

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2024

Jana Veřasová

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

Jana Veřasová

POPORODNÍ OBDOBÍ A PSYCHIKA ŽENY

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

PLZEŇ 2024

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2024

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Jana Velasová

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Poporodní období a psychika ženy

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Počet stran – číslované: 72

Počet stran – nečíslované: 23

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 26

Klíčová slova: poporodní období – šestinedělí – psychika – žena – poporodní deprese

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá duševními onemocněními matek v období po porodu. Je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část popisuje šestinedělí a jeho fyziologické aspekty. Dále se věnuje popisu psychických poruch rozvíjejících se po porodu, rizikových faktorů pro jejich rozvoj, popisuje diagnostiku a následnou léčbu duševních obtíží a roli porodní asistentky v duševních onemocněních po porodu. Praktická část je tvořena kvantitativním výzkumem ve formě dotazníkového šetření. Dotazník byl zaměřen na mapování pocitů žen po porodu. Jeho cílem bylo zjistit, jaké množství zúčastněných žen trpělo poporodní depresí či úzkostí. Výsledkem práce je zjištění, že poporodní deprese a úzkosti jsou rozsáhlé. Dále se v několika otázkách objevuje nedostatečná informovanost žen a velmi nízké procento žen, které vyhledaly odbornou pomoc po porodu. To dokazuje, že toto důležité téma je stále ještě opomíjeno a není na něj kladen velký důraz v edukaci ženy.

Abstract

Surname and name: Jana Vel'asová

Department: Nursing and midwifery

Title of thesis: A woman's postpartum period and psyche.

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 72

Number of pages – unnumbered: 23

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 26

Keywords: postpartum period – puerperium – psyche – woman – postpartum depression

Summary:

This bachelor thesis deals with maternal mental illness in the postpartum period. It is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part describes the six-week period and its physiological aspects. It goes on to describe mental disorders developing after childbirth, the risk factors for their development, describes the diagnosis and subsequent treatment of mental disorders and what role the midwife plays in mental illness after childbirth. The practical part consists of quantitative research in the form of questionnaire survey. The questionnaire was aimed at mapping women's feelings after childbirth. It aimed to find out what amount of the participating women suffered from postpartum depression or anxiety. As a result of the work, it is found that postpartum depression or anxiety are extensive. Further, a few questions present lack of awareness among women and very low percentage of women who sought professional help after childbirth. This shows that this important topic is still neglected and not so much emphasis is given to it in educating women.

Poděkování

Mé poděkování patří Mgr. Kateřině Ratislavové, Ph.D. za odborné vedení, vstřícnost, trpělivost a poskytování cenných rad po celou dobu psaní bakalářské práce. Dále děkuji své rodině a příteli za podporu a pomoc během studia a zpracování práce.

OBSAH

SEZNAM GRAFŮ	10
SEZNAM ZKRATEK	12
ÚVOD.....	13
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 PUERPERIUM A JEHO ASPEKTY	14
1.1 Psychické změny.....	14
1.2 Kontakt s dítětem	15
1.2.1 Bonding	15
1.2.2 Roaming in	15
1.2.3 Klokánkování	15
1.3 Laktace a kojení	16
1.4 Mateřská role	16
1.5 Sexualita.....	17
2 PORUCHY PSYCHIKY V POPORODNÍM OBDOBÍ.....	18
2.1 Poporodní blues	18
2.2 Poporodní deprese.....	19
2.3 Poporodní psychóza.....	19
2.4 Úzkostné poruchy	20
2.4.1 Úzkost.....	20
2.4.2 Posttraumatická stresová porucha	21
2.4.3 Obsedantně-kompulzivní porucha.....	21
3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHIKU ŽEN V PUERPERIU.....	22
3.1 Socioekonomické faktory	22
3.2 Psychosociální faktory	23
3.3 Hormonální změny	23
3.4 Porodnické faktory.....	24
3.5 Vliv psychiatrické anamnézy	24
4 DIAGNOSTIKA A LÉČBA PSYCHICKÝCH PORUCH V PUERPERIU.....	25
4.1 Diagnostika a léčba poporodní deprese	25
4.2 Diagnostika a léčba poporodní psychózy	27
4.3 Diagnostika a léčba úzkostných poruch.....	27
5 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY PŘI PSYCHICKÝCH PORUCHÁCH V ŠESTINEDĚLÍ	29
5.1 Péče o ženu s duševní poruchou po porodu.....	29
PRAKTICKÁ ČÁST	31
6 FORMULACE PROBLÉMU.....	31

7	CÍLE A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY	31
7.1	Hlavní cíl.....	31
7.2	Dílčí cíle a výzkumné problémy	31
8	CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	33
9	METODIKA PRÁCE	33
9.1	Použité dotazníky.....	33
9.1.1	Edinburská škála poporodní deprese	33
9.1.2	Screeningová škála perinatálních úzkostí.....	34
10	ORGANIZACE VÝZKUMU	34
11	ZPRACOVÁNÍ DAT	34
12	ANALÝZA ÚDAJŮ	35
13	PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	74
14	DISKUZE	78
	ZÁVĚR.....	83
	SEZNAM LITERATURY	85
	SEZNAM PŘÍLOH	88
	PŘÍLOHY	89

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk žen během porodu.....	35
Graf 2: Vzdělání respondentek.....	36
Graf 3: Způsob vedení porodu.....	37
Graf 4: Cítí se respondentky veselé.....	38
Graf 5: Pocity žen o budoucnosti	39
Graf 6: Zlost sama na sebe dotazovaných žen.....	40
Graf 7: Pocity úzkostí a starostí žen	41
Graf 8: Pocity paniky.....	42
Graf 9: Zda se žen mnoho věcí dotýkalo.....	43
Graf 10: Zda ženám nadměrné rozrušení způsobilo problémy se spánkem.....	44
Graf 11: Špatná a mizerná nálada u žen	45
Graf 12: Neštěstí až pláč u žen	46
Graf 13: Myšlenky na sebepoškození.....	47
Graf 14: Obavy a strach o dítě.....	48
Graf 15: Pocity obav a strachu u žen.....	49
Graf 16: Pocity přetížení.....	50
Graf 17: Strach žen z jehel, bolesti, porodu apod.....	51
Graf 18: Pocity strachu a nepohody	52
Graf 19: Nepříjemné myšlenky, které nejdou zastavit	53
Graf 20: Problémy žen se spánkem	54
Graf 21: Zda musí mít ženy vše perfektně a pod kontrolou	55
Graf 22: Kontrola nad vykonanými úkoly.....	56
Graf 23: Zda se ženy velmi snadno vylekají	57
Graf 24: Koncentrace na nepříjemné myšlenky	58
Graf 25: Vyhýbání se určitým situacím.....	59
Graf 26: Zda ženy rozhodí opakované vzpomínky	60
Graf 27: Strach ze socializace	61
Graf 28: Vyhýbání se koníčkům a zálibám	63
Graf 29: Pocit odtažení od sebe	64
Graf 30: Zda se ženy ztrácí v časové posloupnosti	65
Graf 31: Obtížné zvykání si na změny	66
Graf 32: Úzkostné prožívání a problémy s koncentrací	67

Graf 33: Zájem zdravotníků o psychické zdraví žen.....	70
Graf 34: Zda byly ženy poučeny o psychických problémech před porodem	71
Graf 35: Povědomí o organizaci Úsměv mámy.....	72
Graf 36: Zda vyhledaly ženy odbornou pomoc po porodu.....	73

SEZNAM ZKRATEK

EPDS.....	Edinburgh postnatal depression scale
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
MDQ	Mood Disorder Questionnaire
NICE	National Institute for. Health and Care Excellence
OCD.....	Obsessive-compulsive disorder
PASS.....	Perinatal anxiety screening scale
PPD	Postpartum depression
PTSD.....	Post-traumatic stress disorder
SSRI.....	Selective serotonin reuptake inhibitors
WHO	World Health Organization

ÚVOD

Zrození nového života patří mezi velice významné momenty v životě každé ženy. Tento začátek nové životní kapitoly bývá pro spoustu žen velice radostným, ale také velice těžkým obdobím. S nově narozeným dítětem přichází i nově nabytá zodpovědnost. Ženy musí přizpůsobit svůj život novorozenci. Partnerský vztah bude čelit mnoha zkouškám. Ženské tělo po porodu prochází mnoha změnami, a to nejen po stránce fyzické, ale i psychické. Často tyto okolnosti, které s sebou přináší čerstvé mateřství, nejsou zmiňovány. Ženy překvapí rozdílná realita oproti očekávání a toho se mohou vyděsit. Psychický stav je v tomto období velice křehký.

Chvilé, kdy se období plné lásky a štěstí změní v pláč a obavy. Strach nových maminek, pocity nedostatečnosti, paniky a nervozity. Obavy o dítě, pocity odtažení od sebe, neschopnost koncentrace. Tyto pocity a mnohem více zažívají ženy, které nemají lehké poporodní období. Mnoho žen, které zažívají psychické problémy po porodu, nabývá pocitu bezmoci. Neví, na koho se obrátit, a tyto problémy se každým dnem prohlubují. Téma psychických poruch po porodu je v České republice stále opomíjeno. Ženy trpící těmito problémy musí čelit stigma, proto se bojí o svých psychických problémech otevřeně mluvit. Bojí se odsouzení, protože nezvládly naplnit představy okolí. Poporodní psychická onemocnění jsou velice důležitým tématem, o kterém by se ženy neměly bát mluvit.

Práce se snažila nastínit problematiku psychických problémů v období po porodu. Cílem této bakalářské práce je zmapovat počet žen s poporodními psychickými onemocněními. Zjišťovala informace o pocitech a obavách žen, ale také informovanost a zájem zdravotníků. Pro tuto práci byl zvolen kvantitativní typ výzkumu formou dotazníkového šetření. Pro výzkumný soubor byly vybrány ženy do jednoho roka po porodu, s ukončeným šestinedělím, a to z toho důvodu, aby byly pocity žen aktuální a nejvíce se blížily porodu.

Do bakalářské práce byly využity elektronické knižní zdroje z internetové stránky www.bookport.cz a knižní zdroje z Knihovny zdravotnických studií v Plzni. Dále byly využity zdroje z internetových článků a samotné internetové zdroj byly vyhledávány pomocí klíčových slov.

TEORETICKÁ ČÁST

1 PUERPERIUM A JEHO ASPEKTY

Jako poporodní období neboli šestinedělí označujeme dobu 6 týdnů po porodu (42 dnů). V průběhu tohoto období dochází v organismu ženy k mnoha změnám. Tyto změny můžeme rozdělit do několika skupin. Zejména se jedná o změny involuční, díky kterým se tělo ženy dostává do funkční i anatomické podoby před porodem. Musíme podotknout, že tyto změny nikdy nevrátí organismus ženy do jeho podoby před otěhotněním. Dochází k rozvoji funkce orgánů v organismu, které před těhotenstvím nebyly aktivní, jedná se o změny progresivní. Tělo se adaptuje na laktaci a péči o novorozence (Roztočil, 2017, s. 216).

Šestinedělí je přirozený stav v životě ženy. Můžeme ho dále rozdělit na časné období, které zahrnuje prvních 7 dní po porodu, a poté pozdní, které začíná 8. dnem po porodu a končí 42. den. V této době dochází především k involučním změnám. Matka žije se svým potomkem v největší symbióze, vytváří se emoční vztah a neměli by být rozdělováni (Procházková, 2020, s. 593, 601).

Mimo změny somatické dochází i k změnám na sociální a psychické úrovni. Žena je vystavena nové roli matky, přijetí nového člena rodiny, péči o dítě a práci v domácnosti. Psychický stav žen v tomto období je vystaven velké zátěži (Ratislavová, 2008, s.82). Od porodní asistentky v tomto nejen emočně zatíženém období se očekává pochopení a podpora ženy. Porodní asistentka napomáhá matce budovat důvěru v péči o dítě (Bašková, 2015, s. 82).

1.1 Psychické změny

Po porodu se žena potýká s velkou psychickou zátěží, která je způsobena mnoha změnami, jednak hormonálními, somatickými, ale i z pohledu adaptace na novou životní roli. Psychika ženy je ovlivněna průběhem gravidity a zpracováváním nového porodního zážitku. Za hlavní aspekt psychických poruch považujeme náhlou změnu hladiny hormonů. V prvních 72 hodinách po odchodu placenty klesá hladina progesteronu a estrogeneru. Z hypofýzy se na podnět dráždění bradavek uvolňuje do krevního oběhu prolaktin a oxytocin. Opomeneme-li biologické změny, patří mezi důležité faktory ovlivňující psychický stav šestinedělky i psychosociální faktory (Ratislavová, 2008, s.82). Žena po narození dítěte přizpůsobuje svůj život potřebám nově narozeného potomka, a tak ztrácí své opěrné body, jimiž

byla například práce nebo společnost, do které už tak často nechodí. Šestinedělí proto nemůžeme vymezit na přesných 42 dnů po porodu. Emoční zotavení nové matky a adaptace na novou identitu si žádá delší čas (Gutmanová, 2013, s. 33). Častým počátkem psychických poruch bývá těhotenství. Šestinedělí a těhotenství dle psychiatrů spolu úzce souvisí. Schopnost početí, průběh gravidity, duševní nemoc již před otěhotněním, to vše může ovlivnit průběh šestinedělí, vztah k novorozenci a vývoj dítěte (Takács, 2013, s. 75).

Šestinedělka potřebuje dostatek spánku a kvalitního odpočinku, jenž napomáhá čelit náročným fyzickým a psychickým činnostem v péči o novorozence a o sebe. Vhodné řešení je sladit spánek matky a novorozence. Zapojení otce a rodiny do péče o domácnost a novorozence mohou šestinedělce pomoci (Bašková, 2015, s. 88–89).

1.2 Kontakt s dítětem

1.2.1 Bonding

Pojem bonding znamená vzájemné budování vztahu matky a dítěte fyzickým kontaktem skin to skin. Nejvhodnější je zahájit bonding bezprostředně po porodu a měl by trvat nejméně 1 hodinu, nejlépe déle. Provádí se u kardiopulmonálně stabilních novorozenců. Mezi výhodu bondingu patří omezení patologického stresu u novorozence. Raný kontakt podněcuje mateřské chování, usnadňuje laktaci a péči o dítě. Mezi další benefity kontaktu skin to skin ze strany matky patří upevňování pocitu štěstí, podpora zavinování dělohy, zvýšení laktace (Kachlová a kol., 2022, s. 29–30).

1.2.2 Roaming in

Neboli nepřerušovaný pobyt matky a dítěte na společném pokoji. Slouží jako pokračování bondingu v pozdějším poporodním období. Díky nepřerušovanému kontaktu má matka možnost neustále reagovat na nutriční a emocionální potřeby dítěte související s jeho nestálým biorytmem a naplňovat je. Intenzivněji se utváří vztah matky a dítěte. Žena se aktivně učí pečovat o potomka. Lépe naslouchá jeho potřebám, je vnímavější a vytváří se pocit sebedůvěry. Matky odchází s pocitem, že péči o dítě doma zvládnou (Kachlová a kol., 2022, s. 31).

1.2.3 Klokánkování

Kontakt kůže na kůži je podporován hlavně v případě separace matky a dítěte. Je praktikován na novorozeneckých jednotkách intenzivní péče. Tento druh kontaktu mohou aplikovat oba rodiče. Napomáhá k akceptaci nové rodičovské role a snižuje riziko rozvoje posttraumatické stresové poruchy spojené se zdravotní kondicí dítěte. Je to jemná metoda

dlouhodobého a časného kontaktu mezi matkou a dítětem. Eliminuje stres, podporuje vývoj a dřívější propuštění do domácího prostředí (Kachlová a kol., 2022, s. 30). Metoda klokánkování funguje jako protektivní faktor proti rozvoji PPD (Zhao a Zhang, 2020).

1.3 Laktace a kojení

Kojení považujeme za nejpřirozenější a nejsnazší způsob výživy novorozence. Laktace se spouští poklesem hladiny estrogenů při vyšší hladině progesteronu. Na kojení má velký vliv móda, rodinná tradice, podpora sociálního okolí a zřejmě i uspořádání poporodního režimu (Ratislavová, 2008, s. 84). Tvorba mateřského mléka se po fyziologickém porodu rozvíjí okolo druhého poporodního dne, dochází k nalití a ztvrdnutí prsů. U šestinedělek po císařském řezu se může tvorba mléka o den opozdit, protože císařský řez nepovažujeme za přirozený porod (Koudelková, 2013, s. 34).

Kojení s sebou nese řadu benefitů pro ženu i pro kojené dítě. Probíhá-li kojení bez komplikací a dochází-li k oboustrannému uspokojení matky a dítěte, mluvíme o efektivním typu kojení. Neefektivní typ charakterizujeme oboustranným neuspokojením a výskytem komplikací souvisejících s kojením (Bašková, 2015, s. 90–91). Kojení prokazatelně snižuje příznaky stresu, úzkostí a deprese. Buduje se vazba mezi matkou a dítětem, hlavně díky množství oxytocinu vylučovaného na podnět stimulace bradavek (Šebela a kol., 2019, s. 22).

Citlivost novorozence na náladu matky je velká, proto by měla být žena u kojení v klidu. Je možné před kojením provádět různé relaxační techniky, příkladem je tichá a relaxační hudba (Ratislavová, 2008, s. 84).

1.4 Mateřská role

Proměna ženy v rodiče je změna, která přinutí jedince k přestavbě životních hodnot. Nová role matky se stává jedním z nejintenzivnějších zážitků. Dává nový smysl pojmům, jako jsou láska a vděčnost či strach (Petříková, 2022).

Ze strany společnosti je na ženy vyvíjen nátlak, aby se vrátily co nejdříve do stavu před porodem. Očekává se co nejrychlejší návrat do práce, úbytek na váze, co nejlepší vzhled, ukončení kojení. Společnost často nebere ohled na samotné matky, které si celým procesem prochází pomaleji (Gutmanová, 2013, s. 37).

Psychická adaptace šestinedělky na novou roli probíhá ve dvou fázích. 2–3 dny po porodu nazýváme fází pasivní. Vyznačuje se pasivním chováním a závislostí matky na jejím

okolí. Matka poslouchá pokyny z porodnice, od blízkých, není si jistá svými vlastními rozhodnutími. Aktivní fáze přichází třetí den po porodu. Žena je v tuto chvíli většinou schopná se plně přizpůsobovat roli matky (Procházka, 2020, s. 599).

1.5 Sexualita

Během šestinedělí dochází k proměně sexuality obou partnerů. Oba společně čelí nové životní roli rodiče narozeného dítěte. K obnově sexuálního života by mělo dojít až když se žena bude cítit připravená, pokud je šestinedělí bez komplikací a styk jí přináší pozitivní a příjemný zážitek. Pokud je žena vyčerpaná a jeví menší zájem o sex, partner by měl být oporou a vyjádřit pochopení. Lidská sexualita je velice zranitelná, nejedná se zde pouze o fyzický akt, ale má svou psychickou stránku. Sexuální touha po porodu je silně spjata s kojením. U kojících žen se vyskytují nižší hladiny estrogenů a androgenů a únava, proto dochází k obnovení sexuální touhy až později (Ratislavová, 2008, s. 84).

V poslední době se věnuje větší pozornost duševnímu zdraví otců, jelikož epidemiologické faktory poukazují na nedostatečné povědomí a léčbu otcovských depresí a úzkostí. Přibývá důkazů o nepříznivých účincích neléčených psychických onemocnění otců na duševní zdraví matek a důkazů o jejich souvislosti s nepříznivými emočními a behaviorálními následky na dítě s následnou špatnou léčbou, zejména v případě kombinace duševního onemocnění rodičů a zneužívání návykových látek rodiči (Howard, Khalifeh, 2020, s. 314).

2 PORUCHY PSYCHIKY V POPORODNÍM OBDOBÍ

Během porodu je formována osobnost ženy. Porod doprovází bolest, kterou každá rodící žena přijímá a prožívá jinak. Pro některé ženy bolesti patří k porodu jako jeho součást, pro jiné jsou příčinou strachu a úzkostí. Vnímání celého průběhu porodu ovlivňuje zkušenost s předchozími porody, sociální status, množství informací a přístup ženy k mateřství (Procházková, 2020, s. 612). Žena si zpětně neustále promítá svůj porodní zážitek, porovnává prožitek náročné životní situace se sebepojetím. Přijímá novorozence jako samostatnou bytost a navazuje citový vztah. V prvním dnu po porodu pozorujeme vzestup dobré nálady. Toto je dočasný stav, kdy se radost střídá s obavami, emocionální labilitou a úzkostí. Tyto pocity posiluje pocit odpovědnosti za novorozence, která vyžaduje ustavičnou pohotovost. Než se tomuto stavu šestinedělka přizpůsobí, můžou ji doprovázet pocity neschopnosti. Takové pocity posiluje nedostatek odpočinku, hormonální změny a vyčerpání (Ratislavová, 2008, s.82). Až 40 % žen po porodu prožívá psychické změny různé závažnosti. Jedním z důvodů těchto změn psychiky může být náhlá změna hormonální hladiny, tělesných tekutin a elektrolytů ihned po porodu (Koudelková, 2013, s. 128).

2.1 Poporodní blues

Poporodní blues neboli přechodná subdepressivní nálada se objevuje 3.–6. den po porodu u 50–80 % šestinedělek. Projevem je labilní nálada, plačtivost, úzkostnost, podrážděnost, únava, zmatenost, pocity nedostatečné sebedůvěry, nejistoty a smutku. Negativní pocity mohou vystřídat pocity euforie. Smutek může doprovázet krátká epizoda pláče, z důvodu, který nedokáže žena popsat (Ratislavová, 2008, s. 82). Příznaky na rozdíl od PPD (poporodní deprese) samovolně odcházejí do dvou týdnů po porodu a rodička může prožívat dny, kdy žádné nemá. Někdy je poporodní blues považováno za fyziologickou součást šestinedělí, těmito stavy trpí převážně prvorodičky (Šebela a kol., 2018, s. 469).

U 25 % šestinedělek se v dalším průběhu rozvine PPD. Kvůli již zmíněnému riziku rozvoje PPD je nutné šestinedělky sledovat, přestože poporodní blues samo odezní (Šebela a kol, 2018, s. 469). Ženy by měly být edukovány o nutnosti návštěvy odborníka, pokud problémy do 14 dnů neodezní (Ratislavová. 2008, s. 82).

Poporodní blues a deprese se od sebe dají odlišit hlavně rychlostí nástupu po porodu a dobou trvání (Šebela a kol., 2019, s. 69).

2.2 Poporodní deprese

Během šestinedělí se přibližně u 17 % žen vyvine poporodní deprese. Dochází k podstatnému narušení mateřské identity, snižuje se kontakt s dítětem a negativně je ovlivněn partnerský vztah. U těchto dětí pozorujeme v pozdějších stadiích vývoje narušený kognitivní vývoj a vyšší sklony k psychopatologiím (Šebela a kol., 2019, s. 68–69).

Poporodní deprese mohou doprovázet pocity bezmoci, paniky, strachu, hanby, odmítání, nedostatku energie, úbytek hmotnosti, nespavost, uzavřenost a ztráta sebeúcty. Její projevy se mohou objevit kdykoli v období po porodu, potratu, mimoděložním těhotenství i předčasném porodu. Příznaky mají různé stupně závažnosti, od mírné formy až po sebevražedné sklony. Ženy mají problémy s péčí o dítě, kojením, pocíťují bezmoc, obavy o zdraví své a dítěte. Velmi často pláčou, jsou apatické, trpí nedostatkem spánku, mohou se objevovat i znaky paranoi, které mohou představovat nebezpečí pro sebe i pro dítě. V některých případech je úzkostný stav ženy natolik vážný až vyústí v patologické stadium, kdy se matka bojí manipulace s dítětem, aby mu neublížila (Koudelková, 2013, s. 128).

Začátek projevu poporodní deprese můžeme pozorovat 2. týden po porodu, měla by se objevit nejpozději do 4. týdne. Výskyt je intenzivní prvních 30 dnů, ale může trvat i měsíce. Velké riziko této psychické poruchy je suicidium, narušení mateřské vazby, neschopnost péče o novorozence (Šebela a kol., 2019, s. 69).

Projevy jako například úbytek hmotnosti nebo nezáměr o sexuální aktivity jsou v období po porodu běžnou záležitostí. Proto je diagnostika obtížnější (Ratislavová, 2008, s. 91). Ale diagnostika je nutná, kvůli již zmíněnému ohrožení jak matky, tak dítěte. Bez spolupráce psychiatrů s gynekology a porodníky nemůže být ženě zajištěna dostatečná a účinná pomoc (Šebela a kol., 2019, s. 71).

