

Využití Edinburské škály poporodní deprese na oddělení šestinedělí

Michaela Buráňová

Bakalářská práce
2025



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2024/2025

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Michaela Buráňová
Osobní číslo:	H22007
Studijní program:	B0913P360017 Porodní asistence
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Využití Edinburské škály poporodní deprese na oddělení šestinedělí

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti screeningu poporodní deprese.
Příprava metodiky kvantitativního šetření.
Formulace kritérií pro výběr respondentů.
Realizace kvantitativního šetření metodou standardizovaného dotazníku.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků šetření, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- COX, John L.; HOLDEN, Jeni M. a HENSHAW, Carol. *The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*. London: RCPsych Publications, © 2014. ISBN 1909726133.
- COX, John L.; HOLDEN, Jeni M. a SAGOVSKY, Ruth. Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. Online. *British Journal of Psychiatry*. © 1987, vol. 150, iss. 6, s. 782–786. ISSN 0007-1250. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>. [cit. 2024-09-28].
- MILGROM, Jeannette a GEMMILL, Alan W. *Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment, and Management*. Online. New York: Wiley, © 2015. ISBN 978-1-118-50972-2. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/9781118509722>. [cit. 2024-10-06].
- ŠEBELA, Antonín; HANKA, Jan a MOHR, Pavel. Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. Online. *Česká gynekologie*. 2018, roč. 83, č. 6, s. 468-473. Dostupné z: <https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2018-6-11/etiologie-rizikove-faktory-a-metody-prevence-poporodni-deprese-107462>. [cit. 2024-09-28].
- VIK, Kari; AASS, Inger Margrete; WILLUMSEN, Anne Britt a HAFTING, Marit. Experiences with the Routine Use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale from Health Visitors' and Midwives' Perspectives – An Exploratory Qualitative Study. Online. *Midwifery*. 2021, vol. 100, article 103017. ISSN 0266-6138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103017>. [cit. 2024-09-28].

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Dagmar Pilíková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **4. listopadu 2024**
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. května 2025**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

Mgr. Věra Vránová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2025

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění bez ohledu na výsledek obhajoby;
- bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému a bude dostupná k nahlédnutí;
- jedno vyhotovení bakalářské práce v listinné podobě bude ponecháno Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně k uložení;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3;
- podle § 60 odst. 1 autorského zákona má Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům;
- pokud je výstupem bakalářské práce jakýkoliv softwarový produkt, považují se za součást práce rovněž i zdrojové kódy, popř. soubory, ze kterých se projekt skládá; neodevzdání této součásti může být důvodem k neobhájení práce.

Prohlašuji, že

- jsem na bakalářské práci pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem řádně citoval(a); v případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor;
- odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou obsahově totožné.

Ve Zlíně, dne

.....
podpis autora

ABSTRAKT

Bakalářská práce se věnuje problematice poporodní deprese a jejímu hodnocení pomocí Edinburské škály postnatální deprese. Hlavním cílem je vyhodnotit míru rizika vzniku poporodní deprese u zkoumaného souboru respondentek. K tomu jsou zároveň stanoveny dílčí cíle, jako je analyzovat incidenci symptomů a zjistit vliv sociodemografických a porodnických údajů na rozvoj tohoto psychického onemocnění v období šestinedělí. Práce je koncipována na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou objasněny hlavní pojmy vztahující se k puerperálnímu období, psychologickým změnám, konkrétně poporodní depresi a využití screeningových nástrojů. Praktická část popisuje metodologii výzkumu, která zahrnuje použití standardizovaného dotazníku Edinburské škály postnatální deprese u vybrané skupiny respondentek na oddělení šestinedělí. Práce zdůrazňuje důležitost včasného screeningu duševního zdraví matek po porodu.

Klíčová slova: Edinburská škála postnatální deprese, ženy po porodu, šestinedělí, duševní zdraví, screeningové nástroje

ABSTRACT

The bachelor thesis is devoted to the issue of postnatal depression and its assessment using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. The main aim is to evaluate the level of risk of developing postpartum depression in the study group of respondents. However, there are also sub-objectives, such as analyzing the incidence of symptoms and determining the influence of socio-demographic and obstetric data on the development of this mental illness in the postpartum period. The thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part explains the main concepts related to the puerperal period, psychological changes, specifically postpartum depression and the use of screening tools. The practical part describes the research methodology, which includes the use of the standardized Edinburgh Postnatal Depression Scale questionnaire with a selected group of respondents in the six-week ward. The thesis highlights the importance of early screening for maternal mental health after childbirth.

Keywords: Edinburgh postnatal depression scale, postpartum women, puerperium, mental health, screening tools

Ráda bych srdečně poděkovala paní Mgr. Dagmar Pilíkové za odborné vedení, významné rady a trpělivost při konzultacích, které mi pomohly při zpracování této práce. Velké poděkování patří Národnímu ústavu duševního zdraví, konkrétně MUDr. Antonínu Šebelovi, Ph.D., RNDr. Marii Hankové a Mgr. et Mgr. Anně Horákové za drahocenný čas, ochotu a poskytnutí dat, která byla zásadní pro realizaci výzkumné části práce. Dále bych chtěla poděkovat Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně za umožnění výzkumu. Největší poděkování patří mému příteli, rodině a přátelům, kteří mi po celou dobu studia poskytovali povzbuzení a nejen oporu, ale také pochopení a trpělivost.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD.....	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 POPORODNÍ DEPRESE	13
1.1 PSYCHICKÉ ZDRAVÍ ŽENY V OBDOBÍ PUERPERIA.....	14
1.2 PREVALENCE POPORODNÍ DEPRESE	15
1.3 RIZIKOVÉ FAKTORY VZNIKU POPORODNÍ DEPRESE	15
1.4 DIAGNOSTIKA POPORODNÍ DEPRESE	17
1.5 SCREENINGOVÉ NÁSTROJE.....	18
1.5.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale.....	19
1.5.2 Postpartum Depression Screening Scale	19
1.5.3 Beck Depression Inventory-II	20
1.5.4 General Health Questionnaire-28.....	20
1.5.5 Patient Health Questionnaire-9	21
1.6 LÉČBA POPORODNÍ DEPRESE.....	21
1.7 DOPAD POPORODNÍ DEPRESE NA MATKU A DÍTĚ	24
1.8 PREVENCE POPORODNÍ DEPRESE.....	25
1.8.1 Současná situace v České republice	26
2 EDINBURSKÁ ŠKÁLA POSTNATÁLNÍ DEPRESE	29
2.1 VZNIK A VÝVOJ EPDS.....	29
2.2 SPRÁVNÉ VYUŽITÍ EPDS V PRAXI	30
2.2.1 Vhodné načasování screeningu	32
2.2.2 Kulturní a jazykové bariéry při aplikaci screeningu	32
2.3 HODNOCENÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	33
2.3.1 Rizika falešně pozitivních nebo negativních výsledků	34
2.4 MANAGEMENT PÉČE.....	35
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
3 METODIKA VÝZKUMU	38
3.1 CÍLE VÝZKUMU	38
3.2 ORGANIZACE SBĚRU DAT	39
3.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	39
4 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	40
4.1 POMĚR RESPONDENTEK DLE MÍRY RIZIKA ROZVOJE PPD – VÝSLEDKY K HLAVNÍMU CÍLI	40
4.2 INCIDENCE SYMPTOMŮ POPORODNÍ DEPRESE – VÝSLEDKY K DÍLČÍMU CÍLI Č.1	41

4.3	IDENTIFIKACE SOCIODEMOGRAFICKÝCH A PORODNICKÝCH ÚDAJŮ RESPONDENTEK – VÝSLEDKY K DÍLČÍMU CÍLI Č.2	42
5	DISKUZE	51
5.1	DOPORUČENÍ PRO PRAXI	55
	ZÁVĚR.....	56
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	58
	SEZNAM GRAFŮ	71
	SEZNAM TABULEK.....	72
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	73
	SEZNAM PŘÍLOH.....	74

ÚVOD

Šestinedělí neboli puerperium, představuje zásadní a citlivé období v životě, během kterého dochází nejen k somatickým změnám organismu ženy po porodu, ale také k významným hormonálním a psychickým změnám. Ačkoli se jedná o přirozené období mateřství, mnoho žen se může potýkat s pocitem smutku, sklíčenosti, úzkosti či podrážděnosti, které ve většině případů postupně odezní. U části žen však mohou tyto obtíže přerůst až v závažnější psychické potíže, z nichž nejvýznamnější je poporodní deprese. Tudíž je včasná identifikace poporodní deprese klíčová. K tomu slouží několik screeningových nástrojů, z nichž nejčastěji využívaným je Edinburská škála poporodní deprese.

Teoretická část se věnuje problematice poporodní deprese a využití Edinburské škály postnatální deprese. Zmínka o hormonálních změnách a rizikových faktorech ovlivňující duševní zdraví matky, umožňuje lépe pochopit vznik psychických potíží. Poporodní deprese je zkoumána z hlediska vzniku, symptomů, diagnostiky, léčby a prevence. Zabývá se také nejčastějšími screeningovými nástroji postnatální deprese. V neposlední řadě zkoumá Edinburskou škálu více do hloubky, a to nejen z pohledu vzniku a vývoje, ale také využití v praxi a interpretaci výsledků.

Praktická část se zabývá analýzou míry rizika vzniku poporodní deprese a incidencí symptomů u vybraného souboru respondentek na oddělení šestinedělí v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Byl využit standardizovaný dotazník psychosociálního stresu, obsahující Edinburskou škálu postnatální deprese, a to v rámci projektu Perinatal, který realizuje Národní ústav duševního zdraví ve spolupráci s organizací Úsměv mámy. Výzkumná část práce se opírá o data poskytnutá právě Národním ústavem duševního zdraví. Soubor dat obsahuje odpovědi od 879 respondentek. Praktická část je orientována na hlavní cíl, a to zjistit míru rizika vzniku poporodní deprese. Dále analyzuje incidenci symptomů a zkoumá vliv sociodemografických a porodnických údajů na rozvoj tohoto duševního onemocnění. Práce se soustředí na analýzu získaných dat a jejich srovnání s dostupnými výzkumy. Na základě zjištěných souvislostí budou navržena doporučení pro praxi, která by mohla pomoci minimalizovat riziko vzniku psychických poruch u žen v poporodním období. Výsledky studie mohou také přispět k lepšímu porozumění této problematice a napomoci efektivnějšímu využívání screeningových nástrojů.

I TEORETICKÁ ČÁST

1 POPORODNÍ DEPRESE

Poporodní deprese (PPD) představuje depresivní stavy, které se objevují v postnatálním období, typicky v období puerperia neboli šestinedělí. Toto období začíná bezprostředně po porodu a trvá přibližně 6–12 týdnů, přičemž délka a průběh jsou zcela individuální v závislosti například na frekvenci kojení, trvání laktace či celkovém stavu ženy (Milgrom a Gemmill, 2015; Fait, 2021). Obecně je deprese závažnou duševní poruchou a v případě novopečených matek představuje zvlášť velkou psychickou a fyzickou zátěž. Kromě péče o novorozence totiž ženy často čelí i dalším povinnostem spojeným s domácností, péčí o ostatní děti nebo návratem k pracovním závazkům. PPD bývá nejčastěji vymezována jako epizoda velké depresivní poruchy, nicméně v některých případech zahrnuje i mírnější formy depresivních příznaků, které se vyskytují právě v poporodním období (Takács et al., 2015).

Průběh a projevy PPD se u jednotlivých žen mohou výrazně lišit. Zpravidla se však jedná o kombinaci emocionálních a fyzických symptomů, které negativně ovlivňují každodenní fungování matky. Mezi nejčastější příznaky patří pocity smutku, nadměrný pláč, netrpělivost, neklid, poruchy spánku, úzkost, ztráta zájmu a úbytek radosti z aktivit (Milgrom a Gemmill, 2015). Mezi závažnější projevy patří pocity beznaděje, zahlcení emocemi či sebevražedné myšlenky. Intenzita těchto symptomů se může pohybovat od mírné po závažnou a mohou se objevit kdykoli od porodu až do jednoho roku po něm (O'Hara a McCabe, 2013; Šebela et al., 2018a; Yaqoob et al., 2024).

Je důležité si uvědomit, že i ženy, které netrpí poporodní depresí, mohou po porodu pravidelně prožívat příznaky, které se běžně s depresí pojí, například vyčerpání, poruchy chuti k jídlu a spánku či plačtivost. Tato skutečnost vyvolává otázku, nakolik lze tyto fyzické projevy považovat za spolehlivé ukazatele deprese v poporodním období (Milgrom a Gemmill, 2015). Cox et al. (1987) poukazují na to, že přítomnost somatických příznaků může komplikovat diagnostiku deprese po porodu, a přesto zůstávají důležitým ukazatelem, který nelze při hodnocení psychického stavu matky přehlížet.

Rizikové faktory odrážejí ty, které se běžně vyskytují u závažných depresí, s výjimkou poporodně specifických faktorů, jako je citlivost na hormonální změny. Přestože je prevalence PPD v České republice (ČR) poměrně vysoká (17,6 %), stále se jí nevěnuje dostatečná pozornost (Horáková et al., 2022). Klíčovou rolí v prevenci hraje aktivní identifikaci žen v riziku a úzká spolupráce mezi gynekology, porodními asistentkami

a psychiatry (Šebela et al., 2018b). V neposlední řadě roste snaha o začlenění screeningu duševního zdraví (O'Hara a McCabe, 2013).

