladění je po porodu v období šestinedělí velmi typické. Depresivní nálada většinou přichází kolem 4. dne po porodu. Nedělka je po většinu času plačtivá a přecitlivělá. Tento stav není nijak závažný, většinou dojde k samovolné úpravě (Binder, 2015, s. 245).

Poporodní psychický stav nedělky je možné rozdělit do několika stupňů, které mají schopnost v sebe přecházet. Velmi často je ale obtížné ženu zařadit do určité skupiny. Mezi první skupinu žen patří nedělky, které nikterak v oblasti psychologie nevybočují z normálního stavu netěhotné ženy. Jsou to ženy, kterým nedělá problém zvládat novou roli matky, jsou orientované v interpersonálních vztazích a vnitřně prožívají pocit štěstí a spokojenosti. Do druhého stupně řadíme tzv. poporodní blues, dále poporodní deprese a poporodní psychózu (Roztočil a kol., 2017, s. 218).

## **2.2 Poporodní deprese**

Tato kapitola je zaměřena na poporodní depresi. Zabývá se charakteristikou nemoci s jejími příznaky, příčinami a léčbou onemocnění. Je zde zahrnuta péče porodní asistentky o ženu s poporodní depresí.

### **2.2.1 Definice poporodní deprese**

*„Termín poporodní deprese se používá pro stavy, které jsou svou závažností mezi poporodní blues a poporodní depresivní psychózou.“* (Weiss a kol., 2010, s. 300).



Weiss (2010) píše, že k propuknutí této psychické nemoci může dojít kdykoliv během 6 měsíců po porodu. Výskyt poporodní deprese se udává ve velmi širokém rozmezí, což souvisí s určením přesné definice. Nejhorším obdobím pro vznik tohoto onemocnění bývá doba po příchodu z porodnice domů nebo zhruba v období tří týdnů po porodu, kdy již matka zůstává na péči o kojence povětšinou sama a končí pomoc širší rodiny. Příznaky ve většině případů odezní během 3 - 14 měsíců (Weiss a kol., 2010, s. 300).

Češková (2013) ve své knize uvádí, že psychické změny, zejména depresivní poruchy, se častěji objevují v období po porodu než v době gravidity. Deprese se nejčastěji vyskytuje v průběhu 4 - 6 týdnů po porodu. Některé ženy pociťují absolutní nezájem o své dítě, jiné ženy naopak trpí silným pocitem nesnesitelného strachu o novorozence a úzkostnými pocity být s dítětem sama. Silné obavy a strach o dítě mohou mít až obsedantní charakter a mohou se tak stát objektem bludu a přítomnosti halucinací. Pocity viny, inkompetence a zvýšené riziko sebevraždy jsou závažné obtíže provázené poporodní depresí (Češková, 2013, s. 30).

Výskyt poporodní deprese je cca u 10 % nedělek. Její projev může nastat v kterémkoliv období po ukončení těhotenství, a to od spontánního nebo umělého potratu, mimoděložního těhotenství, předčasného porodu až k termínovému těhotenství. Příznaky se pohybují od mírné formy, ale mohou dojít až k závažnému stavu se sebevražednými tendencemi. Tyto příznaky se mohou objevit v kterémkoliv období těhotenství - od jeho ukončení až do 1 roku po porodu (Roztočil a kol., 2017, s. 218).

Poporodní deprese představuje vážnou a potencionálně až život ohrožující psychickou nemoc. Nejen porod, ale i samotné těhotenství je velkým zásahem do organismu ženy, kdy se mění aktivita hormonů a také stav vnitřního prostředí. V kombinaci se stresem je poté žena vystavena riziku vzniku některého typu deprese. Poporodní deprese může navazovat na poporodní blues, ale může se také vyskytnout bez předchozích emocionálních výkyvů, a to i za 4 - 12 měsíců po porodu. Nejsilnější a nejvíce závažné druhy depresí přicházejí brzy po porodu, ty méně silné propukají od dvou týdnů nebo jednoho roku poté. U 10 - 15 % žen může tato nemoc přetrvávat i do dalšího těhotenství (Jedličková, 2008, s. 86).

Poporodní deprese je označována jako stav, který často navazuje na poporodní blues, kdy příznaky trvají ještě po 14 dnech a postupem času dochází k jejich prohlubování. „*Objevují či přidávají se pocity jako je beznaděj, bezmoc, strach ze samoty, pocity selhání, obavy z budoucnosti, nerozhodnost, ztráta zájmu a radosti, nechutenství nebo přejídání.*“ Ženy často trpí pocitem, že péči o dítě nezvládají a ani nejsou schopny zvládat. Poporodní deprese se

povětšinou projeví v době mezi 6. - 12. dnem po porodu, ale může vzniknout i rok poté (Hájek a kol., 2014, s. 396).

Holland (2016) ve své knize píše, že poporodní deprese nevrcholí ihned po porodu, ale až kolem desátého týdne po porodu. Výrazným faktorem vzniku poporodní deprese je odstavení dítěte, na jehož základě dochází k poporodní depresi z důvodu snížení hladiny oxytocinu (Holland, 2016, s. 91).

Je prokázáno, že 50 - 80 % žen prožívá po porodu krátkou epizodu špatné a smutné nálady. Žena trpí dojmem, že k dítěti nepociťuje to, co by se od matky po porodu očekávalo. Tyto výrazné a prudké změny v poporodním období mají za následek rapidní pokles estrogenů a progesteronu. Praško (2015) uvádí, že nejčastěji se poporodní deprese objevuje u prvorodiček a také u žen, které před těhotenstvím prožívaly silnou premenstruační tenzi (Praško, 2015, s. 41).

Mnoho žen si myslí, že poporodní deprese se jich netýká, avšak právě toto onemocnění může postihnout každou ženu po porodu bez ohledu na to, zda deprese již v minulosti prodělala či nikoliv. Poporodní deprese postihuje ženy kteréhokoliv věku, kteréhokoliv národnosti, etnického původu a socioekonomického prostředí. Existuje pouze jeden společný faktor a tím je narození dítěte bez ohledu na to, zda u prvního dítěte se deprese projevila či ne. I přes to, že poporodní deprese není tak běžná jako například poporodní smutek, je podle výzkumu patrné, že postihuje zhruba 10 - 20 % žen (Wider, 2009, s. 126).

Tenenbaum (2018) uvádí, že třetí až čtvrtý týden po porodu (nikoliv den) je období, kdy se může nejčastěji objevit poporodní deprese. Hormonální život podléhá velkým změnám, které mohou vyvolat proměnlivost nálad a silnou emoční zranitelnost (Tenenbaum, 2018, s. 40 - 41).

### **2.2.2 Příznaky poporodní deprese**

Příznaky onemocnění jsou různé, ale mezi nejčastější patří především nespavost, neschopnost milovat svoji rodinu a ambivalentní neboli jakoby dvojí vztahy k novorozenci. Tento stav se může objevit i v následující graviditě v 50 - 100 %. Roztočil (2017) uvádí, že příznaky se projevují od mírné formy až po suicidální myšlenky (Roztočil a kol., 2017, s. 218).

Depresivní matka o dítě nejeví takový zájem, jaký je u matek po porodu běžný, nevěnuje mu dostatečnou pozornost a péči. Pokud dojde k situaci, že se deprese prohloubí do těžkého stupně až do psychotické deprese, může stav ohrožovat nejen matku, ale i dítě, a to až po rozšířenou sebevraždu, což znamená vraždu dítěte a sebevraždu (Olejárová, 2017, s. 168).

Šebela (2019) řadí ve svém článku mezi hlavní příznaky nemoci pokleslou nebo smutnou náladu, úbytek příjemných prožitků a celkový nezájem. Jako přidružené příznaky lze očekávat silnou únavu nebo ztrátu energie a snížení libida, poruchu chuti k jídlu, výrazný úbytek nebo zvýšení hmotnosti, poruchu spánku, pocity viny a neklid nebo psychomotorické zpomalení. V nejtěžších případech i myšlenky na smrt (Šebela, 2019, s. 69).

Poporodní deprese se také projevuje výrazným snížením sebeúcty a také pocitem, že lidé v okolí ženu nedokáží pochopit a porozumět jejím pocitům. Žena má na mysli nejčastěji svého partnera. Dále mezi varovné příznaky patří hlavně neschopnost věnovat se běžným činnostem a značná únava, kterou již nelze vysvětlovat jako následek porodu nebo množství probdělých nocí u dítěte. Žena, která trpí poporodní depresí, má pocit, že ji její novorozené dítě nějakým způsobem ohrožuje, což může být velkým rizikem a může matku dovést až k vraždě dítěte během delirantních představ. Proto je nutné ženu v tomto stavu okamžitě hospitalizovat, neboť zde hrozí vážné riziko poškození matky i dítěte (Tenenbaum, 2018, s. 41).

Symptomy jsou či mohou být u každé osoby jiné. Přesto, že většina žen předpokládá, že se u nich objeví určitá forma poporodního smutku, příznaky skutečné deprese bývají často přehlíženy nebo si jich vůbec nepovšimneme. Wider (2009) uvádí, že mezi nejčastější příznaky poporodní deprese se řadí apatie či ztráta zájmu, potěšení z různých aktivit, letargie či ztráta energie a motivace a také chorobná nespavost. Nechybí zde ani trvalý pocit smutku a beznaděje, které jsou doprovázeny pocity zbytečnosti (Wider, 2009, s. 131 - 132).

Ženy mívají pocit, že jim vše přerůstá přes hlavu a prožívají úzkost. Příznakem je také opakovaný záchvat pláče, který přechází v hysterii, pocity zloby, podrážděnosti a nervozity. Žena se může natolik uzavřít, že vymizí kontakt s rodinou a přáteli i celým okolím. Poporodní deprese může být natolik silná, že žena pomýšlí na ublížení sama sobě, a hlavně svému dítěti (Wider, 2009, s. 131 - 132).

Pařízek (2006) uvádí, že projevy poporodní deprese po dvou až třech týdnech bývají také nechutenství, žaludeční a střevní obtíže (např. zácpa a průjem) a mimo jiné pocity viny, kdy je žena přesvědčena, že je špatnou matkou (Pařízek, 2006, s. 336).

Praško (2015) uvádí, že při poporodní depresi převládají pocity selhání, nerozhodnost, úzkost, strach ze samoty a sociální izolace. Žena má pocity beznaděje a bezmoci. Mohou se objevit i katastrofické obavy z budoucího života s dítětem. Poporodní deprese je natolik silný stav, kdy žena může mít až pocity, že dítě je nechtěné, že jej nedokáže naplno milovat a postarat se o něj. Dítě od sebe odhání a nevěnuje mu dostatečnou péči. Nechuť dotýkat se dítěte je dalším

z mnoha příznaků poporodní deprese. U tohoto onemocnění existuje také riziko vzniku závislosti na alkoholu, panické ataky, impulze a obsese (Praško, 2015, s. 42).

### 2.2.3 Příčiny poporodní deprese

Změny psychiky pramení především z hormonálních a somatických změn po porodu a také z adaptace na roli matky. Vytváří se vřelý citový vztah k novorozenému dítěti, který je podporován včasným přiložením dítěte k prsu matky a jejich vzájemným kontaktem co nejdříve po porodu. Nejintenzivnější láska k dítěti propuká právě dvě hodiny po porodu v době **boondingu**, který je charakterizován jako utváření citové vazby matky a dítěte ihned po porodu. V porodnici k tomuto systému přispívá systém **roaming-in** neboli společný pobyt matky s dítětem v jedné místnosti, často společně s otcem dítěte. V prvních dnech po porodu přetrvává u matky spíše pocit uvolnění a zvýšeného sebevědomí, avšak v následujících dnech se u ní může objevit přechodná vegetativní a emocionální labilita (Slezáková a kol., 2017, s. 234).

Mezi nejčastější rizikové faktory PPD se řadí především vliv hormonů, které se v poporodním období velice mění, dále sklon k depresi v rodinné anamnéze, problémy ve vztahu či nedostatečná podpora od manžela či partnera nebo ostatních členů rodiny. Mezi faktory psychologické se na vzniku poporodní deprese podílejí i pocity bezmoci, které porod vyvolává. Dalším psychologickým faktorem je nutnost starat se o jiného, nedostatek spánku a odpočinku a v neposlední řadě neschopnost kojení jakožto jediné možné výživy novorozence (Slezáková a kol., 2017, s. 234).

Holland (2016) tvrdí, že kojení výrazně ovlivňuje a snižuje výskyt poporodní deprese, avšak u žen, které chtěly kojit, ale nemohly, je riziko vzniku PPD naopak větší. Proto právě tyto ženy potřebují větší emoční podporu. Dále uvádí, že jakmile dítě trpí jakoukoliv nemocí, kolikami nebo trvale pláče a nedá se utiřit, je riziko vzniku poporodní deprese podstatně vyšší. Jakmile se v minulosti již někdy vyskytla poporodní deprese nebo těžký syndrom PMS, můžeme opět předpokládat možné riziko vzniku psychických změn a také poporodní deprese (Holland, 2016, s. 91).

Roztočil (2017) uvádí, že mezi rizikové faktory vzniku poporodní deprese se může řadit věk rodičky nižší než 20 let, ženy, které jsou stále svobodné, ženy, které mají jakýkoliv zdravotní handicap, nedělka pocházející z rodiny o šesti a více dětech. Dále ženy, které vyrůstaly v nekompletní rodině se špatným vztahem k rodičům v dětství a dospělosti, špatný vztah k otci dítěte, problémy ekonomické a problémy s bydlením, neukončené základní vzdělání. Vlastní příčinou vzniku tohoto onemocnění je porucha hypothalamo-hypofyzo-adrenální osy

s poruchami sekrece kortikotropin-releasing hormonu. „*Sociálním vyvolávajícím momentem je často ztráta chtěného těhotenství.*“ (Roztočil a kol., 2017, s. 218).

Klasické biologické modely PPD vycházejí ze skutečnosti, že během těhotenství dochází k dramatickému vzrůstu reprodukčních a stresových hormonů, avšak po porodu jejich hladina okamžitě klesá. Bylo uvedeno, že estrogen i progesteron mají všeobecně ochranný účinek před depresivními symptomy a jejich pokles v době po porodu může u zranitelných žen odstartovat rozvoj depresivní symptomatiky. Faktorem nejvíce zvyšujícím riziko vzniku deprese po porodu je přítomnost jakéhokoliv psychiatrického onemocnění v rodinné anamnéze. Mezi rizikové faktory až příčiny vzniku PPD patří také premenstruační syndrom, kdy jeho přítomnost svědčí o vyšší citlivosti ke změnám hormonálním (Šebela, 2018, s. 469).

U poporodní deprese, jako u spousty dalších nemocí, nejsou příčiny zcela známy, avšak podstatnou roli hrají hormony a hormonální změny. Wider (2009) také uvádí, že v době těhotenství se výrazně zvyšuje hladina estrogenu a progesteronu. Jakmile však žena porodí, hormony naopak prudce poklesnou a na základě toho se vědci domnívají, že poporodní deprese je spuštěna právě na základě těchto změn hormonální hladiny (Wider, 2009, s. 126 - 132).