2.3 Poporodní psychóza

Puerperální, dříve nazývanou laktační, psychózu považujeme za nejzávažnější psychickou poruchu v období po porodu. Její výskyt není tak častý, jen zhruba u 0,1 % šestinedělek. Příznaky se začínají objevovat většinou mezi 2. a 3. dnem, ale také až za měsíc po porodu. Patří mezi ně halucinace, bludy, tenze, chorobné představy, neovladatelné myšlenky, pocity i činy, plačtivost, úzkost, podrážděnost, psychická labilita, poruchy komunikace a maniodepresivní ataky (Koudelková, 2013, s. 129). Psychický stav ženy je nepředví-

datelný, může dojít k rychlému zhoršení do akutního stavu. Její průběh je proto velice proměnlivý a nese s sebou vážná rizika. Žena může ublížit sobě nebo novorozenci z psychotické motivace (Šebela a kol., 2019, s. 69). Toto onemocnění postihuje především prvorodičky, v dalších graviditách se neopakuje.

Poporodní psychózu lze rozdělit na **amentní formu**, která má náhlý počátek, dramatický průběh, doprovází ji dezorientace, paranoia, bludy související s mateřstvím, nebezpečí sebevražedných pokusů, následně amnézie.

Dále popisujeme **manickou formu**, kterou je charakteristická psychická přehnanost, euforická nálada, extatické prožitky štěstí, megalomanie, rozdíravost. Může přejít do amentní formy.

Endogenní depresivní a schizofrenní forma. Zde pozorujeme pocity bezmoci, neschopnost péče o novorozence, přehnanou starostlivost, plačtivost, apatii, poruchy laktace, opakované menší zdravotní potíže, paranoiu a následně možnost ublížení sobě či novorozenci (Ratislavová, 2008, s. 92).

2.4 Úzkostné poruchy

2.4.1 Úzkost

Důvodem úzkostných stavů po porodu se může stát samotné těhotenství. Žena prožívá strach z porodu a bolestí porod doprovázející. Tyto stavy vedou až k tokofobii, separační mateřské úzkosti, fobickému vyhýbání se dítěti a tak dále. V průběhu gravidity a po porodu dochází často k znovuvzplanutí dříve diagnostikovaných poruch a návratu úzkostí od začátku. Úzkost je spojena s pocitem odpovědnosti za novorozence, péčí o něj a se strachem z jeho smrti. V případě opakovaných potratů nebo dlouhotrvající neplodnosti se tyto pocity mohou vystupňovat do patologických rozměrů. Matka nemůže v noci spát, kontroluje, zda kojenec dýchá a jestli je na živu. Noční bdělost trvající několik měsíců vede k vyčerpání. Nastane separační úzkost či naopak fobické vyhýbání se kojenci (Takács a kol., 2015, s. 85).

Úzkost bývá někdy spojena s tělesnými změnami vedoucími k pocitům ztráty atraktivity. Nové jizvy, strie, změna hmotnosti, nalitá prsa. Objeví se obavy ze svlékání se před partnerem či **sociální fobie**. Patologická obava ze ztráty fyzické přitažlivosti může doprovázet dysmorfofobie a strach z partnerovy nevěry (Takács a kol., 2015, s. 85).

2.4.2 Posttraumatická stresová porucha

Pozdní či protahovaná reakce na stresující či traumatický zážitek se nazývá posttraumatická stresová porucha (dále jen PTSD). Objevuje se u žen po komplikovaném porodu (klešťový, vakuumextrakce nebo akutní sekce), ale i po, na první pohled, nekomplikovaném porodu, také u porodu mrtvého plodu. K vývoji PTSD často přispívá bolest, pocit malé nebo vůbec žádné kontroly nad situací, bezmoc, špatná komunikace s personálem, nekvalitní péče a nedostatek podpory od okolí ženy. Vyhýbání se novorozenci, sexuálním kontaktům s partnerem, narušení vztahu s dítětem a sexuální poruchy jsou typickým projevem PTSD. Mezi další typické příznaky PTSD patří flashbaky, noční můry a napětí, které se mohou opět manifestovat v dalším těhotenství, zejména pár měsíců před porodem. Ženy s PTSD si často přejí porod císařským řezem, ukončení neplánované gravidity a sterilizaci. PTSD se většinou vyskytuje společně s depresí v poporodním období (Takács a kol., 2015, s. 87).

Výzkumy ukazují, že ženy s diagnostikovanou PTSD mají častější mimoděložní těhotenství, spontánní potraty, nadměrné zvracení, předčasné kontrakce a nadměrný růst plodu (Ratislavová, 2008, s. 42).

2.4.3 Obsedantně-kompulzivní porucha

Typickým projevem obsedantně-kompulzivní poruchy (dále jen OCD) jsou nechtěné vtíravé myšlenky (obsese) a nutkavé opakující se projevy v chování (kompulze). Nutkavé myšlenky způsobují úzkosti, kterých se chce pacient zbavit svými ritualizovanými projevy. Nemocný si uvědomuje nesmyslnost svých obsesí.

Gravidita a poporodní období je rizikové pro rozvoj OCD. Obsah obsesí v šestinedělí bývá často zdraví novorozence, například patologický strach z náhlého úmrtí, nebo naopak jde o podněty vybízející k ublížení novorozenci. Tyto impulzy zapřičiňují vyhýbání se matky novorozenci a zanedbávání péče o něj. Mezi porodní kompulze řadíme nadměrné mytí rukou nebo uklízení, snižující obavy o kontaminaci kojence (Takács a kol., 2015, s. 87).

3 FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PSYCHIKU ŽEN V PUERPERIU

Porod představuje pro ženu velkou námahu, ať už mluvíme o porodu spontánním či operačním. Žena se v poporodním období vyrovnává s řadou změn. Objevuje se mnoho stresových faktorů a situací, se kterými se žena musí vyrovnávat. Vliv těchto změn a situací může za rozvoj poporodních psychických poruch (Böhmová, Šebanová, 2003, s. 54-56).

Studie dle Kandella a kol. prokázala, že ženy v období po porodu mají 22x vyšší riziko hospitalizace na psychiatrii nežli ženy v období před těhotenstvím. Toto zvýšené riziko vzplanutí poporodních psychických poruch se objevuje nejen u žen se zatíženou psychiatrickou anamnézou před otěhotněním, ale i u žen bez psychiatrického problému. Dle přehledu z 37 studií bylo zjištěno závažné poporodní duševní onemocnění u 20 % žen s preexistující bipolární poruchou, například s psychózou či mánií. U poruch s menší závažností se nevyskytují jasné průkazy spuštění poporodních psychických poruch. Naopak u deprese a obsedantně–kompulzivní poruchy se objevuje zvýšená míra poporodních poruch vyžadujících léčbu (Howard, Khalifeh, 2020, s. 314).

Přehled systematických 58 studií odhaduje incidenci postnatální deprese na 12 % a prevalenci na 17 %. Nedávné přehledy uvádějí prevalenci 10-20 % u předporodních a 10 % u poporodních úzkostných poruch (Howard, Khalifeh, 2020, s. 314).

3.1 Socioekonomické faktory

Mezi demografické faktory ovlivňující psychiku žen v šestinedělí, spadá především věk matky, socioekonomický status a vzdělání. Je dokázáno, že častější výskyt psychických poruch je u svobodných matek v adolescentním věku. Také u primipar a matek, které nemají dostatečné sociální zázemí a ekonomické zabezpečení. Musíme brát v potaz i výchovu ženy, která úzce souvisí s rozvojem PPD. Velký vliv má kritická výchova či násilí ve výchově, časná separace od matky, rozchod rodičů, nebo úmrtí jednoho z rodičů (Praško, 2009, s. 48). PPD trpí většinou matky starší, či velice mladé matky. U poporodní psychózy je typické, že postihuje především prvorodičky (Takács a kol., 2015, s. 76).

Prevalence poporodních depresí je vyšší v zemích s nízkými až středními příjmy než v zemích s vyššími příjmy (Howard, Khalifeh, 2020, s. 314).

3.2 Psychosociální faktory

Tyto faktory jsou velice významné u rozvoje psychických poruch po porodu. Mezi psychosociální faktory řadíme sebehodnocení, osobnostní rysy, události spojené s výskytem stresu. Typicky jsou více ohroženy výskytem psychických poruch ženy, které žijí v neharmonickém manželství. Dalšími faktory pro rozvoj psychických poruch je neplánované otěhotnění, psychická nepřipravenost (Ratislavová, 2008, s. 91). Dále mluvíme o absenci důvěrného vztahu nebo podpory, ambivalentní pocity ohledně gravidity a anamnéza závažné premenstruační dysforie (Takács a kol., 2015, s. 76).

Vícegenerační studie těhotných uvádí, že deprese v těhotenství byla častější o 51 % u mladých žen v poslední generaci než u generace jejich matek před 25 lety (Howard, Khalifeh, 2020, s. 314). Odhad prevalence běžných duševních poruch u těhotných žen mladších 25 let činí 45,1 %. Ve srovnání s ženami staršími 25 let je prevalence 15,5 % (Howard, Khalifeh, 2020, s. 314).

Z toho vyplývá, že mladé ženy nyní žijí v jiných podmínkách. Někteří poukazují na rychlejší tempo moderního života či změny v technologiích, včetně používání sociálních sítí, které mohou snadno umožnit zkušenosti se zneužíváním a šikanou. Izolace a nejisté zaměstnání jsou další z možných příčin (Howard, Khalifeh, 2020, s. 314).

Confidential Enquiries into Maternal Deaths upozornilo na rostoucí rozšířenost zneužívání návykových látek mezi ženami, jež zemřely v těhotenství, také na špatnou péči, které se jim dostalo v oblasti duševního zdraví a porodnictví (Howard, Khalifeh, 2020, s. 314).

3.3 Hormonální změny

Během těhotenství dochází k nárůstu hladiny reprodukčních a stresových hormonů, po porodu pak dochází ke snížení hladiny těchto hormonů. Některé z hormonů chrání před rozvojem PPD a pokles jejich hladiny může znamenat rozvoj deprese (Šebela a kol., 2018, s. 469). Hladina prolaktinu se během těhotenství a po porodu výrazně zvyšují, a to především u kojících matek. Je dokázáno, že vyšší hladiny prolaktinu mají protektivní účinek před vznikem PPD. Proto jeho nižší hladiny po porodu mohou u žen vyvolat rozvoj psychických poruch. Vliv hyperprolaktinémie je u rozvoje poporodní psychózy zatím neznámý, proto farmakologické zastavení laktace u rizikových šestinedělek výrazně nesnižuje riziko jejího rozvoje (Šebela a kol., 2018, s. 470).

3.4 Porodnické faktory

Ke vzniku poporodní duševní poruchy přispívá jakýkoli porodnický zážitek. Hlavně protahovaný porod, porod císařským řezem nebo porod mrtvého či poškozeného plodu. Větší sklon k rozvoji postpartálních psychických poruch mají ženy s prožitým porodnickým traumatem. Například časné přerušování bondingu, akutní porod císařským řezem, vzniklé komplikace během porodu, nenaplnění porodního přání (Ratislavová, 2008, s. 91).

3.5 Vliv psychiatrické anamnézy

Je dokázáno, že u žen, kterým bylo již před těhotenstvím diagnostikováno psychické onemocnění, je pravděpodobné očekávat jejich manifestaci i po porodu. Ženy s mírnou či střední formou deprese mají nižší riziko rozvoje psychických poruch než ženy s těžkou formou. Mezi další rizikové faktory řadíme i rodinnou anamnézu depresí či anamnézu postpartální psychózy (Takács a kol., 2015, s. 76).

Míra relapsu předchozí deprese a bipolární poruchy během gravidity se pohybuje okolo 10-20 % těhotných, důkazy zde ale nejsou konzistentní. Jde-li o bipolární poruchu, přehled malých studií, zahrnující celkem 2 345 žen, naznačuje, že přibližně u 1 z 5 žen se objeví relaps po porodu, přičemž převažují depresivní a smíšené epizody. Údaje z primární péče ve Spojeném království uvádí, že podíl dětí vystavených psychickým poruchám matky vzrostl z 22,2 % na 25,1 %. Tento fakt může být ovlivněn zvýšenou návštěvností primární péče díky zvyšujícímu se povědomí o problematice duševního zdraví (Howard, Khalifeh, 2020, s. 314).

4 DIAGNOSTIKA A LÉČBA PSYCHICKÝCH PORUCH V PUERPERIU

Každý gynekolog a porodník by měl mít na paměti vznik psychických poruch po porodu. Jejich nerozpoznaný rozvoj může mít velmi vážné následky. Ženy nejsou schopny se postarat o novorozence, dokonce může být ohrožen život ženy či dítěte. Proto bychom měli věnovat pozornost již zmíněným rizikovým faktorům. Při stanovení diagnózy je potřeba vědět o hormonálních a endokrinních poruchách, intoxikacích a odvykacích stavech a vyloučit je (Takács a kol., 2015 s. 99).

Ženy se často bojí promluvit o svých psychických problémech, kvůli strachu z odsouzení, že budou špatnými matkami nebo že jsou šílené. Velkou roli hraje edukace ženy o příznacích, ta vede ke snížení obav, větší informovanosti a pochopení svých pocitů. Deprese by neměla být podceňována, nejsou to pouze dočasné negativní pocity (Takács a kol., 2015 s. 77).

4.1 Diagnostika a léčba poporodní deprese

Příznaky poporodní deprese splňují kritéria diagnózy dle Mezinárodní klasifikace nemocí s nástupem od 4 týdnů do 6 měsíců po porodu (WHO, 1993). Zásadním a důvěryhodným nástrojem diagnostiky poporodní deprese jsou screeningové nástroje a škály. Na šestinedělky není vhodné aplikovat běžné testy na depresivní poruchy, protože v nich dosahují neobjektivních a patologických hodnot. Klíčovým úkolem screeningových nástrojů je zmapovat ze skupiny žen ty nejvíce ohrožené a dále je podrobněji diagnostikovat (Ratislavová, 2008, s. 91). Jestliže výsledek testu vyjde pozitivně, pak pokračujeme diagnostiku klinickým rozhovorem a objektivním pozorováním. Je možno sesbírat a použít informace z okolí ženy (Takács a kol., 2015, s. 77).

Edinburská škála poporodní deprese je jeden z nejvíce využívaných nástrojů v diagnostice poporodních depresí. EPDS neboli Edinburgh Postnatal Depression Scale je dotazník vytvořený v roce 1987. Autory jsou Cox, Holden, Sagovský na Livigstonské a Edinburské klinice. Jejich záměrem bylo pomoci v primární péči zdravotníků lépe diagnostikovat poporodní deprese (Cox et Al., 1987, s. 182–786). Nejedná se o diagnostickou metodu, pouze screeningový program. Proto pokud dojde k pozitivnímu výsledku, provádí se další odborné šetření. Další screeningovou metodou je **Maternity blues questionnaire**,

obě metody jsou v Čechách dostupné, časově nenáročné a jednoduché (Šebela a kol., 2019, s. 69).

Dotazník PRIME MD2 slouží k detekci dvou hlavních příznaků deprese – pokles nálady a ztrátu zájmů v posledním měsíci. Skládá se ze dvou složek, žena odpoví pouze ano nebo ne. Pokud žena odpoví nejméně jednou pozitivně, zahajuje se další diagnostika (Takács a kol., 2015, s. 77).

Důležitou diagnostickou složkou je **diferenciální diagnostika**. Zahrnuje například somatické příčiny depresí nebo ostatní psychické poruchy, jako je porucha přizpůsobení, bipolární porucha, poporodní blues a další. Často se příznaky deprese překrývají se symptomy spojenými s poporodní psychózou (Takács a kol., 2015, s. 78).

Cílem léčby PPD je v co nejkratším časovém pásmu dosáhnout vymizení symptomů. Lehčí formy poporodní deprese léčíme **psychoterapií**. Podpurná psychoterapie může být poskytována i zdravotnickým personálem, na rozdíl od specifické psychoterapie. Principem podpurné psychoterapie je způsob přístupu. Osoba vykonávající psychoterapii musí být především empatická, laskavá, ochotná naslouchat, musí podpořit, porozumět, povzbudit a pomoci k řešení problému. Hlavní roli sehrává okolí ženy. Jako efektivní forma intervence psychoterapie se ukázala interpersonální psychoterapie, dynamická psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie a rodinná terapie (Takács a kol., 2015, s. 79–80).

U těžší formy PPD se nasazují antidepresiva. Všechny druhy antidepresiv přecházejí do mateřského mléka, cílem je tedy vybrat nejvhodnější antidepresiva vzhledem k jejich farmakologickým vlastnostem a bezpečnosti pro kojence. Mezi léky první volby a vhodná antidepresiva patří Paroxetin a Sertalin. Mezi relativně bezpečná léčiva patří také Nortripylin (Šebela a kol., 2019, s. 22–23).

Při léčbě PPD je důležité uvědomit si, že onemocnění a léčba ovlivňují nejen ženu, ale celou rodinu. Snažíme se snížit výskyt možných rizik, a hlavně nutnost hospitalizace ženy, která vede k dlouhodobému odloučení ženy od dítěte a otce. Duševní zdraví otců během poporodního období je často opomíjeno, ale má stejný vliv na dlouhodobý neurobehaviorální vývoj dítěte jako matka. Proto bychom měli při diagnostice a léčbě duševního zdraví myslet na oba rodiče (Šebela a kol. 2019, s. 25).

4.2 Diagnostika a léčba poporodní psychózy

Diagnostika postpartální psychózy je obtížná, protože neexistuje v prenatálním a postnatálním období standardní screeningové vyšetření. Je kladen větší důraz na fyzické zdraví matky než na zdraví psychické. Pro zlepšení diagnostiky jsou používány rychlé a účinné screeningové nástroje, jako je EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) a MDQ (Mood Disorder Questionnaire), které výrazně pomáhají při posuzování rizika budoucího psychiatrického onemocnění v kritickém poporodním časovém pásmu. Základem diagnostiky je podrobné odebrání anamnestických údajů, neuropsychiatrické vyšetření a laboratorní vyšetření, díky kterému se identifikují organické příčiny psychózy (Raza et Raza, 2023).

Včasná diagnostika je nesmírně důležitá, protože se jedná o onemocnění, které rychle reaguje na léčbu. U matek ohrožených rozvojem psychózy se vyskytuje nebezpečí pro dítě a matku samotnou. Tyto akutní stavy vyžadují okamžitou hospitalizaci. Po vyloučení organických příčin lze nasadit léky na zvládnutí akutní psychózy. Mezi ty patří stabilizátory a antipsychotika. Přestože je profylaxe během těhotenství u žen s bipolární poruchou a vysokým rizikem relapsu doporučována, je nutné zvážit rizika a přínosy. Užívání lithia bylo standardní možností, ale nese s sebou významná rizika vrozených malformací plodu, proto nyní není tak často doporučováno. Při nasazení lithia po porodu by neměly ženy kojit. U žen se zachováním laktace se podávají SSRI (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu), karbamazepin, vaporát sodný a krátkodobě působící benzodiazepiny. Pacientka a rodina musí pečlivě zvážit rizika a přínosy farmakologické léčby. Další možnost léčby představuje elektrokonvulzivní terapie, s velkým přínosem a minimem komplikací (Raza et Raza, 2023).

Vhodné antipsychotikum slučitelné s kojením je například Olanzapin, který je považován za lék první volby. Při zástavě laktace můžeme využít Aripiprazol, který slouží také jako stabilizátor nálady. Lithium představuje riziko pro rozvoj nefrotoxicity novorozence a dehydratace. U žen s rizikem rozvoje poporodní psychózy navyšujeme profylaxi v těhotenství a ihned po porodu s cílem předejít hospitalizaci, a tím i dlouhodobé separaci od dítěte (Šebela a kol., 2019, s. 84).

4.3 Diagnostika a léčba úzkostných poruch

Poporodní úzkosti mají specifické příznaky překrývající se s možnou další duševní poporodní poruchou, například špatný spánek, problémy s relaxací nebo emoční podrážděnost. Ne všechny matky prožívající úzkosti mají depresi, proto je důležité správné stanovení

diagnózy. Ženy s úzkostí totiž vůbec nemusí reagovat na některé způsoby léčby (Collier, 2021).

Poporodní úzkosti se mohou zhoršit vlivem hormonálních změn v důsledku porodu a v poporodním období. Zhoršuje se jako reakce na stresory, mezi které patří například obava o zdraví dítěte, finance a nejistota v nové životní roli a v proměně vztahů. Riziko vzniku úzkostí významně zvyšuje potrat či mrtvorozené dítě v předešlém těhotenství. Žena, jež trpěla úzkostí před otěhotněním, je náchylnější na relaps duševní poruchy po porodu. Úzkost a smutek můžeme pozorovat u ukončení kojení v důsledku změny hladiny hormonů (Collier, 2021).

U žen, kterým se objevují záchvaty způsobené úzkostnou poruchou, je malá pravděpodobnost ublížení svému dítěti (Collier, 2021).

Posttraumatická stresová porucha po porodu je obecně charakterizována například napětím či nočními můrami, které mohou trvat několik týdnů až měsíců a mohou vyústit v sekundární tokofobii. Dle studií se posttraumatická stresová porucha vyskytuje v 5,6 % případů (Sashi, 2015).

Úzkostné poruchy jsou méně sledované, ale studie uvádí, že jimi trpí jedna z pěti žen. Velice účinnou léčbou je kognitivně-behaviorální terapie (KBT), kterou se léčí například obsedantně-kompulzivní porucha. Některým ženám mohou pomoci farmakologicky volené terapie. Léky první volby jsou selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), představují totiž nejlépe zkoumanou skupinu léků. Rychle působící léky proti úzkosti jsou benzodiazepiny, které se užívají často při čekání na účinek SSRI (Collier, 2021).

Mezi nefarmakologické metody dále patří častý kontakt s dítětem, který podpoří uvolňování oxytocinu, ten snižuje hladinu úzkosti, dále maximalizace a zkvalitnění spánku a kontrola příjmu kofeinu. Při rozhodnutí ukončit kojení je třeba odstavovat dítě postupně, z důvodu minimalizace náhlých hormonálních změn (Collier, 2021).

Perinatální screeningová škála (PASS) úzkosti byla vytvořena jako validní nástroj pro screening perinatální psychické úzkosti. Škálu vytvořil Somerville a kol. (2014) kvůli nízkému zachytu úzkostí při použití EPDS. PASS je sebesposuzovací škála o 31 položkách zaměřená na měření úzkosti v poporodním období. Věnuje se čtyřem faktorům: a) akutní úzkost, b) obecné obavy a strachy, c) perfekcionismus, kontrola a trauma a d) sociální úzkost (Somerville a kol. 2014).

5 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY PŘI PSYCHICKÝCH PORUCHÁCH V ŠESTINEDĚLÍ

Porodní asistentka sehrává již v graviditě zásadní roli edukátorky ženy. Má za úkol připravit ženu na nastávající událost, kterou je porod, a na změny odehrávající se v šestinedělí. Poporodní období je pro ženu velice kritické. Porodní rány se hojí, psychika ženy je velice křehká. Porodní asistentka zajišťuje v tomto velice specifickém období podporu a pochopení. Pomáhá budovat důvěru v péči o nově narozené dítě. Informuje ženu o důležitosti správné životosprávy, kojení a zvládnání nové životní role (Bašková, 2015, s. 82).

Od samotného těhotenství po porod je žena vystavena mnoha faktorům, které mohou ovlivnit její psychický stav v šestinedělí. Samotné myšlenky a prožitky během gravidity se mohou zrcadlit do poporodního období. Žena se může vracet zpět ke svému porodnímu zážitku ve svých myšlenkách. Vyrovnává se s ním a snaží se srovnat události, které proběhly během porodu. Porod je velice silně emoční zážitek, který nesmíme bagatelizovat a opomíjet v období šestinedělí (Dušková a kol., 2019, s. 120).

5.1 Péče o ženu s duševní poruchou po porodu

Včasný screening a diagnostika zde hrají zásadní roli. Rizikové ženy by měly být vyšetřené již během předporodních návštěv lékaře, vzhledem k predispozicím možného relapsu či nového vzplanutí. Poporodní období představuje zvýšené riziko vzniku nestability nálad. Klíčovým aspektem úspěšného zvládnání je včasná identifikace žen (Sashi, 2015). Porodní asistentka by měla znát a používat nástroje ke zjišťování psychických poruch po porodu. Pokud vyhodnotí příznaky u ženy jako rizikové, jejím úkolem je motivovat ženu k vyhledání odborné psychické pomoci, event, je předat na odborníka kontakt.

Ženy trpící poporodními psychickými poruchy mohou mít obavy z odsouzení okolí, z označení za duševně nemocné a z následného odebrání dítěte. Těmto ženám je doporučována telefonicky vedená interpersonální terapie (Posmontier, 2016, s. 456).

Porodní asistentka má za úkol předávat ženám dostatek informací o možných psychických problémech po porodu. O této problematice by se měla každá porodní asistentka zmínit v předporodním kurzu. Je důležité ženy informovat o tom, jak je obtížné období plné hormonálních a psychosociálních změn (Šebela, 2018, s. 486-487).

Chápavý a pozitivní přístup porodní asistentky se může podílet na snížení úzkostných stavů a zbavení se strachu. Porodní asistentka v průběhu těhotenství a porodu vede ženu k pozitivnímu přístupu k porodu. Zajišťuje ženin pocit bezpečí a spolupráce (Roztočil, 2017, s. 190).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 FORMULACE PROBLÉMU

Psychické poruchy v poporodním období jsou často přehlížená oblast, podléhají společenskému stigmatu, jejich vážnost je bagatelizována, přestože deprese a úzkosti po porodu zažívá 10–15 procent žen. Zhruba jde o 15 400 matek ročně. Každá pátá žena zažije během tohoto období příznaky psychické nepohody (Praško et al., 2009, s. 44).