Poporodní deprese tak i nadále zůstává významným zdravotním problémem, který ovlivňuje životy tisíců žen a jejich rodin. Z tohoto důvodu je nezbytné věnovat tomuto tématu neustálou pozornost a usilovat o dostupné a systematické způsoby prevence, diagnostiky i léčby. (Wu et al., 2022)

1.1 Psychické zdraví ženy v období puerperia

V období puerperia je psychika žen vystavena velké zátěži, zejména z hlediska hormonálních a somatických změn, které po porodu nastávají (Milgrom a Gemmill, 2015). Organismus matky se pomalu vrací do téměř původního stavu jako před graviditou. Dochází ke změnám ve všech oblastech: fyzické, psychické, sociální i spirituální. Kromě fyziologických procesů hraje významnou roli i psychická stránka šestinedělí, protože přechod do mateřství je náročným obdobím, které může ovlivnit emoční prožívání ženy a vést k emočním poruchám po porodu, jako je baby blues, nebo v závažnějších případech i k poporodní depresi (O'Hara a McCabe, 2013). Proto je důležitá komplexní podpora ze strany rodiny a zdravotníků. Ze sociálního hlediska dochází k celkové adaptaci ženy na mateřství, jakožto na novou životní roli a přeměně partnerského vztahu. Během příznivého probíhajícího puerperia dochází k zotavení těla, rovnováze emocí, obnovení vitality a k prohloubení vztahu mezi matkou a dítětem (Wilhelmová et al., 2021).

V postnatálním období se mohou ženy potýkat s různými psychickými obtížemi. Ty mohou být různé intenzity, od běžných výkyvů nálad až po závažné duševní poruchy, které vyžadují odbornou terapii (Milgrom a Gemmill, 2015). Mezi nejčastější formu patří poporodní blues, který se vyskytuje zhruba u 50–70 % žen. Jedná se o přechodný stav emoční lability obvykle nastupující v průběhu prvních čtrnácti dnů po porodu. Projevuje se zvýšenou plačtivostí, podrážděností, přecitlivělostí, úzkostí, zmateností, neklidem, osamělostí a únavou (Procházka et al., 2020). Nicméně vyskytnout se mohou i fyzické potíže: bolesti hlavy, nespavost, nechutenství, bolesti zad, palpitace. Tento stav je zapříčiněn prudkými hormonálními změnami, nedostatkem spánku a stresem, který je spojen s péčí o novorozence (Ratislavová, 2008). Přestože poporodní blues spontánně odezní u většiny žen, přibližně u 25 % může stav přejít v poporodní depresi. K hodnocení přítomnosti příznaků poporodního blues lze využít dotazník Maternity Blues Questionnaire, který byl

přizpůsoben českému prostředí (Takács et al., 2016). Dostatečná psychická podpora ze strany rodiny a okolí je pro šestinedělku klíčová (Procházka et al., 2020).

1.2 Prevalence poporodní deprese

Poporodní deprese představuje jednu z nejčastějších duševních poruch v postpartálním období, která významně ovlivňuje psychické zdraví matky, kvalitu mateřské péče i celkový vývoj dítěte. Celosvětová prevalence PPD byla stanovena na 17 % na základě metaanalýzy 291 studií z 56 zemí, zahrnujících celkem 296 284 žen po porodu (Hahn-Holbrook et al., 2018). V českém kontextu Fiala et al. (2017) zjistili, že výskyt poporodní deprese je 11,8 % šest týdnů po porodu a 10 % šest měsíců po porodu ve vzorku 3 233 žen pocházejících ze Znojma a Brna. V ČR se na základě epidemiologických dat z roku 2017 odhaduje, že přibližně 19 000 žen zažilo symptomy deprese po porodu (Šebela et al., 2018a). Dědičnost PPD činí 54 %, přičemž její genetická podobnost s klasickou depresí dosahuje 33 % (Šebela et al., 2018b). Prevalence postnatální deprese se ve vyspělých zemích pohybuje na nižší úrovni, kdežto v rozvojových státech může dosahovat výrazně vyšších hodnot. Například Chile vykazuje nejvyšší míru PPD s výskytem 38 %, zatímco Nizozemsko, jakožto jedna z ekonomicky vyspělých zemí, patří k zemím s nejnižší prevalencí, která činí 8 % (Hahn-Holbrook et al., 2018). Nemocniční studie s průřezovým designem z Indie zahrnovala 426 respondentek, které absolvovaly poporodní kontrolu 6 týdnů po porodu. Ve studii byla celková prevalence PPD stanovena na 17,4 %, přičemž u 74 matek z celkového počtu účastnic byla v tomto období potvrzena pozitivita poporodní deprese (Priya et al., 2024).

1.3 Rizikové faktory vzniku poporodní deprese

Vznik PPD je ovlivněn kombinací biologických, psychologických, sociodemografických a porodnických faktorů (Yaqoob et al., 2024). Tyto faktory mohou samostatně nebo v kombinaci přispět k rozvoji depresivních příznaků u rodiček v postnatálním období či v mateřství. Porozumění rizikovým aspektům je zásadní pro prevenci, včasnou diagnostiku a efektivní léčbu poporodní deprese.

Biologické faktory hrají významnou roli ve vzniku PPD. Mezi nejvýznamnější patří hormonální změny, nerovnováha neurotransmiterů a genetická predispozice (O'Hara a McCabe, 2013). Během těhotenství dochází k výraznému zvýšení hladin reprodukčních a stresových hormonů, které po porodu prudce klesají. Tato hormonální změna může ovlivnit psychickou stabilitu ženy (Milgrom a Gemmill, 2015). Výzkumy naznačují, že jak

estrogen, tak progesteron působí obecně ochranně proti depresivním příznakům, a jejich náhlý pokles po porodu může u citlivějších žen přispět k rozvoji deprese (Šebela et al., 2018b). Například serotonin, neurotransmitter, který ovlivňuje řadu fyzických funkcí, jako je chuť k jídlu a vnímání bolesti, je spojen s vyšším výskytem PPD u žen, které zažily stresové události během gravidity (Zhang et al., 2014). Dále snížené hladiny oxytocinu během těhotenství mohou ovlivnit emoce matky a zvýšit riziko poporodní deprese (Yaqoob et al., 2024). PPD byla také častější u žen, které měly během těhotenství nedostatek vitamínu D. Existuje vztah mezi vznikem PPD a kvalitou potravin, dostatečným příjmem potravy a nutričním stavem, prospěšné pro duševní zdraví matky. Jednou z těchto živin z potravy je právě vitamín D, který by podle některých názorů mohl pomoci osobám trpícím depresí (Wang et al., 2018).

Ve vzniku a průběhu PPD hrají klíčovou roli také psychologické faktory. Její rozvoj a intenzitu často určují individuální psychologické charakteristiky, prožitky spojené s graviditou a porodem, schopnost zvládat stres a vnímaná podpora okolí (Milgrom a Gemmill, 2015). Mezi hlavní aspekty patří duševní onemocnění v anamnéze, jako je deprese nebo úzkost, které zvyšují pravděpodobnost vzniku PPD (Cankaya a Atas, 2022; Wu et al., 2022). Dalšími faktory jsou nespokojenost s tělem, problémy se spánkem a vyčerpání (Agarwala et al., 2019; Chan et al., 2020). Je dobře známo, že ke vzniku deprese mohou přispívat těžké životní události. Stresující životní situace, jako je ztráta blízké osoby, rozvod, ztráta zaměstnání, mohou vyvolat depresivní epizody u lidí, kteří nemají v anamnéze poruchy nálad (Wu et al., 2022). V několika studiích bylo prokázáno, že násilí a zneužívání významně zvyšují riziko rozvoje PPD (Nisar et al., 2020; Çankaya a Atas, 2022; Kang et al., 2022).

Sociodemografické vlivy představují širší socioekonomické a demografické podmínky ovlivňující rozvoj PPD. Ekonomické potíže mohou zvyšovat stres a přispívat k rozvoji deprese (Milgrom a Gemmill, 2015). Nedostatek sociální a manželské podpory, je dalším významným faktorem, který může vést k pocitům izolace a beznaděje (Lanjewar et al., 2021). Předpokládá se, že vzdělání partnera také hraje roli, přičemž partneři s nižším vzděláním mohou mít omezené možnosti poskytovat potřebnou podporu. Navíc ženy, které mají nezaměstnané partnery, čelí zvýšenému finančnímu tlaku, což může dále zhoršovat jejich duševní zdraví (Agarwala et al., 2019). Užívání alkoholu a kouření v průběhu gravidity je sociálním vlivem souvisejícím se zvýšeným rizikem PPD (Nisar et al., 2020).

Věk matky je důležitým determinantem, neboť jak velmi mladý, tak velmi vysoký věk má pozoruhodné výsledky, které ovlivňují duševní a fyzickou pohodu matek (Liu et al., 2017).

Okolnosti související s průběhem těhotenství, porodu a zdravotním stavem novorozence spadají mezi porodnické a pediatrické rizikové faktory. Komplikace během gravidity, neplánované těhotenství a negativní pohled na mateřské povinnosti jsou spojeny s duševním zdravím matek (Shwartz et al., 2019). Nedostatek znalostí v péči o dítě může přispět k rozvoji PPD. Studie ukazuje, že ženy, které zažily předchozí ztrátu dítěte, potrat nebo interrupci, jsou náchylnější k rozvoji této deprese (Agarwala et al., 2019). Navíc stres spojený s péčí o nemocné dítě nebo dítě se speciálními potřebami může zvýšit úroveň úzkosti a stresu matek, což následně zvyšuje riziko vzniku deprese po porodu. PPD se podle některých výzkumů častěji vyskytuje u žen, které podstoupily akutní císařský řez a indukci porodu (Nam et al., 2017; Youn et al., 2017). Rozvoj deprese je častější u žen s více dětmi, protože je matka pod větším emočním tlakem. V důsledku toho je psychické a sociální zdraví prvorodiček lepší než u vícerodiček (Priya et al., 2024). Endometrióza je dalším klíčovým rizikovým faktorem PPD. Úzkostné poruchy a deprese jsou u žen s tímto onemocněním častější, a to z důvodu zvýšených obtíží, které zažívají během těhotenství a porodu (Muchanga et al., 2017).

1.4 Diagnostika poporodní deprese

Poporodní deprese je klasifikována jako specifická forma depresivní poruchy, která se objevuje během prvního roku po porodu. Diagnostická kritéria vycházejí z Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, MKN-11) a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5). Diagnostika PPD je klíčová pro včasnou intervenci a zlepšení kvality života matky i dítěte (O'Hara a McCabe, 2013). Obvykle zahrnuje podrobný rozhovor s pacientkou, hodnocení jejího psychického stavu a použití standardizovaných dotazníků jako je EPDS (Cox et al., 1987). Škála pomáhá zdravotnickým pracovníkům hodnotit závažnost depresivních symptomů (Yaqoob et al., 2024). Vzhledem k tomu, že PPD může mít vážné důsledky pro matku i dítě, je nezbytné, aby zdravotnický personál byl dobře vyškolen v rozpoznání příznaků. Je důležité zohlednit rodinnou anamnézu a případné předchozí psychické problémy. Včasná diagnostika a intervence mohou výrazně zlepšit kvalitu života, a proto je důležité, aby se na tuto problematiku kladl důraz v rámci prenatální a postnatální péče (Milgrom a Gemmill, 2015).

Je dobře známo, že PPD bývá často nedostatečně diagnostikována a léčena. Mnoho žen se ostýchá o svých duševních obtížích hovořit, protože se obávají, že budou považovány za špatné matky, označeny za psychicky nemocné, nebo čelí strachu ze společenského odsouzení (Milgrom a Gemmill, 2015). Kromě aktivního vyhledávání charakteristických symptomů je zásadní i informování žen o projevech deprese a úzkosti, což jim pomáhá lépe porozumět vlastním obtížím a zmírňuje jejich obavy. Symptomy PPD odpovídají diagnostickým kritériím depresivní poruchy uvedeným v MKN, přičemž se obvykle objevují mezi 4. týdnem a 6. měsícem po porodu. Samostatný pojem poporodní deprese nepředstavuje samostatnou nemoc ani specifický podtyp depresivní poruchy, ale pouze označuje časový kontext jejího vzniku (Takács et al., 2015). Americká klasifikace duševních poruch DSM používá specifikátor „*with peripartum onset*“, pokud se příznaky projeví během těhotenství nebo do čtyř týdnů po porodu (American Psychiatric Association, 2022).

Při diferenciální diagnostice PPD je důležité zohlednit další duševní poruchy, které se mohou v postpartálním období objevit. Patří mezi ně zejména poporodní blues, který se od deprese odlišuje rychlým nástupem, kolísáním emočního stavu a krátkou dobou trvání. Dalším závažným stavem je poporodní psychóza, pro kterou jsou typické dezorganizované myšlení, změny chování, absence náhledu na onemocnění a přítomnost bludů (např. vztahovačných a paranoidních). Může se rovněž vyskytovat porucha vnímání a dezorientace. Správné odlišení PPD od poporodní psychózy je zásadní, protože vyžadují odlišný terapeutický přístup. (Šebela et al., 2018a)

1.5 Screeningové nástroje

Pro identifikaci postnatální deprese existuje široká škála účinných a snadno použitelných screeningových nástrojů, včetně EPDS, která poskytuje rychlou a efektivní identifikaci žen s rizikem PPD (Norhayati et al., 2015). Přestože existují důkazy o tom, že rutinní screening PPD zlepšuje míru její diagnostiky a že následná léčba může významně zlepšit zdravotní stav rodiček, samotný screening nezaručuje pozitivní klinické výsledky. K dosažení efektivní péče je nezbytné, aby screening byl součástí širšího systému péče zahrnujícího vyhodnocení výsledků, stanovení diagnózy, zahájení terapie a dlouhodobé sledování žen (Milgrom a Gemmill, 2015).

Výzkumy ukazují, že cílený screening, zaměřený pouze na ženy s rizikovými faktory, není vždy dostačující, protože mnoho případů deprese může zůstat nerozpoznaných. Je vhodné tedy zavést univerzální screening, který by měl být prováděn rutinně u všech žen

v perinatálním období (World Health Organization, 2025). Kromě zdravotníků specializovaných na duševní zdraví mohou screening iniciovat i různí poskytovatelé péče, včetně porodních asistentek a gynekologů (Davis et al., 2013).

Mezi dostupnými screeningovými nástroji hraje důležitou roli také časová náročnost jejich vyplnění, která se pohybuje v rozmezí od jedné minuty až po přibližně dvacet minut v závislosti na použité metodě (Milgrom a Gemmill, 2015). Dalším zásadním faktorem je senzitivita screeningových nástrojů, který by měla být co nejvyšší, aby bylo možné maximálně identifikovat potencionální případy deprese. Je však důležité poznamenat, že senzitivita jednotlivých screeningových nástrojů se může výrazně lišit v závislosti na hranici skóre, která je použita k definici „zvýšeného rizika“ nebo „pozitivního výsledku“ (Davis et al., 2013).