Ženy se často ptají, proč některé matky trpí poporodní depresí a některé nikoliv. I přes to, že na tuto otázku nezná nikdo odpověď, radí se zde pár rizikových faktorů, mezi které kromě hormonálních výkyvů řadíme také osobní anamnézu deprese či duševní zdravotní problémy před otěhotněním, výskyt deprese či duševních chorob v rodinné anamnéze a deprese v předešlém těhotenství. Jakmile jsou problémy v manželství nebo dojde ke komplikacím při porodu, má to na vzniku poporodní deprese svůj podíl (Wider, 2009, s. 126 - 132).

Hanáková (2015) uvedla několik rizikových faktorů pro vznik poporodní deprese:

- nechtěné těhotenství,
- komplikace v těhotenství nebo po porodu,
- špatný vztah s partnerem či životní tíseň.

Hanáková (2015) dále uvádí, že vliv na poporodní depresi může mít také komplikovaný porod, ztráta dítěte v těhotenství, za porodu nebo po jeho narození (Hanáková, 2015, s. 172).

Poporodní deprese může způsobit u novorozence několik závažných poruch - od opožděného vývoje až po narušení citové pohody. Nejvíce jsou však ohroženy děti matek mladého věku (Hanáková, 2015, s. 172).

#### **2.2.4 Léčba PPD**

Poporodní deprese vždy vyžaduje důkladnou léčbu. U lehčí až střední formy této nemoci mnohdy postačí pouze psychoterapeutické léčení, avšak u závažnějších stavů je nutností využití antidepresiv společně s intenzivní psychoterapií. Příznaky poporodní deprese většinou ustupují za 3 až 12 měsíců (Ratislavová, 2008, s. 3).

Při léčbě PPD je snaha o dodržení určitých zásad, do kterých se řadí především volba antidepresiv, jež mají co nejnižší riziko teratogenity a současně nízký počet metabolitů. Dále následuje požadavek na léky v době poporodního období, které mají krátký poločas vylučování a nízký počet nežádoucích účinků. V léčení je preferována monoterapie, kdy v úvahu patří SSRI nebo amitriptylin. Pokud nám to situace dovoluje, volí se co nejnižší možné dávkování léku (Seifertová a kol., 2007, s. 118).

Deprese je léčena většinou po dobu několika týdnů až měsíců. Jakmile se však podcení a léčba se nezahájí, její trvání je celoživotní. Mezi základy léčby poporodní deprese se řadí psychoterapie, která nemá funkci pouze v léčbě, ale také v prevenci. Určité základy v oblasti psychoterapie by měl ovládat každý zdravotník, protože i pouhý rozhovor se ženou může velmi pomoci k přijetí dané situace (Jedličková, 2008, s. 87).

##### **2.2.4.1 Nefarmakologické metody léčby PPD**

Mnoho lékařů jako alternativu medikace využívají psychoterapii nebo elektrokonvulzivní terapii (Seifertová, 2007, s. 118).

Do základních metod léčby řadíme především farmakoterapii pomocí antidepresivních léků, dále psychoterapie a elektrokonvulzivní terapie. Avšak elektrokonvulzivní terapie může být zrealizována pouze za hospitalizace na oddělení psychiatrie, a to u těžkých až život ohrožujících stavů a při sebevražedných tendencích, které žena nedokáže ovládat (Vašut, 2007, s. 47).

Po určení správné diagnózy je jedním z hlavních cílů léčby zmírnění depresivní epizody a jejích příznaků, což vede i ke zmírnění utrpení pacientky a to dříve než by tato změna nastala v rámci přirozeného průběhu nemoci. Efektem léčby by mělo být navrácení funkčních schopností pacientky v psychosociální a pracovní oblasti, a to do úrovně ještě před začátkem nemoci, a

minimalizace rizika opětovného vzniku deprese. Jako základ léčby pak Vašut (2007) uvádí farmakoterapii společně s psychoterapií a elektrokonvulzivní terapií, která je však vždy prováděna pouze za doby hospitalizace (Vašut, 2007, s. 47).

Při vzniku duševní poruchy je velmi důležitá spolupráce gynekologa ženy s klinickým psychologem, který má za úkol posoudit psychický stav ženy s využitím psychologických metod jako je rozhovor, projektivní technika a standardizované dotazníky. Na základě zhodnocení psychického stavu ženy se stanoví postup intervence takzvaného krizového nebo psychoterapeutického vedení. U závažných poruch se přistoupí k psychiatrické léčbě, případně až k hospitalizaci na psychiatrickém oddělení (Češková, 2013, s. 24).

Mnoho nemocných žen s depresí je léčeno pouze ambulantní cestou, kam patří praktický lékař nebo psycholog. Do stadia, kdy je nutností hospitalizace patří ženy se závažnou depresí doprovázenou rizikovým faktorem jako je sebevražda (Češková, 2013, s. 24).

### **Elektrokonvulzivní léčba (EKT)**

Elektrokonvulzivní léčba je považována za nejúčinnější antidepresivní léčbu, která je v současné době dostupná. V porovnání s medikací má EKT mnohem rychlejší nástup účinku. Elektrokonvulzivní léčba může být účinná u jedinců, kteří trpí vážnými suicidálními myšlenkami, jež mohou vést k celkovému zdravotnímu ohrožení až k tragickému konci. Elektrokonvulzivní terapie je brána jako velmi účinná, bezpečná a velmi dobře tolerovaná léčba u pacientů se znaky závažného psychotického onemocnění nebo farmakorezistentní depresí (Češková, 2013, s. 44).

Elektrokonvulzivní terapii zvažujeme vždy u pacientů, kteří trpí na závažné deprese a suicidální myšlenky u jedinců s projevy psychózy u těžké deprese během gravidity nebo pokud je diagnostikována bipolární deprese (Češková, 2013, s. 44).

## **Psychoterapie v léčbě poporodní deprese**

Tato metoda je procesem poupravování narušené činnosti organismu. Je to proces, který má napomáhat a také napomáhá osobám s psychogenními poruchami a poruchami, které mají za následek poškození psychiky. Dále je to cílevědomé působení na duševní procesy, funkce a také stavy, působení na osobnost a její vztahy, na poruchu a také na činitele, kteří poruchu vyvolali (Kratochvíl, 2012, s. 13).

*„Prokazatelně účinná psychoterapie zahrnuje kognitivně-behaviorální a interpersonální psychoterapii.“* V případě mírné až středně těžké deprese je právě psychoterapie první volbou, která má stejné účinky jako psychofarmakoterapie. V situaci, kdy je deprese závažná, chronická nebo komorbidní, je indikována kombinace farmakoterapie společně s psychoterapií (Češková, 2013, s. 45).

### **Interpersonální psychoterapie**

Pokud se jedná o mírnější formu poporodní deprese či jiných poporodních psychických poruch, je zvolena psychoterapie interpersonální. Jedná se o krátkodobou terapii, která je zaměřena na současné vztahy. Výsledky ukazují na účinky velmi podobné užívání psychofarmak. Cílem interpersonální psychoterapie u poporodní deprese je zaměření se na roli ženy po porodu, která je vlivem ukončení těhotenství velmi změněna.

Tato terapie z hlediska výzkumu ukazuje, že se snižují příznaky deprese, že má pozitivní účinky na zlepšování fungování pacienta a mimo jiné má i kladné účinky na farmakoterapii (Praško, 2002, s. 41).

### **Kognitivně - behaviorální terapie (KBT)**

Kognitivně - behaviorální terapie neboli zkratkou KBT je metoda, jejíž cílem je zaměření na vztah mezi prožíváním ženy (myšlení, emoce, chování) a prostředím. KBT učí pacientku metodám, jak všechny tyto faktory pozitivním způsobem změnit. KBT je v dnešním zdravotnictví využívána jako alternativní metoda medikamentózní léčby u žen s lehkou a středně těžkou depresí nebo je v kombinaci s léčbou farmakologickou. Studie zaměřující se na KBT s fluoxetinem ukázaly, že obě tyto léčby jsou účinné podobným způsobem (Praško, 2002, s. 42 - 43).



## **Podpůrná psychoterapie**

Podpůrná terapie se využívá u osob, které trpí emočním stresem, různými psychickými poruchami, ale také somatickým onemocněním. Jedná se o terapii, ve které je pacientovi umožněno vyjádřit svůj stres, který právě prožívá. Tato terapie napomáhá při rozhodování ve složitých situacích a umožňuje je zvládnout. Podpůrná psychoterapie je celek dovedností, který by měl ovládat nejen psycholog a psychiatr, ale každý zdravotnický pracovník přicházející do kontaktu s pacientem trpícím jakoukoliv psychickou poruchou, tedy i praktický lékař a zdravotní sestra. Za úspěšný výsledek podpůrné psychoterapie je považováno zvýšené sebehodnocení, redukce úzkosti a deprese, kterou nemocný prožívá a také stabilizace stavu (Praško, Látalová, 2013, s. 159).

### **2.2.4.2 Farmakologické metody léčby PPD**

Specifickou léčbou u žen s psychickou poruchou v době těhotenství a laktace je léčba pomocí psychofarmak. Před zahájením léčby těmito léky je nezbytná spolupráce gynekologa, porodníka, psychiatra a neonatologa. Vždy je nutné zvážit dvě možná rizika. Riziko, které může nastat při podání léku na plod či kojence a dále riziko, které by nastalo, pokud by nedošlo k léčbě psychického onemocnění a mělo by negativní vliv nejen na matku, ale také na kojence, o kterého by se matka nedokázala postarat vlivem onemocnění (Seifertová, 2007, s. 118).

Základními léky, které se užívají v terapii PPD, jsou antidepresiva. Za lékem první volby v oblasti antidepresiv se považují blokátory zpětného vychytávání serotoninu. Mezi nejvíce doporučovaným preparátem v poporodní depresi je tzv. setralin. Dávkování setralinu bývá postupem času navyšováno až na maximální dávku, což je 100 mg/den, respektive 200 mg/den.

Při léčbě antidepresivy se nesmí zapomínat na důležitou věc. Že totiž přecházejí do mateřského mléka a mohou mít fatální vliv na kojence. Avšak není pravidlem, že při užívání antidepresiv je okamžitou nutností zástava laktace. Ta se volí u farmak, jejichž relativní dávka v oběhu kojence je větší než 10 % dávky matky. Při výběru antidepresiv, která jsou pro ženu nejlepší volbou, je vždy úkolem lékaře zvolit lék, který jí umožňuje další pokračování laktace bez její zástavy (Šebela, 2019, s. 70).

Jakmile se jedná o situaci, že novorozenec trpí neurologickým onemocněním nebo onemocněním jater, ledvin či srdce, neměl by být vystaven užívání antidepresiv. Za takové situace je doporučeno zastavení laktace a převod dítěte na umělou výživu. Tuto změnu je vždy

nutné zkontaktovat s pediatrem a gynekologem, který zástavu laktace zvažuje a následně jí řídí. Tento postup je totožný i u výskytu negativních účinků na novorozence (Strunzová, 2005, s. 29).

### **2.2.4.3 Kojení při farmakologické léčbě PPD**

Olejárová (2017) ve své knize uvádí, že léčba farmaky je v období po porodu značně jednodušší, neboť již nehrozí poškození dítěte psychofarmaky. Ale také uvádí, že nutností je zástava laktace z důvodu přestupu psychofarmak do mateřského mléka. Laktace je zastavena i u žen, u kterých se objevila poporodní psychóza (Olejárová, 2017, s. 167).

Jedličková (2008) ve svém článku píše, že z léků jako jsou psychofarmaka se v době gravidity a laktace doporučují tzv. bezpečná antidepresiva, do kterých řadí např. amitriptylin a nortriptylin. V mateřském mléce se hladina těchto antidepresiv vyskytuje opravdu v nízkém procentu, najdeme ji pouze v 1 % v plazmě matky (Jedličková, 2008, s. 87).

U antidepresiv je omezení jejich využití v tom, že jsou bohužel různou formou vylučovány do mateřského mléka. Bylo zjištěno, že u žen, které užívaly paroxetin, sertralin a nortriptylin byly hladiny těchto účinných látek nedetekovatelné ze séra dětí. To se ovšem nedalo říci u fluoxetinu a citalopramu. U kojeného dítěte je nutností důkladná kontrola a sledování vzhledem k situaci, že dosud neexistuje dostatek vědecky ověřených údajů o této problematice. Všeobecně je však preferována snaha o kojení dětí i s psychiatrickou medikací (Češková, 2013, s. 47).

Strunzová (2005) ve svém článku uvedla, že při léčbě poporodní deprese bývá také účinná léčba monoterapií, avšak léky by měly být vždy podány před nejdelší spánkovou epizodou dítěte, tedy ideálně na noc (Strunzová, 2005, s. 29).

Existuje několik léků, které je možno užívat i v době laktace, aniž by měly na kojence v podstatě jakýkoliv vliv. Je nutné věnovat výběru léku dostatečnou pozornost, a proto je nezbytnou součástí léčby víceoborová spolupráce.

Šebela (2019) uvádí několik léků, které jsou vhodné k užívání v době laktace. Mezi nejznámější z nich řadí:

- Setralin
- Paroxetin
- Dusulepin

- Mirtazapin
- Venlafaxin (Šebela, 2019, s. 70)

Většinu tricyklických antidepresiv lze z hlediska farmakologického podávat i kojícím matkám. Tricyklicka by měl ženě předepisovat zásadně pouze psychiatr po důkladné konzultaci s pediatrem. Z hlediska přestupu léčiva do mateřského mléka jsou relativně bezpečné například:

- Amitriptylin
- Imipramin
- Notriptylin (Seifertová, 2007, s. 120)

### **Léky kontraindikované při kojení**

Mezi kontraindikované léky v podání během laktace patří bezpochyby Doxepin, který je nebezpečný svým působením na riziko kumulace, dechové tísně a sedace kojence (Vachek a kol., 2016, s. 294).

Seifertová (2007) společně s dalšími autory uvádí přísně kontraindikovaný lék Fluoxetin. Při užívání tohoto léku bylo popsáno několik nežádoucích účinků na novorozence. Způsoboval např. záchvaty křiku, vodovou stolicí a opakované zvracení společně s nevysvětlitelným neklidem dítěte (Seifertová, 2007, s. 120).

Mezi nejzávažnější rizika pro plod a kojence v důsledku podávání nevhodných antidepresiv patří úmrtí plodu, kongenitální malformace, neonatální toxicita a intoxikace a abstinenční symptomy novorozenců. Teratogenní efekt léku závisí na míře jeho teratogenního potenciálu, dále také na době podání a na dávkování léku (Seifertová, 2007, s. 120).

### **2.2.5 Screening poporodní deprese**

Pro diagnostiku poporodní deprese nejsou doporučovány běžné testy, které se používají pro zjištění klasické deprese, protože v nich ženy v šestinedělí často dosahují patologických hodnot. V nejlepším případě by měla být diagnostika poporodní deprese prováděna při první kontrole ženy v šestinedělí. Mezi nejčastější nástroj pro diagnostiku patří všude ve světě již v gynekologické praxi využívaná EPDS neboli Edinburghská škála poporodní deprese (Ratislavová, 2008, s. 2).

### **2.2.5.1 Edinburghská škála poporodní deprese (EPDS)**

Pro screening a diagnostiku poporodní deprese lze použít mnoho jednoduchých nástrojů mezi které patří především nejznámější škála s názvem Edinburghská škála poporodní deprese (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS). Tato dotazníková metoda se řadí patrně k nejčastěji využívaným nástrojům při screeningu této nemoci (viz příloha C).

EPDS je desetipoložková sebeposuzovací škála, kdy díky ní můžeme vyhodnotit výskyt a přítomnost depresivních příznaků, a to po dobu posledních sedmi dnů.