Mnoho žen si neuvědomuje rizika a následky spojené s prožíváním psychických problémů po porodu. Psychické zdraví po porodu je často opomíjeno. Většina žen s psychickými problémy po porodu nevyhledá žádnou pomoc. Také je obtížné diagnostikovat, zda se jedná o depresivní stav či krátkodobý problém. V zahraničí jsou často prováděny screeniny poporodní deprese, použitím například standardizované Edinburské škály pospartální deprese.

Pro porodní asistentku je téma naplňování psychických potřeb velice důležitou součástí práce, protože přístup porodní asistentky k této péči může ovlivnit celkový průběh a vnímání onemocnění.

Ve výzkumném šetření si tedy kladu otázku: „Jaká je míra výskytu poporodních duševních onemocnění po operativním a vaginálním porodu?“

7 CÍLE A VÝZKUMNÉ PROBLÉMY

7.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem mého výzkumu je zmapovat výskyt psychických potíží u žen po porodu.

7.2 Dílčí cíle a výzkumné problémy

Cíl 1: Zjistit, jak četné jsou po porodu příznaky poporodní deprese.

Výzkumný problém: Jaké množství žen vykazovalo příznaky poporodní deprese?

Otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Cíl 2: Zjistit informovanost žen ohledně psychického zdraví po porodu.

Výzkumný problém: Jsou ženy informované o psychických onemocněních po porodu?

Otázky č. 33, 34.

Cíl 3: Zjistit množství žen, které vykazují známky mírných až středně těžkých a pouze těžkých symptomů poporodních úzkostí.

Výzkumný problém: Jaké množství žen trpí mírnými až středně těžkými symptomy poporodních úzkostí a těžkými symptomy poporodních úzkostí?

Otázky č. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31

Cíl 4: Zmapovat počet žen, které vyhledaly odbornou psychologickou pomoc.

Výzkumný problém: Jaké procento žen bylo ochotno vyhledat pomoc po porodu?

Otázky č. 32, 35.

8 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro výzkum mé bakalářské práce jsem zvolila záměrný výběr respondentek. Cílovou skupinou respondentek mého výzkumu jsou ženy po spontánním i operativním porodu ve fertlním věku od 18 do 45 let, po ukončeném šestinedělí, maximálně 1 rok po porodu, s různým stupněm vzdělání a socioekonomickým statusem. Do výzkumu se zapojilo 110 respondentek, které splňovaly výše uvedená kritéria.

9 METODIKA PRÁCE

K vypracování mé práce jsem si vybrala kvantitativní sběr dat. Kvantitativní výzkum je metoda standardizovaného výzkumu, pro který je typický větší vzorek respondentů. Ke sběru dat se nejčastěji využívá forma dotazníku. Za předpokladu kontroly podmínek patří ke kvalitativnímu výzkumu systematické shromažďování a analýza numerických informací (Kutnohorská, 2009, s. 21-22).

Výzkum tohoto typu byl zvolen z důvodu možnosti zapojení největšího počtu respondentů. Bylo možno získat dostatečné množství dat v krátkém čase. Data byla získávána pomocí dotazníku vytvořeného na internetových stránkách Google Forms.

Dotazník začíná vyplněním základních demografických údajů. Respondentky vyplňovaly věk, ve kterém rodily, nejvyšší dosažené vzdělání a způsob ukončení porodu. Dále byl dotazník členěn na 2 části. První část je zaměřena na screening poporodní deprese. V této části byly použity otázky z Edinburské škály poporodní deprese. Ve druhé části výzkumu byla použita screeningová škála poporodních úzkostí.

9.1 Použité dotazníky

Otázky do dotazníků byly převzaty z www.perinatal.cz. Dotazník k této bakalářské práci je dostupný v Příloze A.

9.1.1 Edinburská škála poporodní deprese

K posouzení depresivních příznaků byl vybrán standardizovaný dotazník Edinburská škála poporodní deprese (Cox et. al., 1987, str. 782-786). Dotazník se soustřeďuje na ženy po porodu, formou sebehodnocení mapuje výskyt příznaků deprese. Dotazník se skládá z uzavřených polynomických otázek, u kterých má žena na výběr jednu z uvedených možností. Otázky se vyhodnocují bodově dle závažnosti od 0 bodů, které znamenají žádné problémy, po 3 body, které značí maximální obtíže u dané otázky. Celkem u 4 odpovědí mají

ženy možnosti 0–1–2–3 body. Odpovědi jsou průběžně hodnotově otočené, aby nedošlo k rutinnímu vyplnění dotazníku. Maximální možný počet dosažených bodů je 30 bodů. Při dosažení 12 bodů a více je zapotřebí, aby žena podstoupila rozšířenější diagnostiku pro potvrzení poporodních depresí. Tato škála neslouží jako diagnostický nástroj, nýbrž mapuje ženy s vyšším rizikem poporodních depresí.

9.1.2 Screeningová škála perinatálních úzkostí

K sběru dat byl dotazník obohacen i Screeningovou škálou perinatálních úzkostí (Sernoville et. al., 2015, str. 443-454). Škála se skládá z 31 sebehodnotících otázek s uzavřenými polynomickými odpověďmi. Slouží k vyhodnocení přítomnosti úzkostí po porodu. Škála má rozsah 0-93 bodů. Počet bodů v rozmezí 0 až 20 bodů naznačuje minimální úroveň úzkostných symptomů, 21 až 41 bodů poukazuje na mírné až středně závažné symptomy, zatímco 42 až 93 bodů indikuje vysokou přítomnost závažných úzkostných symptomů. Pokud žena získá 20 bodů nebo více, doporučuje se provést komplexnější diagnostické postupy ke zjištění možných perinatálních úzkostných poruch.

10 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum proběhl v době 6. do 11. března roku 2024, to pomocí internetového dotazníku vytvořeného na stránce Google Forms. Do výzkumu se zapojilo 110 žen. Informovaný souhlas byl podmíněn vyplněním dotazníku. Po vytvoření byl dotazník zveřejněn na sociálních sítích. Prostřednictvím stránky Facebook.com byl dotazník odeslán do uzavřených skupin „Maminky 2023, Maminky sobě, Matky samoživitelky, Rozvedení rodiče.“ Dále byl dotazník distribuován na stránce modrykonik.cz a v neposlední řadě byl rozeslán ženám v mém okolí splňujícím podmínky.

Na počátku byl stanoven nejmenší počet respondentek 100. Dotazník vyplnilo celkem 110 žen.

11 ZPRACOVÁNÍ DAT

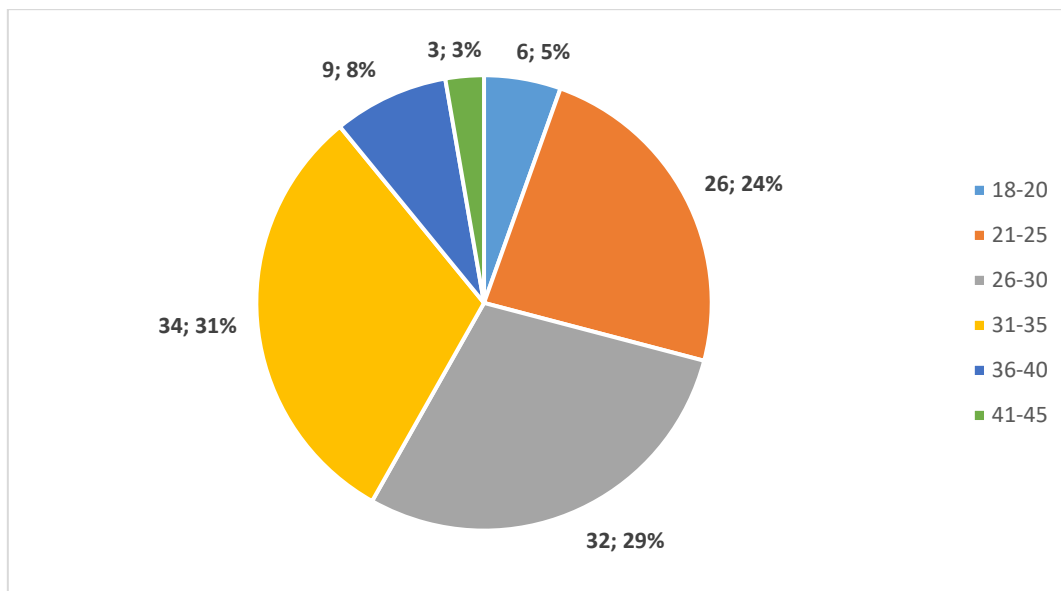
Získané výsledky od 110 respondentek ze stránky Google Forms byly exportovány do programu Microsoft Excel. Zde byly zpracovány do formy grafů koláčového a sloupcového typu k popisu výsledků jednotlivých otázek dotazníku. Zpracované grafy a tabulky byly následně exportovány do programu Microsoft Office Word. Výsledky byly znázorněny formou grafů. Získané údaje byly zpracovány popisnou statistikou.

12 ANALÝZA ÚDAJŮ

Demografické otázky (Otázky 1, 2, 3 zjišťovaly věk, nejvyšší dosažené vzdělání a vedení porodu)

Otázka číslo 1 – **V kolika letech jste rodila?**

Graf 1: Věk žen během porodu

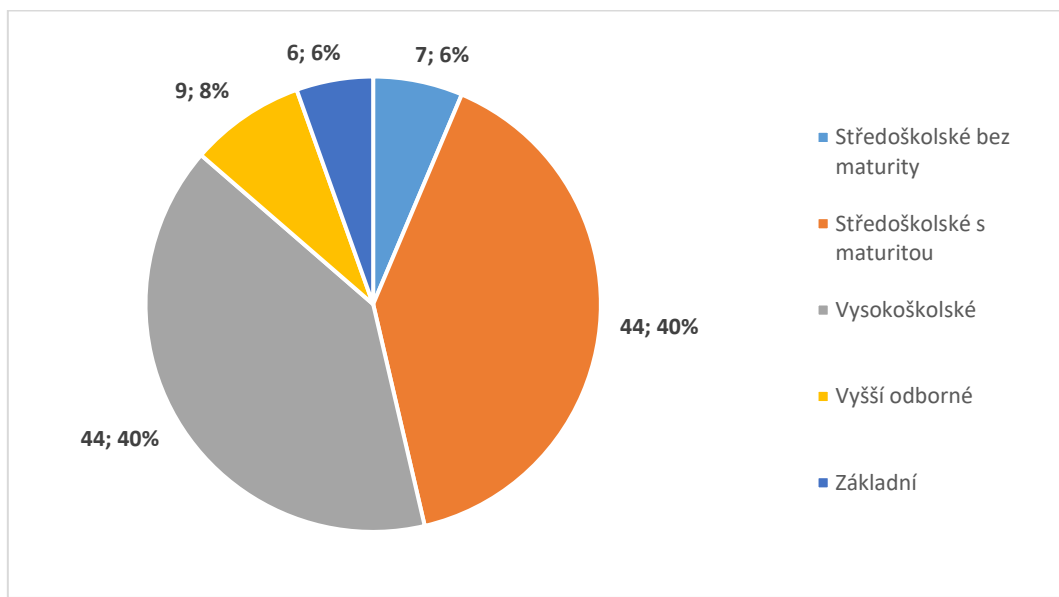


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z grafu číslo 1 vyplývá, že největší počet dotazovaných žen bylo ve věku 31-35 let (31 %). Druhou nejvíce zastoupená skupina byla ve věku mezi 26-30 rokem. 26 respondentkám bylo 21-25 let (24 %). Žen ve věku od 36 let do 40 let bylo 9 a tvořily 8 % dotazníků. Nejméně zastoupenou skupinou žen byly ženy ve věku od 18 do 20 let (5 %). Pouze 3 respondentky spadaly do věkové kategorie mezi 41-45 rokem. Tímto ženy splnily jedno z nastavených kritérií pro výzkum.

Otázka číslo 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Graf 2: Vzdělání respondentek

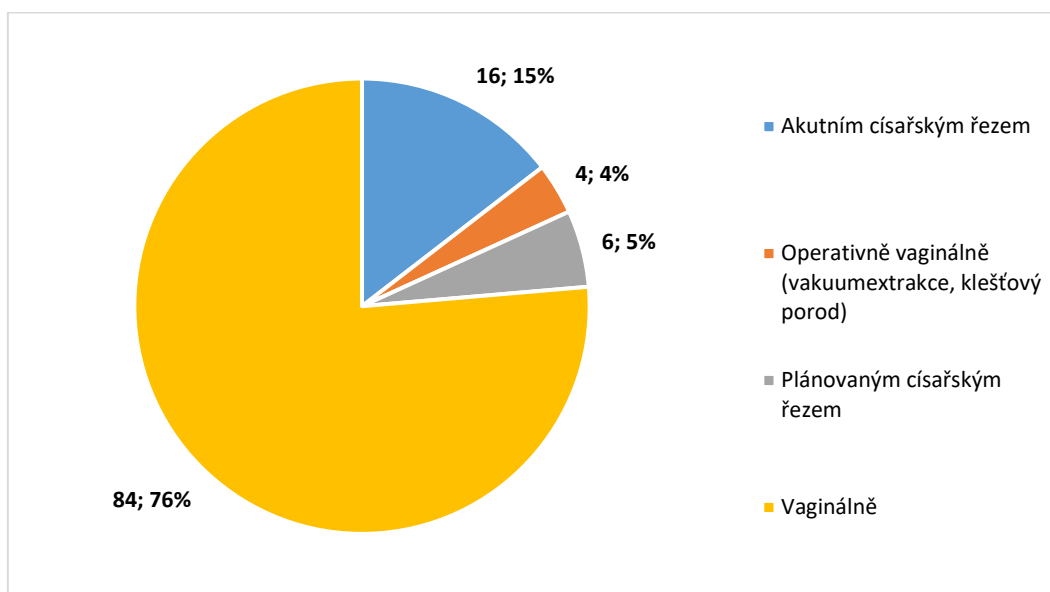


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Z celkového počtu dotazovaných žen dosáhl stejný počet žen vysokoškolského a středoškolského vzdělání s maturitou (40 %). 9 žen tvořících 8 % dosáhlo vyššího odborného vzdělání. 7 respondentek uvedlo středoškolské vzdělání bez maturity (6 %). Nejnižší počet respondentek dosáhl pouze základního vzdělání (6 %).

Otázka číslo 3 – Jakým způsobem byl veden Váš porod?

Graf 3: Způsob vedení porodu



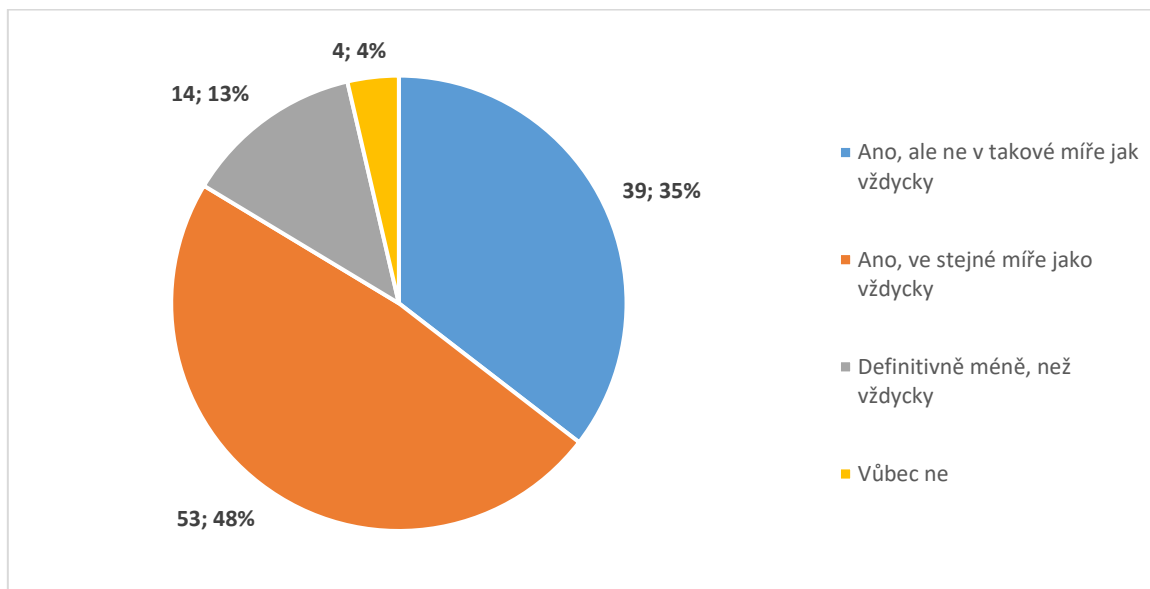
Zdroj: vlastní

Shrnutí: Dle získaných informací z grafu 3 nejvíce žen rodilo vaginálně (76 %). 16 žen uvedlo ukončení porodu akutním císařským řezem (15 %). Pouze 6 dotazovaných žen rodilo plánovaným císařským řezem (5 %). Nejméně početnou skupinu tvořily ženy s operativně ukončeným porodem (4 %).

Otázky zaměřené na poporodní depresi (Otázky 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 dle Edinburské škály poporodní deprese)

Otázka číslo 1 – **Byla jsem veselá a viděla převážně veselé stránky.**

Graf 4: Cítily se respondentky veselé

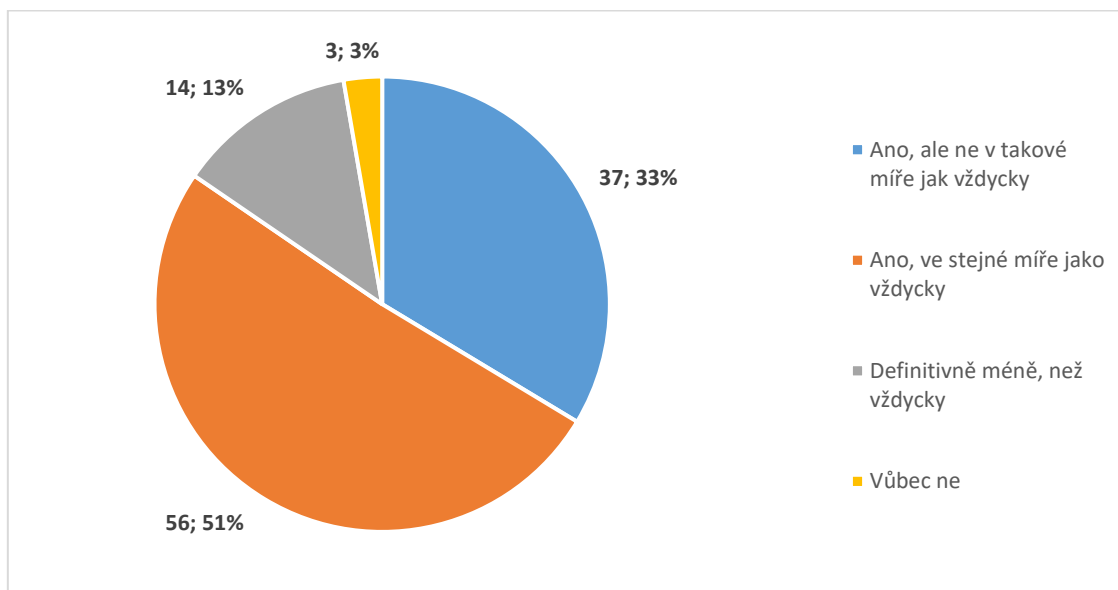


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Ze 110 oslovených žen se z nich 53 cítilo vesele ve stejné míře jako vždy (48 %). 39 žen se cítilo vesele, ale ne ve stejné míře jako vždycky (35 %). 14 žen se cítilo vesele definitivně méně než vždy (13 %). Nejmenší skupina žen se necítila vesele vůbec (4 %).

Otázka číslo 2 – **Hleděla jsem do budoucnosti s radostí a nadějí.**

Graf 5: Pocity žen o budoucnosti

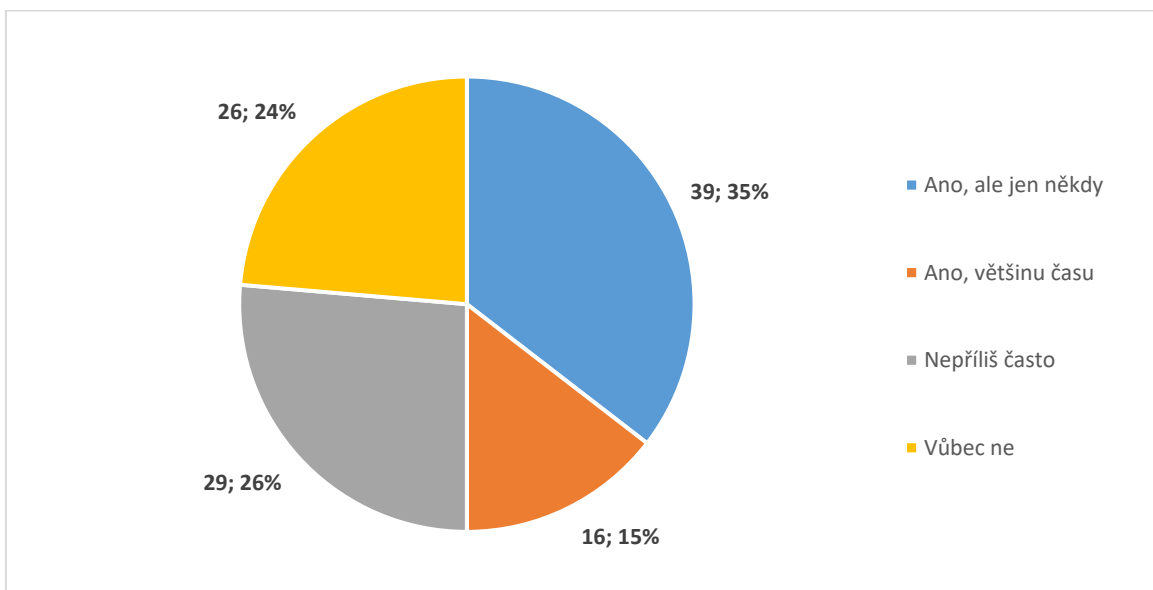


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Otázka číslo 2 z EPSD zjišťovala, zda ženy do budoucnosti hleděly s radostí a nadějí. 56 respondentek uvedlo, že hleděly s radostí ve stejné míře jako vždycky (51 %). 33 % žen pocívalo radost z budoucnosti, ale ne v takové míře, než je jejich zvykem. Dále 14 žen mělo definitivně menší radost než vždy (13 %). 3 respondentky uvedly, že do budoucnosti vůbec nehleděly s radostí a nadějí (3 %).

Otázka číslo 3 – **Nepřiměřeně jsem se zlobila a vyčítala si, když se něco nepodařilo.**

Graf 6: Zlost sama na sebe dotazovaných žen

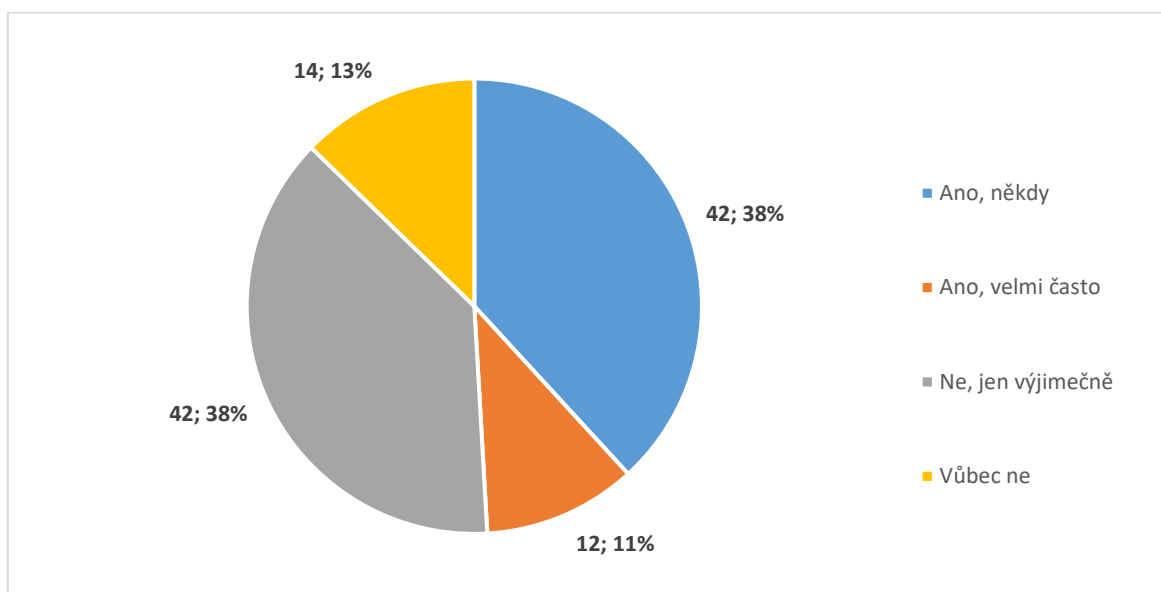


Zdroj: vlastní

Shrnutí: 35 dotazovaných žen (39 %) uvádělo pocity vzteku sama na sebe a výčitky pouze někdy. Dále 29 žen (26 %) nepocívalo vztek sama na sebe příliš často. 26 žen (24 %) neuváděly pocity vzteku sama na sebe a nevyčítaly si, když se jim něco nepodařilo a až 16 žen (15 %) uvedlo vztek a výčitky sama sobě většinu času (15 %).