1.5.1 Edinburgh Postnatal Depression Scale

Edinburská škála poporodní deprese slouží k včasné identifikaci matek ohrožených rozvojem PPD, která byla validována i pro českou populaci (Břicháček et al., 2000). Podrobnosti o dotazníku EPDS jsou více rozpracovány v kapitole 2.

1.5.2 Postpartum Depression Screening Scale

Specifický nástroj Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) vytvořili Beck a Gable (2000) jako sebeposuzovací škálu k identifikaci příznaků PPD u žen v období po porodu. Dotazník byl vyvinut jako reakce na potřebu přesnějšího měření symptomatiky, která je charakteristická právě pro mateřské období, a která není vždy zcela zachycena obecnými nástroji pro detekci PPD (Hanusa et al., 2008). PDSS obsahuje 35 položek zaměřených na sedm klíčových oblastí, které odrážejí různé dimenze poporodní deprese. Patří sem myšlenky na sebepoškození, ztráta identity, emoční labilita, kognitivní nedostatečnost, narušení spánku a stravování, úzkost a obavy (Beck a Gable, 2000). Respondentky hodnotí, do jaké míry souhlasí s jednotlivými příznaky na pětibodové Likertově škále, přičemž vyšší bodové skóre naznačuje zvýšené riziko rozvoje PPD. Hodnocení se vztahuje na období posledních dvou týdnů. Na základě celkového skóre lze chápat výsledek ve třech klasifikacích: normální přizpůsobení, přítomnost významných symptomů PPD a pozitivní výsledek pro závažnou depresi (Milgrom a Gemmill, 2015).

Screeningový nástroj PDSS byl validován v různých studiích a zároveň prokázaly vysokou senzitivitu a specifitu při použití doporučeného cut-off skóre. Ve srovnání

s jinými dotazníky vykazuje PDSS vyšší schopnost zachytit specifické aspekty deprese v poporodním období. Pro detekci závažné formy poporodní deprese bylo doporučeno stanovit hraniční skóre 80 bodů, které vykazuje senzitivitu 91 % a specifitu 72 % (Beck a Gable, 2000). Autoři dále představili zkrácenou verzi nástroje PDSS, označenou jako PDSS-7 obsahující prvních sedm aspektů z původního dotazníku. Validace obou verzí byla provedena na základě diagnostických kritérií DSM (Beck a Gable, 2001).

1.5.3 Beck Depression Inventory-II

Beckova škála deprese (BDI-II) je standardizovaný nástroj pro hodnocení míry deprese, který se skládá z 21 položek a je široce používán v klinické praxi. Každá položka se zaměřuje na aspekty depresivních symptomů spojených s obtížemi se soustředěním, ztrátou energie, pocity bezcennosti a neklidem, přičemž časový rámec hodnocení se vztahuje na poslední dva týdny (Davis et al., 2013). Beckova škála byla aplikována v českém jazyce a jeho česká verze byla publikována v roce 1999 (Ciharova et al., 2020). BDI-II se ukázal jako účinný při detekci PPD a vykazuje přesnost v různých časových úsecích během perinatálního období. Beckova škála je srovnatelná s diagnostickými rozhovory pro detekci PPD a má ROC hodnoty v rozmezí 0,8–0,9, což naznačuje vysokou úroveň přesnosti (Davis et al., 2013).

1.5.4 General Health Questionnaire-28

Dalším nástrojem, který lze použít k detekci rizika PPD v perinatálním období je dotazník General Health Questionnaire (GHQ). Jeho 28položková verze byla vyvinuta v 70. letech 20. století. Dotazník GHQ byl validován v perinatální populaci napříč různými zeměmi na základě diagnostických kritérií (Prady et al., 2013). Například GHQ-12 byl ověřen s využitím standardizovaných diagnostických kritérií uvedených v DSM-IV. Při zjištění PPD vykazoval senzitivitu 89 % a specifitu 80,4 % (Milgrom a Gemmill, 2015).

Rozbor jednotlivých položek dotazníku GHQ-28, zaměřený na zkoumání duševní pohody u četného etnicky různorodého vzorku matek, ukázal, že význam některých otázek se může lišit v závislosti na jazyce administrace a může mít určitá omezení při aplikaci screeningu u etnicky rozmanitých populací (Milgrom a Gemmill, 2015). Z tohoto důvodu byl nástroj GHQ-28 přizpůsoben různým jazykům a kulturám, což zahrnuje i verbální administraci pro ženy, které neovládají psanou formu jazyka (Prady et al., 2013).

1.5.5 Patient Health Questionnaire-9

Jedná se o běžně využívanou sebesposuzovací metodu, která se široce uplatňuje v primární péči, avšak její využití v perinatálním období bylo dosud zkoumáno pouze v omezeném počtu studií (Milgrom a Gemmill, 2015). Dotazník Patient Health Questionnaire-9 (PHQ- 9) obsahuje devět položek hodnotících symptomy podle diagnostických kritérií depresivní poruchy dle DSM-IV. Respondenti hodnotí příznaky zaměřené na spánek, úroveň energie, chuť k jídlu, ztrátu zájmu a rovněž zahrnuje otázku týkající se myšlenek na sebepoškození. Ženy mají hodnotit každou položku na základě výskytu příznaku v posledních dvou týdnech. Skóre 10 a více naznačuje podezření na PPD (Davis et al., 2013). Metoda PHQ-9 vykazuje dle studií senzitivitu 77–88 % a specifitu v rozmezí 88–94 %. Dotazník PHQ-9 byl přeložen do českého jazyka a validován pro použití v klinické i výzkumné praxi (Daňsová et al., 2016).

1.6 Léčba poporodní deprese

Péče o duševní zdraví představuje oblast, která vyžaduje spolupráci mezi odborníky a aktivní naslouchání. Kvalitní péče může být zajišťována psychiatry, psychology, porodními asistentkami a gynekology (Milgrom a Gemmill, 2015). V řadě zemí rovněž působí svépomocné organizace, které nabízejí podporu těhotným a matkám po porodu čelícím mentálním potížím. Někdy jako doplněk odborné péče, jindy jako jediný dostupný zdroj (Austin et al., 2011). Léčba PPD tvoří souhrnný proces, který by měl být vždy individuální dle potřeb ženy s ohledem na závažnost příznaků, preferenci klientky, na její celkový fyzický a duševní stav a případnou přítomnost jiných onemocnění (Milgrom a Gemmill, 2015). Při rozhodování by měla žena obdržet relevantní a kulturně vhodné informace o dostupných terapeutických přístupech (Austin et al., 2011). Podstatnými pilíři je farmakoterapie, psychoterapie a v některých případech i biologická léčba, zejména u těžkých forem deprese (Takács et al., 2015).

V rámci komplexní péče o celou rodinu je důležitá intervence zaměřená jak na ženu léčenou s PPD, tak i na jejího partnera. Cílem této intervence je podpora a rozvoj zdravých rodičovských návyků. V zahraničí se v této oblasti uplatňují především dvě strategie: 1. programy založené na opakovaných návštěvách v domácnostech, 2. systematické, standardizované programy pozitivního rodičovství. Domácí návštěvy odborného týmu u matek s depresí, které obsahují kognitivně behaviorální terapie a základy rodičovského tréninku, přinášejí zlepšení jak v projevech deprese, tak i v rodičovských kompetencích

(Ammerman et al., 2015). Program se opírá o principy veřejného zdraví a zahrnuje jak univerzální, tak cílené intervence, což umožňuje přizpůsobení potřebám rodičů. Metaanalýza 12 kontrolovaných studií hodnotících účinek Programu pozitivního rodičovství, realizovaných v různých zemích, ukazuje, že tento program má jak v krátkodobém, tak i dlouhodobém horizontu pozitivní vliv na rodičovské schopnosti a na emočně-behaviorální projevy dítěte (Sanders et al., 2014). Program pozitivního rodičovství se v posledních letech začal prosazovat i v ČR, zatím ale není systematicky a rovnoměrně přístupný ve všech regionech.

Mezi nefarmakologické přístupy používané při léčbě mírnějších forem PPD patří především kognitivně behaviorální terapie (KBT), která je považována za preferovanou metodu (Austin et al., 2011). KBT využívá individuální či skupinové intervence, jejichž cílem je osvojování alternativních způsobů myšlení a jednání. Snaží se rozpoznat a zmírnit depresivní symptomy a posílit pocit kontroly nad životem. Mezi dovednosti, které jsou v rámci KBT rozvíjeny či posilovány, patří např. schopnost sebereflexe, tělesné cvičení, relaxace, konstruktivní způsob myšlení, vyjednávání a schopnost řešit problémy (Austin et al., 2011). Jedním z možných řešení pro širší využití této účinné metody je zavedení internetových terapeutických modulů vycházejících z principů KBT. První studie naznačují dobrou spolupráci žen po porodu s těmito online programy a rovněž potvrzují jejich efektivitu při léčbě lehké až středně těžké PPD (Milgrom et al., 2016). Další psychoterapeutický směr s prokázaným přínosem v léčbě PPD představuje interpersonální terapie (IPT) (O'Hara et al., 2019). IPT vychází z konceptu, že se deprese rozvíjí v rámci mezilidských vztahů a souvisí s jednou ze čtyř hlavních oblastí problémů: smutek, konflikty v rolích, změny v rolích nebo nedostatky v interpersonálním fungování. IPT předpokládá, že zlepšení těchto vztahových aspektů může vést ke zmírnění obtíží (Austin et al., 2011). Pro závažnější formy PPD je jednoznačnou volbou elektrokonvulzivní terapie (ECT) (Gressier et al., 2015). ECT představuje preferovanou metodu léčby v případech závažných epizod s psychotickými symptomy nebo u pacientek, které nereagují na běžnou farmakoterapii (Takács et al., 2015). Ve srovnání s léky se ECT vyznačuje vysokou bezpečností, minimem nežádoucích účinků a rychlým nástupem léčebného efektu (Gressier et al., 2015).

Hlavní skupinou léčiv užívaných při terapii PPD jsou antidepresiva, přičemž za léčiva primární volby jsou považovány SSRI (Takács et al., 2015). Nejčastěji doporučovaným přípravkem v období po porodu je sertralin, jehož bezpečnostní profil je podpořen nejvyšším

počtem kontrolovaných randomizovaných studií provedených v postpartálním období (Molenaar et al., 2018). Při jejich předepisování je nutné zohlednit skutečnost, že účinné látky přecházejí do mateřského mléka, což může mít vliv na kojené dítě. Neplatí však, že užívání antidepresiv automaticky znamená nutnost ukončení kojení. Přerušování laktace se doporučuje pouze v případech, kdy dávka léčiva, jež se dostává do krevního oběhu kojence, přesahuje 10 % dávky matky (Kronenfeld et al., 2017). Při výběru vhodného přípravku je proto preferována taková volba, která umožní ženě pokračovat v kojení (Molenaar et al., 2018).

Další farmakologicky zkoumanou možností léčby je hormonální substituční terapie a aplikace oxytocinu. Účinnost intranazálního podání oxytocinu v terapii PPD je zatím pouze předpokládána. Ve studii zahrnující 25 žen s PPD se neprokázalo, že by byl účinnější než placebo (Mah et al., 2013). Některé ženy po aplikaci oxytocinu uváděly zesílení negativních emocí ve vztahu ke svému dítěti. Tento důvod uvedlo v nedávné americké studii 4 331 z celkového počtu 7 159 žen, které po porodu zkonzumovaly svoji placentu (Benyshek et al., 2018). Tento poznatek může sloužit jako jeden z protiargumentů vůči placentofagii, kteří tvrdí, že značný obsah oxytocinu v konzumované placentě má ochranný účinek proti rozvoji PPD. Transdermální podávání estradiolu bylo považováno za slibnou alternativu k antidepresivům, a to vzhledem k významné roli pohlavních hormonů v etiologii PPD. Přesto však data z randomizovaných studií neposkytují jednoznačnou podporu pro účinnost samotné estradiolové monoterapie (Li et al., 2020).

Pokud u ženy dojde k rozvoji závažné PPD je nezbytná hospitalizační péče. V běžném provozu lůžkových psychiatrických zařízení však není zpravidla možné zajistit nepřetržitý kontakt matky s jejím dítětem, což bývá jedním z hlavních důvodů, proč ženy hospitalizace odmítají. Tato separace přitom může dále prohlubovat negativní dopady duševního onemocnění nejen na matku, ale i na vývoj dítěte (Šebela et al., 2019). Pro odstranění této bariéry vznikají specializovaná lůžková zařízení zvaná *Psychiatric Mother Baby Units*, která umožňují hospitalizaci matky společně s dítětem a poskytují komplexní, multidisciplinární a psychoterapeuticky orientovanou péči. Ve Velké Británii v současnosti funguje 17 těchto center, v Austrálii pak 18 zařízení podobného typu (Stephenson et al., 2018; Galbally et al., 2019). Ekonomické a klinické analýzy potvrzují jejich vysokou efektivitu, přínosy této péče jsou významné jak pro ženy, tak pro jejich děti, a současně se ukazují jako finančně výhodné pro zdravotnický systém. Podobné modely péče již byly zavedeny také v Německu a Rakousku (Šebela et al., 2019).

1.7 Dopad poporodní deprese na matku a dítě

Je známo, že poruchy duševního zdraví, ať už jsou mírné, středně těžké nebo závažné, mají významný dopad na kvalitu všech aspektů života matek v poporodním období a mají závažné důsledky i pro její dítě. Výskyt PPD ve spojení s výraznou tělesnou únavou a nároky souvisejícími s péčí o novorozence může významně narušit schopnost matky udržovat harmonické mezilidské vztahy i její kapacitu poskytovat adekvátní péči o dítě (Austin et al., 2011). Také může vést k výraznému omezení schopnosti matky dostatečně reagovat na potřeby dítěte, snížené schopnosti vnímat vlastní kompetenci v rodičovské roli a pocitům viny či selhání, které mohou dále prohlubovat příznaky PPD (Milgrom a Gemmill, 2015). Pokud nedojde k včasné intervenci může vést k oslabení nebo rozpadu sociálních vazeb a následné sociální izolaci (Austin et al., 2011).