Prvních pět položek se zaměřuje na dysfórii, další dvě na úzkostné stavy a zbývající vypovídají nejen o pocitu viny, ale také o neschopnosti ženy vyrovnat se nároky každodenního života a situacemi, které vedou k myšlenkám na sebevraždu.

Odpovědi jsou vyhodnoceny a zapsány ve čtyřbodové škále od 0 do 3, kdy vyšší skóre představuje více depresivních symptomů (Takács a kol., 2016, s. 359).

### **2.2.6 Rizika neléčené PPD**

Mezi největší rizika neléčené PPD patří suicidium rodičky a infanticida, což znamená usmrcení dítěte z obavy, že matka nebude schopna se o své dítě postarat. U žen trpících poporodní depresí převažují z infanticidních myšlenek především násilné myšlenky ve smyslu usmrcení dítěte utopením, pobodáním nebo shozením ze schodů. Tyto myšlenky jsou vcelku časté. Uvádí se, že až ve 40 % případů. Počet infanticid provedených ženami, které nejsou léčeny s PPD, je mnohonásobně vyšší než u žen, které léčbu podstupují (Šebela, Hanka, Mohr, 2018, s. 469).

V případě, že se poporodní deprese nijak neléčí, je dítě značně ohrožené. Kromě možných přímých vlivů duševní nemoci matky jde především o nedostatečnou péči v důsledku jejího onemocnění eventuálně jejím sebevražedným jednáním či dokonce infanticidou (Seifertová, 2007, s. 120).

### **2.2.7 Prevence PPD**

Každý pracovník, který přichází do kontaktu se ženou v období šestinedělí, by měl pomýšlet na možnost vzniku poporodní deprese. Právě z důvodu citového rozpoložení ženy po porodu, která nechce naplno hovořit o svém duševním dyskomfortu. V tomto případě je úlohou každého zdravotníka pátrat po příznacích duševního onemocnění (Šebela, 2018, s. 469).

Do základní prevence vzniku PPD patří aktivní vyhledávání žen s vyšším rizikem vzniku onemocnění již v průběhu gravidity. Po nalezení ženy s rizikovými faktory by mělo následovat její vyšetření psychiatrem, definice rizik a triáž ženy s pozitivním screeningem. Poté by měla být hned zahájena co nejrychlejší účinná léčba, i když se jedná o subklinické či mírné formy onemocnění (Šebela, 2018, s. 471).

### **2.2.8 Péče porodní asistentky o ženu s PPD**

Sledování ženy a psychoprofylaktické působení na její psychiku není pouze úlohou lékařů. Největší množství času se ženou tráví zdravotní sestry, hlavně jsou to porodní asistentky. Úspěšnost a pozitivní vliv jejich působení však závisí především na vzájemné spolupráci všech zúčastněných. Jednostrannost je takřka bezvýznamná. V některých případech porodní asistentka pouze svým zájmem a rozhovorem dokáže eliminovat problémy ženy (Jedličková, 2008, s. 90).

Při vyšetření matky s depresí je vhodné zaměřit se také na období před porodem. Zjistit, zda pacientka nemá významné exogeny, mezi něž patří stresující životní situace, které by bylo nutné vyřešit. Mezi tyto životní okolnosti patří např. partnerské neshody, konflikty, problémy v komunikaci s rodinou nebo nejbližšími příbuznými. Také sociální nebo finanční problémy, bydlení a další. Porodní asistentka dále zjišťuje, zda je těhotenství chtěné či nikoliv. Nebo zda žena například již měsíc před porodem nepropadla obavám, že péči o dítě nemůže zvládnout z důvodu úzkého nebo až perfekcionistaického osobnostního nastavení. Porodní asistentka je schopna také vypozerovat, zda se žena panicky neobává o zdraví dítěte třeba i z důvodu, že předchozí těhotenství skončilo potratem (Olejárová, 2017, s. 168 - 169).

Pár dnů před porodem u žen dochází k neustálému střídání nálad. Porodní asistentka se znalostmi homeopatik může doporučit Pulsatillu. Jedná se o homeopatický přípravek, který je velmi účinný při těchto nepříjemných stavech a změnách psychiky. Užívá se 15 - 30 CH 1 - 2 x denně po rozpuštění ve vodě. Uvádí se, že při užívání těchto homeopatik se

zlepší zvládání psychických stavů. Stadelmann (2009) ve své knize píše, že někteří terapeuti doporučují, aby tento přípravek ženy užívaly čtyři týdny před porodem.

Toto tvrzení, ale Stadelmann vyvrací, jelikož tvrdí, že homeopatikum je vždy zaměřeno individuálně na konkrétní osobu s konkrétním problémem, neboť ne všechny ženy jsou před porodem nevyrovnané, ba naopak jsou v naprosté pohodě. Potom je tedy Pulsatilla zbytečná (Stadelmann, 2009, s. 143).

Úlohou porodní asistentky v průběhu porodu je vyjádření spoluúčasti a podpory. Porodní asistentka poskytuje rodičce dostatek všestranných informací tak, aby se cítila bezpečně a kompetentně. Empatie a komunikace výrazně přispívá ke zmírnění její úzkosti a strachu (Roztočil a kol., 2017, s. 190).

V I. době porodní se porodní asistentka soustřeďuje především na somatický a psychický stav rodičky. Je velmi důležité naslouchat jejímu přání a umět poradit jí i jejímu partnerovi, umět se vcítit do jejich rolí a vyvolat v nich důvěru (Roztočil a kol., 2017, s. 196).

Roztočil (2017) uvádí, že porodní asistentka může využít jako možnost, která nabízí úlevu a pomoc při porodu, zejména aromaterapii a muzikoterapii. Aromaterapie je alternativní přírodní metoda, která napomáhá rodičce zvládnout nejen porod, ale i dobu poporodní. Zejména spojení masáže s aromaterapií přináší výrazný účinek (Roztočil a kol., 2017, s. 195).

Muzikoterapie je jednou z dalších alternativ, které může porodní asistentka využít v průběhu porodu. Hudba působí na rodičku ve smyslu jak psychického, tak fyzického uvolnění. Žena pomaleji dýchá a má pravidelný srdeční tep. Vždy je na samotné rodičce, jakou hudbu si zvolí a necháváme jí tedy svobodný výběr, avšak nevhodným žánrem je například rock, metal a disko. Naopak velmi účinný je tzv. bílý šum připomínající zvuk zurčící vody, který ulevuje nejen při bolestech, ale také napomáhá k psychickému zklidnění (Roztočil a kol., 2017, s. 195).

V případě psychického ladění v době po porodu je největší snahou porodní asistentky vlídná, přívětivá a povzbuzující komunikace s matkou, která matce mnohdy velmi pomůže. Úlohou porodní asistentky tedy není pouze sledování odchodu očístků a způsobu kojení. Zaměření na psychiku ženy a komunikace s ní je velký a důležitý úkol porodní asistentky. Každá porodní asistentka by měla mít zkušenosti s aromaterapií a homeopatií, neboť jí ve zlepšení psychiky u ženy může velmi pomoci (Stadelmann, 2009, s. 278).

Žena by měla být edukována o psychických změnách porodní asistentkou již na oddělení šestinedělí, kde probíhá její hospitalizace po porodu. Porodní asistentka by měla podat co

nejrozsáhlejší informace o možném poporodním psychickém ladění a o prevenci, jelikož jak píše Hájek (2014) „lepší, než léčba psychické poruchy je její včasná prevence“. S touto problematikou by měl být seznámen i partner ženy, který má být její největší oporou (Hájek a kol., 2014, s. 396).

Jakmile dojde k výskytu obtíží v době šestinedělí, je potřeba se nejprve zaměřit na duševní rozpoložení šestinedělky a také celkovou situaci v její rodině. V tomto případě porodní asistentka vždy ocení, když ženu zná již z doby těhotenství. Jejich vztah je již otevřenější, žena porodní asistence důvěřuje a není jí na obtíž svěřit se s problémem, který ji trápí. Porodní asistentka se vždy maximálně snaží o naslouchání a porozumění celé její rodině a jejich situaci (Stadelmann, 2009, s. 278).

### **Péče komunitní porodní asistentky o ženu s PPD**

Komunitní porodní asistentka, která ženu ošetřuje, nejvíce pomůže vyslechnutím s velkým zájmem. Ošetřující porodní asistentka by měla vynést na světlo matčiny pocity nejen z mateřství, ale také pocity z jejího dítěte. Měla by pátrat po příznacích, které jsou typické, jako je nespavost a chronická únava. Usiluje o to, aby matka byla ve vyjadřování pocitů co nejpřesnější. Izolace ženy bývá nejen příčinou, ale i důsledkem poporodní deprese, a proto by se porodní asistentka měla snažit najít zdroje emocionální podpory v její vlastní rodině a u přátel (Leifer, 2004, s. 289).

Ihned při vstupu do domácího prostředí ženy si porodní asistentka všímá maličností, jako například kdo jí přišel otevřít a jaká je atmosféra v rodině. Všímá si, co právě matka dělá a jak se chová. Porodní asistentka se zaměřuje i na chování dítěte, zda je klidné či ne a jak jeho chování působí na matku. Důležitou součástí péče porodní asistentky o ženu po porodu je hovořit o jejích pocitech, jak se cítí ona a jak se má její miminko. Aktivně zjišťuje, jaká je péče rodiny o ženu po porodu. Důležitou součástí je také poznání, jak přijali nového člena rodiny jeho sourozenci. Na závěr je vždy nutné poučit ženu o režimu dne, který pro ni bude nejvhodnější. Doporučit dostatek spánku a odpočinku (Šromerová, 2010, s. 210 - 211).

Aby se zamezilo vzniku úzkostných poruch, je vhodné doporučení porodní asistentky, aby matka neodmítala příjemné aktivity a neizolovat se od ostatních lidí. Důležitou součástí je upozornit na dostatečný spánek v období po porodu. Je též vhodné doporučit navázání kontaktů s ostatními páry. Okolí ženy by mělo být informováno o možnosti vzniku psychické poruchy a mít znalosti o preventivních opatřeních (Hájek a kol., 2014, s. 394).

Poporodní deprese může vážně ohrozit utváření vztahu k dítěti, jak ukazují studie zahraničních psychologů. Proto je velmi důležité v práci porodní asistentky co nejdříve rozpoznat u ženy příznaky poporodní deprese, případně riziko, že by se tato nemoc mohla objevit. Porodní asistentka doporučí odbornou pomoc dříve než dojde k rozvoji nemoci a narušení vývoje dítěte (Ratislavová, 2008, s. 4).



## **3 DALŠÍ MOŽNÉ PSYCHICKÉ PORUCHY VZNIKAJÍCÍ V POPORODNÍM OBDOBÍ**

Psychické změny, které jsou uvedeny níže, slouží pro úplnost a komplexnost informací o dalších možných psychických poruchách u žen po porodu.

### **3.1 Poporodní blues**

Poporodní blues se uvádí jako běžný psychický projev v období po porodu. Frekvenci tohoto psychického onemocnění lze však určit pouze obrazně (Roztočil a kol., 2017, s. 218).

Chromý (2005) uvádí, že psychická porucha jako je poporodní blues se objevuje kolem 3. dne po porodu, ale jeho vymizení je poměrně brzké a to 10. den po porodu. Vzhledem k častému výskytu této poruchy lze přijmout teorii, že právě tato porucha je přirozenou adaptací organismu matky (Chromý, 2005, s. 180).

Poporodní blues je období kratšího trvání charakterizované depresivním laděním a daného vyčerpáním, které se objevuje až u 80 % žen po porodu. Ústup tohoto stavu obvykle vymizí do 12. dne po porodu (Hájek, 2014, s. 396).

Někdy však může dojít k vymizení příznaků a jeho opětovnému výskytu. Není však jasné, zda příčinami poporodního blues jsou či nejsou příčiny porodnické, sociální, ekonomické nebo psychologické. V tomto případě Roztočil (2018) uvádí, že s největší pravděpodobností nejde ani o rapidní pokles steroidních hormonů. Svoji roli hraje možná změna hladiny tryptofanu a tím dochází k posunu stability neurotransmiterů (Roztočil a kol., 2017, s. 218).

Wider (2009) tvrdí, že příčinou poporodního blues je kolísající hladina hormonů. Po porodu dochází k poklesu hladiny estrogenu a progesteronu. Jelikož tyto hormony řídí chemické pochody v mozku a mají vliv na naši náladu, je jasné, proč dochází k poruchám nálady a ovlivnění emocí ženy (Wider, 2009, s. 123).

Hájek (2014) uvádí, že nejlepší prevencí poporodního blues je podpora od otce dítěte, rodinných příslušníků ženy a dalších blízkých lidí. Psychická podpora je v tomto případě mnohem důležitější než podpora fyzická. Největší chybou je potlačování emocí a pocitů, proto by se toho měla žena vyvarovat. V žádném případě by žena s poporodním blues neměla zůstat sama a izolovaná od okolního světa (Hájek a kol., 2014, s. 396).

### **3.1.1 Příznaky poporodního blues**

Mezi typické a nejčastější projevy tohoto onemocnění se řadí stavy plačivosti, úzkosti a podrážděnosti. Dalšími příznaky jsou také poruchy komunikace s okolím, poruchy spánku a sebedůvěry. U poporodního blues často dochází ke změně vztahu k vlastnímu dítěti ve smyslu pocitů, a to především negativních. „*Příznaky se objevují v průběhu kteréhokoliv dne 1. poporodního týdne. Většinou ustupují kolem 10. dne po porodu.*“ (Roztočil a kol., 2017, s. 218).

Mezi typické příznaky poporodního blues patří kolísání nálady, zvýšená přecitlivělost a také neschopnost vnímat lásku k narozenému dítěti, z čehož plyne sebeobviňování s pocitem „jsem špatná matka“. Jakmile příznaky trvají déle jak 14 dnů, mohou představovat riziko rozvoje závažnější psychické nemoci jako je poporodní deprese (Praško, 2015, s. 42).

Hájek uvádí, že poporodní blues je krátké období depresivního a špatného naladění daného vyčerpáním a rychlým poklesem hladiny hormonů (Hájek a kol., 2014, s. 396).

### **3.1.2 Léčba poporodního blues**

Vzhledem k přechodnosti tohoto typu onemocnění není nastavena medikamentózní léčba. Jednou z možností prevence i terapie je vysvětlení případného rizika vzniku tohoto onemocnění a vstřícný postoj od profesionálního i laického okolí nevěstky (Roztočil kol., 2017, s. 218).

Poporodní blues ve většině případů odezní bez potřeby léčby. V tomto případě je hlavně žádoucí podpora od otce dítěte, ostatních blízkých členů rodiny či přátel ve smyslu spíše podpory psychické než pomoci fyzické. (Hájek a kol., 2014, s. 396).

## **3.2 Poporodní psychóza**

Poporodní psychóza se objevuje nejčastěji v době od prvních 48 - 72 hodin nebo až po několika týdnech po porodu (Praško, 2015, s. 43).

Roztočil (2017) ve své knize uvedl, že poporodní psychóza se vyskytuje ve velmi nízkém procentu, a to pouze u 0,1 % populace nedělek (Roztočil a kol., 2017, s. 218).