Otázka číslo 4 – **Byla jsem úzkostná a ustaraná, aniž by k tomu byly rozumné důvody.**

Graf 7: Pocity úzkostí a starostí žen

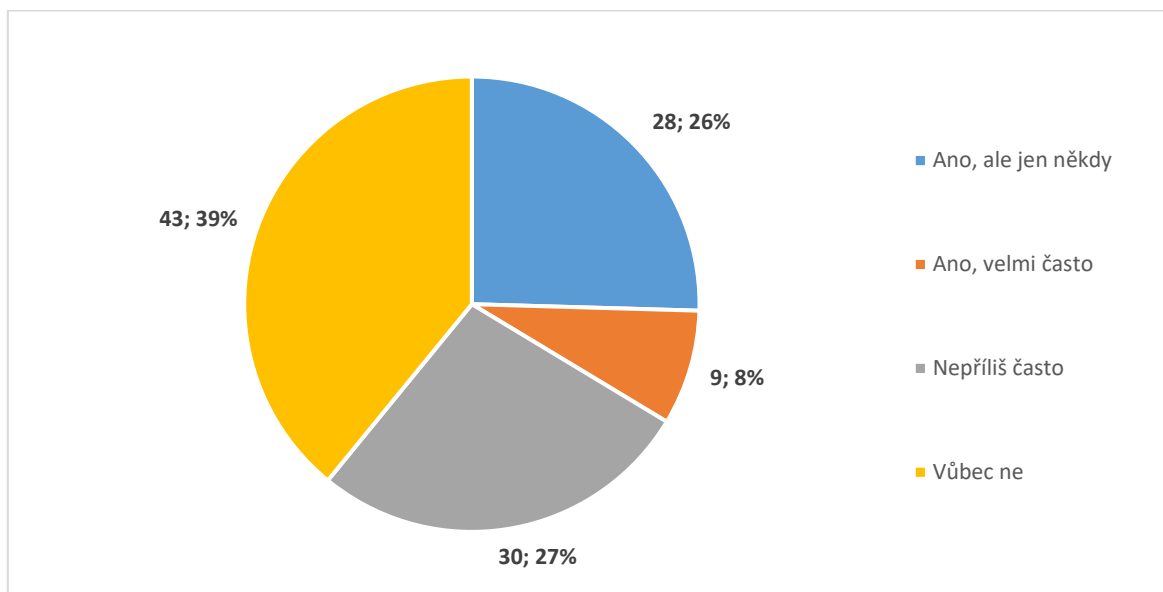


Zdroj: vlastní

Shrnutí: Až 42 žen (38 %) uvedlo úzkostné pocity bez rozumných důvodů pouze někdy. Stejný počet respondentek odpovědělo, že prožívání těchto pocitů bylo pouze výjimečné (38 %). 13 % žen se vůbec necítilo úzkostně a ustaraně bez rozumných důvodů a naopak 11 % žen se takto cítilo velmi často.

Otázka číslo 5 – **Cítla jsem se vyděšená, až trochu v panice, a to bez vážných důvodů.**

Graf 8: Pocity paniky

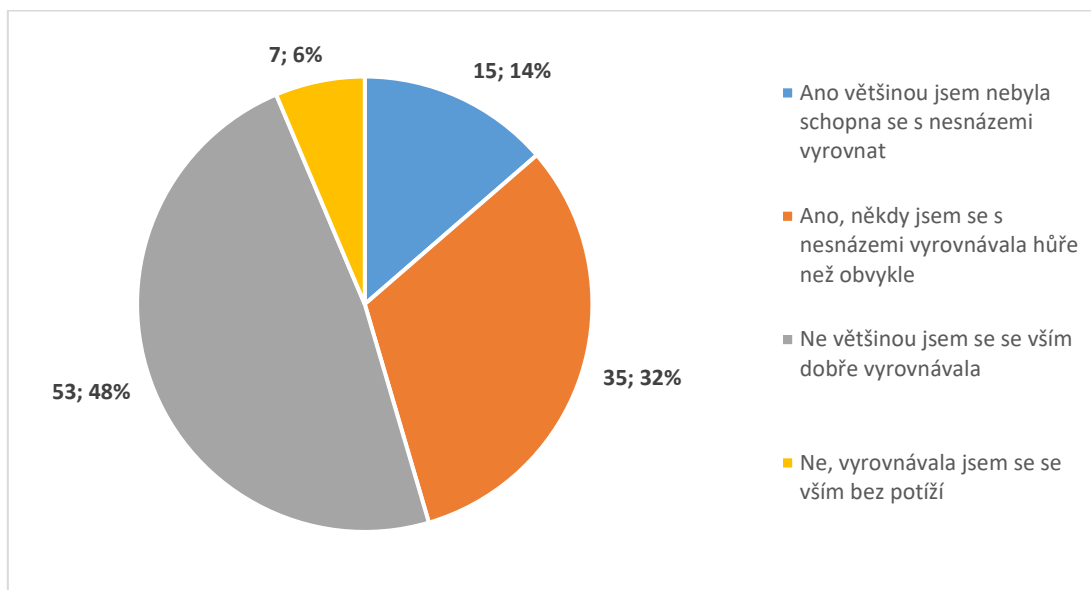


Zdroj: vlastní

Souhrn: Ze 110 tázaných respondentek odpovědělo 43 žen (39 %), že se necítily vyděšeně. Dalších 30 žen (27 %) neprožívalo pocity vyděšení a paniky moc často, 28 respondentek (26 %) tyto pocity prožívalo pouze někdy. Nejméně zastoupená skupina 9 žen (8 %) se cítila vyděšená až v panice velmi často.

Otázka číslo 6 – **Mnoho věcí se mě nepříjemně dotýkalo.**

Graf 9: Zda se žen mnoho věcí dotýkalo

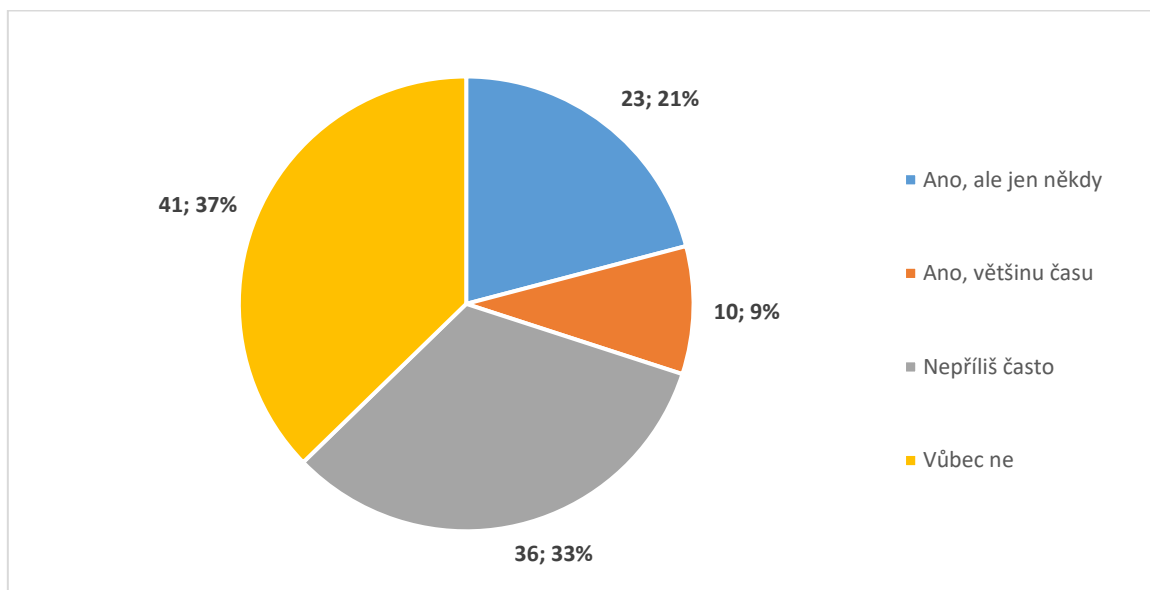


Zdroj: vlastní

Souhrn: Graf číslo 9 znázorňuje, že 53 respondentek (48 %) se se vším většinou dobře vyrovnávalo. S nesnázemi se hůře vyrovnávalo 35 žen (32 %). 15 žen (14 %) uvedlo, že nebyly schopny se většinou s nesnázemi vyrovnat a 6 % žen se se vším nevyrovnávalo bez obtíží.

Otázka číslo 7 – **Byla jsem tak znepokojená, že jsem špatně spala**

Graf 10: Zda ženám nadměrné rozrušení způsobilo problémy se spánkem

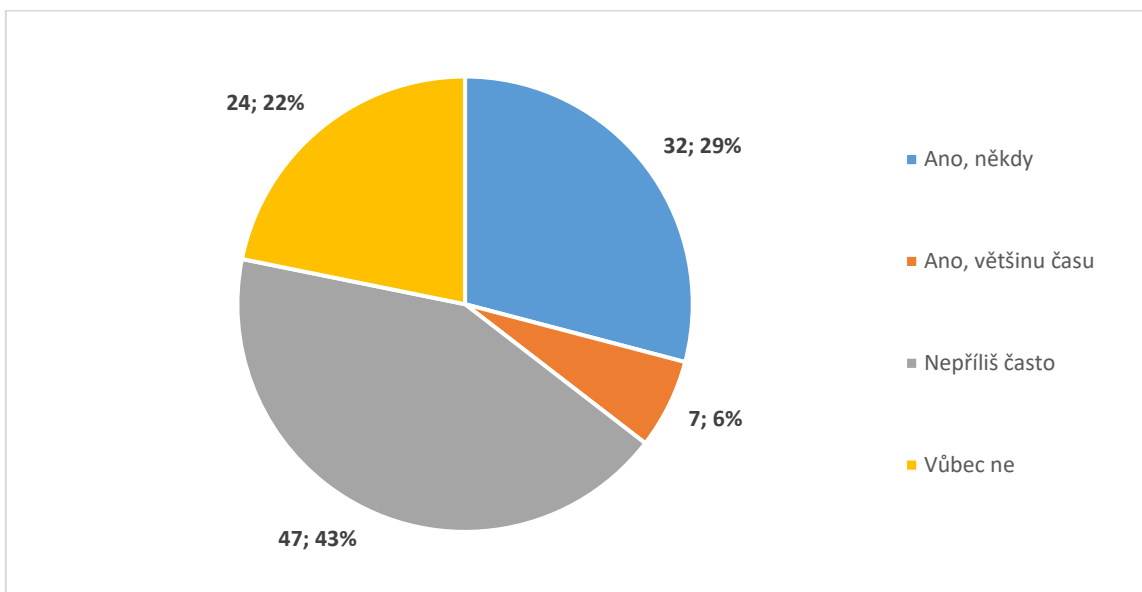


Zdroj: vlastní

Souhrn: Na otázku, zda ženy nemohly spát z nespokojenosti, jich 41 (37 %) odpovědělo, že problémy v tomto směru neměly vůbec. Dalších 36 žen (33 %) uvedlo nepříliš časté problémy s tak velkou nespokojeností, až by špatně spaly. 23 respondentek (21 %) měly jen někdy pocity znepokojení vedoucí až ke špatnému spánku. A posledních 10 žen (9 %) trpělo znepokojeností většinu času.

Otázka číslo 8 – **Měla jsem špatnou a mizernou náladu.**

Graf 11: Špatná a mizerná nálada u žen

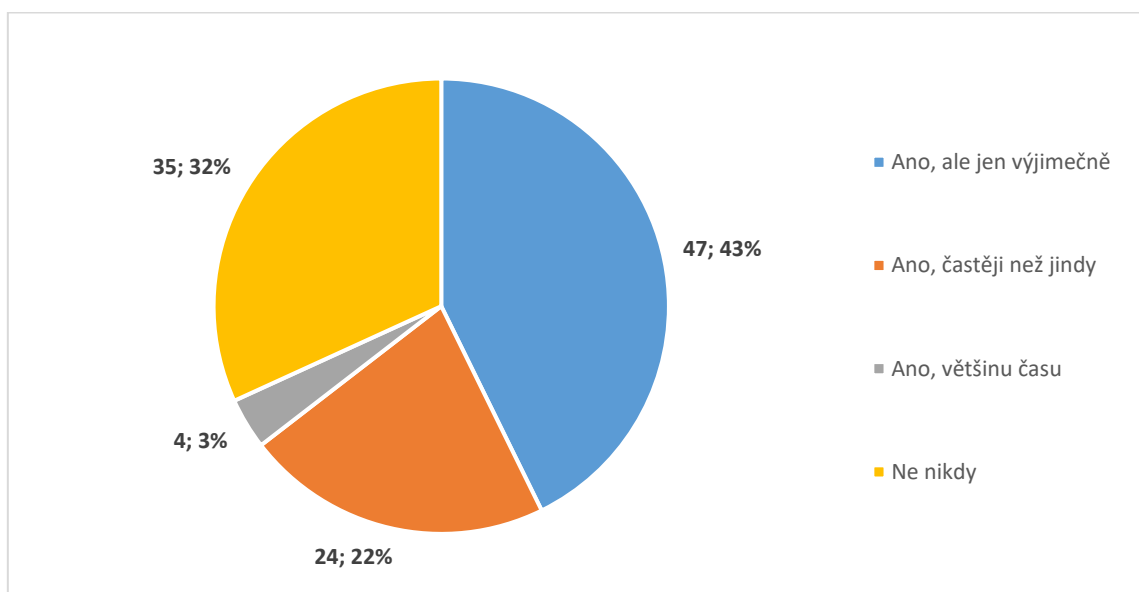


Zdroj: vlastní

Souhrn: Ne moc často trpělo špatnou a mizernou náladou 47 žen (43 %). 32 respondentek (29 %) trpělo špatnou a mizernou náladou pouze někdy a 24 žen (22 %) nepocíťovalo vůbec špatnou a mizernou náladu. Pouze 7 z respondentek (6 %) mělo špatnou náladu většinu času.

Otázka číslo 9 – **Byla jsem nešťastná, že jsem plakala.**

Graf 12: Neštěstí až pláč u žen

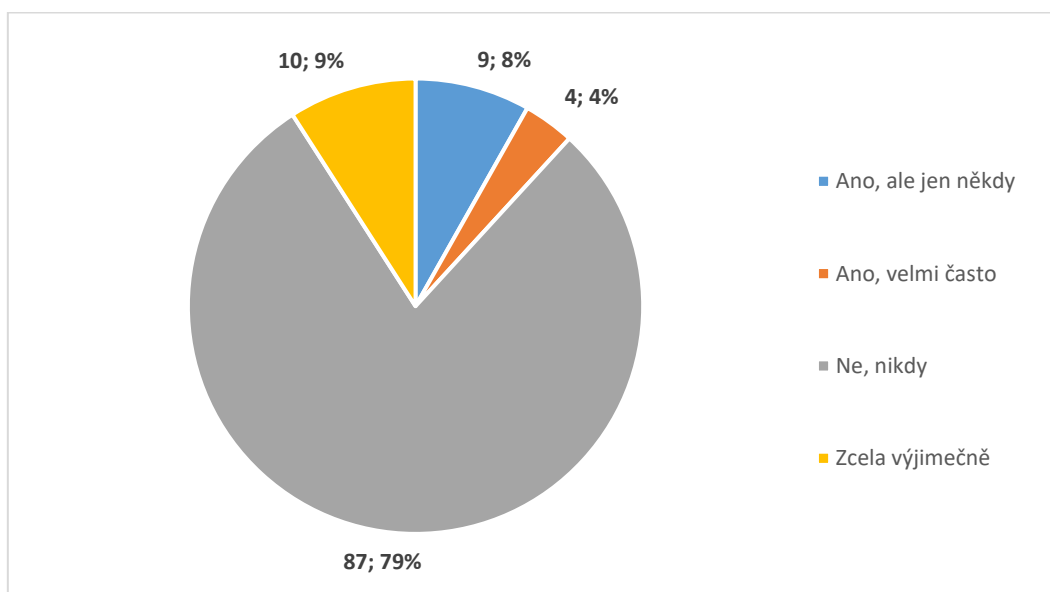


Zdroj: vlastní

Souhrn: Dle grafu číslo 12 až 47 žen (43 %) plakalo jen výjimečně a 35 žen (32 %) se nikdy necítily nešťastně, až by plakaly. Naopak 3 % žen se s tímto pocitem setkávalo většinu času. Až 24 žen (22 %) bylo nešťastných více než jindy.

Otázka číslo 10 – **Napadly mě myšlenky, že si ublížím.**

Graf 13: Myšlenky na sebepoškození



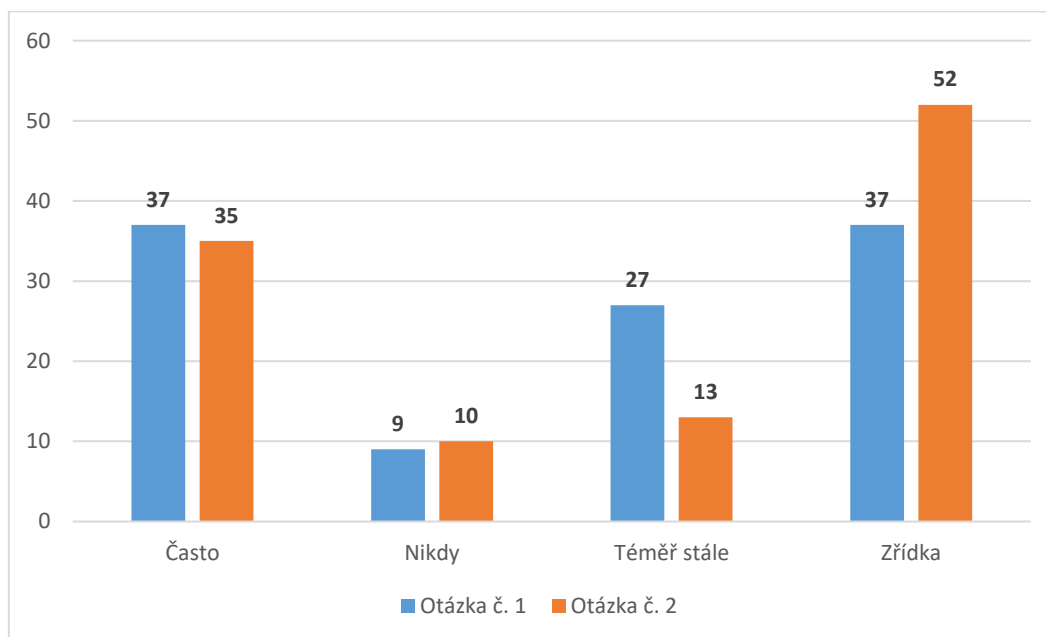
Zdroj: vlastní

Souhrn: Až 87 žen (79 %) nenapadaly myšlenky na sebepoškození. Dalších 10 dotazovaných žen (9 %) napadaly myšlenky na ublížení zcela výjimečně. 9 žen (8 %) uvedlo, že tyto myšlenky je napadly jen někdy. 4 ženy (4 %) z celkového počtu respondentů napadaly tyto myšlenky velmi často.

Otázky mapující pocity poporodní úzkosti

Otázky číslo 1, 2

Graf 14: Obavy a strach o dítě



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 1 – Mívám obavy o dítě.

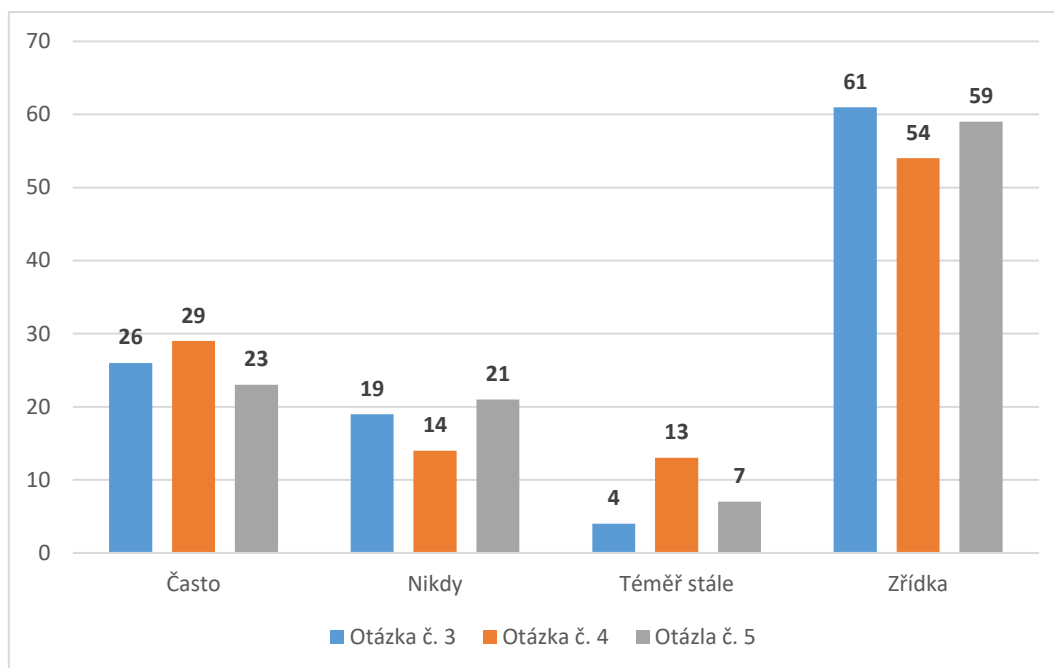
Souhrn: Dle grafu číslo 14 vyplývá, že nejvíce zastoupená skupina 37 žen (34 %) podléhala zřídka obavám o své dítě. Stejný počet 37 žen (34 %) uváděl, že podléhaly obavám často. Dalších 27 tázaných žen (24 %) mívalo téměř stále obavy o dítě. A pouze 9 žen (8 %) nemívalo nikdy obavy o stav svého dítěte.

Otázka číslo 2 – Mívám strach, že mé dítě bude ohroženo.

Souhrn: Na otázku, zda měly ženy strach, že jejich dítě bude ohroženo, odpovědělo až 52 respondentek (47 %), že pouze zřídka. 35 respondentek (32 %) prožívalo tyto pocity často, 13 respondentek uvedlo, že tento strach mělo téměř stále. 10 respondentek (9 %) nikdy neprožívalo tento strach.

Otázky číslo 3, 4, 5

Graf 15: Pocity obav a strachu u žen



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 3 – **Mívám pocit, že se stane něco špatného.**

Souhrn: Z dotazovaných respondentek jich 61 (55 %) odpovědělo, že prožívaly tyto pocity zřídka, 26 (24 %) mívalo často pocit, že se stane něco špatného. Dalších 19 žen (17 %) nikdy nemělo takové špatné pocity a naopak 4 ženy (4 %) prožívaly tyto pocity téměř stále.

Otázka číslo 4 – **Obávám se mnoha věcí.**

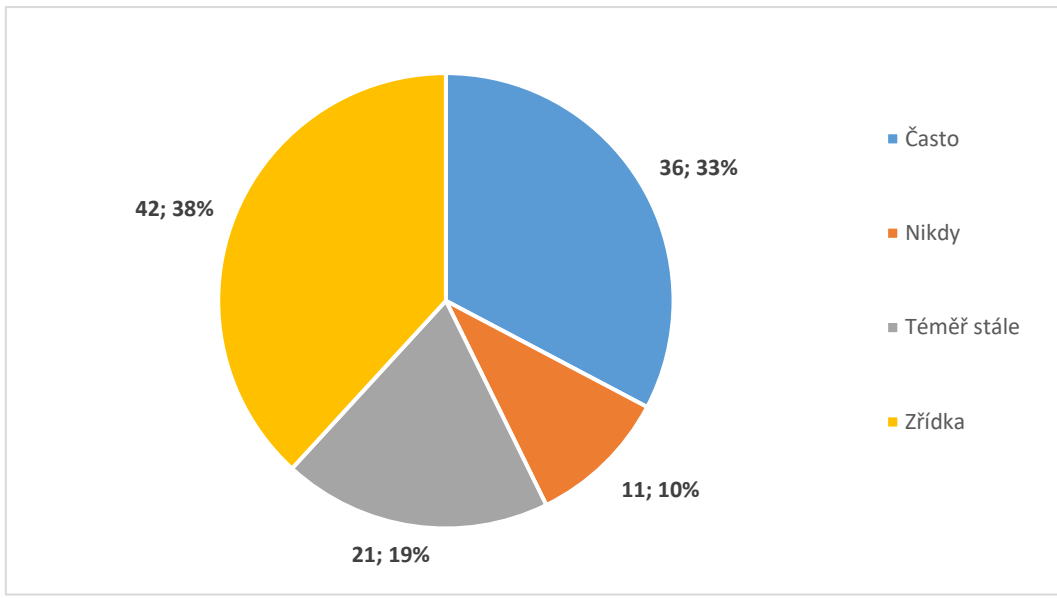
Souhrn: V otázce číslo 4 jsem se ptala respondentek, zda se obávaly mnoha věcí. Většina respondentek 54 (49 %) odpověděla, že se obávaly zřídka. 29 respondentek (26 %) uvádělo, že se obávalo mnoha věcí často, 14 respondentek (13 %) z celkového počtu neprožívalo pocity obav. A 13 respondentek (12 %) se obávalo téměř stále.