Ačkoli závažné formy deprese mohou být spojeny se sebevražednými myšlenkami, které se v postpartálním období stávají jednou z příčin mateřské mortality, míra sebevražednosti v prvním roce po porodu bývá nižší než v jiných obdobích života ženy. Nicméně u žen trpících závažnými formami psychických poruch dochází během tohoto období k výraznému zvýšení rizika suicidálního chování (Boyce a Barton, 2007). Podle britské longitudinální studie mapující období 15 let, ukončí život sebevraždou 2 % žen v perinatálním období, přičemž ve věkové skupině 20–35 let tento podíl stoupá až na 4 % (Khalifeh et al., 2016). PPD se také často vyskytuje společně s dalšími duševními poruchami, jako je úzkost, obsedantně kompulzivní porucha (OCD) či posttraumatická stresová porucha (PTSD), zejména v případě traumatizujícího nebo komplikovaného porodu (Milgrom a Gemmill, 2015).

Z dlouhodobého hlediska může PPD negativně ovlivnit pracovní zapojení ženy, což má nejen ekonomické, ale i psychosociální důsledky. Duševní zdraví matek je považováno za jeden z klíčových determinantů zdravého vývoje dítěte (Milgrom a Gemmill, 2015). Vývoj sociálních, behaviorálních, emocionálních i kognitivních schopností kojence se odehrává v kontextu pečovatelského vztahu, přičemž dyáda matka–dítě představuje základní vývojovou jednotku (Austin et al., 2011). Za optimálních okolností je tento vztah charakterizován citlivostí a schopností rodiče vnímat a adekvátně reagovat na potřeby dítěte (O'Hara a McCabe, 2013). Teorie attachmentu významně zvýšila porozumění vlivu kvality rané pečovatelské vazby na vývoj mozku a formování psychického fungování dítěte v pozdějších fázích života (Austin et al., 2011).

Fakt, že primární prostředí novorozence a kojence je v prvních týdnech a měsících života do značné míry formováno přítomností a péčí matky, vyvolává oprávněné obavy ohledně dopadu PPD na dítě (Milgrom a Gemmill, 2015). Na fyzické úrovni mohou mít poruchy duševního zdraví matky po porodu nepříznivý dopad na kojení, stav výživy, celkové zdraví a rychlost růstu dítěte. V oblasti psychického vývoje hraje stabilní a citlivá péče klíčovou roli při formování schopnosti dítěte rozpoznávat a ovládat vlastní emoce a chování. Pokud však matka prožívá PPD, vazba s dítětem bývá často narušena, což zvyšuje riziko nejistého vztahu a v dlouhodobém horizontu i psychopatologického vývoje u dítěte (Austin et al., 2011). Tento poznatek zároveň podtrhuje význam včasné psychologické a psychosociální intervence, která může napomoci zmírnit dlouhodobé následky a podpořit vznik bezpečné vazby mezi matkou a dítětem (Milgrom a Gemmill, 2015).

1.8 Prevence poporodní deprese

Přestože je léčba PPD účinná, včasná prevence psychických potíží je zásadním prvkem veřejného zdraví a představuje efektivnější strategii s dlouhodobými přínosy jak na individuální, tak společenské úrovni (Milgrom a Gemmill, 2015). Vzhledem k vysoké prevalenci PPD je včasná identifikace rizik a implementace preventivních strategií zcela klíčová (Austin et al., 2011).

Primární prevence cílí na předcházení vzniku onemocnění u žen bez přítomných symptomů. Jedním z hlavních pilířů prevence je prenatální screening zaměřený na identifikaci rizikových faktorů, jako jsou anamnéza duševního zdraví, komplikovaný porod, nedostatečná sociální podpora či nízký socioekonomický status (Austin et al., 2011). Osvědčenou základní preventivní strategií zůstává aktivní vyhledávání žen se zvýšeným rizikem rozvoje PPD a zapojení porodních asistentek a gynekologů (World Health Organization, 2025). Tento přístup je součástí doporučených klinických postupů britského Národního institutu pro zdravotnickou excelenci (NICE), Americké gynekologicko-porodnické společnosti (ACOG) i australského Centra perinatální excelence (COPE). (Howard et al., 2014; Austin et al., 2017; ACOG 2018). Preventivní intervence by měly být dostupné již v těhotenství a pokračovat do období raného mateřství (O'Hara a McCabe, 2013). Zásadní je edukace o mentálním zdraví již před graviditou, pokračující v těhotenství a po porodu. Edukace budoucích matek o změnách v psychickém zdraví, zvládání stresu a možnostech odborné pomoci zvyšuje povědomí a snižuje strach spojený s vyhledáváním pomoci (World Health Organization, 2025).

Sekundární prevence je zaměřena na včasné odhalení prvních příznaků deprese a jejich řešení. Jejím podstatou je rutinní screening ve zdravotnické praxi s využitím ověřených nástrojů, které umožňují identifikovat ženy ohrožené rozvojem PPD (Austin et al., 2011). Zásadní je také schopnost porodních asistentek a gynekologů včas rozpoznat varovné signály a zajistit odpovídající podporu (World Health Organization, 2025).

Terciální prevence se zaměřuje na minimalizaci dopadů již vzniklé deprese a podporu plného zotavení. Klíčovým aspektem efektivní prevence je možnost včasné intervence u symptomatických žen s cílem zabránit progresi příznaků do plně rozvinuté depresivní epizody (Austin et al., 2011). Vzhledem k pravidelnému kontaktu žen s porodními asistentkami během gravidity představuje toto období ideální příležitost ke zjištění psychických obtíží, jejich řešení ještě před porodem a k pokračování intervenčních strategií i po narození dítěte (O'Hara a McCabe, 2013). Zahrnuje jak psychoterapeutické intervence, tak i sledování dlouhodobého psychického stavu matky, zejména u žen s předchozí psychiatrickou anamnézou (Milgrom a Gemmill, 2015). Mezi osvědčené přístupy patří zejména vzájemná podpora, linky pomoci či neziskové organizace a komunitní centra, která poskytují podpůrné skupiny, krizovou pomoc a poradenství (World Health Organization, 2025). Výzkumy opakovaně potvrzují, že kvalita sociální opory, ať už ze strany partnera, rodiny nebo přátel, hraje zásadní roli v ochranně před rozvojem PPD. Rovněž duševní hygiena, tedy schopnost regulace stresu, dostatečný spánek, zdravé stravovací návyky, fyzická aktivita a čas na regeneraci, přispívají k prevenci psychických obtíží (Austin et al., 2011). Existují důkazy, že úspěšné kojení může být protektivním faktorem proti PPD (Borra et al., 2015). Podpora duševního zdraví žen by měla být běžnou součástí standardní porodnické a gynekologické péče již během těhotenství a následně po porodu (World Health Organization, 2025).

1.8.1 Současná situace v České republice

V ČR představuje prevence PPD oblast, která se postupně dostává do širšího povědomí odborné veřejnosti, avšak dosud není systematicky zakotvena v běžné klinické praxi. Navzdory rostoucímu důkazu o významném dopadu duševních poruch na zdraví matky i dítěte, chybí jednotná strategie včasného screeningu a následné péče (Národní ústav duševního zdraví, 2025). Ačkoli některá zdravotnická zařízení využívají ověřené nástroje, jejich použití závisí spíše na individuální iniciativě konkrétních odborníků než na systémovém doporučení. V současnosti v ČR existují určité překážky bránící systematickému zavedení aktivního screeningu psychického stavu žen během těhotenství

a po porodu. Na straně poskytovatelů zdravotní péče jde především o časovou zátěž v rámci běžné gynekologicko-porodnické praxe, omezenou dostupnost nástrojů a absenci spolupráce mezi psychiatry a gynekology, což následně omezuje možnosti zajištění návazné péče. U samotných žen v poporodním období pak hraje roli zejména nedostatečná informovanost o problematice duševního zdraví v šestinedělí a o možnostech včasné intervence (Šebela et al., 2018b). Tuto mezeru se snaží již několik let vyplnit tým odborníků z Centra perinatálního duševního zdraví z Národního ústavu duševního zdraví (NUDZ), který vytvořil program Perinatal. Ten mapuje psychické zdraví žen v těhotenství a po porodu a nabízí možnosti další odborné podpory. Screening je dostupný ve 37 porodnických zařízeních po celé republice, přičemž rozsah dostupné péče se dále rozšiřuje (Perinatal, 2021; Národní ústav duševního zdraví, 2025).

Pozitivní vývoj v oblasti prevence reprezentují aktivity neziskových organizací, jako je např. Úsměv mámy, která se zaměřuje na redukci duševních onemocnění v perinatálním období, zvyšování povědomí laické veřejnosti i odborné komunity a poskytování krizové intervence. V rámci činnosti pravidelně organizuje terénní osvětové akce a každoročně pořádá konferenci Duše mámy, která je určena široké veřejnosti, včetně zdravotníků a odborníků na duševní zdraví. V roce 2024 se konference uskutečnila s podtitulem „Proč je tak křehká?“. Organizace dále provozuje síť podpůrných skupin např. Zkrocená poporodní deprese a Mateřské těžkosti, které jsou rozprostřeny napříč celou republikou. (Úsměv mámy, 2020)

V průběhu března a dubna letošního roku absolvovaly porodní asistentky v ČR nový specializační kurz zaměřený na péči o duševní zdraví žen. Tento vzdělávací program jim umožnil získat odbornou způsobilost v této oblasti, čímž se může významně zlepšit kvalita péče poskytované v českých porodnicích. Absolventky kurzu získaly dovednosti od screeningu psychosociálních rizik až po sestavení podpůrného plánu péče u žen s duševním onemocněním. Podle vedoucího Centra perinatálního duševního zdraví MUDr. Antonína Šebely, Ph.D., se tak porodní asistentky stávají součástí multidisciplinárního týmu, který pečuje o psychickou pohodu žen. Jejich role může být klíčová v prvním kontaktu se ženami v krizové situaci, ať už pracují v porodnici, ambulantní praxi nebo komunitním prostředí. V následujících třech letech plánuje Centrum perinatálního duševního zdraví ve spolupráci s Operačním programem Zaměstnanost+ a Evropskou unií proškolit každoročně přibližně 40 porodních asistentek. Cílem je systematicky zakotvit tuto odbornost v rámci zdravotnického systému, ideálně formou nově

definovaných výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Porodní asistentka s touto kvalifikací by tak mohla kontinuálně pracovat se ženou v průběhu gravidity i po porodu a poskytovat primární psychosociální podporu. V případě potřeby by zároveň mohla ženu včas odkázat na adekvátní odbornou péči. Jak však MUDr. Šebela upozorňuje, oproti některým zahraničním modelům péče je v tomto ohledu ČR stále na začátku cesty. (Národní ústav duševního zdraví, 2025)

Z hlediska moderních přístupů se využívají digitální technologie, např. online screeningové nástroje, mobilní aplikace pro sebehodnocení psychického stavu nebo online poradenské platformy (Šebela et al., 2018b). Studie Kingstonové et al. (2017) zkoumala postoje žen k digitálním formám screeningu duševního zdraví během těhotenství a po porodu. Výsledky ukázaly, že ženy tento přístup hodnotí jako přijatelný než při tradiční formě papír-tužka nebo při individuálním rozhovoru s porodní asistentkou (Kingstonová et al., 2017). Mobilní aplikace Kogito představuje digitální nástroj určený pro podporu duševního zdraví. Aplikace byla vyvinuta v rámci odborné činnosti NUDZ a zaměřuje se na posilování psychické odolnosti prostřednictvím technik KBT. Hlavním cílem je pomoci uživatelkám rozpoznat a pracovat s negativními myšlenkami, které často vedou ke zhoršení emočního stavu, úzkosti nebo depresivním příznakům. Kogito je určeno především matkám, které se v období těhotenství nebo po porodu ocitnou v psychicky náročné situaci. Obsahuje praktická cvičení a postupy na zvládání stresu a podporu psychické rovnováhy. Odborným garantem aplikace je MUDr. Antonín Šebela, Ph.D., přední český psychiatr specializující se na perinatální duševní zdraví. Na vývoji obsahu se podílely také odbornice Mgr. Jiřina Kosová a Mgr. Eliška Nosková z NUDZ, které zpracovaly jádro terapeutických intervencí. Jejím prostřednictvím se zvyšuje dostupnost péče o duševní zdraví a posiluje prevence psychických obtíží u žen v perinatálním období (Kogito, 2021; Úsměv mámy 2021). V současné době vzniká nová verze Kogito 2.0, která bude lépe reagovat na specifické potřeby žen v těhotenství a po porodu. Na jejím vývoji se podílejí odborníci z NUDZ ve spolupráci s organizací Česko.Digital. Cílem aktualizované verze je nabídnout ženám jednodušší a modernější prostředí, které propojí ověřené odborné informace s pohodlným a srozumitelným používáním aplikace (Národní ústav duševního zdraví, 2024).

2 EDINBURSKÁ ŠKÁLA POSTNATÁLNÍ DEPRESE

Edinburská škála poporodní deprese představuje nejčastěji používaný nástroj pro screening PPD na celosvětové úrovni (Cox et al., 2014). EPDS se stala klíčovým nástrojem v oblasti časné identifikace psychických obtíží v perinatálním období a její zavedení představuje důležitý krok k prevenci závažnějších forem duševních onemocnění. Edinburská škála je sebeposuzovací dotazník, který obsahuje deset položek zaměřených na hodnocení aktuálního psychického stavu ženy v průběhu posledního týdne (Cox et al., 1987). Dotazník se zaměřuje na symptomy, jako jsou pocity smutku, ztráta zájmu, úzkost, sebeobviňování či poruchy spánku. Specificky se však vyhýbá somatickým projevům, jako je např. únava nebo poruchy chuti k jídlu, které jsou běžné i u žen bez příznaků deprese po porodu, a jejichž zahrnutí by mohlo vést k falešně pozitivním výsledkům (Cox et al., 2014).