Poporodní psychóza nemá nic společného s kojením, ale souvisí přímo s porodem. Proto není správné označovat ji pojmem „laktální“ psychóza. Zasahuje však malé procento žen, zhruba 1 - 2 %. Nejčastějším obrazem poporodní psychózy je deprese. V dnešní době se samotná klinická jednotka poporodní psychóza obvykle neuznává, jelikož se jedná o relaps „normální“ psychózy (Weiss kol., 2010, s. 300).

Tato problematika je vysvětlována tak, že se jedná o určitý druh schizofrenie, který se pravděpodobně manifestoval v období po porodu, a to jako důsledek poruchy uvolnění neurotransmiterů. Často se totiž objevuje u žen, které mají zatíženou rodinnou anamnézu právě vlivem psychiatrického onemocnění (Roztočil a kol., 2017, s. 218).

### **3.2.1 Příznaky poporodní psychózy**

Nejčastějšími prvními projevy tohoto onemocnění jsou neklid, podrážděnost a také problémy se spánkem. U poporodní psychózy se velmi rychle objevují psychické depresivní až manické příznaky s dezorganizovaným chováním jako jsou bludy a halucinace. V době depresivních projevů dochází k tomu, že matka ztrácí kontakt s realitou, může ale také nemusí mít halucinace ve formě „hlasů“ nebo bludů, kdy je přesvědčena, že dítě jí je podvrženo nebo je d'áblovu apod. (Praško, 2015, s. 43).

V tomto případě je nutná hospitalizace, jelikož při takové situaci je ohrožen jak život matky, tak i život dítěte. Vzácně se může objevit manická epizoda, která se pro změnu projeví rozjařenou, nadměrně skvělou náladou a nespavostí (Praško, 2015, s. 43).

První příznaky, které můžeme na ženě pozorovat, přicházejí kolem 2. - 3. dne po porodu, ale jejich přítomnost se může objevit i měsíc po porodu (Roztočil a kol., 2017, s. 218).

V případě, že dojde k rozvoji psychotické reakce, žena popisuje jako nejčastější příznaky atypické projevy euforie, snížení potřeby spánku, podivné chování ve smyslu dezorientace a halucinace, pocit paniky a bezmoci (Dušová a kol., 2019, Ratislavová, 2008, s. 27 - 31).

Hájek ve své knize uvádí, že „*Mezi první příznaky patří podrážděnost, neklid, problémy se spánkem, úzkost, brzy se objeví dezorganizované chování, depresivní nebo manické příznaky a rychle se přidávají halucinace a bludy.*“ (Hájek a kol., 2014, s. 396).

### **3.2.2 Léčba poporodní psychózy**

Hájek (2014) ve své knize popsal, že o poporodní psychóze by měla být žena informována na oddělení šestinedělí společně se svým partnerem, což vede k nejlepší prevenci vzniku tohoto onemocnění (Hájek a kol., 2014, s. 396).

Wider (2009) píše, že poporodní psychóza je onemocnění, které se naštěstí dá léčit. Pokud žena dospěje do fáze, že její chování je rizikové pro ni i její dítě, pak je nutná hospitalizace (Wider, 2009, s. 145).

Poporodní psychóza se léčí pomocí několika možných medikamentů včetně antipsychotických léků a antidepresiv. Je žádoucí, aby žena byla ve spojení s terapeutem, ať už formou individuální nebo skupinové terapie. Při správné léčbě je šance na úplné vyléčení. Léčba je však velmi individuální a každá žena ji podstupuje různě dlouhou dobu. Sledování ženy pak trvá ještě několik měsíců po vyléčení (Wider, 2009, s. 145).

Léčba poporodní psychózy je především v kompetenci psychiatrů. Žena se nesmí léčit na oddělení šestinedělí. Pokud by léky, které má žena užívat prostupovaly do mateřského mléka přistoupí se i k zástavě laktace (Dušová a kol., 2019, Ratislavová, 2008, s. 27 - 31).

## **PRŮZKUMNÁ ČÁST**

V průzkumné části jsou přehledně zpracovány výsledky z výzkumného šetření. Dále je zde prezentován výstup bakalářské práce ve formě informačního letáku o poporodní depresi, který je určen především pro těhotné a ženy po porodu.

### **4 PRŮZKUMNÉ CÍLE A PRŮZKUMNÉ OTÁZKY**

#### **4.1 Průzkumné cíle**

Na základě prostudované literatury a tématu práce byly stanoveny tyto průzkumné cíle práce:

Cíl 1: Zjistit míru znalostí respondentek o poporodní depresi.

Cíl 2: Vytvořit edukační materiál o problematice poporodní deprese určený především pro těhotné a ženy po porodu.

#### **4.2 Průzkumné otázky**

Na základě prvního průzkumného cíle byla stanovena průzkumná otázka:

Jaká je míra znalostí respondentek o poporodní depresi?

## **5 METODIKA PRÁCE**

Bakalářská práce je teoreticko-průzkumná. Zahájení výzkumu předcházelo získání souhlasného stanoviska od vrchní sestry z oddělení šestinedělí a od náměstkyně ošetrovatelské péče dané nemocnice. Sběr dat byl zahájen v prosinci 2019 a probíhal až do února 2020 v nemocnici okresního typu. Výzkum byl zcela anonymní, dobrovolný a ženy byly na tuto skutečnost upozorněny v úvodní části dotazníku.

K získání potřebných dat o míře znalostí žen o PPD byla zvolena kvantitativní metoda výzkumného šetření, kdy byl vytvořen dotazník vlastní tvorby (uveden v příloze). Celkem bylo rozdáno 40 dotazníků a 30 z nich se vrátilo zcela vyplněných. Z celkového počtu rozdaných dotazníků mohlo být použito 75 % dotazníků.

Dotazník obsahoval celkem 10 otázek. 3 otázky byly otevřené a jednalo se o identifikační údaje pro uvedení věku, počtu porodů a vzdělání. U 3 otázek byly respondentky požádány o označení více odpovědí. U 4 otázek respondentky označovaly pouze jednu možnou odpověď z nabízených.

Praktickým výstupem bakalářské práce je informační leták o poporodní depresi. Edukační materiál je napsán stručně a jasně a sestaven tak, aby byl přehledný a ženy v něm našly potřebné minimum informací o PPD. Pomocí tohoto edukačního materiálu by si mohly těhotné nebo ženy po porodu rozšířit své dosavadní znalosti o tématu PPD.

### **5.1 Charakteristika průzkumného vzorku**

Průzkumný vzorek tvořilo celkem 30 respondentek. Respondentky zařazené do výzkumu byly po porodu hospitalizovány na oddělení šestinedělí v nemocnici okresního typu. Jednalo se o ženy ve věkovém rozmezí 19 - 38 let, které byly vybrány náhodně. Nejčastěji se jednalo o prvorodičky a druhorodičky.

### **5.2 Zpracování dat a jejich vyhodnocení**

V průzkumné části práce byla zpracována data získaná pomocí výzkumného šetření. Pro zpracování dat byl použit program Microsoft Office Excel 2020. Data z výzkumu byla zaznamenána do programu Excel a následně byly vytvořeny grafy s popisy.

Data byla vyhodnocena pomocí popisné statistiky. Četnost  $n$  znázorňuje celkový počet respondentek. Absolutní četnost  $n_i$  představuje sumu jednotlivých variant odpovědí. Relativní

četnost  $f_i$  vyjadřuje poměr absolutní četnosti k rozsahu průzkumného souboru a často bývá vyjádřena v procentech (Kozel, 2011, s. 112; Neubauer, 2012, s. 29, 30).

Pro vyhodnocení otázek o celkové míře znalostí žen o PPD bylo stanoveno bodové vyhodnocení a následně byly respondentky rozděleny do dvou skupin (respondentky s dostatečnými a nedostatečnými znalostmi). Za každou správně zvolenou odpověď získala respondentka 1 bod. Respondentky mohly obdržet celkem 13 bodů. Hranice úspěšnosti byla stanovena na 60 % ze 100 %. Do skupiny s dostatečnými znalostmi byly zařazeny ženy v případě zisku 13 - 8 bodů.

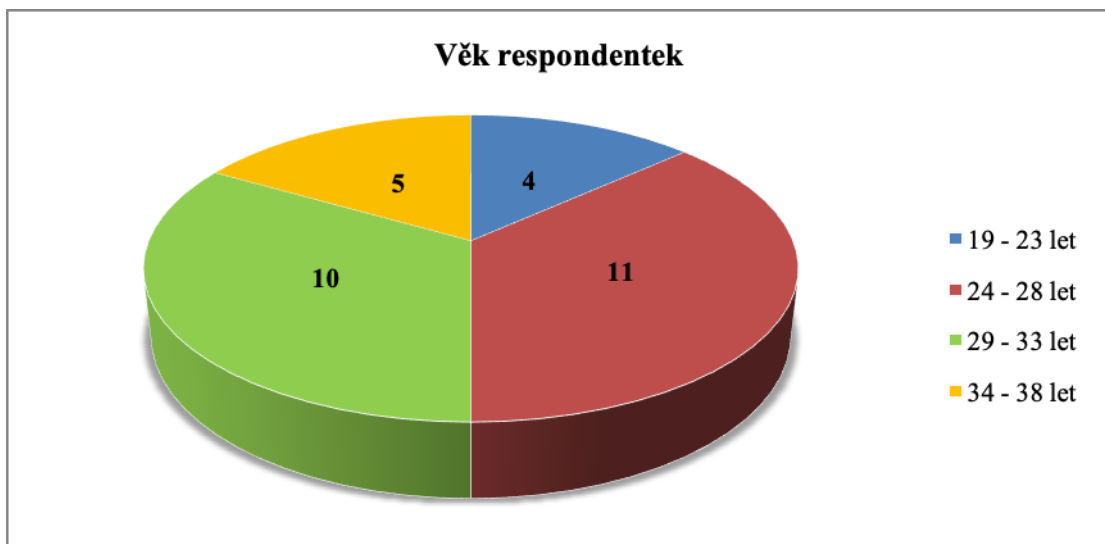
Pakliže respondentky obdržely 7 a méně bodů, byly znalosti vyhodnoceny jako nedostatečné. Toto bodové vyhodnocení a výsledek výzkumu je znázorněn v Tabulce 1, s. 51.

## 6 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ PRŮZKUMU

V této části bakalářské práce jsou analyzovány a prezentovány výsledky získané z výzkumného šetření a interpretovány pomocí grafů.

### Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Otázka je otevřená s cílem zjistit věk dotazovaných respondentek. V průzkumu byly respondentky různého věkového zastoupení. Na základě zjištěných dat byly vytvořeny věkové kategorie respondentek. Graf znázorňuje, že nejpočetnější skupina žen z celkového počtu respondentek byla ve věku 24 - 28 let (11 žen, 37 %). Nejmladší kategorie žen byla ve věku 19 let, ty byly pouze 2 (téměř 7 %). Naopak 3 nejstarší ženy byly ve věku 38 let (10 %). Největší skupinu tvořily ženy ve věku 29 let (5 žen, téměř 17 %).

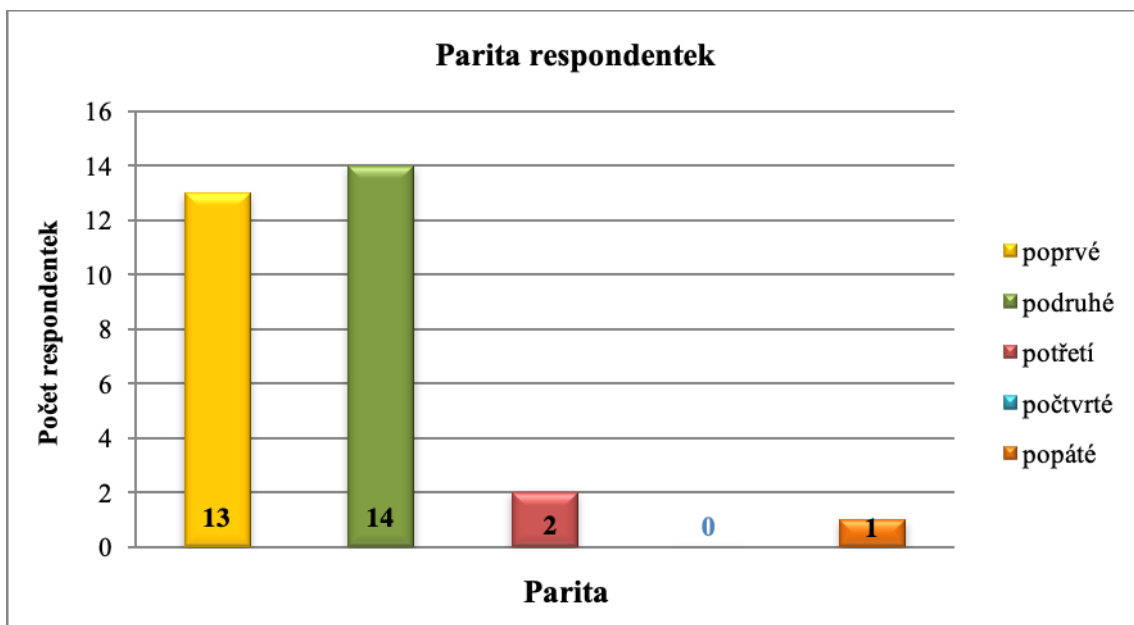


Graf 1: Věk respondentek



## Otázka č. 2: Po kolikáté jste rodila?

Nejpočetnější byla skupina respondentek, celkem 14 žen (47 %), které uvedly, že rodily podruhé. Druhou početnou skupinou byly prvorodičky, kterých bylo celkem 13 (43 %). Pouze 1 žena z dotazovaných rodila popáté (3 %). 2 ženy byly terciary, rodily tedy potřetí (7 %). V žádném dotazníku se neobjevila žena, která by rodila počtvrté.



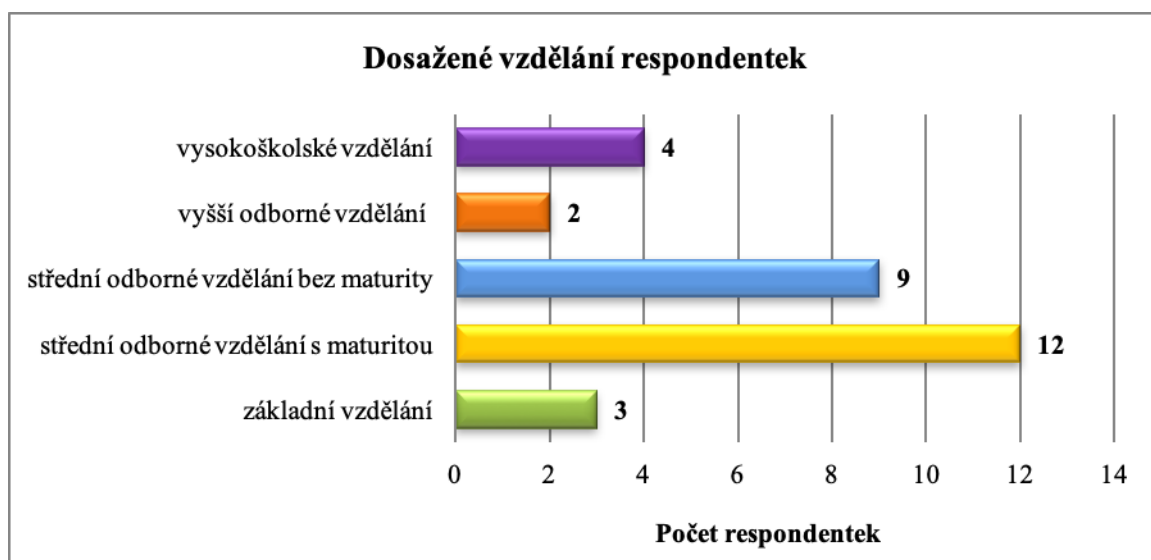
Graf 2: Parita respondentek

**Otázka č. 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Prosím na místo určené vypište, v jakém oboru:**

- a) základní vzdělání
- b) střední odborné vzdělání s maturitou .....
- c) střední odborné vzdělání bez maturity .....
- d) vyšší odborné vzdělání .....
- e) vysokoškolské vzdělání .....