Otázka číslo 5 – **Obávám se budoucnosti.**

Souhrn: Z dat grafu číslo 18 můžeme pozorovat, že 59 respondentek (54 %) se obávalo budoucnosti zřídka, 23 respondentek (21 %) uvádělo, že se obávaly budoucnosti často. 21 dotazovaných respondentek (19 %) neprožívalo nikdy obavy z budoucnosti a nejméně zastoupená skupina 7 respondentek (6 %) se obávaly téměř stále.

Otázka číslo 6 – **Připadám si často přetížena.**

Graf 16: Pocity přetížení

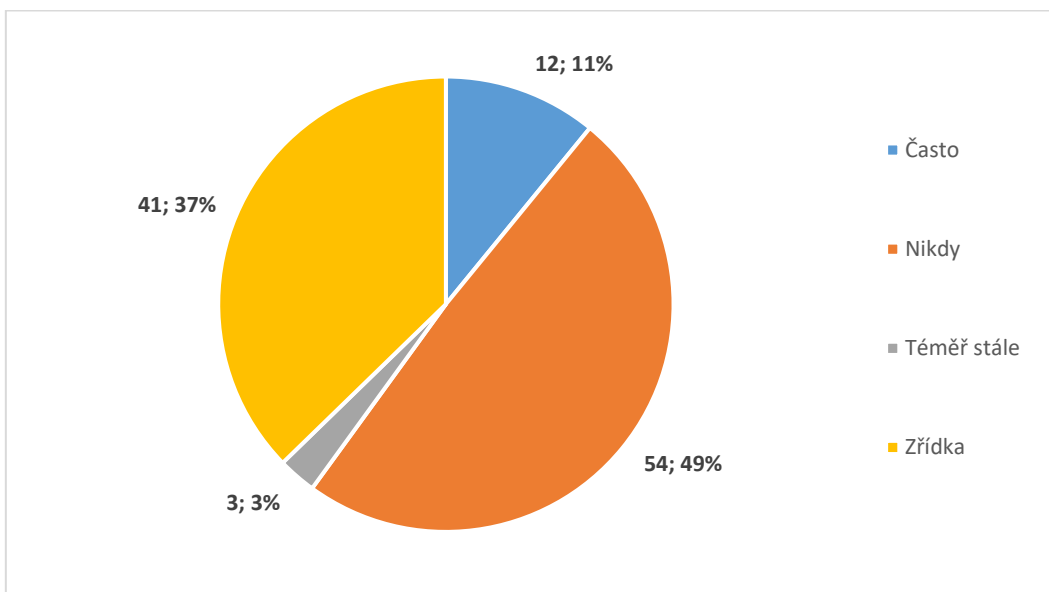


Zdroj: vlastní

Souhrn: 42 dotazovaných žen (38 %) odpovědělo, že prožívaly pocity přetížení zřídka. 36 žen (33 %) zaškrtnulo, že si připadaly přetížené často. 21 žen (19 %) si připadalo přetíženě téměř stále a 11 dotazovaných žen (10 %) si nikdy nepřipadalo přetíženě.

Otázka číslo 7 – **Mívám veliký strach z věcí, jako jsou jehly, krev, porod, bolest apod.**

Graf 17: Strach žen z jehel, bolesti, porodu apod.

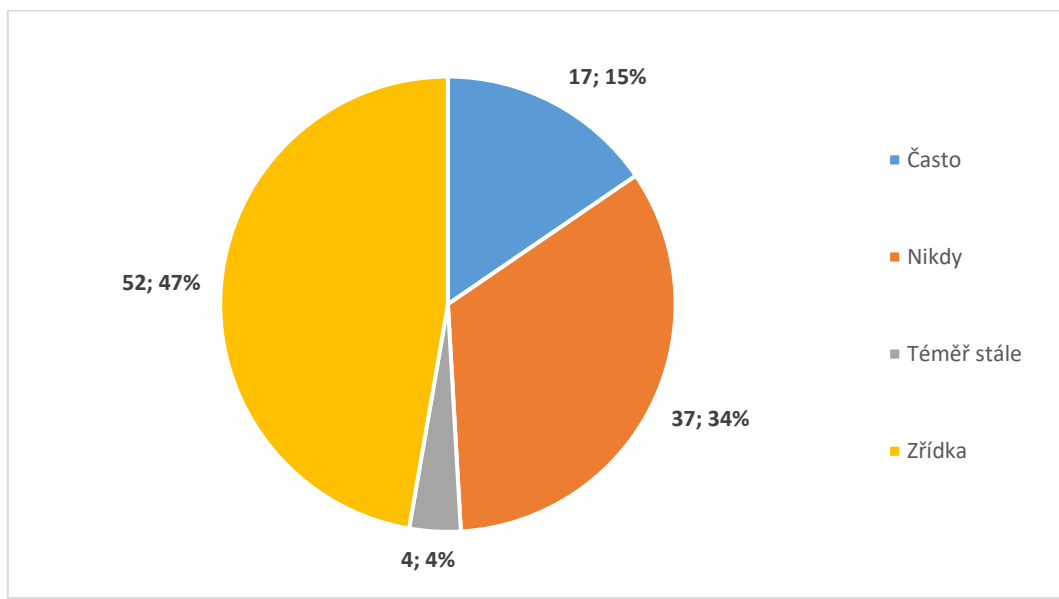


Zdroj: vlastní

Souhrn: Z našich 110 dotazovaných žen jich 54 (49 %) netrpí strachem z jehel nebo porodu, 41 žen (37 %) trpí strachem velice zřídka. Naopak 12 žen (11 %) zaškrtlo, že strachem z uvedených věcí v otázce trpí často. A 3 ženy (3 %) pocíťují tento strach téměř stále.

Otázka číslo 8 – Mívám náhlé stavy velkého strachu a celkové nepohody.

Graf 18: Pocity strachu a nepohody

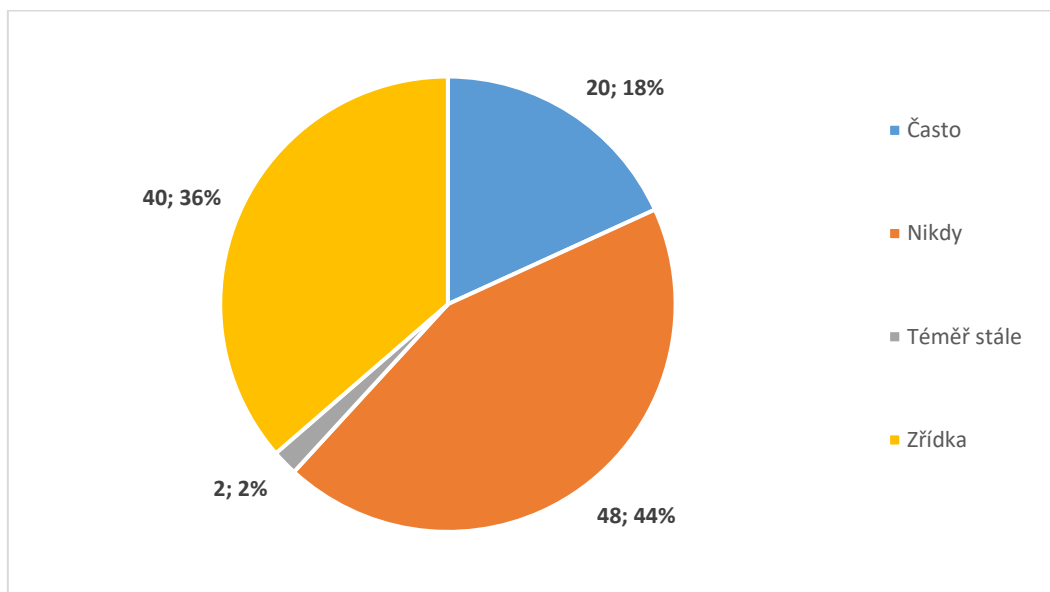


Zdroj: vlastní

Souhrn: Největší skupina 52 žen (47 %) zaškrtnla odpověď zřídka na otázku, zda prožívaly stavy strachu a celkové nepohody. 37 žen (34 %) nemělo stavy velkého strachu a celkové nepohody. Dalších 17 žen (15 %) mívalo strach a prožívaly celkovou nepohodu často a pouze 4 ženy (4 %) měly strach téměř stále.

Otázka číslo 9 – Přepadají mě opakující se nepříjemné myšlenky, které je těžké zastavit.

Graf 19: Nepříjemné myšlenky, které nejdou zastavit

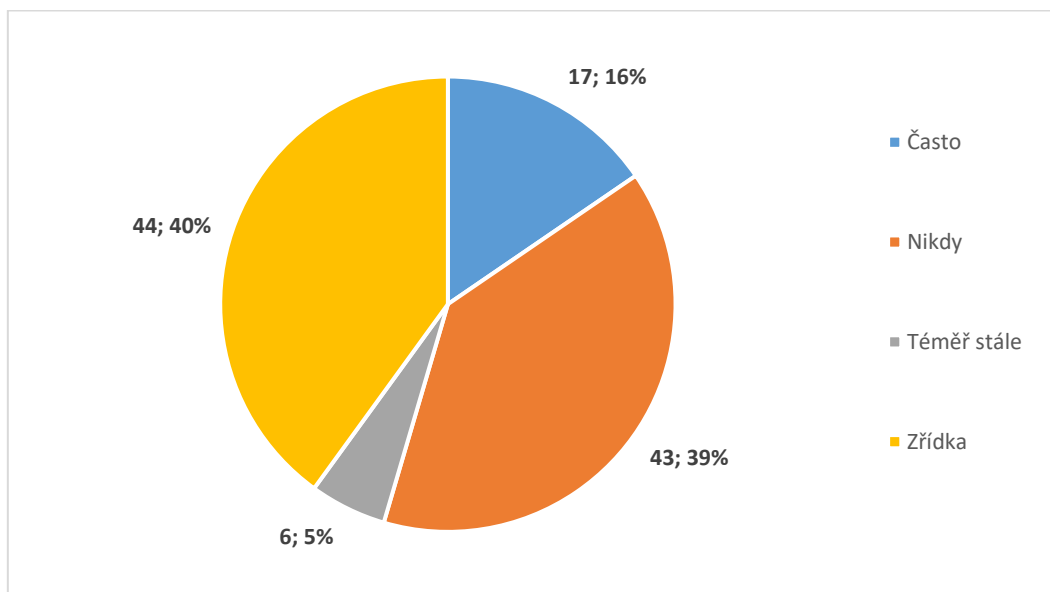


Zdroj: vlastní

Souhrn: Dle dat z grafu číslo 22 je patrné, že největší skupinu 48 žen (44 %) nikdy nepředaly nepříjemné myšlenky, které je těžké zastavit, druhou nejpočetnější skupinou bylo 40 žen (36 %), které tyto myšlenky přepadaly jen zřídka. 20 dotazovaných žen (18 %) se s takovými myšlenky potýkala často a pouze 2 dotazované ženy (2 %) tyto myšlenky napadaly téměř stále.

Otázka číslo 10 – Mívám problém se spánkem i přesto, že mám možnost jít spát.

Graf 20: Problémy žen se spánkem

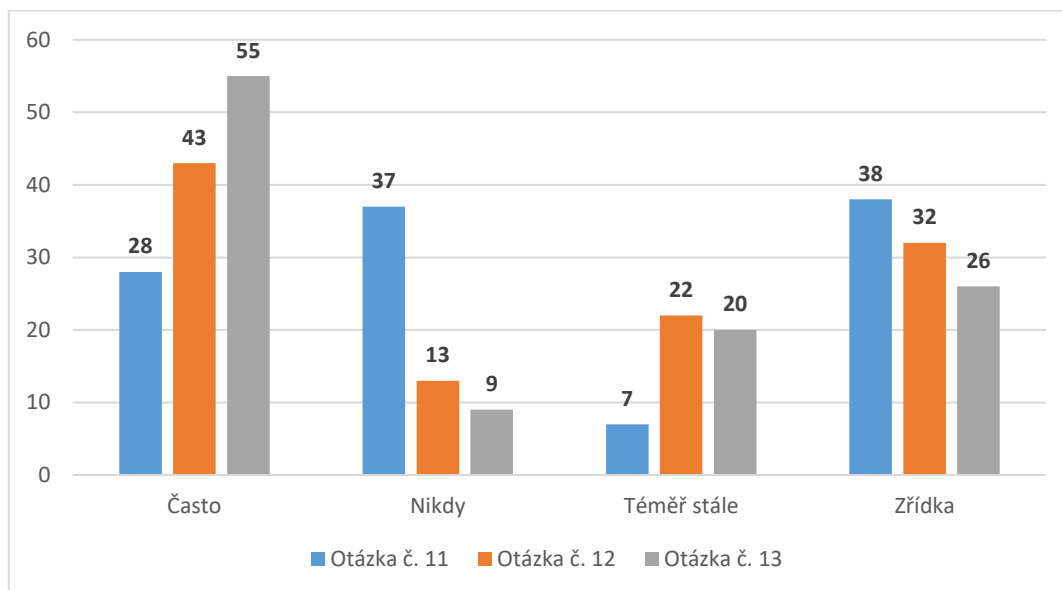


Zdroj: vlastní

Souhrn: Až 44 dotazovaných žen (40 %) odpovědělo, že měly zřídka problémy se spánkem, 43 žen (39 %) zaškrtnulo, že nemívaly nikdy problémy se spánkem. 17 žen (16 %) pocíťovalo časté problémy se spánkem přesto, že měly možnost jít spát. Pouze 6 dotazovaných žen (5 %) nemohly spát téměř stále.

Otázky číslo 11, 12, 13

Graf 21: Zda musí mít ženy vše perfektně a pod kontrolou



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 11 – **Stává se mi, že musím některé věci udělat přesně podle určitého sledu.**

Souhrn: 38 dotazovaných žen (38 %) uvádí, že musely udělat některé věci přesně podle určitého sledu pouze zřídka, 37 žen tento pocit nikdy neprožilo. Naopak 28 žen (25 %) prožívalo tento pocit často a 7 z dotazovaných žen (6 %) uvádí, že téměř stále se s těmito pocity potýkaly.

Otázka číslo 12 – **Chci mít vše udělané perfektně.**

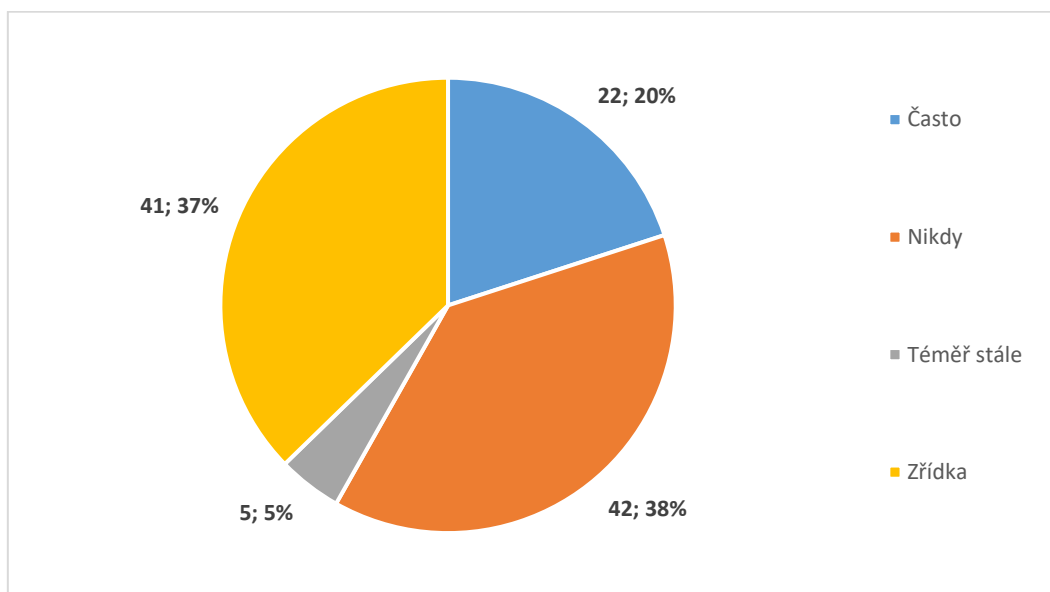
Shrnutí: Z celkového počtu 110 dotazovaných žen 43 žen (39 %) odpovědělo, že chtějí mít vše udělané perfektně často, 32 žen (29 %) zaškrtnulo zřídka jako odpověď. 22 žen (20 %) chtělo mít vše perfektní téměř stále a 13 dotazovaných žen (12 %) nechtělo nikdy mít vše udělané perfektně.

Otázka číslo 13 – **Potřebuji mít věci zcela pod kontrolou.**

Souhrn: Na mou otázku, zda potřebují ženy mít věci zcela pod jejich kontrolou, mi až 55 žen (50 %) odpovědělo, že tento pocit měly často. 26 dotazovaných respondentek (24 %) potřebovaly mít věci pod kontrolou zřídka. 20 z dotazovaných (18 %) muselo mít vše pod kontrolou téměř stále a 9 žen (8 %) udává, že nikdy nepotřebovaly mít věci pod kontrolou.

Otázka číslo 14 – Mívám problém přestat kontrolovat vykonané úkoly, případně se mi stává, že některé činnosti opakují stále dokola.

Graf 22: Kontrola nad vykonanými úkoly

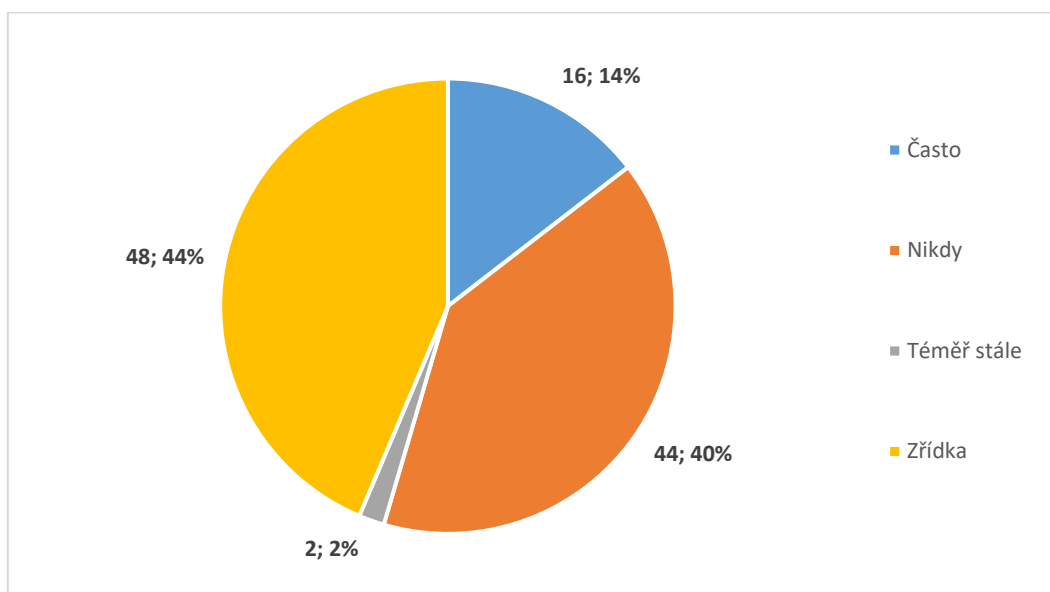


Zdroj: vlastní

Souhrn: Dle grafu číslo 27 největší skupina 42 žen (38 %) mělo problém přestat kontrolovat vykonané úkoly. 41 dotazovaných žen (37 %) se s tímto problémem setkávalo zřídka. Další 22 žen z mých respondentek (20 %) mělo často problém přestat kontrolovat vykonané úkoly. A pouze 5 žen (5 %) téměř stále mělo problém přestat kontrolovat vykonané úkoly.

Otázka číslo 15 – **Velmi snadno, někdy i z ničeho nic, se v poslední době vylekám.**

Graf 23: Zda se ženy velmi snadno vylekají

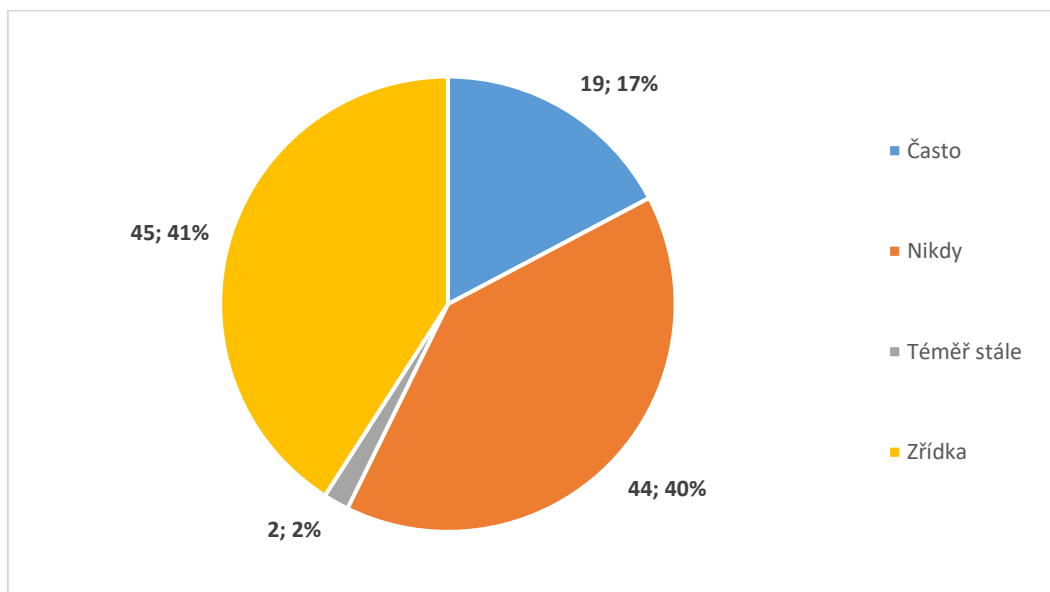


Zdroj: vlastní

Souhrn: 48 dotazovaných žen (44 %) uvádí, že se zřídka velmi snadno vylekaly, 44 dotazovaných žen (40 %) tento problém nemělo nikdy. 16 žen (14 %) uvádí, že se často velmi snadno vylekaly v poslední době. A pouze 2 (2 %) ženy pociťují, že se téměř stále velmi snadno vylekaly.

Otázka číslo 16 – **Koncentruji se na opakující se myšlenky.**

Graf 24: Koncentrace na nepříjemné myšlenky

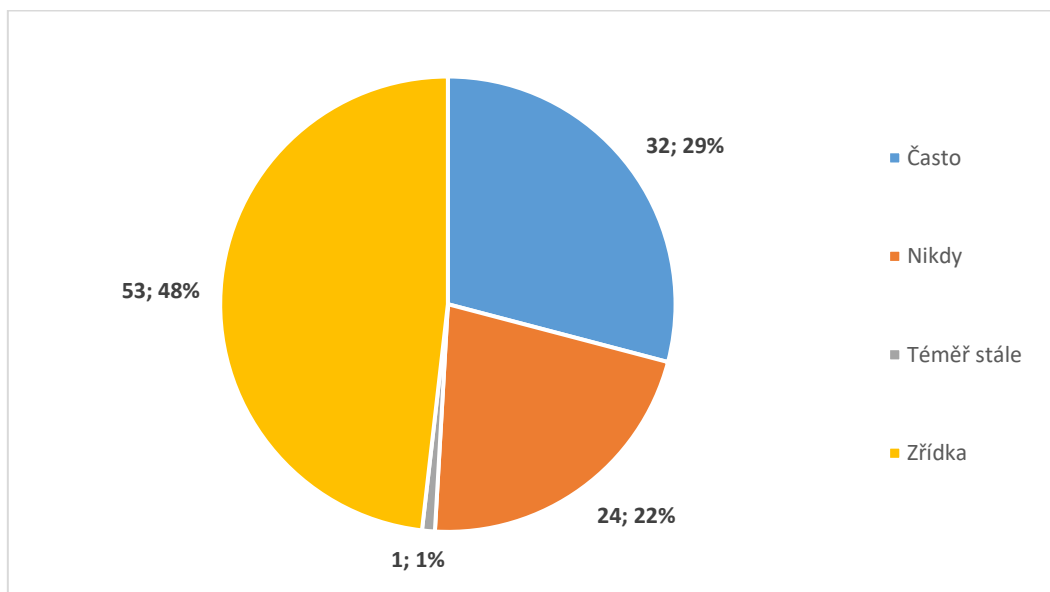


Zdroj: vlastní

Souhrn: Největší skupina 45 žen (41 %) odpověděla, že se zřídka koncentrovaly na opakující se myšlenky, 44 žen (40 %) se nikdy nekoncentrovaly na takové myšlenky. 19 žen (17 %) z dotazovaného souboru se často koncentrovaly na opakující se myšlenky. Nejmenší skupinu dotazovaných žen tvoří 2 ženy (2 %), které uvádí, že se s těmito pocity potýkaly téměř stále.