Jedním z praktických aspektů, které ovlivňují implementaci screeningových nástrojů v perinatální péči, je časová nenáročnost jejich vyplnění. EPDS je krátký nástroj, jehož vyplnění obvykle nezabere více než pět minut. Přestože se jedná o jednoduchý nástroj, klíčovým ukazatelem jeho spolehlivosti je senzitivita a specifita, tedy schopnost detekovat skutečné ohrožené ženy a zároveň minimalizovat falešně pozitivní výsledky. U EPDS se senzitivita pohybuje v širokém rozmezí 59–100 % a specifita mezi 49–100 %, což ukazuje nutnost pečlivé interpretace výsledků v klinickém kontextu. (Milgrom a Gemmill, 2015)

2.1 Vznik a vývoj EPDS

EPDS byla vytvořena ve Skotsku v roce 1987 autory Cox et al., a to na základě potřeby rychle a spolehlivě identifikovat ženy s rizikem rozvoje deprese po porodu. Dotazník byl ověřen v řadě zemí, včetně České republiky, a jeho využití je doporučováno mezinárodními odbornými organizacemi, včetně Světové zdravotnické organizace (WHO) nebo NICE (Milgrom a Gemmill, 2015). V českém kontextu se osvědčil jako vhodný nástroj pro použití v porodnicích, ambulancích gynekologů, praktických lékařů i komunitní péči (Šebela et al., 2019). EPDS je v současnosti dostupný ve více než 60 jazykových verzích (Cox et al., 2014). Dotazník byl validován a adaptován do českého prostředí díky Břicháček et al. (2000).

Po rozsáhlých pilotních rozhovorech s matkami byla vybrána sada 21 položek, včetně originálních i upravených položek z existujících dotazníků, např. *Irritability, Depression and Anxiety Scale* (IDA) nebo *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Cox et al., 1987). Po pečlivém posouzení jejich srozumitelnosti, akceptovatelnosti a predikční

schopnosti pro PPD byla výsledná škála zredukováána na 13 položek, z nichž 10 bylo dále vybráno pro finální verzi EPDS (Cox et al., 2014). Validace 10položkové verze byla provedena u 84 matek žijících v Edinburghu nebo ve městě Livingston, které byly 6 týdnů po porodu identifikovány jako potencionálně depresivní na základě hodnocení porodních asistentek. Matky byly dotazovány pomocí Goldbergova standardizovaného psychiatrického rozhovoru a většina těchto rozhovorů proběhla v domácnosti matky. Výsledky validace prokázaly vysokou diagnostickou přesnost EPDS. Data naznačovaly, že ženy, které měly skóre nad prahovou hodnotu 12/13, nejpravděpodobněji trpěly depresivním onemocněním a měly být dále klinicky hodnoceny odborníkem. Škála není náhradou za klinické hodnocení a skóre těsně pod cut-off hodnotu by nemělo být považováno za důkaz nepřítomnosti PPD. Citlivost nástroje dosáhla 86 % a specifická 78 %, přičemž pozitivní prediktivní hodnota byla 73 % (Cox et al., 1987).

V některých zdravotnických zařízeních v Norsku byl screening PPD pomocí EPDS zaveden již před více než deseti lety. Studie hodnotící tento proces ukázaly, že zdravotníci pracovníci vnímali dotazník jako přínosný a praktický nástroj při řešení problematiky duševního zdraví u žen v perinatálním období. Efektivita a přijatelnost tohoto nástroje tak podpořila jeho širší využívání v každodenní klinické praxi. (Vik et al., 2021)

Počítačová forma EPDS se ukázala jako efektivní nástroj screeningu zejména v komunitních podmínkách a poporodních poradnách. Výzkumy naznačují, že elektronická podoba screeningu může být v některých případech úspěšnější než tradiční klinický rozhovor, zejména při odhalování citlivých témat, jako jsou sebevražedné myšlenky. Respondentky často vykazují větší otevřenost v anonymním prostředí bez přítomnosti hodnotící osoby. (Glaze a Cox, 1991)

2.2 Správné využití EPDS v praxi

Důležitým aspektem při použití EPDS je správná administrace, interpretace a následné zajištění péče, pokud je skóre vysoké. Pro optimální efektivitu je však nezbytné zajistit, aby byl screening doplněn odborným rozhovorem a možností včasného odeslání k odborné péči, např. klinickému psychologovi či psychiatrovi.

Bylo zjištěno, že klinické posouzení bez využití standardizovaného nástroje často selhává v odhalení celé škály případů PPD. Naproti tomu rutinní screening může tyto nedostatky překlenout, a výzkumy ukazují, že vede ke zvýšení počtu diagnostikovaných případů i včasnému zahájení léčby. Ženy navíc hodnotí pozitivně, když se jich poskytovatelé

zdravotní péče aktivně ptají na jejich psychický stav po porodu, a většina z nich screeningové šetření neodmítá (Milgrom a Gemmill, 2015). Cílený screening zaměřený pouze na ženy se známými rizikovými faktory, přehlíží značnou část případů deprese. Z toho důvodu by screeningové programy měly být nastaveny jako univerzální, tedy nabízené všem ženám bez rozdílu (Cox et al., 2014). Vzhledem k tomu, že v perinatálním období přichází žena do kontaktu s řadou odborníků, jako jsou porodní asistentky nebo gynekologové, každý z nich může představovat vhodný kontakt pro zahájení screeningu (Šebela et al., 2019). Screening PPD by měli provádět zdravotníci, kteří jsou k tomu kvalifikovaní a kteří působí na místech, jež ženy běžně navštěvují, zejména v rámci prenatální, postnatální nebo komunitní péče (Cox et al., 2014). Přestože je v Austrálii univerzální screening doporučován již více než třináct let, pouze 68 % porodních asistentek uvádí, že screening PPD prováděly jen někdy. Z toho vyplývá, že při rozhodování o tom, kdo má být primárním nositelem screeningu, je nutné zohlednit jak připravenost a kompetence konkrétních zdravotníků, tak i prostředí, ve kterém dochází k vyhodnocení (Jones et al., 2013).

Vyplnění EPDS by mělo být prováděno samostatně ženou, bez vnějších vlivů, pokud není limitována např. nízkou gramotností nebo mentálním postižením. V těchto případech je možné screening provést formou asistovaného vyplňování, tedy ústně za přítomnosti zdravotnického pracovníka, který zajistí vhodné podmínky a případně poskytne související informace (Cox et al., 2014). Dotazník je dostupný také v digitální formě, který umožňuje ženám jej vyplnit v soukromí a vlastním tempem, např. během pobytu v porodnici nebo po návratu domů. Pro efektivní využití online verze je však zásadní zajistit jasná doporučení pro následné zhodnocení skóre a předání výsledků (Glaze a Cox, 1991). V jedné americké studii ženy po online screeningu obdržely personalizované výsledky spolu s doporučeními a odkazy na odborné zdroje, nicméně většina z nich následné služby nevyužila, což zdůrazňuje nutnost osobního kontaktu a dostupnosti péče (Drake et al., 2014).

V rámci modelu perinatální péče orientované na ženu je důraz kladen na individuální přístup, respektování kontextu, potřeb a preferencí každé ženy. To zahrnuje: předchozí vysvětlení účelu screeningu, získání informovaného souhlasu, využití empatické komunikace a nabídnutí podpory při případném dalším vyšetření (Milgrom a Gemmill, 2015). Ženám je třeba sdělit, že EPDS zjišťuje, jak se cítily za posledních 7 dní, nikoli pouze v daném momentu. Doba vyplnění se pohybuje obvykle mezi 5 až 10 minutami a měly by mít dostatek času i klidu k jeho vyplnění (Vik et al., 2021). Pokud žena screening odmítne,

neměla by být nucena. Je možné nabídnout opětovné posouzení v některé z následujících návštěv (Cox et al., 2014).

2.2.1 Vhodné načasování screeningu

Časování screeningu hraje rovněž důležitou roli v přesnosti detekce rizika PPD. Doporučuje se, aby byl dotazník vyplněn již během těhotenství a následně v období šestinedělí. První screening je v mnoha zemích prováděn již 24–48 hodin po porodu, často ještě před propuštěním z porodnice (Austin et al., 2013). Ukazuje se však, že časný screening má omezenou predikční hodnotu, pozitivní výsledky totiž mohou odrážet přechodný stav tzv. *poporodního blues*, fyzické vyčerpání nebo emoční reakci na komplikovaný porod, což může vést k falešně pozitivním nálezům (Milgrom a Gemmill, 2015).

Naopak screening prováděný mezi 6. a 12. týdnem po porodu má vyšší senzitivitu a specificitu, a je efektivní při detekci přetrvávající nebo rozvíjející se deprese (Vik et al., 2021). Screening prováděný ve 4.–8. týdnu, např. při rutinní kontrole zdraví dítěte, bývá rovněž považován za vhodný moment k vyhodnocení duševního stavu matky (Milgrom a Gemmill, 2015). Opakovaný screening v pozdějším období mezi 6. a 12. měsícem po porodu je navrhován jako účinný nástroj pro záchyt pozdě nastupující PPD, která může být jinak přehlédnuta. Z těchto důvodů se doporučuje provádět screening poporodní deprese opakovaně, a to v různých fázích poporodního období, v souladu s dostupností zdravotní péče a kontaktů s poskytovateli (Cox et al., 2014).

2.2.2 Kulturní a jazykové bariéry při aplikaci screeningu

Při poskytování zdravotních služeb v perinatálním období je zásadní, aby byl přístup kulturně citlivý a individualizovaný. S rostoucím počtem rodiček narozených mimo ČR je třeba zohlednit nejen jazykové bariéry, ale i kulturní zvyklosti a odlišné porozumění pojmům duševního zdraví. Zkušenosti z klinické praxe informují, že vnímání depresivních symptomů se může napříč kulturami značně lišit (Norhayati et al., 2015).

U žen z některých etnických skupin (např. irácké, etiopské, súdánské migrantky) se depresivní prožívání častěji manifestuje somatickými obtížemi, které nejsou dostatečně zachyceny standardní verzí EPDS, jež primárně reflektuje emocionální a kognitivní symptomy (Milgrom a Gemmill, 2015). Z toho vyplývá, že struktura EPDS a kulturní validita jednotlivých položek nemusí být univerzální. Jediná verze nástroje tedy nemusí být adekvátní pro použití ve všech kulturních a jazykových skupinách, což klade důraz na

kulturní adaptaci nástroje a citlivý přístup při jeho uplatnění. Efektivní implementace EPDS vyžaduje kombinaci respektující komunikace, dostupnosti odborné péče, edukace ženy a vhodné načasování. Screening má být vnímán jako nástroj prevence a podpory, nikoliv jako formální administrativní úkon, a měl být vždy prováděn s ohledem na důstojnost a individuální potřeby ženy (Milgrom a Gemmill, 2015).

2.3 Hodnocení a interpretace výsledků

EPDS slouží k časně identifikaci možného rizika PPD s nutností dalšího zhodnocení. Nízké skóre nevylučuje přítomnost deprese, jelikož ženy mohou z různých důvodů své potíže zamlčet. Proto je nezbytné kombinovat výstupy EPDS s klinickým rozhovorem a odborným úsudkem. S objasněním výsledků EPDS je důležité zacházet citlivě. Kromě identifikace psychických potíží může být dotazník využit také ke sledování pokroku v terapii. Klinicky významnou změnou je považován rozdíl čtyř bodů mezi dvěma měřeními.

Každá z 10 položek dotazníku je hodnocena na škále 0–3, přičemž otázky 3, 5, 6, 7, 8, 9 a 10 jsou skórovány reverzně. Celkové skóre se pohybuje od 0 do 30 bodů (Milgrom a Gemmill, 2015). Za vysoké riziko vzniku PPD se považuje skóre ≥ 13 bodů, které indikuje potřebu dalšího klinického posouzení, dosahuje senzitivity 79 % a specifity 89 % (Břicháček et al., 2000; Hewitt et al., 2009; Takács et al., 2016). Skóre 10–12 vyžaduje opětovné přehodnocení do 2–4 týdnů (Cox et al., 2014).

Edinburská škála byla přeložena a validována v několika jazykových verzích a je tak využívána v řadě zemí. Objevují se tedy různé přístupy k interpretaci dosaženého skóre (Matijasevich et al., 2014; Venkatesh et al., 2014; Shoaee et al., 2019). Z dostupných odborných zdrojů vyplývá, že hodnocení výsledků dotazníku EPDS není zcela jednotně sjednocené, a to ani na mezinárodní úrovni, ani v rámci českého prostředí. Některé cut-off hodnoty slouží k diagnostické přesnosti závažné deprese, jiné se používají v rámci určení míry rizika rozvoje PPD. Na souboru českých žen v závěru puerperia byla provedena administrace české verze EPDS s cílem stanovit optimální prahové hodnoty pro zachycení žen s poporodní depresí i dalšími duševními poruchami. Zjištěné výsledky ukázaly, že česká verze vykazuje dobrou vnitřní konzistenci a při hodnotě skóre ≥ 11 dosahuje senzitivity 83 % a specifity 79 % při detekci závažné depresivní poruchy (Horáková et al., 2022). Podle Horákové et al. (2022) tato stanovená hodnota (≥ 11) odpovídá doporučení metaanalýzy autorů Levis et al. (2020), která se zabývala určením optimálního cut-off skóre pro identifikaci PPD. Tyto výsledky se vztahují primárně k diagnostické přesnosti při

odhalování těžkých forem deprese, nikoliv tedy ke zjištění míry rizika jejího vzniku. Z tohoto důvodu bylo v rámci práce zvoleno třístupňové rozdělení skóre EPDS dle míry rizika rozvoje deprese, které umožňuje citlivější posouzení duševního stavu žen po porodu. Respondentky se skóre v rozmezí 0–9 bodů jsou zařazeny do skupiny s nízkým rizikem rozvoje PPD, skóre 10–12 bodů odpovídá střednímu riziku a hodnoty ≥ 13 bodů představují vysoké riziko vzniku PPD (Murray a Cox, 1990; Břicháček et al., 2000; Yawn et al., 2009; Knights et al., 2016; Shery Angel a Satyanarayan, 2024). Rozdělení odpovídá doporučením odborných institucí, jako je COPE a Parent Infant Research Institute (PIRI) (Austin et al., 2017; The Parent Infant Research Institute, 2024). Přístup podporuje možnost včasné intervence nejen u žen s vysokým rizikem vzniku PPD, ale i u těch, které se nacházejí v hraničním pásmu, a může tak přispět k efektivnější prevenci rozvoje závažnějších forem duševních poruch.