V otázce č. 3 měly ženy uvést druh dosaženého vzdělání, jelikož cílem bylo zjistit, zda jsou v dotazníkovém šetření ženy, které mají vzdělání zdravotního zaměření. V tom případě by se předpokládalo, že jejich odpovědi budou po většinou správné. Pomocí výzkumu jsem zjistila, že 1 respondentka (3 %) z 30 dotazovaných měla vystudovanou vysokou školu se zdravotním zaměřením, konkrétně obor zdravotní sestra.

Střední odborné vzdělání s maturitou bylo nejčastější odpovědí, kdy ji z celkového počtu respondentek uvedlo 12 žen (40 %). Druhou nejčastěji zvolenou odpovědí bylo střední odborné vzdělání bez maturity, tento druh vzdělání uvedlo 9 respondentek (30 %). Základního vzdělání dosáhly 3 ženy (10 %). Vyšší odborné vzdělání dokončily 2 respondentky (7 %) a vysokoškolského vzdělání dosáhly 4 respondentky z celkového počtu 30, což činí 13 %.

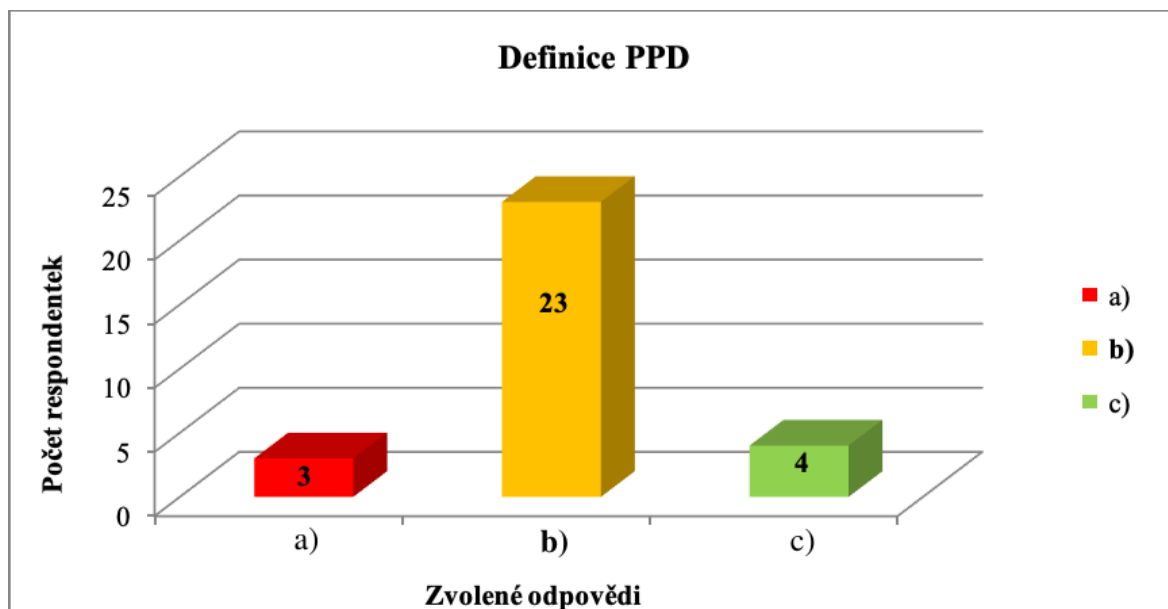


**Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek**

**Otázka č. 4: Prosím zakroužkujte, která definice „poporodní deprese“ je podle Vás správná:**

- a) Nastává především až po období šestinedělí, ale může se objevit i dříve, projevující se pocitem nenávisť k partnerovi, extrémními výkyvy nálad především silným smíchem.
- b) Nastává většinou 3. - 4. den po porodu, ale může se objevit i dříve, projevující se nevysvětlitelným pláčem, smutnou náladou, poruchami příjmu potravy a odmítáním dítěte.**
- c) Nastává v prvních dvou hodinách po porodu projevující se bolestmi hlavy, potížemi s dýcháním, výraznou únavou a silnou závislostí na dítěti. Často také nevysvětlitelným pocitem strachu.

Otázka č. 4 ověřovala znalost definice poporodní deprese u dotazovaných žen. Možnost b), tučně vyznačená, byla správná odpověď. Výzkum zjistil výraznou převahu dotazovaných respondentek, konkrétně 23 žen (77 %), které uvedly správné znění definice PPD. Respondentky správně zvolily, že PPD nastává většinou 3. – 4. den po porodu a nejčastějšími příznaky jsou pláč, smutná nálada, poruchy příjmu potravy a odmítání dítěte. Odpověď a) zaznamenaly 3 ženy (10 %). Variantu c) zvolily 4 respondentky z celkového počtu 30 dotazovaných, což činí 13 %. Znalosti respondentek ohledně termínu poporodní deprese jsou v této otázce dostatečné.



**Graf 4: Znalost definice PPD**

**Otázka č. 5: Prosím uveďte, kde jste se dozvěděla o termínu „poporodní deprese“?**

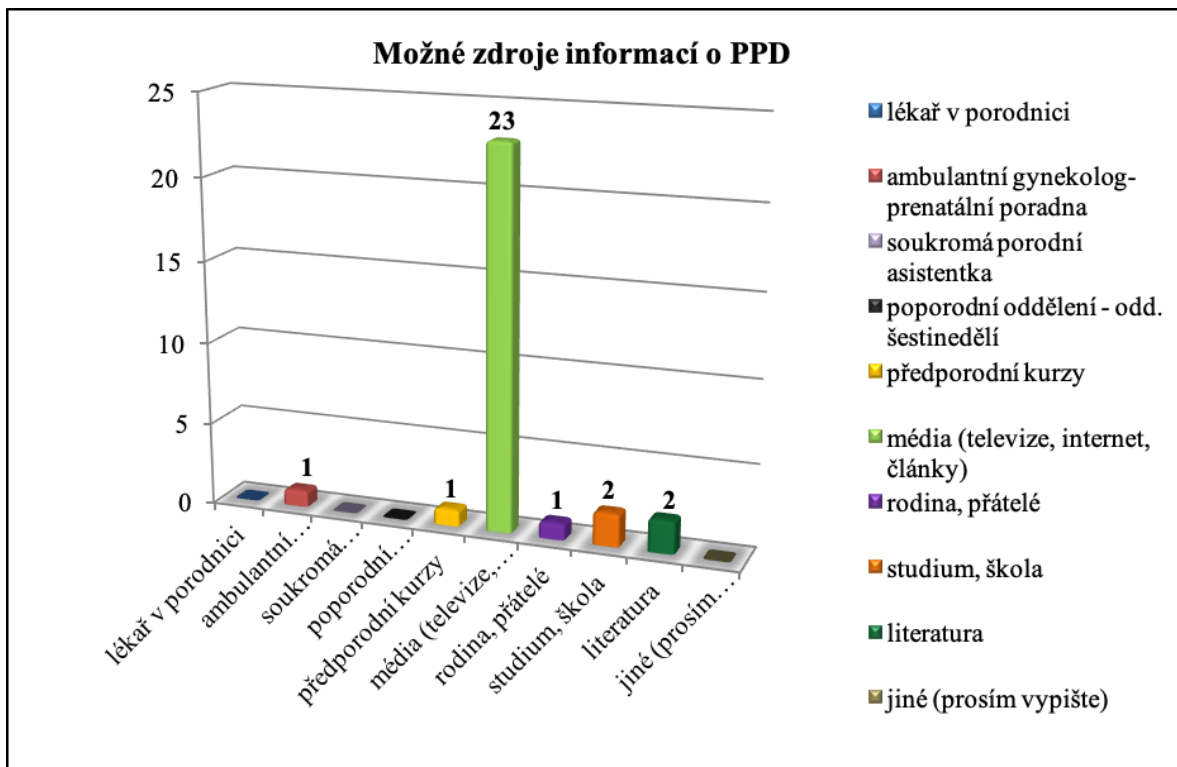
**Možnost více odpovědí:**

- a) lékař v porodnici
- b) ambulantní gynekolog - prenatální poradna
- c) soukromá porodní asistentka
- d) poporodní oddělení - oddělení šestinedělí
- e) předporodní kurzy
- f) média (televize, internet, články)
- g) rodina, přátelé
- h) studium, škola
- i) literatura
- j) jiné: (prosím vypište)

.....

Cílem této otázky bylo zjistit, kde ženy získaly informace o poporodní depresi. Pouze 1 ženu informoval o PPD ambulantní gynekolog. Stejně tak 1 žena uvedla jako zdroj informací rodinu a přátele. Drtivá většina dotazovaných se o PPD dozvěděla z médií (televize, internet, články), konkrétně 23 žen, což činí 77 %. V předporodním kurzu byla o PPD informována 1 žena (3 %). 2 ženy získaly informace o PPD díky studiu. Mezi tyto ženy patří respondentka se zdravotním zaměřením obor zdravotní sestra (viz výše) a druhá respondentka s vysokoškolským vzděláním, konkrétně obor ekonomie a právo (téměř 7 %). 2 respondentky (téměř 7 %) uvedly, že informace o dané problematice získaly po nastudování odborné literatury.

Každá z respondentek zvolila pouze jednu možnost z nabízených odpovědí.



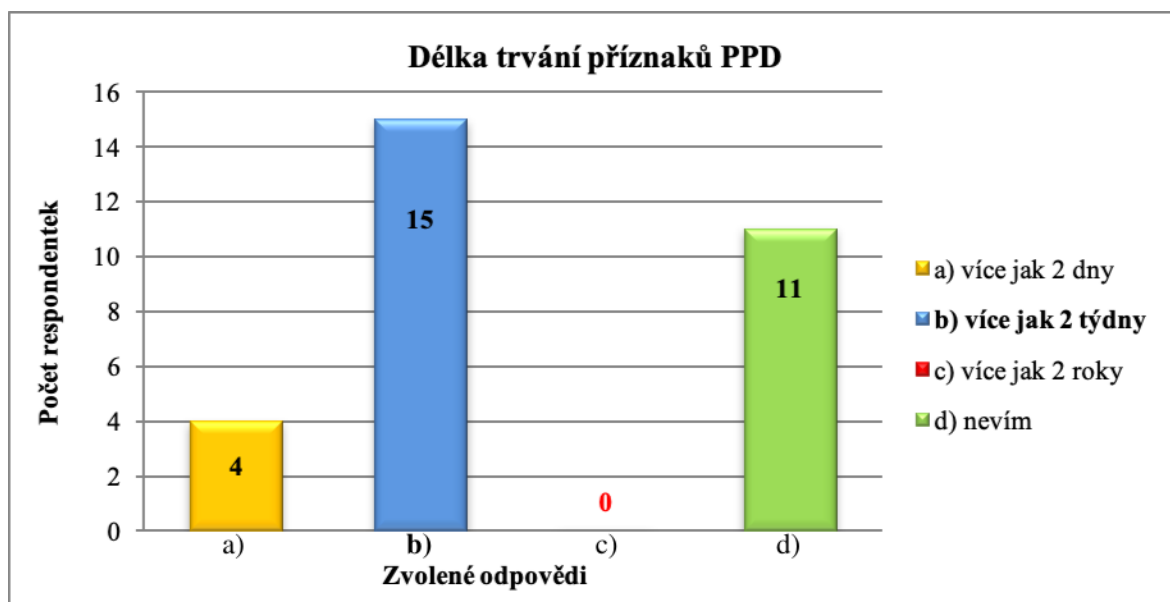
**Graf 5: Možné zdroje informací o PPD**

**Otázka č. 6: Víte, jak dlouho musí příznaky přetrvávat, aby se jednalo o „poporodní depresi“?**

- a) více jak 2 dny
- b) více jak 2 týdny**
- c) více jak 2 roky
- d) nevím

Respondentky měly v otázce č. 6 zaznamenat jednu správnou odpověď. Otázka měla za cíl ověřit znalosti dotazovaných žen, zda ví, jak dlouho musí příznaky přetrvávat, aby se jednalo o onemocnění PPD. Tato znalost je důležitá v tom, že výkyvy nálad jsou po porodu běžné, je však třeba rozpoznat, jaká délka trvání je stále fyziologická.

Správně zvolenou odpovědí byla možnost za **b) více jak dva týdny**, kterou uvedla přesně polovina dotazovaných (15 žen, 50 %). 4 respondentky (13 %) se mylně domnívají, že příznaky musí přetrvávat více jak dva dny, aby se jednalo o PPD. Z výsledků uvedených v grafu bylo zjištěno, že celkové množství 11 žen (37 %) netuší, jak dlouho musí příznaky přetrvávat, aby se jednalo o PPD. Možnost odpovědi c) více jak dva roky, nebyla zvolena ani jednou z dotazovaných respondentek.



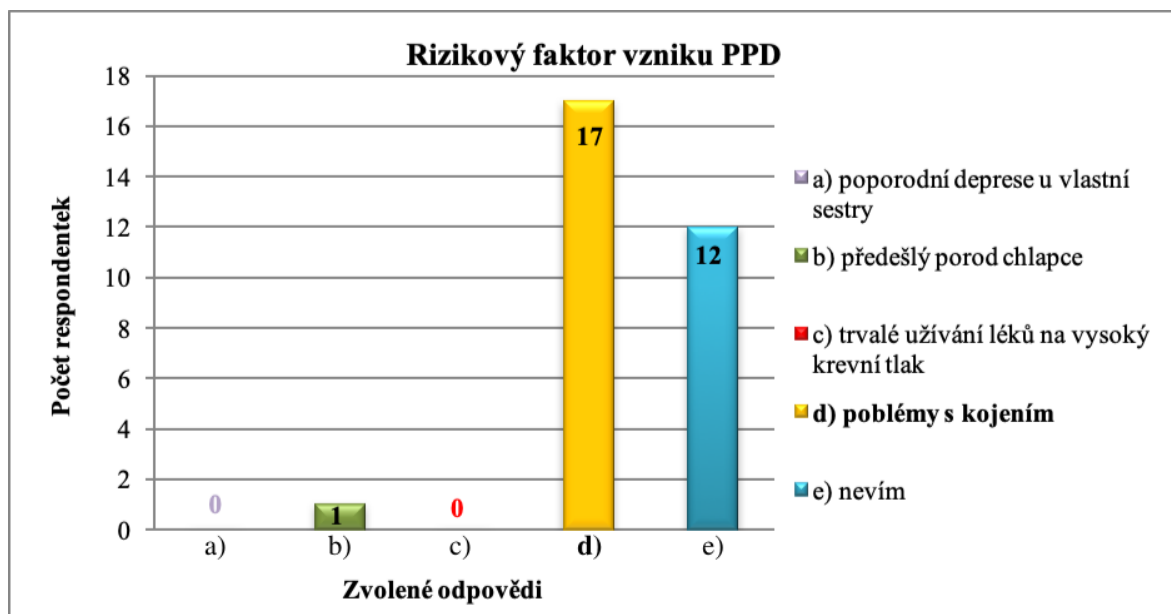
**Graf 6: Délka trvání příznaků PPD**

**Otázka č. 7: Prosím zakroužkujte, jaký je rizikový faktor vzniku „poporodní deprese“?**

- a) poporodní deprese u vlastní sestry
- b) předešlý porod chlapce
- c) trvalé užívání léků na vysoký krevní tlak
- d) **problémy s kojením**
- e) nevím

Otázka č. 7 se dotazovala na možný rizikový faktor vzniku poporodní deprese. Respondentky měly uvést jednu správnou odpověď. Nadpoloviční většina respondentek, konkrétně 17 žen (57 %) správně zvolila, že **problémy s kojením** mohou být rizikovým faktorem vzniku PPD. Pokud má žena po porodu problémy s kojením, má to velký dopad na její psychiku ve smyslu vyčítat si a dávat vinu sama sobě. To může být spouštěčem poporodní deprese.