Otázka číslo 17 – **Zabezpečuji se a vyhýbám se určitým věcem a situacím.**

Graf 25: Vyhýbaní se určitým situacím

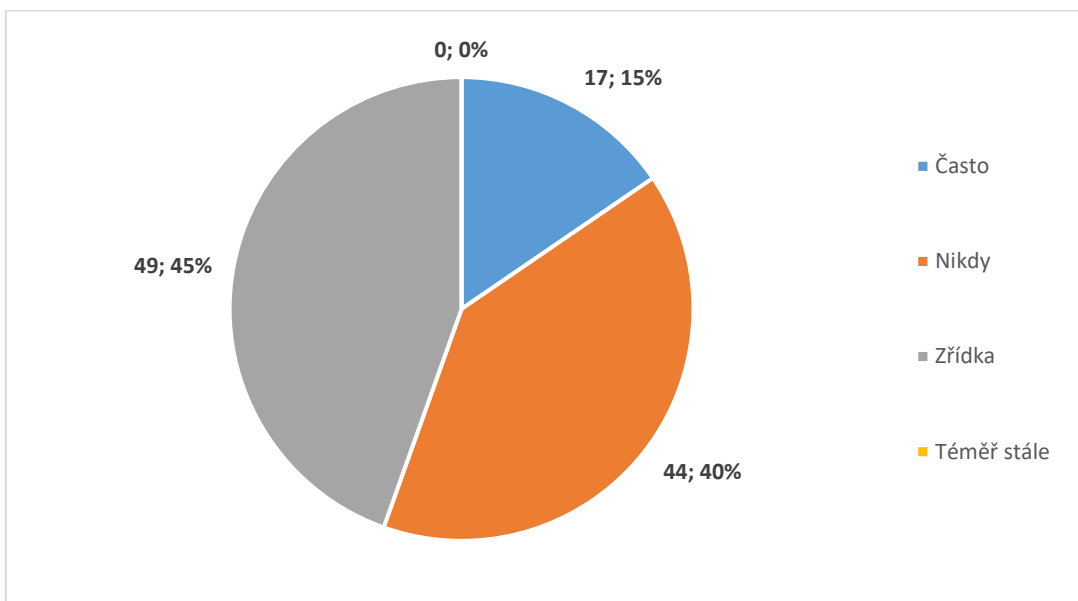


Zdroj: vlastní

Souhrn: Až 53 žen (48 %) se zřídka vyhýbaly určitým věcem a situacím. 32 žen (29 %) uvádí, že se často zabezpečovaly. 24 dotazovaných žen tyto pocity nikdy neměly a pouze 1 žena (1 %) uvádí, že se takto cítila téměř stále.

Otázka číslo 18 – **Rozhodí mě opakované vzpomínky, sny nebo noční můry.**

Graf 26: Zda ženy rozhodí opakované vzpomínky

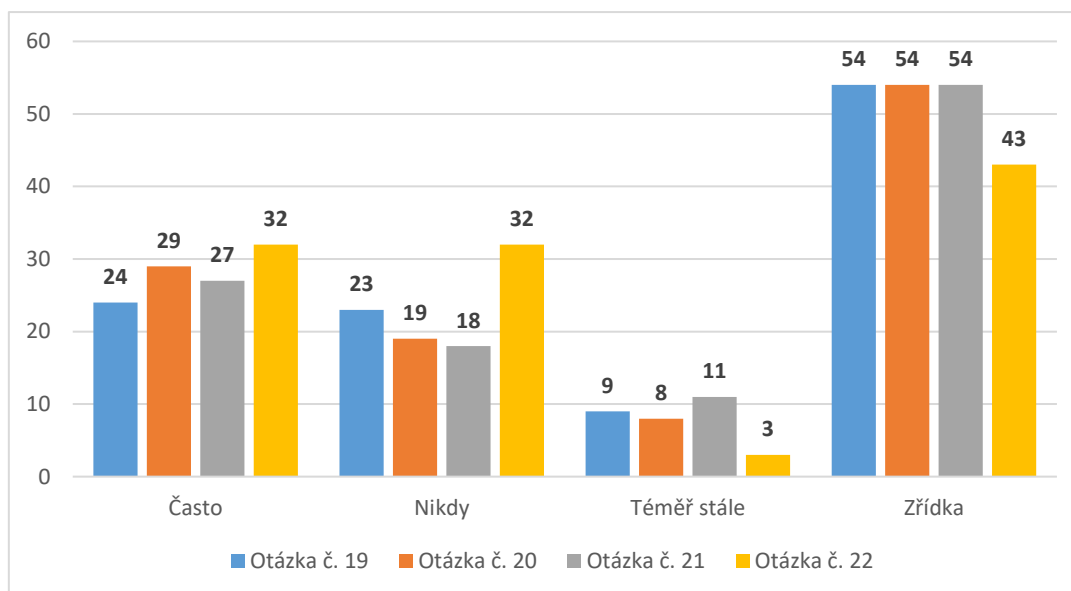


Zdroj: vlastní

Souhrn: Ze 110 dotazovaných žen odpovědělo 49 žen (45 %), že je velice zřídka rozhodily sny či noční můry, dalších 44 dotazovaných žen (40 %) nikdy nerozhodily sny a noční můry. Až 17 žen (15 %) velice často rozhodily opakované vzpomínky a sny. A žádná žena nezaškrtnula možnost téměř stále.

Otázka číslo 19, 20, 21, 22

Graf 27: Strach ze socializace



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 19 – **Obávám se, že se před ostatními lidmi ztrapním.**

Souhrn: Z grafu číslo 31 vyplývá, že se 54 dotazovaných žen (49 %) zřídka obávalo ztrapnění před ostatními lidmi. 24 z dotazovaných žen (22 %) se obávalo ztrapnění před ostatními. Naopak 23 respondentek (21 %) tyto obavy nemělo nikdy. 9 žen (8 %) uvádí, že tyto obavy prožívaly téměř často.

Otázka číslo 20 – **Obávám se, že mě ostatní lidé budou negativně hodnotit.**

Souhrn: Na otázku, zda se respondentky obávají negativního hodnocení, až 54 žen odpovědělo, že se obávaly zřídka. 29 dotazovaných žen (27 %) uvádí, že se obávaly negativního hodnocení od ostatních často. 19 žen (17 %) nikdy nemělo obavy z negativního hodnocení a naopak 8 z dotazovaných žen (7 %) se obávalo téměř stále.

Otázka číslo 21 – **Cítím se velmi nejistě ve větší skupině lidí, či davu.**

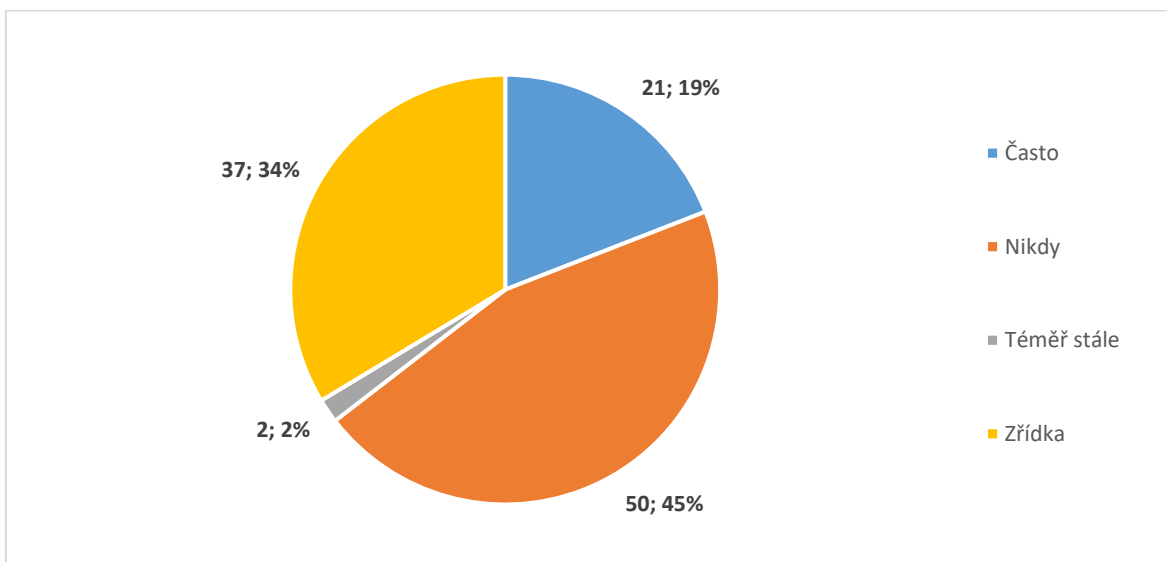
Souhrn: Na grafu číslo 33 můžeme vidět, že nejvíce zastoupená skupina 54 žen (49 %) zaškrtnula, že se cítí nejistě v davu zřídka, 27 dotazovaných žen (25 %) mívalo často nejisté pocity v davech a větších skupinách lidí. 18 žen (16 %) nemělo pocity nejistoty ve větších skupinách a 11 dotazovaných žen (10 %) tyto pocity prožívalo téměř stále.

Otázka číslo 22 – **Vyhýbám se sociálním situacím, protože by mi přinesly velkou nervozitu.**

Souhrn: Z 110 respondentek 43 žen (39 %) se vyhýbalo zřídka sociálním situacím, protože by jim přinesly velkou nervozitu. Stejný počet 32 žen (29 %) odpovědělo, že se vyhýbá sociálním situacím často, a naopak druhá skupina 32 žen (29 %) se nevyhýbala sociálním situacím. Pouze 3 ženy (3 %) se téměř stále vyhýbaly sociálním situacím.

Otázka číslo 23 – Vyhýbám se svým koníčkům a zálibám.

Graf 28: Vyhýbání se koníčkům a zálibám

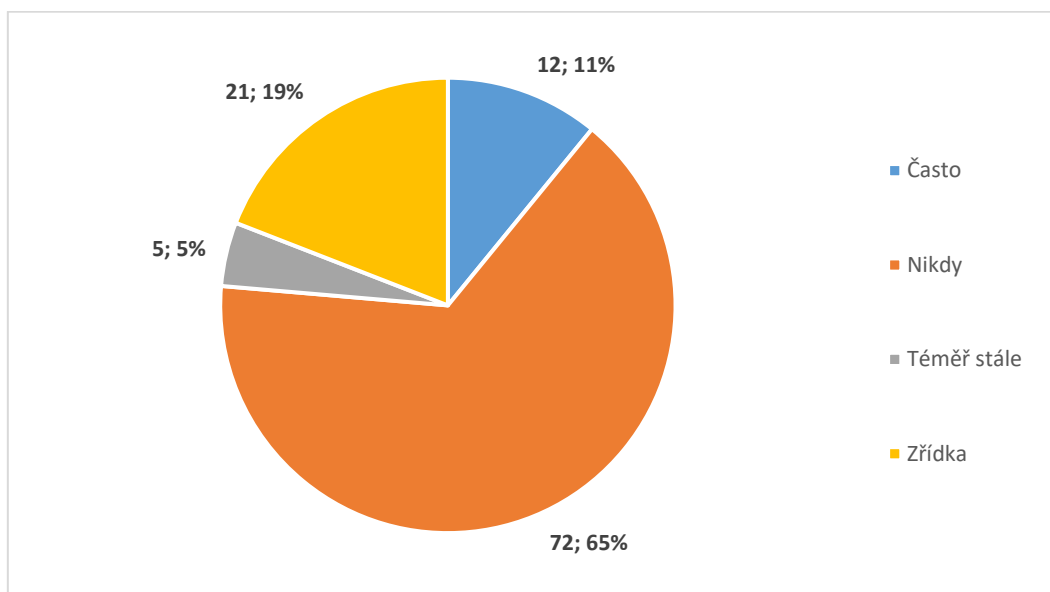


Zdroj: vlastní

Souhrn: Až 50 dotazovaných žen (45 %) se nevyhýbalo svým zálibám, 37 žen (34 %) uvedlo, že se vyhýbá svým koníčkům zřídka. 21 dotazovaných žen (19 %) se často vyhýbalo svým zálibám a koníčkům. Pouze 2 ženy (2 %) se svým koníčkům a zálibám vyhýbaly téměř stále.

Otázka číslo 24 – Mívám pocit odtažení od sebe, jako bych se na sebe dívala v nějakém filmu.

Graf 29: Pocit odtažení od sebe

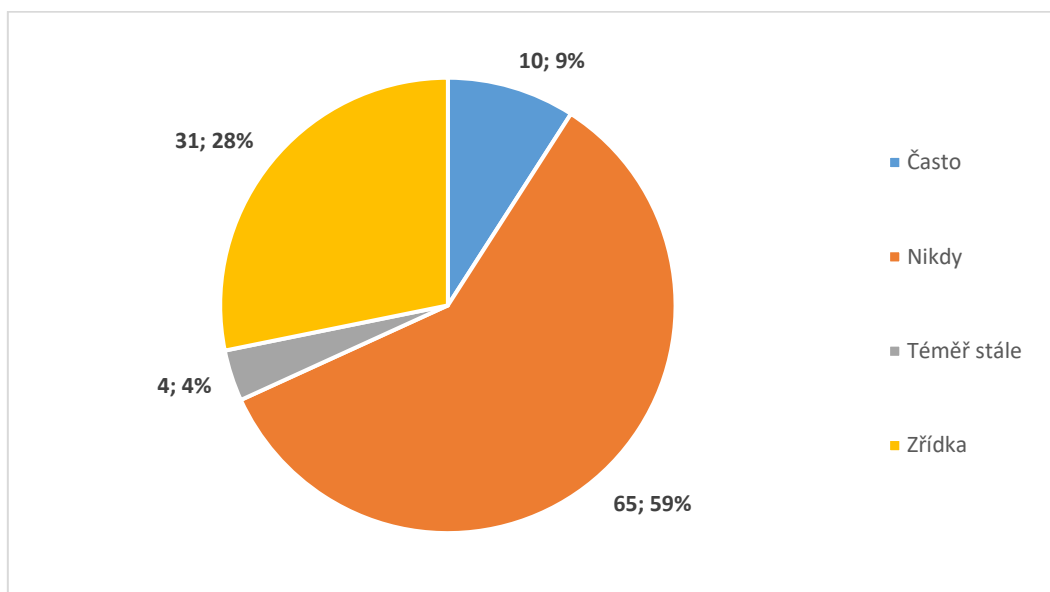


Zdroj: vlastní

Souhrn: Nejpočetnější skupina 72 žen (65 %) neměly pocit odtažení od sebe nikdy, 21 dotazovaných žen mívaly tento pocit pouze zřídka. 12 dotazovaných žen (11 %) uvádí prožívání pocitů odtažení od sebe často a jenom 5 žen (5 %) měly pocity odtažení od sebe, jako by se na sebe dívaly v nějakém filmu, téměř stále.

Otázka číslo 25 – **Ztrácím se v časové posloupnosti a mívám problém zapamatovat si co se stalo.**

Graf 30: Zda se ženy ztrácejí v časové posloupnosti

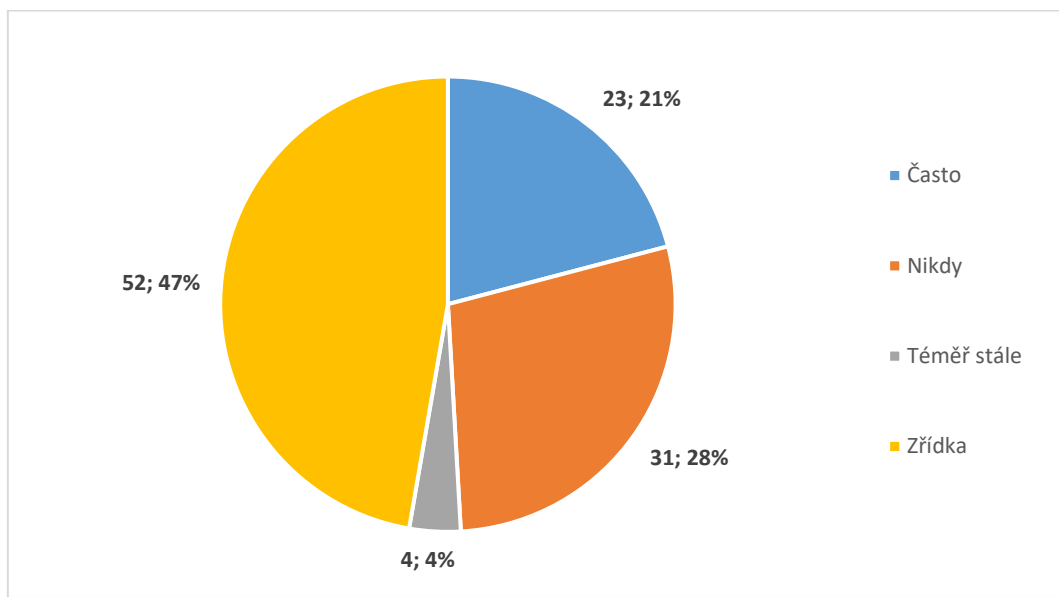


Zdroj: vlastní

Souhrn: Ze 110 dotazovaných žen odpovědělo 65 žen, že se nikdy neztrácejí v časové posloupnosti a nemívají nikdy problém zapamatovat si, co se stalo. 31 dotazovaných žen (28 %) se ztrácelo v časové posloupnosti pouze zřídka. 10 žen uvádlo, že tyto pocity mívají často a 4 ženy (4 %) uvedly prožívání těchto pocitů téměř stále.

Otázka číslo 26 – **Obtížně si nyní zvykám na změny.**

Graf 31: Obtížné zvykání si na změny

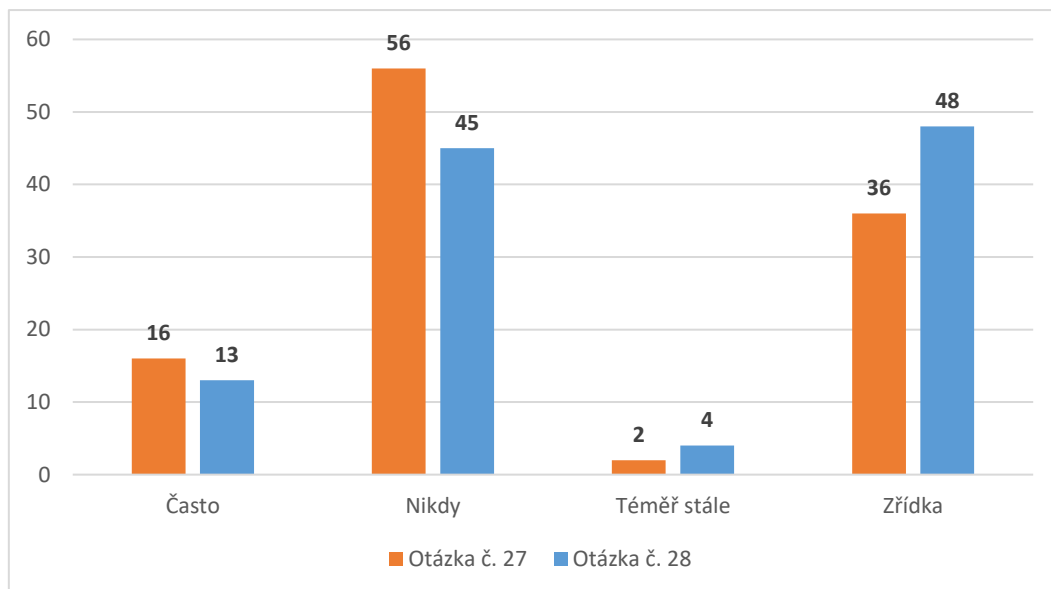


Zdroj: vlastní

Souhrn: Dle dat z grafu číslo 38 vyplývá, že největší počet 52 žen (47 %) si zřídka obtížně zvykalo na změny. Druhou nejvíce zastoupenou skupinou jsou ženy, které uvedly, že si na změny nikdy nezvykají obtížně (28 %). 23 dotazovaných žen (21 %) si často obtížně zvykalo na změny. A pouze 4 ženy (4 %) se s obtížným zvykáním na změny potýkalo téměř stále.

Otázka číslo 27, 28

Graf 32: Úzkostné prožívání a problémy s koncentrací



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 27 – Úzkostné prožívání mi brání ve schopnosti cokoli dělat.

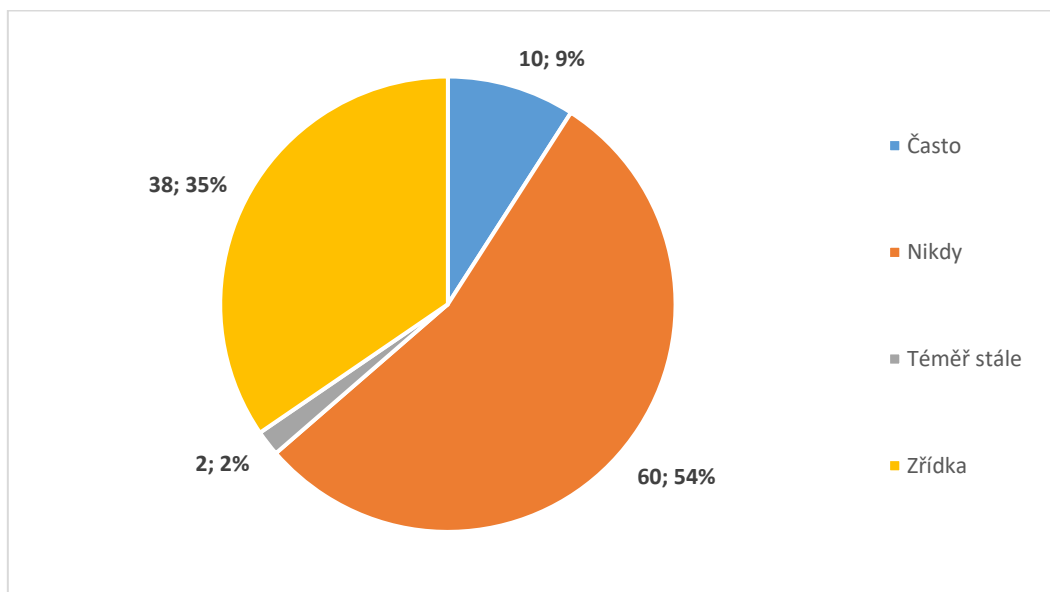
Souhrn: Z celkového počtu 110 dotazovaných respondentek 56 (51 %) odpovědělo, že jim nikdy nebránilo úzkostné prožívání cokoli dělat. 36 dotazovaným respondentkám (33 %) zřídka bránilo úzkostné prožívání cokoli dělat. 16 respondentek uvedlo časté úzkostné prožívání a pouze 2 respondentky (2 %) uvedly, že jim úzkostné prožívání bránilo cokoli dělat téměř stále.

Otázka číslo 28 – Myšlenky, které mi probíhají hlavou mi způsobují problémy se dostatečně koncentrovat na jakoukoliv jinou činnost.

Souhrn: 48 dotazovaných žen (43 %) mi uvedlo, že mívaly zřídka problémy s koncentrací, 45 žen (41 %) nikdy nemělo problémy s koncentrací. 13 dotazovaných žen (12 %) mívalo často problémy se dostatečně koncentrovat na jakoukoliv činnost. A pouze 4 ženám (4 %) způsobovaly myšlenky problémy se dostatečně koncentrovat stále.

Otázka 29 – Mám strach, že nad sebou ztratím kontrolu.