V rámci modelu péče zaměřené na ženu je screening postaven na respektu a individualitě ženy, jejím potřebám a preferencím. Zásadní je nejen samotné provedení screeningu, ale zejména otevřená komunikace a projednání výsledků s každou ženou (Milgrom a Gemmill, 2015). Na základě získaných odpovědí by měla být nabídnuta možnost dalšího odborného vyšetření a adekvátní podpory v souladu s přáním a situací samotné ženy (Cox et al., 2014).

2.3.1 Rizika falešně pozitivních nebo negativních výsledků

Jako každý screeningový nástroj bude i EPDS vytvářet jak falešně pozitivní (ženy označené za rizikové, i když jimi nejsou), tak falešně negativní výsledky (ženy, které nejsou označeny za rizikové, i když jimi jsou). Je důležité si uvědomit, že nízké skóre nemusí znamenat, že žena nemá zvýšené riziko PPD. Některé ženy s vyšším rizikem PPD mohou své příznaky podceňovat a dosáhnou skóre pod cut-off hodnotu (falešně negativní výsledek).

Pokud se zdá, že skóre v jedné položce je v rozporu s ostatními položkami nebo s prezentací ženy, pak je to nutno s ženou probrat. Výsledek EPDS by neměl nahradit klinický úsudek, jelikož některé ženy se nemusí cítit připraveny dotazník vyplnit upřímně a označí odpovědi, jako by vše zvládaly dobře. Porodní asistentky, které pravidelně využívají EPDS, poznamenaly, že velmi nízké celkové skóre nebo nulové skóre vzbuzuje jejich podezření. Ve výjimečných případech se může stát, že za zvýšeným skóre nestojí primárně psychiatrická diagnóza, ale jiné somatické nebo psychosociální faktory. Mezi ně patří např. endokrinní onemocnění, anémie, poporodní adaptace, neschopnost zvládat stres

z mateřství, přechodný baby blues nebo zvýšená emocionální reaktivita na změnu (Milgrom a Gemmill, 2015). Podobně může mít vysoké skóre i žena, která nedávno ztratila blízkou osobu, a to bude zjevně souviset s jejím zármutkem než s duševním onemocněním. Z tohoto důvodu je u žen se zvýšeným rizikem rozvoje PPD nezbytné provést komplexní klinické vyšetření, které zahrnuje jak posouzení duševního stavu, tak i fyzikální a psychosociální zhodnocení (Cox et al., 2014).

2.4 Management péče

Velké množství žen s vysokým rizikem vzniku PPD nakonec nepodstoupí navazující diagnostiku. V některých výzkumech činil podíl žen, které se skutečně dostavily k dalšímu vyšetření po doporučení, pouze 17,6 % až 47 % (Nelson et al., 2013). Ani na pracovištích, kde jsou dostupné veškeré potřebné služby (screening, diagnostika, léčba i následná péče), však nelze ignorovat systémové překážky, jako jsou časová vytíženost, nedostatečné financování, omezené kapacity nebo chybějící standardizace postupu při předávání žen do specializované péče. Je také potřeba vzít v potaz, že 3–15 % žen v průmyslově vyspělých zemích nenavštěvuje poporodní kontroly. V těchto případech může být screening realizovaný mimo zdravotnická zařízení, případně formou samovyšetření, jedinou dostupnou možností (Milgrom a Gemmill, 2015).

Ženy, které dosáhnou vysokého skóre v rámci screeningu PPD, vyžadují následné odborné posouzení. Je nezbytné ženám s diagnostikovanou PPD nabídnout veškeré dostupné a efektivní léčebné možnosti, které mají potenciál vést k ústupu příznaků a zároveň jsou dostupné v místě bydliště klientky (Segre et al., 2012). Zatímco někteří experti doporučují, aby každá žena s vysokým rizikem vzniku PPD podstoupila standardizovaný psychiatrický rozhovor vedený odborníkem na duševní zdraví, jiné přístupy zohledňují dostupnost péče a doporučují, že hodnocení může provést i praktický lékař nebo jiný zdravotnický pracovník, který je proškolen v diagnostice a léčbě deprese (Yawn et al., 2012). Součástí posouzení by mělo být nejen zhodnocení závažnosti a délky trvání symptomů, ale také dopad těchto potíží na každodenní fungování ženy např. péče o dítě, spánek či mezilidské vztahy (Milgrom a Gemmill, 2015). Kromě toho je důležité vyloučit další duševní poruchy, jako je bipolární porucha, poporodní psychóza či úzkostné poruchy, které mohou být rovněž příčinou zhoršeného psychického stavu (Wisner et al., 2013).

Na základě výsledků po screeningovém vyšetření je pak stanovena diagnóza a zvolen další postup léčby. V případě potvrzení PPD je žádoucí zahájit otevřený dialog s klientkou

a její blízkou osobou, která tvoří její sociální oporu. Důraz je kladen na to, zda si žena uvědomuje závažnost symptomů a zda je motivována k přijetí podpory a pomoci (Milgrom a Gemmill, 2015). Zapojení ženy do rozhodování o léčbě je klíčovým faktorem pro efektivní zahájení a dodržení terapie, včetně následných kontrolních návštěv. Pro udržení kontinuity péče a prevenci zhoršení stavu je aktivní spolupráce nezbytná (Cox et al., 2014). V případech, kdy je indikována farmakoterapie, např. u žen s těžkou depresí nebo u těch, u kterých selhala nefarmakologická léčba, je nutné při volbě antidepresiva zohlednit i skutečnost, zda žena kojí. Většina moderních antidepresiv je považována za relativně bezpečná během laktace, zejména pokud jsou podávána v nízkých úvodních dávkách s následným postupným zvyšováním (Bobo et al., 2014). Monitorování nežádoucích účinků je nedílnou součástí léčby a mělo by být aktivně sledováno a řešeno v rámci každé kontrolní návštěvy. Během léčby by zdravotnický pracovník měl pravidelně hodnotit nejen terapeutickou odpověď, ale i motivaci a schopnost ženy léčbu dodržovat. Zároveň je třeba věnovat pozornost jejímu rodičovskému fungování, vztahům v rodině i schopnost návratu do zaměstnání (Milgrom a Gemmill, 2015).

Důvěra je porodními asistentkami vnímána jako klíčová hodnota, která tvoří nezbytný základ pro poskytování kvalitní a bezpečné péče. Vzhledem k dostupnosti internetu a rostoucímu počtu online platforem zaměřených na informace a podporu žen v perinatálním období se EPDS stává snadno přístupným nástrojem, který umožňuje ženám samostatné provedení základního screeningu vlastního duševního zdraví. (Vik et al., 2021)

II PRAKTICKÁ ČÁST

3 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumná část bakalářské práce je zaměřena na analýzu míry rizika vzniku poporodní deprese u respondentek v perinatálním období. Hlavním nástrojem použitým k realizaci výzkumného šetření byl standardizovaný dotazník EPDS. První část dotazníku tvoří deset položek, které jsou zaměřeny na zhodnocení duševního stavu respondentek v průběhu posledního týdne. Druhá část standardizovaného dotazníku se věnuje sociodemografickým údajům samostatných respondentek.

V souladu s odbornou literaturou a mezinárodními doporučeními byla v této práci zvolena třístupňová interpretace výsledků škály EPDS, která umožňuje přesnější rozlišení míry rizika rozvoje PPD. Výzkumný soubor byl na základě dosaženého skóre rozdělen do tří kategorií: respondentky se skóre v rozmezí 0–9 bodů byly zařazeny do skupiny s nízkým rizikem, skóre 10–12 bodů odpovídalo střednímu riziku a hodnoty 13 a více bodů byly vyhodnoceny jako vysoké riziko rozvoje PPD (Murray a Cox, 1990; Břicháček et al., 2000; Yawn et al., 2009; Knights et al., 2016; Shery Angel a Satyanarayan, 2024). Podrobnější vysvětlení hodnocení a interpretace výsledků dotazníku EPDS je uvedeno v kapitole 2.3.

Data použitá v rámci výzkumné části bakalářské práce byla poskytnuta Národním ústavem duševního zdraví. Jednalo se o anonymní soubor údajů získaných v rámci odborného šetření zaměřeného na problematiku poporodní deprese. Tím byla zajištěna ochrana osobních údajů a zachování důvěrnosti informací v souladu s etickými požadavky na práci s citlivými údaji ve zdravotnickém výzkumu. V příloze jsou přiloženy souhlasy s umožněním realizace výzkumného šetření a přístupem k informacím.

3.1 Cíle výzkumu

Hlavní cíl: Vyhodnotit pomocí standardizovaného dotazníku EPDS míru rizika vzniku poporodní deprese u zkoumaného souboru respondentek hospitalizovaných na oddělení šestinedělí v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně v období let 2023–2024.

Dílčí cíl 1: Určit pomocí EPDS incidenci symptomů poporodní deprese u zkoumaného vzorku respondentek.

Dílčí cíl 2: Zjistit, zda mají sociodemografické a porodnické údaje vliv na rozvoj deprese po porodu u zkoumaného souboru respondentek.

3.2 Organizace sběru dat

Sběr dat pro praktickou část práce probíhal ve spolupráci s NUDZ. Soubor dat je z období od 31. 7. 2023 do 31. 12. 2024. Dotazník byl nabídnut všem ženám v poporodním období před jejich propuštěním z porodnice. Dotazníkové šetření bylo provedeno elektronickou formou prostřednictvím tabletů přímo na oddělení šestinedělí. Veškeré údaje byly zpracovány anonymně a bez možnosti zpětné identifikace respondentek. Celkem bylo během sledovaného období získáno 961 dotazníků. Po důkladné kontrole jejich úplnosti bylo 81 dotazníků vyřazeno z důvodu nesplněných stanovených kritérií či nedostatečného vyplnění. Finální analýza tak byla provedena na datech získaných od 879 respondentek, jejichž odpovědi tvoří výzkumný soubor bakalářské práce. Shromážděná data byla následně analyzována pomocí softwaru Microsoft Excel, kde probíhalo jejich třídění a statistické zpracování.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily respondentky hospitalizované na oddělení šestinedělí Krajské nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně v období od 31. 7. 2023 do 31. 12. 2024, které byly po porodu ve sledovaném období. Do výzkumu byly zařazeny pouze respondentky starší 18 let a u nichž byly k dispozici kompletní údaje z dotazníkového šetření. Vyloučeny byly dotazníky s neúplnými odpověďmi nebo s chybějícími klíčovými sociodemografickými a porodnickými údaji. Výzkumný vzorek představovaly respondentky ve věku 19–45 let. Průměrný věk respondentek činil 31,3 let. Nejčastěji dosaženým vzděláním bylo vysokoškolské. Z hlediska ekonomické aktivity převažovaly zaměstnané ženy a z pohledu rodinného stavu výrazně dominovaly respondentky svobodné.

4 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části bakalářské práce je provedena podrobná analýza získaných dat. Kapitola se věnuje zjištění nejčastěji udávaných prožitků v poporodním období. Součástí analýzy je rovněž zjištění vlivu sociodemografických a porodnických údajů na vznik PPD celého výzkumného souboru. Výsledky jsou dále zpracovány a přehledně zobrazeny pomocí přiložených tabulek a grafů.

4.1 Poměr respondentek dle míry rizika rozvoje PPD – výsledky k hlavnímu cíli

Na základě stanovených bodových kritérií pro škálu EPDS bylo z celkového počtu 879 respondentek zjištěno, že většina respondentek (**648; 73,7 %**) dosáhla skóre odpovídajícího **nízkému riziku rozvoje PPD**. **Střední riziko vzniku PPD** bylo zaznamenáno u **128 respondentek (14,6 %)**, zatímco do skupiny s **vysokým rizikem** spadalo **103 respondentek (11,7 %)**. **Průměrné skóre** v celém souboru bylo **6,66 bodů**, což odpovídá nízkému riziku rozvoje PPD. Výsledky dotazníku EPDS rozdělené dle rizikových skupin jsou znázorněny v grafu číslo 1.



Graf 1 Poměr respondentek dle míry rizika rozvoje PPD

(zdroj: vlastní)

4.2 Incidence symptomů poporodní deprese – výsledky k dílčímu cíli č.1

Tato podkapitola je zaměřená na prezentaci výsledků týkající se incidence symptomů PPD, a to jak u celkového souboru respondentek, tak v rámci jednotlivých rizikových skupin definovaných podle dosaženého skóre v EPDS.

Tabulka 1 Incidence symptomů PPD

	Vysoké riziko PPD		Střední riziko PPD		Nízké riziko PPD		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Veselost	65	63,1 %	111	86,7 %	641	98,9 %	817	92,9 %
Radost, naděje	96	93,2 %	125	97,7 %	590	91 %	811	92,3 %
Sebevýčitky	85	82,5 %	75	58,6 %	132	20,4 %	292	33,2 %
Úzkosti, obavy	81	78,6 %	78	60,9 %	90	13,9 %	249	28,3 %
Strach, panika	66	64 %	47	36,7 %	28	4,3 %	141	16 %
Přecitlivělost	94	91,3 %	74	57,8 %	78	12 %	246	28 %
Poruchy spánku	78	75,7 %	55	43 %	68	10,5 %	201	22,9 %
Špatná nálada	78	75,7 %	39	30,5 %	36	5,6 %	153	17,4 %
Plačtivost	96	93,2 %	107	83,6 %	242	37,3 %	445	50,6 %
Sebepoškozující myšlenky	13	12,6 %	4	3 %	6	0,9 %	23	2,6 %

(zdroj: vlastní)

Komentář: Analýza symptomů spojených s možným rizikem rozvoje PPD ukázala, že v celkovém sledovaném souboru **nejvíce respondentek zažívalo pozitivní emoce, konkrétně veselost (92,9 %) a pocity radosti s nadějí (92,3 %).** Z negativních emocí byla **nejčastější plačtivost (50,6 %).** Hojným projevem byly i **sebevýčitky**, a to v 33,2 % případů. Sebepoškozující myšlenky byly zaznamenány u 23 respondentek, tedy 2,6 %. U respondentek s nízkým rizikem vzniku PPD převažovala veselost (98,9 %), radost s nadějí (91 %). Přesto se i v této skupině vyskytovaly určité negativní symptomy. Plačtivost zaznamenalo 37,3 % a sebevýčitky 20,4 % respondentek. Sebepoškozující myšlenky zde uvedlo 6 respondentek (0,9 %). Ve skupině se středním rizikem se nejvíce objevovaly pozitivní emoce, konkrétně pocity radosti a naděje (97,7 %) a veselost (86,7 %). Častými příznaky byla také plačtivost (83,6 %), úzkost a obavy (60,9 %). Sebepoškozující myšlenky se v této skupině objevily u 4 respondentek (3 %). U respondentek s vysokým rizikem rozvoje PPD se nejčastěji vyskytovaly plačtivost a pocity radosti s nadějí (shodně 93,2 %). Následovala přecitlivělost, která byla přítomna u 91,3 % respondentek a sebevýčitky u 82,5 %. Sebepoškozující myšlenky se vyskytly u 13 respondentek, konkrétně 12,6 %.