1 žena se domnívá, že rizikovým faktorem vzniku PPD je předešlý porod chlapce (3 %). Výzkum zjistil, že 12 respondentek (40 %) nezná možný rizikový faktor, což je vcelku velké množství žen a bylo by vhodné tyto informace doplnit. Odpověď a) poporodní deprese u vlastní sestry ani odpověď c) trvalé užívání léku na vysoký krevní tlak nezvolila žádná žena z dotazovaných.

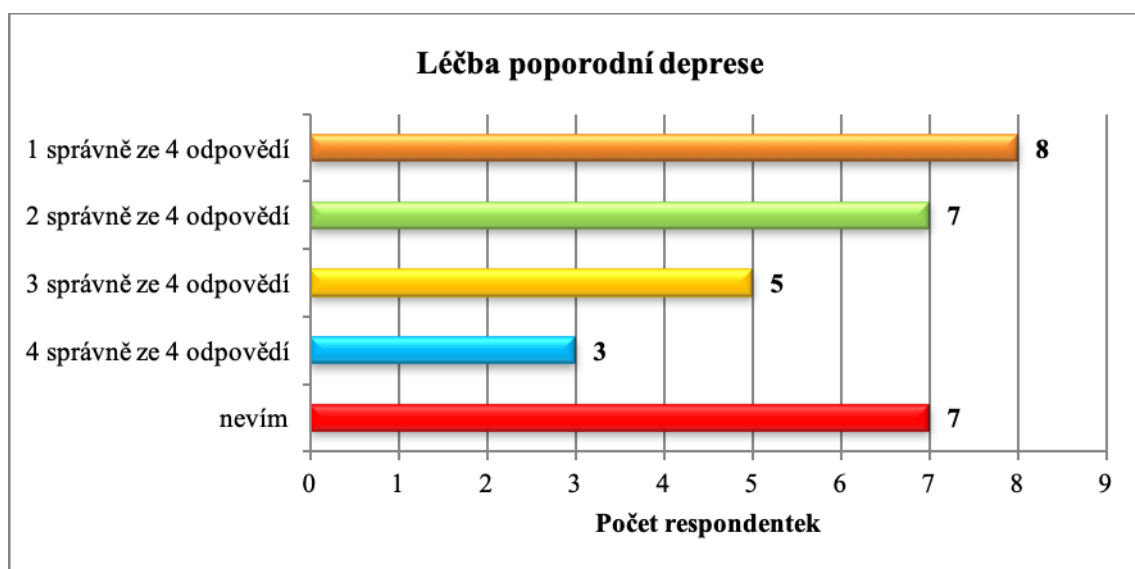


**Graf 7: Rizikový faktor vzniku PPD**

**Otázka č. 8: Víte, jaká je léčba „poporodní deprese“? Pokud ano, jaká? Možnost více odpovědí:**

- a) antidepresiva
- b) psychoterapie
- c) antibiotika
- d) analgetika (léky na bolest)
- e) psycholog
- f) psychiatr
- g) neléčí se
- h) nevím

Léčba poporodní deprese má několik odvětví. V této otázce měly respondentky možnost označit až 4 možné odpovědi z 8 nabízených. Správné odpovědi byly **antidepresiva, psychoterapie, psycholog a psychiatr**. Graf nám znázorňuje, že 1 správnou odpověď ze 4 možných uvedlo 8 žen (27 %). Tyto respondentky označily léčbu pomocí antidepresiv. 2 správné odpovědi ze 4 možných zvolilo celkem 7 žen (23 %). 5 žen (17 %) uvedlo 3 správné odpovědi ze 4 nabízených. Všechny 4 správné odpovědi měly pouze 3 ženy (10 %) z celkového počtu 30 dotazovaných. Ve výzkumném šetření bylo 7 žen (23 %), které uvedly, že netuší, jaká je léčba poporodní deprese. Znalosti tázaných respondentek o možnosti léčby PPD jsou tedy minimální.



**Graf 8: Možnosti léčby PPD**

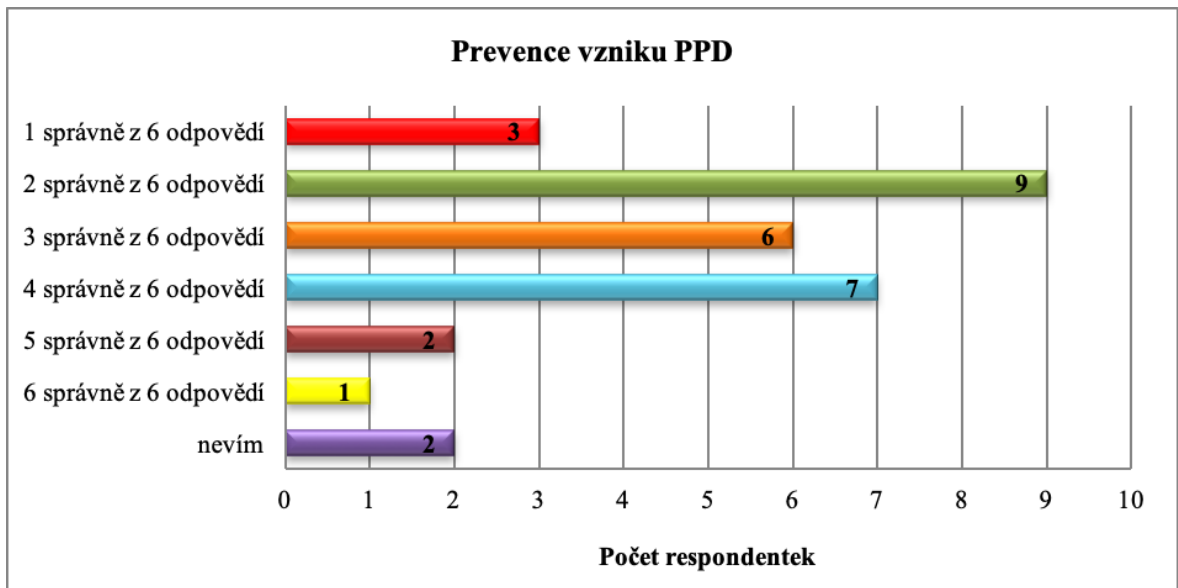


**Otázka č. 9: Víte, jaká je možná prevence „poporodní deprese“? Možnost více odpovědí:**

- a) dostatečný pitný režim - především minerální voda a černý čaj
- b) **fungující rodina**
- c) **přijmout pomoc druhé osoby**
- d) po porodu ihned preventivně navštívit psychologa
- e) **při předchozím výskytu deprese pravidelné kontroly u lékaře**
- f) opustit dítě při prvních příznacích poporodní deprese
- g) **ihned se svěřit s problémem**
- h) **aktivní vyhledávání informací o poporodní depresi**
- i) při špatné náladě preventivně užívat lehké léky na depresi
- j) meditace alespoň 3x týdně
- k) **individuální nebo skupinová terapie**
- l) nevím

Je důležité, aby ženy před porodem nebo po porodu znaly možnou prevenci poporodní deprese a vyhnuly se tak jejímu možnému vzniku. Respondentky měly na výběr z 12 odpovědí. Správné odpovědi dané otázky jsou zvýrazněny tučně. 1 správnou odpověď z 6 možných měly 3 ženy (10 %). Dvě správné odpovědi z 6 zvolilo 9 žen z celkového počtu 30 dotazovaných (30 %). Tři správné odpovědi z 6 možných označilo 6 žen, což činí 20 %. Čtyři správné odpovědi ze 6 možných mělo 7 žen (23 %). Pět správných odpovědí uvedly pouze 2 ženy (téměř 7 %). 100 % odpověď, tedy všechny správné odpovědi ze 6 možných uvedla pouze 1 žena a to ta, která dosáhla nejvyššího vzdělání - vysoké školy zdravotnické, obor zdravotní sestra. 2 respondentky (téměř 7 %) neznaly vůbec žádnou možnou prevenci PPD.

Prevence je důležitým faktorem pro zamezení vzniku onemocnění. Podpora rodiny a partnera a nebát se svěřit s problémem jsou důležité faktory pro prevenci PPD. Mnoho žen se dle mého názoru za možné příznaky stydí. Proto je žádoucí jim vysvětlit, že vznik poporodní deprese v žádném případě není jejich chyba. K tomu by mohl pomoci informační materiál, který byl vytvořen v rámci této práce.



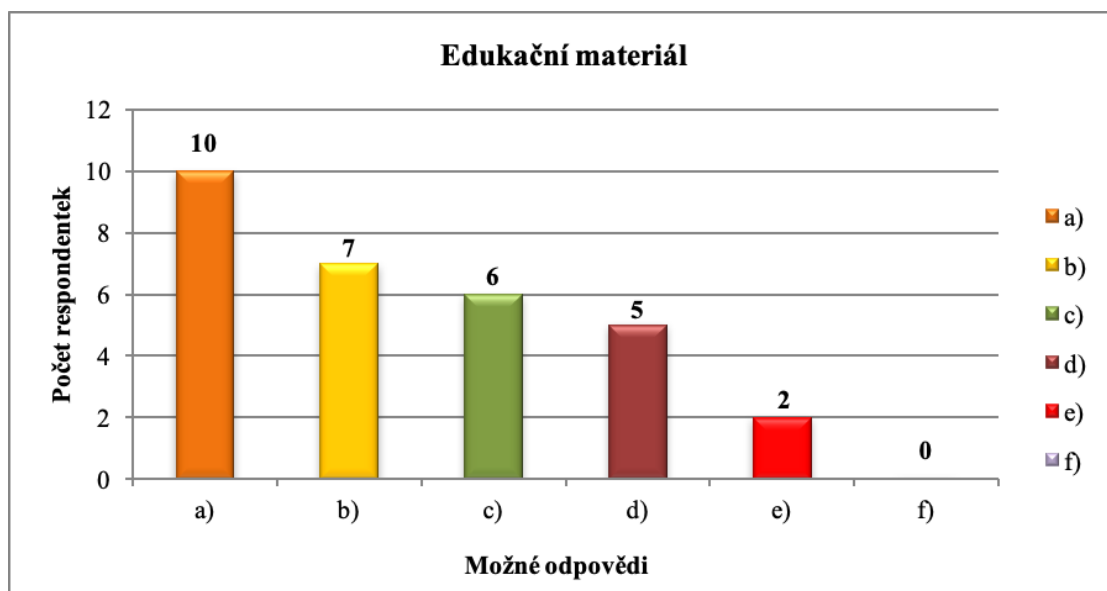
**Graf 9: Možnosti prevence PPD**

**Otázka č. 10: Jakou formu edukačního materiálu o „poporodní depresi“ byste uvítala?**

- a) informační leták v čekárnách obvodních gynekologů
- b) informační brožura od obvodního gynekologa
- c) informační plakáty na oddělení šestinedělí
- d) informační materiál obdrženy v předporodních kurzech
- e) informace o poporodní depresi na internetových stránkách nemocnice-porodnice
- f) jiné: (prosím vypište)

.....

Poslední otázka se tázala respondentek, o jakou formu edukačního materiálu týkajícího se PPD by měly největší zájem. Nejčtenější zvolenou odpovědí bylo získání informací formou informačního letáku v čekárnách u obvodního gynekologa, kdy ji zakroužkovalo 10 respondentek (33 %). Možnost b) informační brožura od obvodního gynekologa si přálo 7 žen (23 %). Možnost c) informační plakáty na oddělení šestinedělí zaznamenalo celkem 6 žen (20 %). 5 žen (17 %) uvedlo, že by rády získaly informace v předporodním kurzu. 2 respondentky (7 %) uvedly, že informace o PPD by rády našly na internetových stránkách nemocnice-porodnice. Na základě získaných dat byl vytvořen informační leták o poporodní depresi, který by mohl být umístěn v čekárnách obvodních gynekologů a sloužil by jak těhotným, tak ženám v období po porodu.



**Graf 10: Volba formy edukačního materiálu o PPD**

## 6.1 Celková interpretace výsledků – znalosti respondentek o poporodní depresi

V této části bakalářské práce jsou analyzovány a prezentovány celkové výsledky týkající se znalostí respondentek o onemocnění PPD, které byly zjištěny výzkumným šetřením.

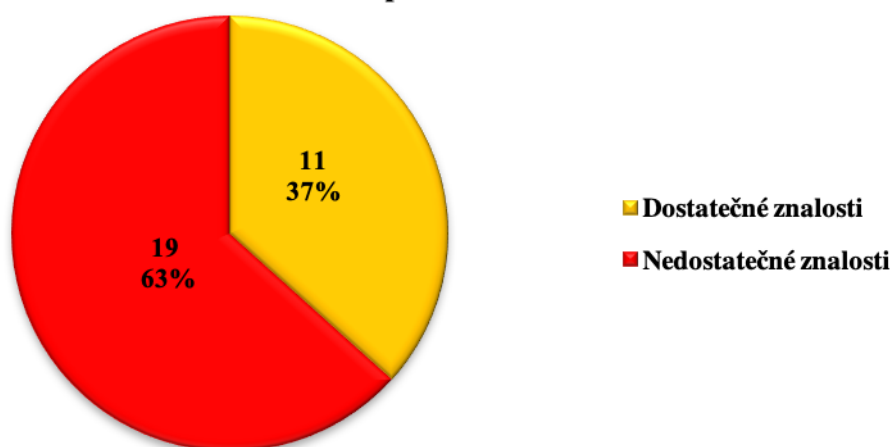
V dotazníku měly respondentky možnost nasbírat maximálně 13 bodů (100 %). Bylo tedy 13 správných odpovědí, které byly zaměřené na onemocnění poporodní deprese. Určila jsem si bodovou hranici pro získání dostatečných a nedostatečných znalostí o PPD.

V Tabulce 1 jsou interpretovány výsledky šetření. Procentuální hranice pro dostatečné znalosti činí 60 %. Pokud respondentky získaly 8 bodů a více, hodnotila jsem jejich znalosti o PPD jako dostatečné. Jakmile respondentky dosáhly 7 a méně bodů, byly znalosti vyhodnoceny jako nedostatečné.