Graf 33

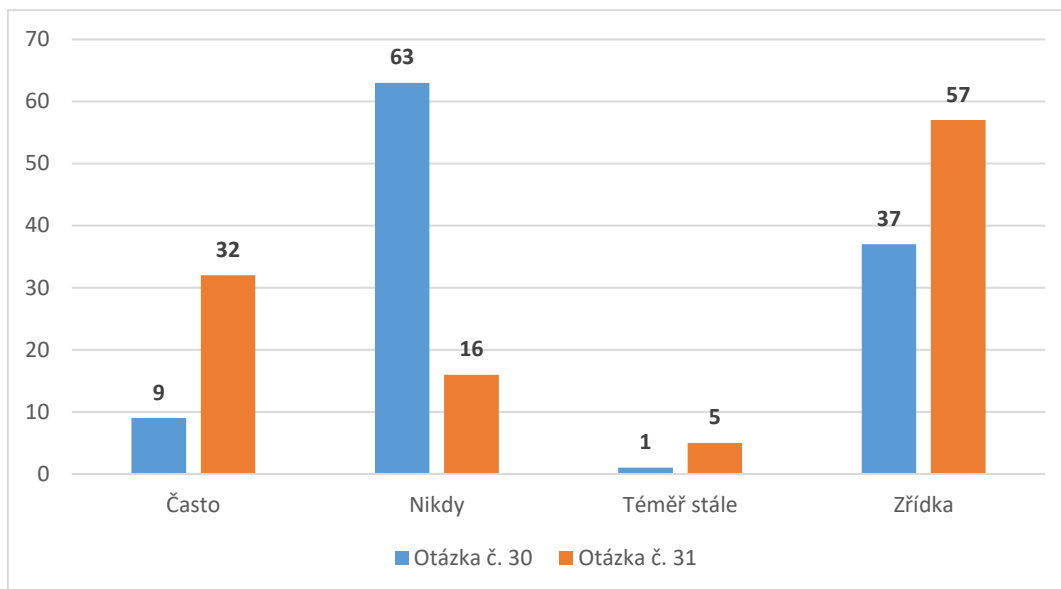


Zdroj: vlastní

Souhrn: Z odpovědí na otázku číslo 29 vyplývá, že největší počet dotazovaných žen (54 %) nemělo strach ze ztráty kontroly nad sebou samotnou. 38 dotazovaných žen (35 %) mívalo takový strach pouze zřídka. Až 10 dotazovaných žen zaškrtnulo, že často mívaly strach ze ztráty kontroly nad sebou. A pouze 2 z dotazovaných žen (2 %) mívaly strach, že nad sebou ztratí kontrolu téměř stále.

Otázka číslo 30, 31

Graf 34: Zda ženy pociťují paniky



Zdroj: vlastní

Otázka číslo 30 – **Pociťují paniky.**

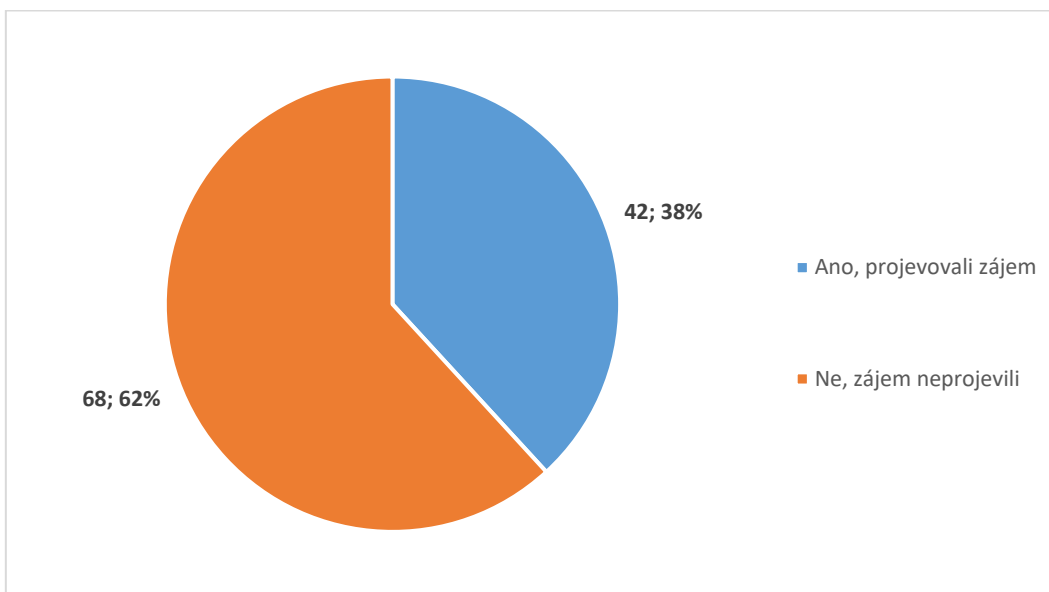
Souhrn: Až 63 dotazovaných respondentek (57 %) nikdy nepociťovaly paniku. Druhá nejpočetněji zastoupená skupina pociťovala paniky jenom zřídka. 9 dotazovaných žen (8 %) pociťovaly paniky často a pouze 1 žena (1 %) pociťovala paniky téměř stále.

Otázka číslo 31 – **Pociťují nervozitu.**

Souhrn: Na mou otázku, zda ženy pociťují nervozitu, jich 57 (52 %) odpovědělo, že pouze zřídka, 32 dotazovaných žen (29 %) pociťovalo nervozitu často. 16 žen (14 %) nikdy nepociťovalo nervozitu a pouze 5 žen (5 %) pociťovalo nervozitu téměř stále.

Otázka číslo 32 – **Vnímala jste zájem o Vaše psychické zdraví v těhotenství a po porodu?**

Graf 33: Zájem zdravotníků o psychické zdraví žen

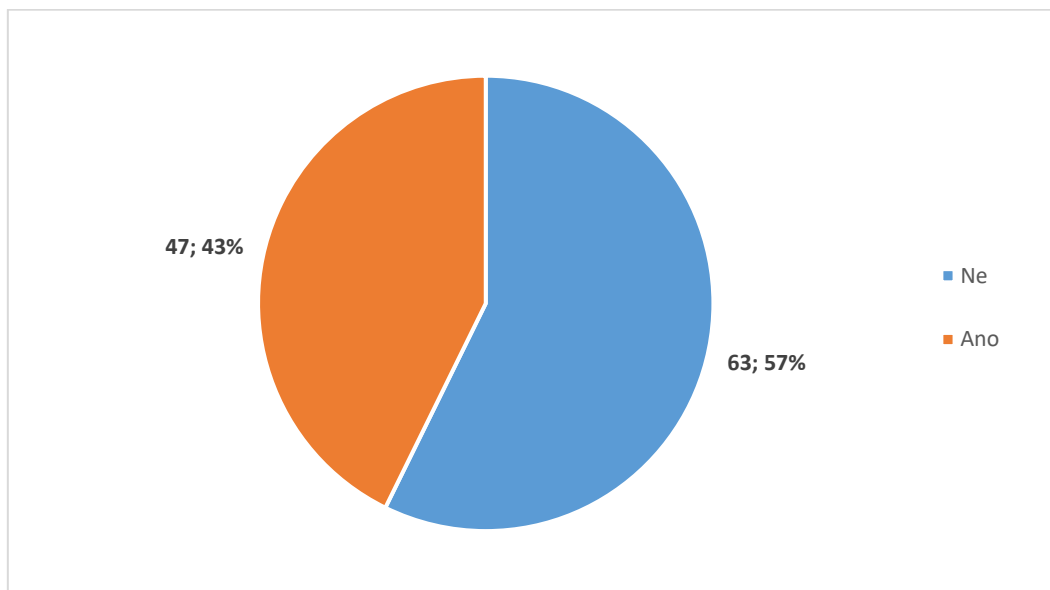


Zdroj: vlastní

Souhrn: Dle údajů z grafu číslo 44 až 68 dotazovaných žen (62 %) uvádí, že nezaznamenaly zájem zdravotníků ohledně svého psychického zdraví. 42 žen (38 %) naopak uvádí, že zdravotníci zájem projevili.

Otázka číslo 33 – **Byla jste už před porodem poučena o možných psychických potížích, které se mohou po porodu objevit?**

Graf 34: Zda byly ženy poučeny o psychických problémech před porodem

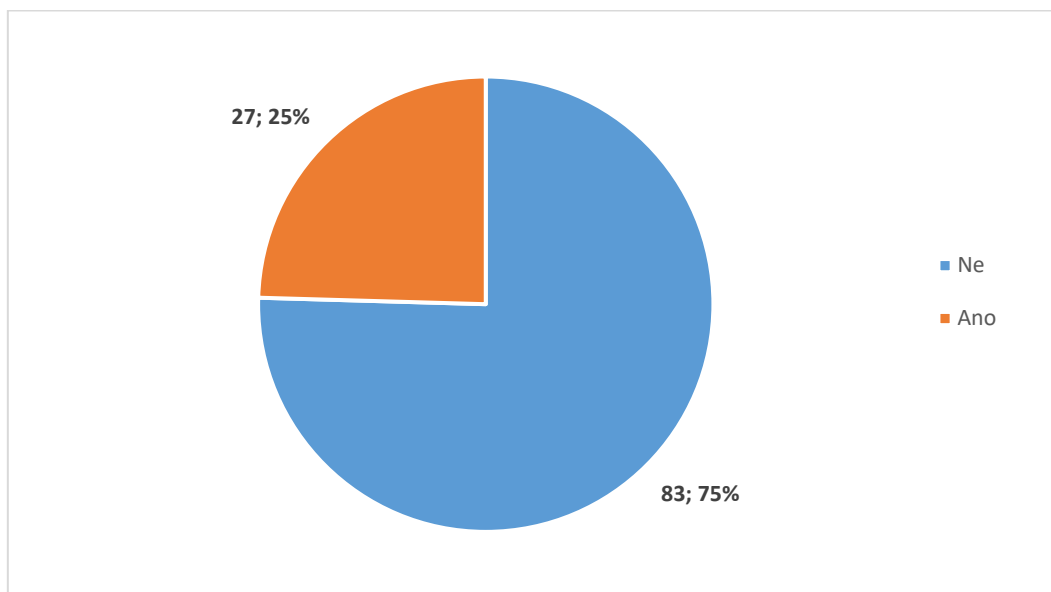


Zdroj: vlastní

Souhrn: Až 63 dotazovaných žen (57 %) nebylo vůbec poučeno o možných psychických onemocněních, které mohou po porodu nastat. Naopak 47 dotazovaných žen (43 %) bylo poučeno.

Otázka číslo 34 – **Slyšela jste o organizaci Úsměv mámy?**

Graf 35: Povědomí o organizaci Úsměv mámy

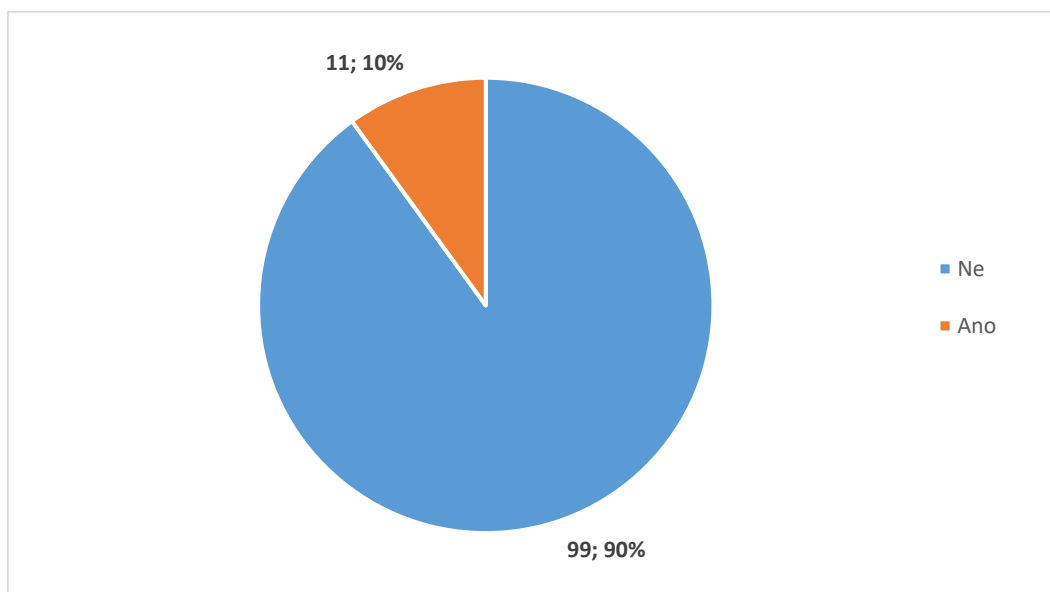


Zdroj: vlastní

Souhrn: Graf číslo 34 znázorňuje povědomí žen o organizaci Úsměv mámy. 83 dotazovaných žen (75 %) o této organizaci nikdy neslyšelo. 27 dotazovaných žen (25 %) naopak tuto organizaci někde zaznamenalo.

Otázka číslo 35 – Vyhledala jsem během těhotenství nebo po porodu odbornou psychickou pomoc (psycholog, psychiatr, psychoterapeut)?

Graf 36: Zda vyhledaly ženy odbornou pomoc po porodu



Zdroj: vlastní

Souhrn: V otázce číslo 35, zda ženy vyhledaly odbornou psychickou pomoc, jich většina 99 odpověděla (90 %), že ne. Naopak 11 z dotazovaných žen (10 %) odbornou pomoc po porodu či během těhotenství vyhledalo.

13 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Cíl 1: Zjistit, jak četné jsou po porodu příznaky poporodní deprese.

Výzkumný problém: Jaké množství žen vykazovalo příznaky poporodní deprese.

K výzkumnému problému se vztahují otázky číslo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 v první polovině dotazníku. Tyto otázky byly převzaty z Edinburské škály poporodní deprese z webové stránky perinatal.cz. Ženy jsou řazeny do dvou skupin, dle kritérií hodnocení. V první skupině se nachází ženy, které dle svých odpovědí dosáhly skóre na EPDS od 0 do 12 bodů. V druhé skupině jsou ženy, které dosáhly 13 bodů a výše. Nejvyšší možný dosažitelný počet bodů byl 30. Otázky se vztahují k pocitům za poslední týden.

Dle výsledků z dotazníku, bylo vyhodnoceno, že většina žen spadá do první skupiny. Konkrétně u **72 dotazovaných žen (65 %)** skóre činí od 0 do 12 bodů. To dle vyhodnocení znamená, že těchto 72 zúčastněných žen nemusí podstupovat další klinické diagnostické testy. Tyto ženy nevykazují známky poporodních depresí.

Druhou méně početnou skupinou jsou ženy, které dosáhly na EPDS od 13 do 30 bodů. Z celkového počtu 110 žen **38 dotazovaných žen (34 %)** vyplnilo dotazník na této bodové škále. Tyto ženy projevují klinicky významné příznaky deprese.

Poporodní deprese se nejčastěji projevují smutnou náladou ženy. Na otázku, zda byly ženy veselé jako vždy, až 14 žen (13 %) odpovědělo, že definitivně méně než vždy, u 7 žen (6 %) se objevila špatná a mizerná nálada většinu času a 24 žen (22 %) bylo nešťastných až plakalo častěji než jindy. Tyto stavy smutku a špatné nálady mohou skončit až u myšlenek na pokus o ublížení sama sobě či pokusu o něj. V otázce, zda ženy napadaly myšlenky, že si ublíží, odpověděly pouze 4 ženy (4 %) ano velmi často. Tyto ženy by měly zcela jistě vyhledat odbornou psychickou pomoc.

Dotazované ženy měly velice dobré výsledky. 56 (51 %) žen hledí do budoucnosti s radostí a nadějí stejnou jako vždycky. Po příchodu s novým členem rodiny domů často nastanou nové situace, které mohou ženy vyděsit, mohou být až v panice, aniž by k těmto pocitům byl vážný důvod. Až 84 žen nemívá tyto pocity často či bývají pouze někdy úzkostné a ustarané a 43 (39 %) žen se necítí být v panice bez vážných důvodů. Změny hormonálních hladin během doby po porodu mohou zapříčinit citlivější rozpoložení ženy. Až 15 dotazovaných žen (14 %) mi na otázku, zda se jich hodně věcí nepříjemně dotýkalo,

odpovědělo, že nejsou schopny se s nesnázi vyrovnat. Dalších 10 žen (9 %) bylo většinu času tak znepokojených, až nemohlo spát.

Cíl 2: Zjistit informovanost žen ohledně psychického zdraví po porodu.

Výzkumný problém: Jsou ženy informované o psychických problémech po porodu?

Výzkumný problém číslo dva se váže na otázky číslo 33, 34, které jsou na konci dotazníku přidružené k otázkám mapujícím poporodní úzkosti. Na tyto otázky ženy odpovídaly pouze odpovědí ano – ne. Otázky zjišťovaly, zda ženy byly poučeny od zdravotnického personálu, se kterým přišly do kontaktu, o možném vzplanutí psychických poruch. Ptaly jsme se, zda ženy znají organizaci Úsměv mámy. Organizace se věnuje osvětovým aktivitám o rozvoji psychických potíží v těhotenství a při porodu, organizuje svépomocné skupiny, propojuje ženy se zkušeností a snaží se vyjednávat lepší systémovou péči.

Po vyhodnocení bylo zjištěno, že většina žen není a nebyla dostatečně informována ohledně problematiky psychického zdraví po porodu. Až **63 dotazovaných žen (57 %)** uvádí, že v době **před porodem nebylo poučeno** o možných psychických potížích, které se po porodu mohou objevit. Ne o moc menší skupina **47 zúčastněných žen (43 %)** uvádí, že byla před porodem poučena o možných psychických problémech objevujících se po porodu. Z toho vyplývá, že rozdíl v počtu informovaných a neinformovaných žen není velký, navíc je stále většina těch, které nebyly před porodem informovány o tak důležitém tématu.

Nedostatečná informovanost zapříčiňuje i nevědomost o organizaci, na kterou se po porodu mohou obrátit. To dokazují i výsledky odpovědí na otázku, zda ženy znají organizaci Úsměv mámy, až 83 dotazovaných žen (75 %) odpovědělo negativně.

Cíl 3: Zjistit množství žen, které vykazují známky mírných až středně těžkých a pouze těžkých symptomů poporodních úzkostí.

Výzkumný problém: Jaké množství žen trpí mírnými až středně těžkými symptomy poporodních úzkostí a těžkými symptomy poporodních úzkostí?

Výzkumný problém číslo 3 zahrnuje otázky číslo 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 v druhé polovině dotazníku, které se zaměřily na screening poporodní úzkosti. Otázky se zaměřují na pocity žen v posledním měsíci. Ptáme se žen například na otázky, zda pociťují nervozitu nebo či se vyhýbají svým koníčkům a zálibám nebo jestli špatně snáší sociální interakce stejně jako

před těhotenstvím. Ženy zde vybírají ze 4 možných odpovědí, tyto odpovědi mají různé hodnoty. 0 = nejméně závažné, 3 = představují největší závažnost. V této sérii otázek byly ženy rozděleny na 3 skupiny. Ženy s minimální přítomností symptomů poporodních úzkostí, tyto ženy dosáhnou 0–20 bodů. V mém dotazníku **dosáhlo 32 zúčastněných žen (29 %) hranice minimální přítomnosti symptomů porodních úzkostí.**

Z výsledků jednoznačně vyplývá, že největší počet **47 žen (43 %)** dosáhlo bodové hranice od 21 bodů do 41 bodů, což znamená, že **nejpočetnější skupinou v našem sledovaném souboru se stávají ženy s mírně až středně těžkými symptomy poporodních úzkostí.**

Naopak nejmenší početnou skupinou v sledovaném souboru je **31 žen (28 %), které patří do skupiny žen, vykazujících těžké symptomy poporodních úzkostí.** Jejich bodová hranice dosáhla od 42 bodů do 93 bodů v druhé části dotazníku.

Na rozvoji úzkostí po porodu se podílí mnoho faktorů, zda ženy musí mít vše udělané perfektně, musí mít vše pod kontrolou a také podle určitého sledu. Takovéto pocity naše dotazované ženy cítí často. Až 55 žen (50 %) zaškrtno tuto možnost u otázky, zda chtějí mít vše zcela pod kontrolou a 43 žen (39 %) u otázky, zda chtějí mít vše perfektní. Opakující se myšlenky mohou být velice nepříjemným faktorem při úzkostech. Největší procento žen (40 %) se na tyto myšlenky nikdy nekoncentruje. 17 žen (16 %) má problémy se spánkem, to může vést k přetížení a vyčerpání, u kterého 36 (33 %) žen uvedlo, že se cítí velmi často přetížené. Úzkost po porodu může ovlivnit i strach z porodu či krve a jehel, kterou 12 žen (11 %) pociťuje často. 16 žen (14 %) často něco vyleká. Mezi další pocity prohlubující úzkost po porodu jsou obavy o dítě a život dítěte, které pociťuje 35, respektive 37 žen (32 %) velice často. Dále byly zaznamenány u cca 30 % žen obavy ze socializace, odsouzení a negativního hodnocení od ostatních lidí a ztrapnění. Tyto ženy se vyhýbají sociálním situacím. 21 % žen se po porodu začalo vyhýbat svým koníčkům a zálibám. 12 % žen často úzkosti zabraňují děláním jakékoli činnosti a koncentrace na ni. 10 žen (9 %) udává strach ze ztráty kontroly, ten může zvyšovat pocity napětí a nepříjemných až úzkostných stavů. Zhruba polovina i méně, pociťuje nervozitu a paniku.

Cíl 4: Zmapovat počet žen, které vyhledaly odbornou psychologickou pomoc.

Výzkumný problém: Jaké procento žen bylo ochotno vyhledat pomoc po porodu?

K výzkumnému problému číslo 4 se vztahují otázky číslo 32, 35. V těchto otázkách nás zajímalo, zda ženy vyhledaly psychologickou pomoc po porodu. Zde byly výsledky jednoznačné. **99 žen (90 %) nevyhledalo** pomoc psychologa, psychoterapeuta či psychiatra. Pouze **11 žen tvořících 10 % vyhledalo** pomoc po porodu.

K této otázce můžeme přiřadit i otázku, zda ženy vnímaly zájem o své psychické zdraví ze strany personálu. Většina žen, konkrétně **68 dotazovaných (62 %) nevnímalo** zájem o své psychické zdraví. Naopak **42 žen (38 %) vnímalo** zájem ze strany zdravotnických pracovníků. Rozdíl není markantní, ale potvrzuje, že psychické onemocnění po porodu jsou stále tabu, přestože se situace zlepšuje.

14 DISKUZE

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou psychických problémů po porodu. V České republice je toto téma stále pouze okrajové, často bagatelizované a pro spoustu lidí stále neznámé. Narození nového člena domácnosti je obecně vnímáno jako nejšťastnější a nejkrásnější okamžik v životě žen. O těžkém prožívání mateřství málokdo otevřeně mluví, ženy pak mají pocity nedostatečnosti a selhání. Období po porodu je pro ženy nejnáročnější obdobím. Probíhá nejvíce změn, žena je kvůli své hormonální nerovnováze ve větší citové dysbalanci. Často přijdou situace, na které žena nebyla připravená. Tyto okamžiky jsou skutečně obtížné. Zejména pro prvorodičky umí být období po porodu jednou z nejnáročnějších období v životě ženy. Některé ženy vstupují už do těhotenství s rizikovým faktorem pro rozvoj duševního onemocnění. Mezi takové rizikové faktory patří například duševní onemocnění přítomné už před těhotenstvím, nepříznivá sociální a finanční situace či absence partnera. Úkolem zdravotnického personálu je tyto faktory vyhledat již v těhotenství a včas je řešit. Každá žena by měla být poučena o možném rozvoji všech psychických onemocnění po porodu a míře jejich vážnosti. Měla by být seznámena s příznaky, délkou trvání a s informací, v jaké chvíli vyhledat pomoc. Ženy by měly vědět, na koho se obrátit, znát kontakty na podpůrné organizace.

Pro sběr informací o možném výskytu poporodní deprese a úzkosti byly vybrány otázky z Edinburské škály poporodní deprese a screeningová škála poporodních úzkostí. Díky těmto otázkám byl zjištěn klinický stav pacientek. Dotazník byl šířen prostřednictvím sociálních sítí a rozesláním známým v okolí. Pomocí dotazníkového šetření byl prováděn kvantitativní výzkum. Dotazník byl určen respondentkám ve fertilním věku, od 18 let do jednoho roku po porodu. Výzkumu se zúčastnilo 110 žen. Bakalářská práce měla čtyři cíle. Hlavním cílem bylo zmapovat výskyt duševních onemocnění po porodu u zapojených žen.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit množství z dotazovaných žen, které vykazují klinické známky poporodní deprese. Dílčí cíl zahrnoval i výzkumný problém a to, kolik žen vyazuje příznaky poporodní deprese. Ke screeningu byla vybrána nejčastěji využívaná Edinburská škála poporodní deprese. Ze získaných dat bylo zjištěno, že většina žen nevyazuje klinické známky deprese. Avšak až 34 % žen vykazovalo zvýšené riziko rozvoje poporodní deprese. Tyto ženy by měly vyhledat odbornou psychickou pomoc, aby byla zjištěna diagnostika. Jelikož jedním z kritérií je ukončené šestinedělí, není zde možnost záměny za poporodní blues. Dle výzkumu Šebely (2018) je celosvětová prevalence 17 %. Fiala (2017)

uvádí prevalenci v České republice 11,8 % šest týdnů po porodu a 10 % do šest měsíců po porodu. Stejnou problematikou se zabývá i Spilková Petra (2021), která ve své bakalářské práci popsala, že v jejím výzkumu se vyskytlo 18 % žen s příznaky deprese. Uvádí, že u žen prožívajících depresivní poruchu se objevuje více úzkostných příznaků než u žen bez depresivní poruchy. Tento výsledek je pochopitelný, vzhledem k vyšší citlivosti žen v tomto období a nedůvěře, strachu z porodu (Spilková, 2021, s. 101). Roztočil (2017) popisuje příchod domů z porodnice jako situaci, kdy žena čelí nové životní roli a spadne na ni veškerá zodpovědnost, jako mezník pro první příznaky poporodní deprese. Během dne by si ženy měly najít nenáročnou činnost vyvolávající příjemné pocity, sestavit si plán denních aktivit, který ženě nedá možnost přemýšlet nad negativními myšlenkami (Praško, 2009, s. 69-73). Spilková popisuje, že ženy s vyšší finanční zátěží mají větší riziko vzniku deprese (Spilková, 2021, s. 102). Proto by porodní asistentka měla projevovat zájem o socioekonomické zázemí ženy.