4.3 Identifikace sociodemografických a porodnických údajů respondentek – výsledky k dílčímu cíli č.2

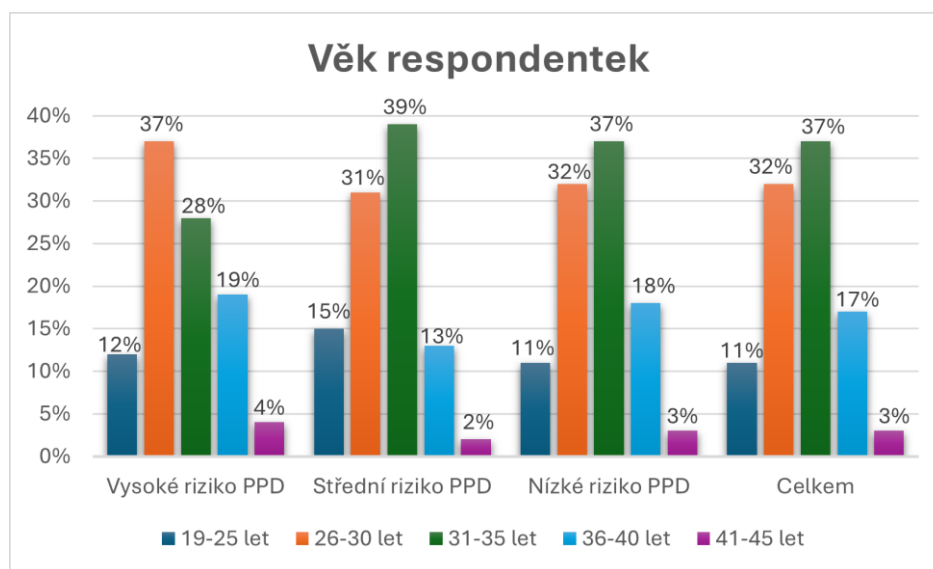
Tato část práce se soustředí na analýzu vlivu vybraných sociodemografických a porodnických údajů na rozvoj deprese po porodu u sledovaného souboru respondentek. Pro lepší přehlednost jsou data zpracována ve formě tabulky s absolutními a relativními četnostmi jednotlivých kategorií.

1) Položka: věk

Tabulka 2 Věk respondentek

	Vysoké riziko PPD		Střední riziko PPD		Nízké riziko PPD		Celkem	
Věk	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
19-25 let	12	12 %	19	15 %	69	11 %	100	11 %
26-30 let	38	37 %	39	31 %	205	32 %	282	32 %
31-35 let	29	28 %	50	39 %	242	37 %	321	37 %
36-40 let	20	19 %	17	13 %	114	18 %	151	17 %
41-45 let	4	4 %	3	2 %	18	3 %	25	3 %
Celkem	103	100 %	128	100 %	648	100 %	879	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 2 Věk respondentek

(zdroj: vlastní)

Komentář: Výsledky ukazují, že v celkovém souboru nejčastěji převažují respondentky ve věku **od 31 do 35 let**, které tvoří 37 %. Druhou nejzastoupenější skupinou jsou respondentky ve věku 26–30 let s podílem 32 %. Méně zastoupeny byly respondentky ve věku 36 až 40

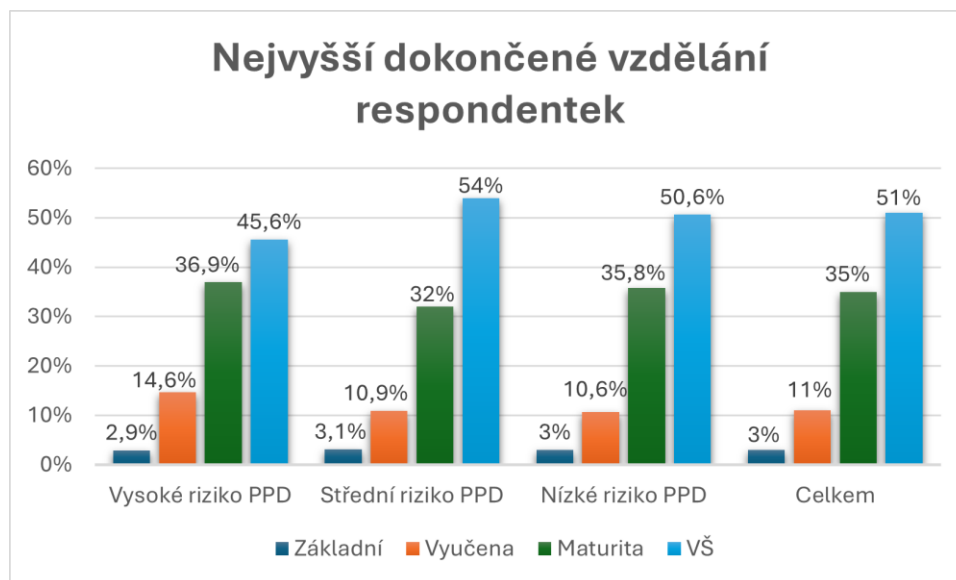
let (17 %), dále ženy ve věku 19–25 let (11 %). Nejmenší počet respondentek byl zaznamenán ve věku od 41 do 45 let (3 %). Mezi respondentkami s vysokým rizikem PPD ($EPDS \geq 13$) převažují respondentky ve věku 26–30 let (37 %), zatímco nejvíce respondentek s nízkým rizikem se nachází ve věku 31 až 35 let (37 %), která je zároveň nejpočetněji zastoupena i mezi respondentkami se středním rizikem (39 %). **Průměrný věk** respondentek byl **31,3 let**.

2) Položka: vzdělání

Tabulka 3 Nejvyšší dokončené vzdělání respondentek

Vzdělání	Vysoké riziko PPD		Střední riziko PPD		Nízké riziko PPD		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	3	2,9 %	4	3,1 %	19	3 %	26	3 %
Vyučena	15	14,6 %	14	10,9 %	69	10,6 %	98	11 %
Maturita	38	36,9 %	41	32 %	232	35,8 %	311	35 %
VŠ	47	45,6 %	69	54 %	328	50,6 %	444	51 %
Celkem	103	100 %	128	100 %	648	100 %	879	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 3 Nejvyšší dokončené vzdělání respondentek

(zdroj: vlastní)

Komentář: V celkovém souboru převažují respondentky s **vysokoškolským vzděláním**, které tvoří 51 % všech účastnic výzkumu. Další nejpočetnější skupinou jsou respondentky se středoškolským vzděláním s maturitou, jejichž podíl činí 35 %. Menší zastoupení měly

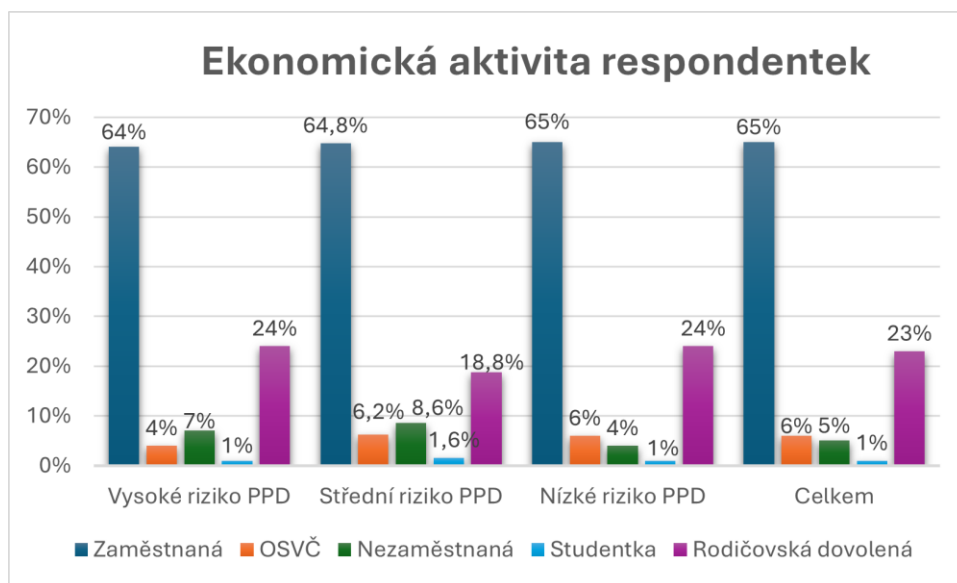
respondentky se středním vzděláním bez maturity (11 %). Základní vzdělání mělo pouze 3 % účastnic, což odpovídá 26 respondentkám. Také při rozdělení podle rizika rozvoje PPD se ukazuje nejvyšší zastoupení vysokoškolsky vzdělaných respondentek. Ve skupině s nízkým rizikem tvoří vysokoškolsky vzdělané respondentky 50,6 %, u střední rizika je tento podíl 54 % a ve skupině s vysokým rizikem činí 45,6 %.

3) Položka: ekonomická aktivita

Tabulka 4 Ekonomická aktivita respondentek

Ekonomická aktivita	Vysoké riziko PPD		Střední riziko PPD		Nízké riziko PPD		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Zaměstnaná	66	64 %	83	64,8 %	418	65 %	567	65 %
OSVČ	4	4 %	8	6,2 %	37	6 %	49	6 %
Nezaměstnaná	7	7 %	11	8,6 %	28	4 %	46	5 %
Studentka	1	1 %	2	1,6 %	9	1 %	12	1 %
Rodičovská dovolená	25	24 %	24	18,8 %	156	24 %	205	23 %
Celkem	103	100 %	128	100 %	648	100 %	879	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 4 Ekonomická aktivita respondentek

(zdroj: vlastní)

Komentář: Z pohledu ekonomické aktivity před nástupem na mateřskou dovolenou převažují v celkovém souboru **zaměstnané** respondentky, jejichž podíl činí 65 % (567). Druhou nejpočetnější skupinou byly respondentky na rodičovské dovolené, kterých bylo 23 % (205). Studentky představovaly pouze 1 % souboru, což odpovídá 12 respondentkám.

U respondentek s nízkým rizikem PPD byla opět největší část tvořena zaměstnanými respondentkami (65 %). Nejvyšší počet respondentek samostatně výdělečně činných se nachází také v této skupině (37 respondentek). Stejně tak zde bylo nejvíce nezaměstnaných respondentek. Podobná situace je také u respondentek se středním rizikem PPD. Mezi respondentkami s vysokým rizikem rozvoje PPD bylo 64 % zaměstnaných (66), přičemž 7 (7 %) bylo nezaměstnaných a pouze jedna respondentka (1 %) studovala.

4) Položka: rodinný stav

Tabulka 5 Rodinný stav respondentek

Rodinný stav	Vysoké riziko PPD		Střední riziko PPD		Nízké riziko PPD		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vdaná	1	1 %	1	1 %	5	0,7 %	7	0,8 %
Rozvedená	0	0 %	0	0 %	2	0,3 %	2	0,2 %
Svobodná	102	99 %	127	99 %	641	99 %	870	99 %
Celkem	103	100 %	128	100 %	648	100 %	879	100 %

(zdroj: vlastní)

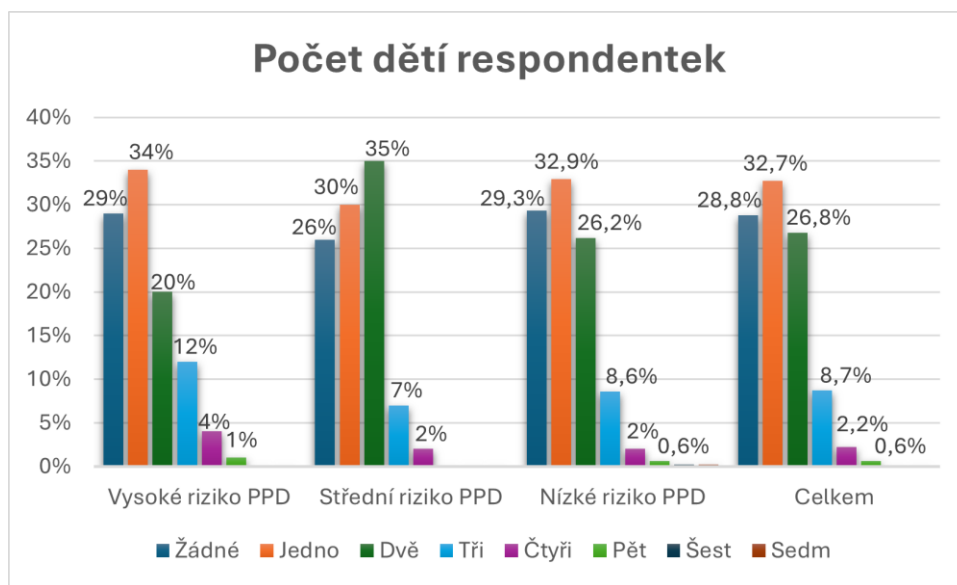
Komentář: Analýza **rodinného stavu** ukázala, že naprostou většinu souboru tvořily **svobodné** respondentky, kterých bylo 870, což představuje 99 % všech respondentek. Výrazně menší podíl zaujímaly vdané respondentky, kterých bylo zaznamenáno pouze 7 (0,8 %). Nejmenší skupinu představovaly rozvedené respondentky (2; 0,2 %). Ve skupině respondentek s nízkým rizikem se nacházelo 641 (99 %) respondentek svobodných, 5 vdaných a 2 rozvedené respondentky. Podobná situace nastala i ve skupině respondentek se středním rizikem, kde bylo 127 (99 %) respondentek svobodných a pouze jedna vdaná respondentka. U respondentek s vysokým rizikem vzniku PPD převažovaly opět svobodné respondentky, kterých bylo 102 (99 %), zatímco jedna respondentka (1 %) byla vdaná, přičemž žádná rozvedená respondentka nebyla v této skupině zaznamenána.