Tabulka 1: Výsledné znalosti respondentek o PPD

Hodnocení znalostí respondentek o poporodní depresi			
Znalosti	Počet získaných bodů	Počet respondentek	Procentuální podíl
Dostatečné	13	1	3 %
	12	1	3 %
	11	1	3 %
	10	1	3 %
	9	1	3 %
	8	6	20 %
Nedostatečné	7	3	10 %
	6	6	20 %
	5	4	13 %
	4	1	3 %
	3	4	13 %
	2	0	0 %
	1	0	0 %
	0	1	3 %

### Znalosti respondentek o PPD



**Graf 11: Výsledné znalosti respondentek o PPD**

Přestože 11 respondentek (37 %) vyšlo z výzkumného šetření s dostatečnými znalostmi o PPD, byla zjištěna převaha dotazovaných žen s nedostatečnými znalostmi v celkovém počtu 19 respondentek z 30 (63 %).

Na maximální počet 13 bodů dosáhla pouze 1 respondentka (3 %) a to žena, která má zdravotní zaměření, konkrétně obor zdravotní sestra, jak již bylo zmíněno výše. Tento výsledek byl předpokládán a následně se potvrdil. 4 respondentky měly bodové ohodnocení následovné: 12 bodů dosáhla 1 žena (3 %), stejně tak 11 bodů obdržela 1 respondentka z 30, 10 správných odpovědí zvolila také 1 respondentka a rovněž tomu bylo u 9 bodů, na které dosáhla taktéž pouze 1 z dotazovaných žen. 8 bodů z dotazníku, tedy hranici pro získání dostatečných znalostí, získalo celkem 6 žen (20 %). Z celkového počtu 30 dotazovaných bylo zjištěno, že 11 respondentek (37 %) má dostatečné znalosti o PPD.

Získaných 7 bodů a méně jsem vyhodnotila jako nedostatečné znalosti respondentek o PPD. 7 správných odpovědí označily 3 respondentky (10 %) a dostaly se tak těsně pod bodovou hranici dostatečných znalostí. 6 správných odpovědí uvedlo 6 žen (20 %). 5 správných odpovědí zvolily 4 ženy. 1 respondentka (3 %) uvedla 4 správné odpovědi.

5 respondentek mělo zcela nedostatečné znalosti. 3 body získaly 4 ženy (13 %) a bohužel ve výzkumném šetření byla i 1 respondentka, která neobdržela ani 1 bod, neuvvedla jedinou správnou odpověď. Z celkového počtu 30 dotazovaných bylo zjištěno 19 respondentek (63 %), které mají nedostatečné znalosti o PPD.

## **7 INFORMAČNÍ LETÁK O POPORODNÍ DEPRESI**

Návrh informačního letáku byl sestaven na základě výsledků dotazníkového šetření, které jsou popsány v průzkumné části bakalářské práce, a pomocí odborné literatury. Návrh edukačního materiálu je výstupem bakalářské práce. Materiál je vytvořen ve velikosti A5 dvoustránkový ve volně dostupném programu Canva.

Záměrem informačního letáku bylo vytvořit přehled o onemocnění PPD. Při tvorbě edukačního materiálu bylo snahou podat stručný a jasný popis pro získání potřebného minima o onemocnění PPD pro laickou veřejnost. Edukační materiál zahrnuje konkrétní definici PPD. V letáku jsou taktéž zmíněny důvody, proč onemocnění vzniká a jaké jsou možnosti léčby. V materiálu nechybí ani informace o prevenci PPD a uvedení odborníků, na které se ženy s případným problémem mohou obrátit. Uvedené oblasti byly také obsaženy v dotazníkovém šetření pro zjištění znalostí žen o PPD.

Veškeré informace, které jsou uvedeny v informačním materiálu, jsou získané po nastudování odborné literatury.

## 7.1 Návrh informačního letáku o poporodní depresi



Poporodní deprese se povětšinou projeví v době 6. - 12. dne po porodu, ale její vznik může být i rok poté.

### VNÍMEJTE SEBE SAMU:

- Po porodu se může objevit několik příznaků, kterým věnujte pozornost
- Mohou Vás postihnout **pocity smutku a úzkosti**
- Mezi příznaky také patří možná **ztráta zájmu o dítě a nevysvětlitelný pláč**
- Dalšími příznaky může být **nespavost či nechutenství** nebo naopak **přejídání**

### NENÍ TO VAŠE CHYBA!

#### Příčiny deprese:

- Rapidní pokles hormonů
- Adaptace do role matky
- Problémy ve vztahu (*nedostatečná podpora partnera*)
- Problémy s kojením

## PREVENCE:

- Na nic nečekejte a ihned se svěřte s problémem svým blízkým nebo svému obvodnímu gynekologovi, uleví se Vám
- **Nebojte se přijmout pomoc druhé osoby** (partner, rodič, lékař, zdravotní sestra, porodní asistentka, dula, laktační poradkyně)
- **Nestyďte se říct si o pomoc** (v péči o novorozence, v péči o sebe samu, v péči o domácnost...)
- Fungující rodina je dalším klíčem ke zvládnutí náročného období po porodu
- **Vyhledejte odbornou psychologickou terapii** (individuální nebo skupinovou)

## NEBOJTE SE KONTAKTOVAT ODBORNÍKA:

- Praktický lékař
- Obvodní gynekolog
- Služba komunitní porodní asistentky
- Služba laktační poradkyně
- Psycholog nebo psychoterapeut
- Psychiatr
- Centrum krizové intervence

Kontakt v případě, že hledáte pomoc:  
**[www.psychoterapeuti.cz](http://www.psychoterapeuti.cz)**



## 8 DISKUZE

Tato část práce se zabývá porovnáváním výsledků z předem stanovené průzkumné otázky.

Část získaných výsledků jsem komparovala s daty z bakalářské práce s názvem *Povědomí veřejnosti o depresích po porodu*, kterou napsala Jana Mráková (2010). Cílem její práce bylo zjistit míru znalostí respondentů o poporodní depresi, poporodním blues a poporodní psychóze. Výsledná data získala pomocí dotazníku vlastní tvorby. Její výzkumný vzorek zahrnoval celkem 200 respondentů (100 žen a 100 mužů).

Dále jsem komparovala výsledky s daty z odborné diplomové práce s názvem *Poporodní deprese u mladých matek*, kterou napsala Bc. Monika Hýžová (2017). Pro výzkum použila polostrukturovaný rozhovor s mladými adolescentními matkami ve věku 15 - 19 let, které prodělaly poporodní depresi nebo psychózu různé intenzity. Výzkumný vzorek tvořilo 10 žen.

### **Průzkumná otázka: Jaké jsou znalosti respondentek o poporodní depresi?**

S průzkumnou otázkou souvisí otázky z mého dotazníkového šetření: č. 4 (*Prosím zakroužkujte, která definice „poporodní deprese“ je podle Vás správná*), č. 5 (*Prosím uveďte, kde jste se dozvěděla o termínu „poporodní deprese“?*), č. 6 (*Víte, jak dlouho musí příznaky přetrvávat, aby se jednalo o „poporodní depresi“?*), č. 7 (*Prosím zakroužkujte, jaký je rizikový faktor vzniku „poporodní deprese“?*), č. 8 (*Víte, jaká je léčba „poporodní deprese“?*) a č. 9 (*Víte, jaká je možná prevence „poporodní deprese“?*)

Otázka č. 4: *Prosím zakroužkujte, která definice poporodní deprese je podle Vás správná.*

Znalost definice poporodní deprese v mém výzkumu vyšla velmi slibně s výsledkem 23 žen (77 %) z 30, které uvedly správné znění PPD. Respondentky správně zaznamenaly, že PPD vzniká nejčastěji 3. - 4. den po porodu, ale i později, kdy nejčastějším příznakem je pláč, smutná nálada, poruchy příjmu potravy a odmítání dítěte. Mráková (2010) ve svém výzkumu zjistila podobné výsledky. 66 % respondentek z výzkumného šetření Mrákové znalo správnou definici PPD a umělo ji stručně vysvětlit.

Otázka č. 5: *Prosím uveďte, kde jste se dozvěděla o termínu poporodní deprese?*

Otázka měla za cíl zjistit, kde respondentky získaly informace o PPD. Z výzkumných dat vyplývá, že převážná většina respondentek získala informace o PPD z médií (televize, internet, články). Celkem to bylo 77 % respondentek. Tento fakt zjistila i Mráková (2010), kterou rovněž zajímalo, kde se ženy dozvěděly o této nemoci. I v jejím výzkumném vzorku vyšla převaha respondentek, které získaly informace o PPD díky médiím, a to 59 žen (59 %) ze 100. Média jsou zjevně pro většinu žen nejrozšířenějším zdrojem získávání informací.

Otázka č. 6: *Víte, jak dlouho musí příznaky přetrvávat, aby se jednalo o poporodní depresi?*

Výkyvy nálad jsou po porodu naprosto běžným symptomem a velká většina žen změnami nálad trpí. Jsou plačtivé, unavené a emocionálně zranitelné. Je však důležité rozpoznat, zda je trvání těchto nálad stále fyziologické, což by měly znát i samotné ženy. Přesah trvání smutné a plačtivé nálady o dva týdny již může značit rozvoj vážného onemocnění PPD. Hájek (2014) uvádí, že příznaky u poporodní deprese přetrvávají ještě 14 dní po porodu a dochází k jejich prohlubování (Hájek a kol., 2014, s. 396).

Tato otázka vyšla s průměrným výsledkem. 50 % dotazovaných respondentek se domnívá, že délka příznaků je více jak dva týdny, což byla správně zvolená odpověď a hodnotím to kladně. 37 % žen však uvedlo, že netuší, jak dlouho musí příznaky přetrvávat, aby se jednalo o PPD. Tuto otázku jsem bohužel nemohla komparovat s jinými výsledky výzkumu, jelikož jsem nenašla odbornou práci, která by tuto informaci zjišťovala.

Otázka č. 7: *Prosím zakroužkujte, jaký je rizikový faktor vzniku poporodní deprese?*

V této otázce převážná většina žen uvedla správnou odpověď, a sice problémy s kojením. Pokud se žena dostane do situace, kdy je pro ni kojení problematické ať už z jakéhokoliv důvodu, má to velký dopad na její psychiku.

V mém výzkumném vzorku bylo celkem 57 % respondentek, které správně zaznamenaly, že právě problémy s kojením mohou být spouštěčem vzniku PPD. Mráková (2010) měla ve svém dotazníku podobnou otázku (*Vliv kojení na vznik poporodní deprese*). Z jejího výzkumu vyšlo najevo, že celkem 26 % žen se domnívá, že problémy s kojením mohou zvýšit pravděpodobnost vzniku PPD. Mráková také pomocí výzkumu zjistila převahu žen (celkem 63 %), které si myslí, že rizikovým faktorem pro vznik PPD je předešlá psychická porucha, nízké sebevědomí a nedostatečná podpora ze strany partnera a rodiny.

U otázek č. 8 a 9 jsem zaznamenala nevalné výsledky znalostí respondentek.

V mých očích se většina veřejnosti domnívá, že jakákoliv psychická porucha se ihned léčí pouze pomocí antidepresiv. Existuje však mnoho nefarmakologických metod, které mohou pomoci bez užití medikamentů především pokud se jedná o mírnější formu onemocnění a včasný záchyt.

Neznalost žen ve směru prevence PPD je dle mého názoru z důvodu celkově nedostatečné informovanosti veřejnosti o tomto onemocnění.

*Otázka č. 8: Víte, jaká je léčba poporodní deprese?*

Tato otázka ověřovala znalosti respondentek o léčbě PPD. Respondentky měly na výběr z 8 odpovědí, z nichž 4 byly správné. Všechny 4 správné odpovědi měly pouze 3 respondentky, které správně uvedly, že léčba PPD probíhá pomocí antidepresiv, psychoterapie, psychologa a psychiatra. Tento výsledek hodnotím jako velmi slabý, jelikož všechny správné možnosti léčby jsou vcelku známé při terapii různých depresí a psychických poruch. Většina respondentek však uvedla léčbu pomocí antidepresiv. Tato forma léčby je očividně u žen nejznámější.

Z výzkumu Hýžové (2017) však vyšlo najevo, že více žen (6 respondentek z 10) bylo léčeno pouze pomocí antidepresiv.

*Otázka č. 9: Víte, jaká je možná prevence poporodní deprese?*

Poslední průzkumná otázka byla orientována na možnou prevenci poporodní deprese. Respondentky měly zvolit celkem 6 správných odpovědí z 12 nabízených. Z výsledků výzkumu je zjevné, že možnost prevence PPD není respondentkám příliš známá. Pouze 1 žena uvedla všech 6 správných odpovědí, které jí byly nabízeny. Převaha respondentek byla se 2 správnými odpověďmi, celkem to bylo 9 dotazovaných (30 %).

Prevence vzniku PPD, i když by tento fakt mnoho lidí možná překvapil, je například fungující rodina, jak ve své knize uvádí i Widerová (2009), která píše, že poporodní deprese může vzniknout u žen, které mají problémy v manželství (Wider, 2009, s. 132). Proto právě fungující rodina a přijetí pomoci od svých blízkých je jednou z prevence poporodní deprese. Widerová (2009) také zmiňuje, že poporodní deprese může vzniknout i tehdy, pokud se objevila již dříve (Wider, 2009, s. 132). Proto je v případě předchozího výskytu deprese důležité docházet na pravidelné kontroly. Hýžová (2017) ve své práci uvádí, že všechny ženy v jejím výzkumném vzorku, které PPD prodělaly, vzkazují ostatním ženám, aby se nestyděly a se svým problémem se co nejdříve svěřily.

Mráková (2010) ze svého výzkumu zjistila, že téměř polovina respondentů nevěděla, co pojem poporodní deprese znamená, ačkoliv se s ním dotazovaní setkali. Svůj výzkum shrnula tak, že informovanost veřejnosti o PPD je stále poměrně nízká. Na tomto zjištění jsme se shodly.

Výsledky výzkumu Mrákové a mé jsou téměř shodné. Respondentky z mého výzkumu i respondentky z výzkumu Mrákové (2010) znaly pojem PPD. Mráková taktéž uvádí, že ženy získaly informace o PPD díky médiím, jak tomu bylo zjištěno i z mého výzkumu.

V případě otázky, která se zabývala rizikovým faktorem vzniku PPD, se výsledek Mrákové s mým rozchází. Ženy z výzkumu Mrákové se spíše domnívají, že rizikovým faktorem vzniku PPD je nedostatečná podpora ze strany partnera. V mém výzkumu to byly jednoznačně problémy s kojením.

Mým výzkumným šetřením bylo zjištěno, že celková míra znalostí respondentek o PPD je převážně nedostatečná. Respondentky znají nebo se setkaly s pojmem PPD, avšak podrobnější informace o této nemoci nemají. Více jak polovina dotazovaných odpověděla chybně nebo odpověď na téma PPD neznala.

Z mého výzkumu vyplynulo, že z celkového množství 30 respondentek je 19 žen (63 %), které bohužel mají nedostatečné znalosti o PPD. Výzkumné šetření ukázalo pouhých 11 žen (37 %), které mají dostatečné znalosti o onemocnění PPD.

K doplnění informací o PPD by mohl posloužit vytvořený informační materiál, který tyto základní informace o PPD uvádí. Obsahuje stručné a jasné informace potřebné k získání přehledu o této nemoci.

## 9 ZÁVĚR

Bakalářská práce na téma Péče porodní asistentky o šestinedělku s poporodní depresí je prací teoreticko-průzkumnou. V teoretické části bakalářské práce byla popsána a objasněna poporodní psychická porucha, konkrétně poporodní deprese, kde je uvedena definice, příznaky, příčiny, léčba a rizika neléčené PPD. Následně byla popsána péče porodní asistentky o ženu s poporodní depresí. Společně jsou zde zahrnuty i další možné psychické poruchy vznikající v poporodním období jako je poporodní blues a poporodní psychóza. Ty jsou v práci uvedeny pro ucelení psychických poruch, které se mohou objevit v období šestinedělí, ale i několik měsíců po něm.