Identifikace žen v riziku by měla vést k psychiatrickému hodnocení a stanovení priorit pro ty s pozitivním screeningem, za účelem rychlého zahájení léčby, i v počátečních stádiích onemocnění. V ČR jsou omezení v aktivním vyhledávání žen v riziku, včetně nedostatku času v gynekologicko-porodnické praxi, omezeného přístupu k EPDS a nedostatku koordinace mezi psychiatry a gynekology-porodníky, což komplikuje zajištění pokračující psychiatrické péče (Šebela a kol. 2018, s. 471). Edinburghská škála poporodní deprese je klíčovou součástí národních programů screeningu v několika zemích, včetně USA, Švédska, Faerských ostrovů, Malty, Austrálie a Skotska. Například ve Velké Británii doporučuje Národní institut pro zdraví a péči (NICE) použití Edinburghské škály postnatální deprese jako doplněk ke dvěma screeningovým otázkám Whooley pro identifikaci deprese. (Cox, 2019, s. 128).

V dalším dílčím cíli se má bakalářská práce věnovat informovanosti žen o porodních psychických onemocněních. K tomu se pojí výzkumný problém a to, zda jsou ženy dostatečně informované. Ve výzkumu se na tuto otázku objevuje spolu s příkladem organizace Úsměv mámy, zda o ni mají ženy povědomí. Většina žen neprojevovala dostatečnou informovanost ohledně psychických poruch po porodu. Šoffrová (2022, s. 77) ve své bakalářské práci vyhodnotila, že ženy nejsou ohledně období šestinedělí dostatečně informované. Ve výzkumném šetření Šoffrové ženy uváděly zájem o vyšší informovanost v oblasti péče o psychiku po porodu (Šoffrová, 2022, s. 77). Rozšíření služeb komunitních porodních asis-

tentek by zlepšila problematiku informovanosti žen ohledně šestinedělí, zejména o psychickém stavu. Dále by zvýšila vědomosti například v péči o novorozence a sebevědomí žen. Dle výsledků výzkumného šetření Šoffrové ženy nejsou dostatečně informovány ohledně komunitní péče porodních asistentek. Většina žen tento pojem nezná a neví o možnosti poskytnutí péče porodní asistentky v období po porodu. Ženy neprojevovaly znalost náplně práce komunitní porodní asistentky (Šoffrová, 2022, s. 76). Díky rozšíření poskytování služeb komunitních porodních asistentek by docházelo k včasné diagnostice, tudíž by došlo k poklesu počtu žen s depresivní poruchou (Spilková, 2021, s. 101). Z bakalářské práce Šoffrové (2022) vyplývá, že by ženy o službu komunitní porodní asistentky zájem měly. Ženy projevovaly zájem o možnosti poradenství nejen pro sebe, ale i pro svého partnera. Téměř všechny ženy z výzkumného šetření Šoffrové si myslí, že je komunitní péče pro ženu po porodu přínosná. (Šoffrová, 2022, s. 78).

Třetí dílčí cíl se zaměřoval na zmapování množství žen, které mají příznaky úzkosti. Ke třetímu dílčímu cíli se vztahoval i výzkumný problém, kolik žen trpí úzkostnými poruchami? Získané výsledky potvrdily, že největší počet žen trpěl mírně až středně těžkými symptomy. Až 47 (43 %) žen ze 110 dotazovaných žen vykazovalo známky úzkostných poruch po porodu. Spilková ve své bakalářské práci testuje vztah mezi věkem a mírou rizika rozvoje poporodních úzkostí. Spilková uvádí, že starší ženy mají vyšší procentuální zastoupení ve výskytu úzkostných stavů. Starší ženy jsou více vystrašené z porodu, ze zdravotních komplikací vzhledem ke svému věku. Většina žen si uvědomuje, že s rostoucím věkem se zvyšuje i riziko rozvoje zdravotních potíží ze strany matky i plodu. Právě kvůli těmto rizikům jsou starší ženy úzkostnější (Spilková, 2021, s. 102-103). Z výzkumu Spilkové vyplývá, že ženy s úzkostnými poruchami mají více depresivních poruch nežli ženy, které jsou méně úzkostné. Z výzkumu mé bakalářské práce je jasné, že nejméně je žen s těžkými symptomy. Avšak rozdíl ve výsledcích není markantní. Pouze 31 žen vykazuje těžké úzkostné poruchy a 32 žen má minimální symptomy úzkostí. Trtková ve své diplomové práci potvrzuje větší míru výskytu úzkostných příznaků u prvorodiček nežli u vícerodiček, přestože vícerodičky mohou být více úzkostné kvůli špatné zkušenosti z předchozího porodu (Trtková, 2021, s. 58). V praxi by i na tyto okolnosti měla porodní asistentka myslet.

Posledním dílčím cílem bylo zjišťování počtu žen, které vyhledaly psychologickou pomoc po porodu. K tomuto dílčímu cíli se váže výzkumný problém a to, jaké procento žen vyhledalo odbornou psychologickou pomoc po porodu. Jedná se konkrétně o vyhledání psychologa, psychoterapeuta či psychiatra. Získané výsledky z výzkumného šetření potvrdily,

že naprostá většina žen, až 90 %, odbornou psychologickou pomoc v období nevyhledala. Pouze 10 % žen bylo ochotno psychologickou pomoc vyhledat. Dle výsledků výzkumného šetření bakalářské práce Šoffrové skoro polovina respondentek neměla bezproblémové šestinedělí. U některých žen komplikace byly tak vážné, že musely vyhledat pomoc (Šoffrová, 2022, 77). Orel a kol. (2016) poukazuje na důležitost spolupráce mezi gynekology a psychiatry žen. Ti by měli stav sledovat a provádět pravidelné kontroly. Na závěr ženy odpovídaly, zda pociťovaly zájem o své psychické zdraví po porodu. Výsledky zde nebyly tak odlišné, 62 % žen nevnímalo zájem ze strany zdravotníků.

LIMITY VÝZKUMU

Mezi limity tohoto výzkumu patří má nedostatečná zkušenost s kvantitativním výzkumným šetřením, s analýzou a zpracováním výsledků. Další limit tohoto výzkumu je různá doba, která uplynula od porodu respondentek. Využití popisné statistiky ve výzkumu, ale nevypočítání závislostí mezi jevy. Výběr respondentek byl náhodný, podle ochoty dotazník vyplnit. Dalším limitem je počet respondentek, myslím, že ve větším počtu by byly výsledky přesnější.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Do praxe bych doporučila zvýšit povědomí o psychických onemocnění, jelikož bylo z výsledků výzkumů bylo patrné, že ženy nejsou dostatečně informované a nevnímají zájem zdravotnických pracovníků ohledně svého psychického stavu. Zvýšení povědomí se dá realizovat například skrze informační letáky s dostupnými kontakty na podpůrné skupiny, organizace či odborníky, na které se ženy mohou obrátit. Letáky by mohly být dostupné na sociálních sítích, v nemocnicích či u obvodních gynekologů. (Příloha B)

Další doporučení:

- Zařadit téma poporodních psychických poruch do předporodních kurzů
- Zvýšit povědomí obvodních porodních asistentek v ambulantních zařízeních
- Zvýšit povědomí žen ohledně komunitní péče v domácím prostředí v období po porodu
- Starat se o ženino psychické zdraví před i během porodu, dostatečně informovat ženu o možných zákrocích a intervencích

- Zlepšit komunikaci zdravotnických pracovníků a zvýšit propagaci podpůrných skupin (www.usmevmamy.cz)
- Zajistit informovanost žen o webu perinatal.cz, kde jsou všechny informace o psychických potížích dostupné a je zde i nabídka testů nebo odborných konzultací
- Zavedení povinného screeningu psychických potíží v těhotenství a po porodu tak, jak je to běžné v některých zemích

SEBEREFLEXE

Uvědomuji si nedokonalosti v mém výzkumném šetření. Zpracovávání pro mě bylo velkou zkušeností. Během psaní této bakalářské se mi lépe zpracovávala teoretická část než část praktická. V praktické části pro mě bylo obtížnější zpracovávání a interpretace výsledků. K výzkumu byl dostatek dostupných zdrojů a literatury, bohužel některé práce nemají novější verzi, jelikož se nástroje a metody příliš nemění. Snažila jsem se zpracovávat informace z nejnovějších dostupných zdrojů, aby byly aktuální. Téma psychiky žen po porodu mě velice zajímá a bavilo mě ho zpracovávat. Po dobu psaní mé bakalářské práce jsem nasbírala mnoho zkušeností a jsou mi velkým přínosem do profesního života.

ZÁVĚR

Mateřství je obecně považováno za jeden z nešťastnějších okamžiků v životě ženy. Ne vždy je tato domněnka pravidlem. Předložená bakalářská práce se zabývá duševními onemocněními v poporodním období ženy. Práce je členěna na část teoretickou a část praktickou. V rámci teoretické části práce jsem objasnila aspekty šestinedělí, především psychické změny, laktaci a kojení či změny sociální role na mateřskou nebo změnu dynamiky v partnerském vztahu. V další kapitole jsem se více zaměřila na psychické poruchy po porodu, kde jsem každou popsala více do hloubky. V kapitole číslo tři jsem popsala hlavní faktory ovlivňující rozvoj psychických onemocnění, zmiňuji například hormonální změny či vliv předešlého psychiatrického onemocnění. Dále jsem popsala diagnostiku a léčbu jednotlivých psychických onemocnění a v několika odstavcích také roli porodní asistentky při psychických problémech po porodu.

Praktická část se skládá z kvantitativního typu výzkumu. Dosažená data od respondentek byla shromážděna pomocí dotazníkového šetření, dotazníky byly rozeslány na sociálních sítích a mezi mé známé a blízké, které splňovaly nastavená kritéria. Respondentky musely být maximálně rok po porodu, s ukončeným šestinedelím. Práce měla hlavní cíl, a to zmapovat počet žen s duševním onemocněním do jednoho roka po porodu. Cíl práce byl splněn.

Výsledek této práce je zjištění, že psychické onemocnění po porodu je rozsáhlý problém. Většina žen vykazovala mírně až středně těžké příznaky úzkostných poruch, ty mohou vést k poporodním depresím a často je doprovázejí. Téměř u poloviny dotazovaných žen se objevuje různě intenzivní strach z porodu, krve nebo jehel. Z výzkumu vyplývá, že respondentky vykazují v období po porodu velkou přecitlivělost. Při péči o dítě se potýkají s náročnými situacemi, vyhýbají se koníčkům a svým zálibám, které je za normálních okolností dělají šťastné. Napadají je negativní myšlenky, pociťují nervozitu, paniku až úzkosti, které jim brání v každodenních aktivitách. Respondentky uvádí, že mají problémy se spánkem a koncentrací. Skoro polovina dotazovaných uvedla, že se cítí velice přetížene.

Tato bakalářská práce se snažila popsat problematiku psychických onemocnění v poporodním období. Poukazuje na nedostatečnou informovanost žen v této oblasti. Řada respondentek uvedla, že nevnímala zájem o své psychické zdraví ze strany zdravotnického

personálu. V této oblasti by měla být posílena role porodní asistentky, která by měla využívat nástroje pro ověření psychického stavu žen, vyhledávat rizikové skupiny žen, edukovat je a motivovat k vyhledání odborné psychologické pomoci.

SEZNAM LITERATURY

Literární zdroje

1. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5361-4.
2. BÖHMOVÁ, Zuzana a Dáša ŠEBANOVÁ. *Čo by sme mali vedieť o laktačnej psychóze? Dieťa nielen pre rodičov: rodinný sprievodca svetom tehotenstva, materstva, rodičovstva a detstva*. Bratislava: PROFIS, 2003, 9(2), 54-56. ISSN 1335-0919.
3. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ a Vladimíra MAJDYŠOVÁ. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019 b, 143 s. ISBN 978-80-271-0837-4.
4. GUTMAN, Laura. *Mateřství a setkání ženy s vlastním stínem: životní krize a emocionální revoluce*. Praha: Maitrea, 2013. ISBN 978-80-87249-46-8..
5. KACHLOVÁ, Miroslava; KUČOVÁ, Jana a PETRÁŠOVÁ, Veronika. *Ošetrovatelská péče v neonatologii*. Sestra (Grada). Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3176-1
6. KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton, 2013. ISBN 978-80-7387-624-1.
7. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-80-247-6654-6
8. PRAŠKO, Ján; PRAŠKOVÁ, Hana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Deprese a jak ji zvládat: stop zoufalství a beznaději*. Vyd. 3. Rádci pro zdraví. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0859-4
9. PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Jessenius. [2020]. Praha: Maxdorf, [2020]. ISBN 978-80-7345-618-4.
10. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
11. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
12. ŠEBELA Antonín a kol. *Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese*. *Česká gynekologie*. 2019(1). ISSN 1210-7832.

13. ŠEBELA, Antonín a kol. *Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. Česká gynekologie*. 2018(6). ISSN 1210-7832
14. TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a ŠULOVÁ, Lenka (ed.). *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

Internetové zdroje

1. COLLIER, Stephanie. *Postpartum anxiety is invisible, but common and treatable*. Online. 2021. Dostupné z: https://www.health.harvard.edu/blog/postpartum-anxiety-an-invisible-disorder-that-can-affect-new-mothers-202107302558?fbclid=IwAR3pEYCwDdBFzXztjQd3-OwMvqZwe8UsHx3ifcO_4n38WS6JdS5e7iw8J0. [cit. 2024-03-22].
2. COX, J.L., HOLDEN, J.M., SAGOVSKY, R. *Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale*. *The British Journal of Psychiatry*. 1987, 150, 6, ISSN 1472-1465. [cit. 23.11.2021. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3651732>
3. COX, John. *Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future*. Online. *The British Journal of Psychiatry*. 2019, roč. 214, č. 3, s. 127-129. ISSN 0007-1250. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.245>. [cit. 2024-03-25].
4. KAŠPÁREK, Tomáš, *SSRI v graviditě a laktaci, Psychiatrie pro praxi*. 2012, 14(1), s. 37-38. Online. [cit.24.11.2021]. ISSN 1803-5272. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2013/01/10.pdf>
5. PETŘÍKOVÁ, Anna. *Máma v pohodě*. Online. 2022. Dostupné z: <https://psychologie.cz/mama-v-pohode/?fbclid=IwAR1AjaTF6ri22MN8IPxwip6NL8iPhWF-jFd0fpmC5TI5nxF6ESQPf2RLU9g>. [cit. 2024-03-22].
6. POSMONTIER, Bobbie et al. *Telephone-Administered Interpersonal Psychotherapy by Nurse-Midwives for Postpartum Depression*. *Journal of Midwifery & Women's Health* [online]. 2016, 61(4), 456-466 [cit. 2018-04-02]. DOI:10.1111/jmwh.12411. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jmwh.12411>
7. RAZA, Sehar K. a RAZA, Syed. *Postpartum Psychosis*. Online. 2023. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544304/?fbclid=IwAR1HyslXgD-V-1sRdBtF-UPOqIywfrenN9Tm3PehB278sfsH4CMk1f7IrPY>. [cit. 2024-03-22].

8. SHASI, Rai; ABHISHEK, Pathak a INDIRA, Sharma. *Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management*. Online. 2015. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4539865/>. [cit. 2024-03-22].
9. SOMERVILLE, Susanne, DOHERTY, Dorota, PAGE, Aandrew.,C.,DEDMAN, Kellie, HAGAN, Rosemary, et al. *The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation*. *Arch Womens Ment Health*. 2014, 17(5), s. 443-454 [cit. 2020- 11-28]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-014-0425-8>
10. ZHAO, Xiao-hu a ZHANG, Zhi-hua. *Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses*. Online. *Asian Journal of Psychiatry*. 2020, roč. 53. ISSN 18762018. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>. [cit. 2024-03-27].

Kvalifikační práce

1. SPILKOVÁ, Petra. *Screening poporodní deprese*. Plzeň 2021. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce MUDr. Antonín Šebela, PhD.
2. ŠOFFROVÁ, Alena. *Péče o ženu v šestinedělí v komunitní péči*. Plzeň 2022. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Eva Hendrych Lorenzová, PhD.
3. TRTKOVÁ, Eliška. *Vliv úzkosti žen na porodnické komplikace*. Olomouc 2021. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Šárka Vévodová, PhD.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A: Dotazník	89
Příloha B: Leták - výstup pro praxi	95

PŘÍLOHY

Příloha A: Dotazník

Milé respondentky,

jmenuji se Jana Veřasová a studuji třetí ročník oboru porodní asistence na Západočeské univerzitě v Plzni. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku k mé bakalářské práci na téma **Poporodní období a psychika ženy**. Pro účel mého výzkumu hledám maminky po ukončeném šestinedělí do jednoho roku od porodu. Dotazník je rozdělen na dvě části, které se věnují poporodní depresi a úzkosti. Pro tyto účely byla využita Edinburská škála poporodní deprese a screeningová škála poporodní úzkosti.

Dotazník je anonymní a dobrovolný. Veškeré získané údaje budou využity výhradně pro potřeby mé bakalářské práce. Vyplněním dotazníku a jeho odesláním vyjadřujete souhlas s Vaší účastí na výzkumném šetření. V případě otázek či zájmu o výslednou podobu tohoto výzkumu mne neváhejte kontaktovat na email janavelasova@email.cz

Předem Vám děkuji za čas strávený u vyplňování mého dotazníku.

1. V kolika letech jste rodila

- a) 18-20
- b) 21-25
- c) 31-35
- d) 36-40
- e) 41-45

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Středoškolské bez maturity
- c) Středoškolské s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské

3. Jakým způsobem byl veden Váš porod?

- a) Vaginálně
- b) Akutním císařským řezem
- c) Plánovaným císařským řezem
- d) Operativně vaginálně (vakuumextrakce, klešťový porod)

Screening poporodní deprese

Následuje část dotazníku, která se zaměřuje na poporodní depresi. Prosím zvolte odpověď, která nejlépe vyjadřuje vaše pocity v posledním týdnu, nejen v tento okamžik. Vždy zaškrtněte pouze jednu odpověď.

- 1. Byla jsem veselá a viděla převážně veselé stránky.**
 - a) Ano, ve stejné míře jako vždycky
 - b) Ano, ale ne v takové míře jak vždycky
 - c) Definitivně méně, než vždycky
 - d) Vůbec ne
- 2. Hleděla jsem do budoucnosti s radostí a nadějí.**
 - a) Ano, ve stejné míře jako vždycky
 - b) Ano, ale ne v takové míře jak vždycky
 - c) Definitivně méně, než vždycky
 - d) Vůbec ne
- 3. Nepřiměřeně jsem se na sebe zlobila a vyčítala si, když se něco nedařilo.**
 - a) Ano, většinu času
 - b) Ano, ale jen někdy
 - c) Nepříliš často
 - d) Vůbec ne
- 4. Byla jsem úzkostná a ustaraná, aniž by k tomu byly rozumné důvody.**
 - a) Vůbec ne
 - b) Ne, jen výjimečně
 - c) Ano, někdy
 - d) Vůbec ne
- 5. Cítila jsem se vyděšená, až trochu v panice, a to bez vážných důvodů**
 - a) Ano, velmi často
 - b) Ano, ale jen někdy
 - c) Nepříliš často
 - d) Vůbec ne
- 6. Mnoho věcí se mě nepříjemně dotýkalo**
 - a) Ano většinou jsem nebyla schopna se s nesnázemi vyrovnat
 - b) Ano, někdy jsem se s nesnázemi vyrovnávala hůře než obvykle
 - c) Ne většinou jsem se se vším dobře vyrovnávala
 - d) Ne, vyrovnávala jsem se se vším bez potíží
- 7. Byla jsem tak znepokojená, že jsem špatně spala**
 - a) Ano, většinu času
 - b) Ano, ale jen někdy
 - c) Nepříliš často
 - d) Vůbec ne
- 8. Měla jsem špatnou a mizernou náladu**
 - a) Ano, většinu času
 - b) Ano, někdy
 - c) Nepříliš často
 - d) Vůbec ne
- 9. Byla jsem nešťastná, že jsem plakala**
 - a) Ano, většinu času
 - b) Ano, častěji než jindy
 - c) Ano, ale jen výjimečně
 - d) Ne nikdy
- 10. Napadaly mě myšlenky, že si ublížím**
 - a) Ano, velmi často
 - b) Ano, ale jen někdy

- c) Zcela výjimečně
- d) Ne, nikdy

Screening poporodní úzkosti

Následující část dotazníku se zaměřuje na otázky týkající se poporodní úzkosti. Zde prosím zvolte svou odpověď dle **pocitů za poslední měsíc**. Zaškrtněte pouze jednu odpověď, která nejlépe popisuje Váš stav.

1. Mívám obavy o dítě.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

2. Mívám strach, že mé dítě bude ohroženo.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

3. Mívám pocit, že se stane něco špatného.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

4. Obávám se mnoha věcí.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

5. Obávám se budoucnosti.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

6. Připadám si často přetížená.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

7. Mívám veliký strach z věcí, jako jsou jehly, krev, porod, bolest apod.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

8. Mívám náhlé stavy velkého strachu a celkové nepohody.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

9. Přepadají mě opakující se nepříjemné myšlenky, které je těžké zastavit nebo kontrolovat.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

10. Mívám problém se spánkem i přesto, že mám možnost jít spát.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

11. Stává se mi, že musím některé věci udělat přesně podle určitého sledu.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

12. Chci mít vše udělané perfektně.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

13. Potřebuji mít věci zcela pod kontrolou.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

14. Mívám problém přestat kontrolovat vykonané úkoly, případně se mi stává, že některé činnosti opakuji stále a stále dokola.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

15. Velmi snadno, někdy i z ničeho nic, se v poslední době vylekám.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

16. Koncentruji se na opakující se nepříjemné myšlenky.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

17. Zabezpečuji se a vyhýbám se určitým věcem, či situacím

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

18. Rozhodí mě opakovaně vzpomínky, sny nebo noční můry.

- a) Nikdy
- b) Zřídka

- c) Často
- d) Téměř stále

19. Obávám se, že se před ostatními lidmi ztrapním.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

20. Obávám se, že mě ostatní lidé budou negativně hodnotit.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

21. Cítím se velmi nejistě ve větší skupině lidí, či v davu.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

22. Vyhýbám se sociálním situacím, protože by mi přinesly velkou nervozitu.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

23. Vyhýbám se svým koníčkům a zálibám.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

24. Mívám pocit odtažení od sebe, jako bych se na sebe dívala v nějakém filmu.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

25. Ztrácím se v časové posloupnosti a mívám problém zapamatovat si, co se stalo.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

26. Obtížně si nyní zvykám na změny.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

27. Úzkostné prožívání mi brání ve schopnosti cokoliv dělat.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

28. Myšlenky, které mi probíhají hlavou mi způsobují problémy se dostatečně koncentrovat na jakoukoliv jinou činnost.

- a) Nikdy

- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

29. Mám strach, že nad sebou ztratím kontrolu.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

30. Pociťuji paniky.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

31. Pociťuji nervozitu.

- a) Nikdy
- b) Zřídka
- c) Často
- d) Téměř stále

32. Vnímala jste zájem o Vaše psychické zdraví v těhotenství a po porodu?

- a) Ano
- b) Ne

33. Byla jste již před porodem poučena o možných psychických potížích, které se mohou po porodu objevit

- a) Ano
- b) Ne

34. Slyšela jste o organizaci Úsměv mámy

- a) Ano
- b) Ne

35. Vyhledala jste během těhotenství nebo po porodu odbornou psychickou pomoc (psycholog, psychiatr, psychoterapeut)?

- a) Ano
- b) Ne

Příloha B: Leták - výstup pro praxi



neschopnost a snížená potřeba spát
pocit, že mi dýchá pokožka
paranoia
hyperaktivita
prudké změny nálad
halucinace
podezřívavost
potíže při komunikaci

sebevražedné myšlenky
stres svírající celé tělo
odmítání svého miminka
únava
pocit prázdnoty
pocit totálního selhání
strach ze sebe samé
nenávisť

smutek
třes
uzavření do sebe
strach být sama doma s miminkem
potřeba mít vše pod kontrolou
strach ze všeho a silné osamocení
zrychlený dech, tlak na hrudi, bušení srdce
nízká sebedůvěra
záchvaty paniky

**VYHLEDAT POMOC NENÍ
OSTUDA**

Doporučujeme informace na www.perinatal.cz

Zdroj: vlastní