Výzkumná část je založena na kvantitativním výzkumném šetření formou dotazníku vlastní tvorby, který byl rozdán ženám po porodu na oddělení šestinedělí v nemocnici okresního typu. Hlavním cílem průzkumné části práce bylo zjistit míru znalostí dotazovaných respondentek o onemocnění poporodní deprese. Průzkumná část bakalářské práce zjistila převahu dotazovaných žen, které o problematice PPD nemají dostatečné znalosti - 19 žen z 30 dotazovaných. Pozitivním výsledkem je znalost dotazovaných respondentek ohledně definice PPD a příčin jejího vzniku, avšak překvapivým výsledkem je neznalost žen především ve směru léčby a prevence PPD.

Praktickým výstupem bakalářské práce je informační leták orientovaný na téma PPD, který byl vytvořen na základě výsledků dotazníkového šetření a odborné literatury. Hlavním záměrem tvorby informačního letáku bylo předat důležité a podstatné informace o PPD, které by byly užitečné pro těhotné a ženy po porodu. Druh informačního materiálu byl zvolen dle nejčteněji vybírané odpovědi žen z dotazníkového šetření.

Při sběru dat potřebných ke zjištění znalostí respondentek o PPD jsem se nesetkala s žádnou překážkou, která by můj výzkum nějakým způsobem ovlivnila či zpomalila. Vše probíhalo bez problémů, klientky ochotně vyplnily dotazník bez jakéhokoliv protestu. Naopak, když jsem dotazníky rozdávala a ženy se mě ptaly, čeho se dotazník týká, většina žen odpověděla: „Zajímavé, ráda vyplním“. Z toho jsem usoudila, že respondentky problematika poporodní deprese zajímá.

Jsem vděčná za milý přístup pracovníků nemocničního zařízení a za pomoc při rozdávání dotazníků pro můj výzkum. Dále patří velké poděkování klientkám, které aktivně dotazník vyplnily a pomohly mi tak při výzkumném šetření problematiky poporodní deprese.

## 10 POUŽITÁ LITERATURA

### Knižní zdroje

1. BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1907-1.
2. ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9.
3. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ, Eva JANÍKOVÁ a Radka SALOŇOVÁ. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-0836-7.
4. HANÁKOVÁ, Taťána, Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ a Pavla VOLNÁ. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress, 2015. ISBN 978-80-264-0755-3.
5. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.
6. HOLLAND, Julie. *Nebojte se být náladové & protivné: pravda o: spánku, který ne a ne přijít, sexu, který nemáte, lécích, které užíváte, tom, z čeho opravdu šílíte*. Praha: Cosmopolis, 2016. ISBN 978-80-247-5640-0.
7. CHROMÝ, Karel a Radkin HONZÁK. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1473-6.
8. KOZEL, Roman, Lenka MYNÁŘOVÁ a Hana SVOBODOVÁ. *Moderní metody a techniky marketingového výzkumu*. Praha: Grada, 2011. Expert. ISBN 978-80-247-3527-6.
9. KRATOCHVÍL, Stanislav. *Základy psychoterapie*6. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0302-5.

10. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7.
11. NEUBAUER, Jiří, Marek SEDLAČÍK a Oldřich KRÍŽ. *Základy statistiky: aplikace v technických a ekonomických oborech*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-4273-1.
12. OLEJÁROVÁ, Zora. *PSYCHIATRIE pro Všeobecné sestry a Porodní asistentky*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2017. ISBN 978-80-7561-047-8.
13. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a porodu*. 2.vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-411-3.
14. PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-2798-4.
15. PRAŠKO, Ján a Hana PRAŠKOVÁ. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Vyd.3. Praha: Portál, 2015. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0859-4.
16. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
17. SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.
18. STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestineděním a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přeprac. vyd. Přeložil Barbora SADÍLKOVÁ, přeložil Barbora TOMEČKOVÁ. Praha: OneWomanPress, 2009. ISBN 978-80-86356-50-1.

19. ŠROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0324-3.
20. TENENBAUM, Sylvie. *Deprese, odkaz předků: transgenerační přenos*. Přeložil Hana HOLOUBKOVÁ. Praha: Portál, 2018. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-262-1301-7.
21. VACHEK, Jan, Vladimír TESAŘ, Oskar ZAKIYANOV a Kateřina MAXOVÁ. *Farmakoterapie v těhotenství a při kojení*. 2. Aktualizované vydání. Praha: Maxdorf, 2016 ISBN 978-80-7345-497-5.7.
22. VAŠUT, Karel. *Léčiva v těhotenství: (vliv léků a vitamínů na zdravý vývoj plodu)*. Brno: Computer Press, 2007 ISBN 978-80-251-1452-0.
23. WEISS, Petr. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2492-8.
24. WIDER, Jennifer. *Pomoc! Jak se nezbláznit po porodu, aneb, Jak po narození dítěte získat zpět svou postavu, fyzické a duševní zdraví a obnovit sexuální život*. Praha: Metafora, 2009. ISBN 978-80-7359-202-8.

### **Internetové zdroje**

25. JEDLIČKOVÁ, M. *Obecný náhled na problematiku deprese po porodu z hlediska gynekologicko-porodnického*. Praktická gynekologie [online]. 2008 [cit. 2019-11-15]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/prakticka-gynekologie/2008-2/obecnynahled-na-problematiku-deprese-po-porodu-z-hlediska-gynekologicko-porodnickeho-48253>
26. PRAŠKO, J. *Psychoterapie poporodních depresí*. Psychiatrie [online]. 2002 [cit. 2019-11-15]. Dostupné z: [http://files.kbt-pesek.cz/200000018-d9c6adacff/Deprese%20poporodni\\_c1%20Prasko.pdf](http://files.kbt-pesek.cz/200000018-d9c6adacff/Deprese%20poporodni_c1%20Prasko.pdf)
27. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Psychologie časného poporodního období*. Moderní babictví [online]. 2008 [cit. 2020-02-27]. Dostupné z: <http://levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/?pdf=15>



28. SEIFERTOVÁ, D., MOHR, P., STRUNZOVÁ, V., ČEPICKÝ, P. *Léčba psychofarmaky v těhotenství a laktaci*. Psychiatrie pro praxi [online]. 2007 [cit. 2019-11-15]. Dostupné z: [http://www.solen.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=1758&magazine\\_id=2](http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1758&magazine_id=2)
29. STRUNZOVÁ, V. *Terapie deprese, úzkostných poruch a nespavosti v graviditě a laktaci*. Psychiatrie pro praxi [online]. 2005 [cit. 2019-11-15]. Dostupné z: [http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=pdf\\_view&pdf\\_id=1738&magazine\\_id=2](http://www.psychiatriapreprax.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=1738&magazine_id=2)
30. ŠEBELA, A., HANKA, J., MOHR, P. *Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese*. Česká gynekologie [online]. 2019 [cit. 2020-02-28] Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-1-24/diagnostika-a-moderni-trendy-v-terapii-poporodni-deprese-112780>
31. ŠEBELA, A., HANKA, J., MOHR, P. *Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese*. Česká gynekologie [online]. 2018 [cit. 2020-02-28] Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2018-6-11/etiologie-rizikove-faktory-a-metody-prevence-poporodni-deprese-107462>
32. TAKÁCS, L., SMOLÍK, F., SEIDLEROVÁ, J., ČEPICKÝ, P., HOSKOVCOVÁ, S., *Poporodní blues – česká adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire“*. Česká gynekologie. [online]. 2016 [cit. 2020-02-28] Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2016-5-8/poporodni-blues-ceska-adaptace-dotazniku-maternity-blues-questionnaire-59649>

### **Odborné práce**

33. HÝŽOVÁ, Monika. *Poporodní deprese u mladých matek*. Olomouc, 2017. s. 67. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce Doc. PhDr. Josef Konečný CSc.
34. MRÁKOTOVÁ, Jana. *Povědomí veřejnosti o depresích po porodu*. Brno, 2010. s. 56. Bakalářská práce. Masarykova Univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Mgr. Ivana Stehlíková

## **Zdroj obrázku použitý v informačním letáku**

1. Obrázek matky s dítětem

[online] [cit.2020-14-04] Dostupné z: <https://styl.instory.cz/1046-poporodni-deprese-maji-nekolik-stupnu-jak-s-nimi-bojovat.htm>

## **11 PŘÍLOHY**

Příloha A - <i>Dotazník</i> .....	67
Příloha B - <i>Edinburghská škála poporodní deprese</i> .....	71

## DOTAZNÍK

Vážené klientky,

jmenuji se Barbora Vítková a jsem studentkou třetího ročníku Fakulty zdravotnických studií Univerzity Pardubice oboru Porodní asistentka. Pro moji bakalářskou práci je stěžejní výzkum, který je založen na následujícím dotazníku, a proto přicházím s prosbou o jeho vyplnění, které Vám zabere jen minimum Vašeho času.

Zabývám se znalostmi žen o problematice poporodní deprese.

Prosím o zakroužkování, popřípadě doplnění informací na místa vyznačená. Pokud je možnost více odpovědí, je na to upozorněno vedle otázky.

Dotazník je zcela anonymní, dobrovolný a slouží pouze pro účely mé práce.

Předem velice děkuji za spolupráci a Váš čas.

### 1. Kolik je Vám let?

.....

### 2. Po kolikáté jste rodila?

.....

### 3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Prosím na místo určené vypište, v jakém oboru:

- a) základní vzdělání
- b) střední odborné vzdělání s maturitou .....
- c) střední odborné vzdělání bez maturity.....
- d) vyšší odborné vzdělání .....
- e) vysokoškolské vzdělání .....

**4. Prosím zakroužkujte, která definice „poporodní deprese“ je podle Vás správná:**

- a) Nastává především až po období šestinedělí, ale může se objevit i dříve, projevující se pocitem nenávisti k partnerovi, extrémními výkyvy nálad především silným smíchem.
- b) Nastává většinou 3. - 4. den po porodu, ale může se objevit i dříve, projevující se nevysvětlitelným pláčem, smutnou náladou, poruchami příjmu potravy a odmítáním dítěte.
- c) Nastává v prvních dvou hodinách po porodu projevující se bolestmi hlavy, potížemi s dýcháním, výraznou únavou a silnou závislostí na dítěti. Často také nevysvětlitelným pocitem strachu.

**5. Prosím uveďte, kde jste se dozvěděla o termínu „poporodní deprese“? Možnost více odpovědí:**

- a) lékař v porodnici
- b) ambulantní gynekolog - prenatální poradna
- c) soukromá porodní asistentka
- d) poporodní oddělení - oddělení šestinedělí
- e) předporodní kurzy
- f) média (televize, internet, články)
- g) rodina, přátelé
- h) studium, škola
- i) literatura
- j) jiné: (prosím vypište)

.....

**6. Víte, jak dlouho musí příznaky přetrvávat, aby se jednalo o „poporodní depresi“?**

- a) více jak 2 dny
- b) více jak 2 týdny
- c) více jak 2 roky
- d) nevím

**7. Prosím zakroužkujte, jaký je rizikový faktor vzniku „poporodní deprese“?**

- a) poporodní deprese u vlastní sestry
- b) předešlý porod chlapce
- c) trvalé užívání léků na vysoký krevní tlak
- d) problémy s kojením
- e) nevím

**8. Víte, jaká je léčba „poporodní deprese“? Pokud ano, jaká? Možnost více odpovědí:**

- a) antidepresiva
- b) psychoterapie
- c) antibiotika
- d) analgetika (léky na bolest)
- e) psycholog
- f) psychiatr
- g) neléčí se
- h) nevím

**9. Víte, jaká je možná prevence „poporodní deprese“? Možnost více odpovědí:**

- a) dostatečný pitný režim - především minerální voda a černý čaj
- b) fungující rodina
- c) přijmout pomoc druhé osoby
- d) po porodu ihned preventivně navštívit psychologa
- e) při předchozím výskytu deprese pravidelné kontroly u lékaře
- f) opustit dítě při prvních příznacích poporodní deprese
- g) ihned se svěřit s problémem
- h) aktivní vyhledávání informací o poporodní depresi
- i) při špatné náladě preventivně užívat lehké léky na depresi
- j) meditace alespoň 3x týdně
- k) individuální nebo skupinová terapie
- l) nevím

**10. Jakou formu edukačního materiálu o „poporodní depresi“ byste uvítala?**

- a) informační leták v čekárnách obvodních gynekologů
- b) informační brožura od obvodního gynekologa
- c) informační plakáty na oddělení šestinedělí
- d) informační materiál obdrženy v předporodních kurzech
- e) informace o poporodní depresi na internetových stránkách nemocnice-porodnice
- f) jiné: (prosím vypište)

.....

# EDINBURGHSKÁ ŠKÁLA POPORODNÍ DEPRESE

(Hodnocení za posledních 7 dnů)

**1. Byla jsem schopná se smát a vidět věci z lepší stránky:**

- Stejně jako vždycky
- Už ne tolik
- Určitě ne tolik
- Vůbec

**2. Těšila jsem se na věci s radostí:**

- Jako jsem se vždycky těšovala
- Spíše méně než dříve
- Určitě méně než dříve
- Vůbec

**3. Pokud něco nebylo tak jak má být, zbytečně jsem se obviňovala:**

- Ano, většinou
- Ano, někdy
- Ne moc často
- Ne, nikdy

**4. Byla jsem znepokojená či ustaraná aniž bych měla důvod:**

- Ne vůbec
- Skoro nikdy
- Ano, někdy
- Ano, velmi často

**5. Cítila jsem bezdůvodně hrůzu a paniku:**

- Ano, často
- Ano, někdy
- Ne, ne příliš
- Ne, vůbec

**6. Problémy se přede mnou kupily:**

- Ano, většinou jsem se s nimi nebyla schopna vypořádat
- Ano, někdy jsem měla obtíže se s tím vypořádat jako obvykle
- Ne, většinou jsem se s tím vypořádala
- Ne, řešila jsem je stejně jako vždy

**7. Cítila jsem se tak nešťastná, že jsem měla problémy se spaním:**

- Ano, většinou
- Ano, docela často
- Ne moc často
- Ne nikdy

**8. Cítila jsem se smutná a měla jsem špatnou náladu:**

- Ano, většinou
- Ano, docela často
- Ne moc často
- Ne nikdy

**9. Cítila jsem se tak nešťastná, že jsem plakala:**

- Ano, většinou
- Ano, docela často
- Jen příležitostně
- Ne nikdy

**10. Pomýšlela jsem na to, že si ubližím:**

- Ano, často
- Někdy
- Skoro nikdy
- Nikdy

Zdroj: [http://www.kojeni.cz/wp-content/uploads/2019/09/Edinburské-skóre\\_v3.pdf?fbclid=IwAR34C38H4LWR7F9zD10i6ed3rmmylWR6p20ovsQFArMqMyNRPeFo5uHIM9nU](http://www.kojeni.cz/wp-content/uploads/2019/09/Edinburské-skóre_v3.pdf?fbclid=IwAR34C38H4LWR7F9zD10i6ed3rmmylWR6p20ovsQFArMqMyNRPeFo5uHIM9nU)