5) Položka: počet dětí do 18 let včetně adoptovaných a nevlastních

Tabulka 6 Počet dětí respondentek

	Vysoké riziko PPD		Střední riziko PPD		Nízké riziko PPD		Celkem	
Počet dětí	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Žádné	30	29 %	33	26 %	190	29,3 %	253	28,8 %
Jedno	35	34 %	39	30 %	213	32,9 %	287	32,7 %
Dvě	21	20 %	45	35 %	170	26,2 %	236	26,8 %
Tři	12	12 %	9	7 %	56	8,6 %	77	8,7 %
Čtyři	4	4 %	2	2 %	13	2 %	19	2,2 %
Pět	1	1 %	0	0 %	4	0,6 %	5	0,6 %
Šest	0	0 %	0	0 %	1	0,2 %	1	0,1 %
Sedm	0	0 %	0	0 %	1	0,2 %	1	0,1 %
Celkem	103	100 %	128	100 %	648	100 %	879	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 5 Počet dětí respondentek

(zdroj: vlastní)

Komentář: Součástí zjišťovaných sociodemografických údajů byl i **počet dětí do 18 let** (včetně adoptovaných a nevlastních) u jednotlivých respondentek, a to s výjimkou právě narozeného dítěte. V celkovém souboru nejčastěji převažovaly respondentky s **jedním dítětem**, kterých bylo 287, což představuje 32,7 %. Na druhém místě byly respondentky bez dětí, konkrétně 253, tedy 28,8 %. Dále byly zastoupeny respondentky se dvěma dětmi (236; 26,8 %), třemi dětmi (77; 8,7 %) a čtyřmi dětmi (19; 2,2 %). Výrazně méně byly zastoupeny respondentky s pěti a více dětmi, přičemž 5 respondentek mělo pět dětí (0,6 %), pouze jedna

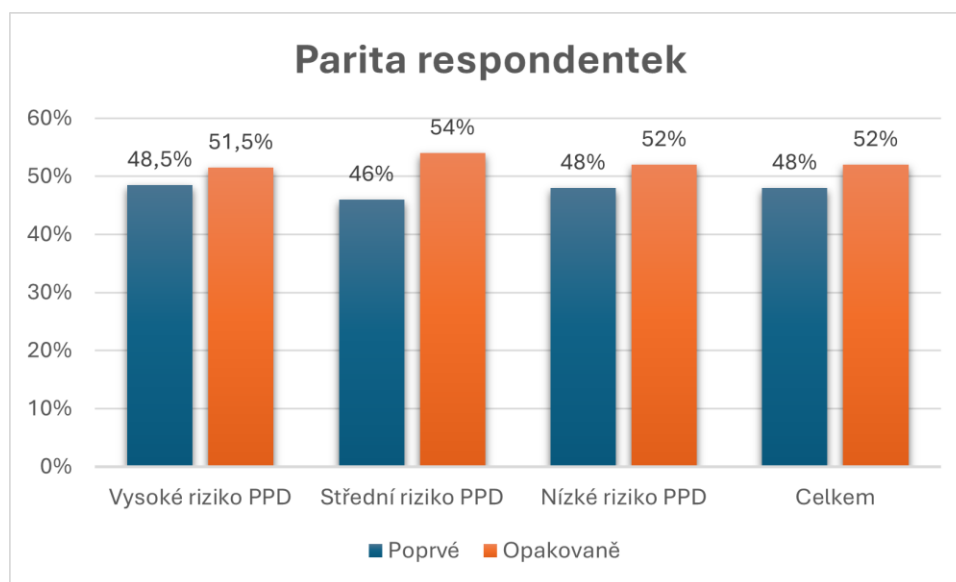
respondentka měla 6 a jedna 7 dětí (shodně 0,1 %). Respondentky s vysokým i nízkým rizikem vzniku PPD měly nejčastěji jedno dítě. Ve skupině se středním rizikem však byly nejvíce zastoupeny respondentky se dvěma dětmi, a to v počtu 45 respondentek (35 %).

6) Položka: parita

Tabulka 7 Parita respondentek

Parita	Vysoké riziko PPD		Střední riziko PPD		Nízké riziko PPD		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Poprvé	50	48,5 %	59	46 %	311	48 %	420	48 %
Opakovaně	53	51,5 %	69	54 %	337	52 %	459	52 %
Celkem	103	100 %	128	100 %	648	100 %	879	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 6 Parita respondentek

(zdroj: vlastní)

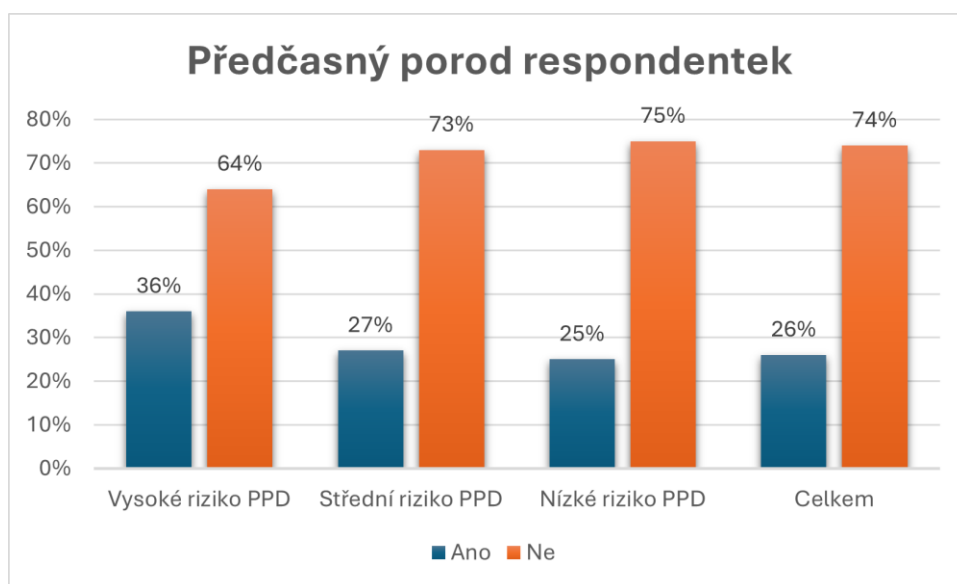
Komentář: K hodnoceným porodnickým údajům patřila **parita** respondentek. Při vyhodnocování počtu porodů bylo zjištěno, že 52 % respondentek (459) již **rodilo více než jednou**, zatímco 420 respondentek (48 %) bylo prvorodiček. Podobné rozložení se projevilo také v jednotlivých rizikových skupinách. Ve skupině se středním rizikem PPD převažovaly respondentky s předchozí porodní zkušeností (54 %), ve skupině s nízkým rizikem 52 % a ve skupině s vysokým rizikem tvořily multipary 51,5 %. Z uvedených údajů vyplývá, že předchozí zkušenost s porodem nebyla ochranným faktorem proti rozvoji PPD, jelikož vícerodičky byly zastoupeny obdobně jako prvorodičky.

7) Položka: předčasný porod

Tabulka 8 Předčasný porod u respondentek

	Vysoké riziko PPD		Střední riziko PPD		Nízké riziko PPD		Celkem	
Předčasný porod	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	37	36 %	35	27 %	159	25 %	231	26 %
Ne	66	64 %	93	73 %	489	75 %	648	74 %
Celkem	103	100 %	128	100 %	648	100 %	879	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 7 Předčasný porod u respondentek

(zdroj: vlastní)

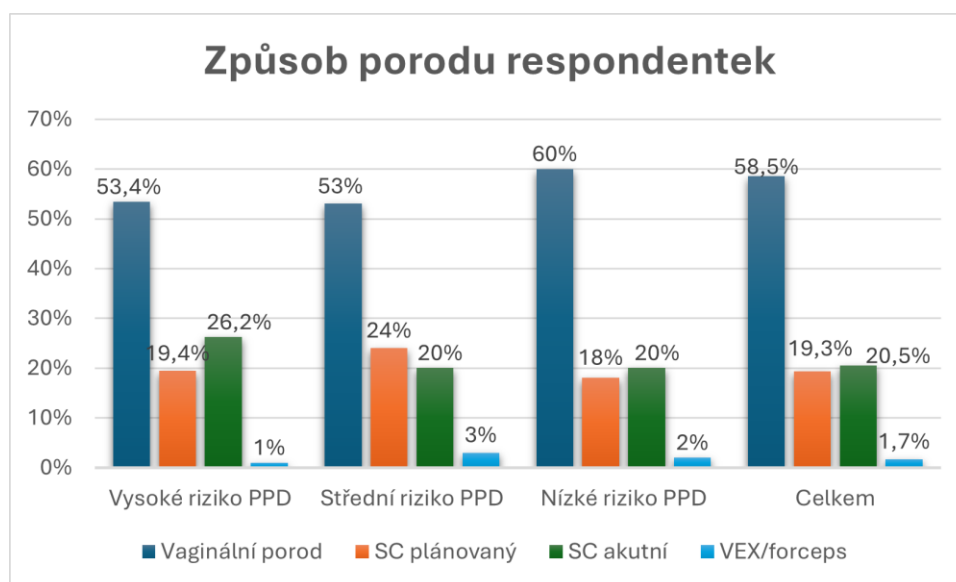
Komentář: Mezi sledované porodnické údaje patřila také informace, zda se jednalo o **předčasný porod**. Naprostá většina respondentek (648, tedy 74 %) uvedla, že **porodila dle očekávaného termínu**. Ze získaných dat je patrné, že předčasný porod se vyskytoval u menší části výzkumného souboru, a to u 26 % respondentek (231). Podobné rozložení bylo patrné i při rozdělení rizika vzniku PPD. Mezi respondentkami s nízkým rizikem PPD tvořily větší podíl respondentky, které porodily v termínu (75 %), což odpovídá 489 respondentkám. Podobné rozdělení lze sledovat i u středního (73 %) a vysokého rizika (64 %), konkrétně 66 respondentek. Z výsledků vyplývá, že většina respondentek napříč všemi skupinami rodila v termínu, a předčasný porod byl zastoupen v menší části souboru.

8) Položka: způsob porodu

Tabulka 9 Způsob porodu respondentek

	Vysoké riziko PPD		Střední riziko PPD		Nízké riziko PPD		Celkem	
Způsob porodu	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Vaginální porod	55	53,4 %	68	53 %	391	60 %	514	58,5 %
SC plánovaný	20	19,4 %	31	24 %	119	18 %	170	19,3 %
SC akutní	27	26,2 %	25	20 %	128	20 %	180	20,5 %
VEX/forceps	1	1 %	4	3 %	10	2 %	15	1,7 %
Celkem	103	100 %	128	100 %	648	100 %	879	100 %

(zdroj: vlastní)



Graf 8 Způsob porodu respondentek

(zdroj: vlastní)

Komentář: Mezi hodnocené porodnické údaje patřil také **způsobu porodu**. Nejvyšší podíl v celkovém souboru představovaly **vaginální porody**, které uvedlo 58,5 %, tedy 514 respondentek. Následovaly akutní císařské řezy, které podstoupilo 180 respondentek (20,5 %) a plánované sekce, které tvořily 19,3 % porodů. Nejméně časté byly porody pomocí VEX/forceps, zaznamenané u 15 respondentek (1,7 %). Ve skupině s nízkým rizikem PPD dominovaly také vaginální porody (60 %) následované akutní sekcí (20 %) a plánovaným císařským řezem (18 %). V této skupině bylo rovněž zaznamenáno nejvíce porodů pomocí VEX/forceps (10 respondentek). U středního rizika byla nejčastější opět přirozená cesta (53 %), následovaná plánovanou sekcí (24 %) a akutní sekcí (20 %). Mezi respondentkami

s vysokým rizikem PPD tvořily největší podíl opět vaginální porody (53,4 %) následované akutními císařskými řezy (26,2 %) a plánovanou sekci (19,4 %). Porody pomocí VEX/forceps byly v této skupině ojedinělé (1 respondentka; 1 %).

5 DISKUZE

Hlavním cílem práce bylo zhodnotit pomocí Edinburské škály míru rizika rozvoje poporodní deprese u respondentek hospitalizovaných na oddělení šestinedělí v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. Tato studie zahrnovala rozsáhlý soubor 879 respondentek. Čímž významně přispívá k poznatkům o duševním zdraví žen po porodu v České republice.

Na základě výsledků EPDS bylo identifikováno **11,7 % respondentek** s vysokým rizikem rozvoje PPD (skóre ≥ 13). Tato hodnota je velmi blízká údajům z české studie Fialy et al. (2017), kde se prevalence PPD pohybovala kolem 11,8 % šest týdnů po porodu. Je důležité doplnit, že v rámci této práce byl dotazník vyplňován bezprostředně před propuštěním z porodnice, což znamená nejčastěji mezi 3.–5. dnem po porodu. V porovnání s celosvětovou prevalencí PPD, která činí podle metaanalýzy Hahn-Holbrook et al. (2018) přibližně 17 %, je hodnota zjištěná v této práci o něco nižší. Je však třeba uvést, že celosvětová prevalence byla stanovena na základě studií, které zahrnovaly respondentky kdykoli během prvního roku po porodu. V některých studiích se navíc liší i použitá cut-off hodnota EPDS. Norhayati et al. (2015) a Hahn-Holbrook et al. (2018) uvádějí, že ve vyspělých zemích se prevalence obvykle pohybuje na nižší úrovni. Pro srovnání, v Nizozemsku byla prevalence 8 % stanovena pomocí cut-off hodnoty ≥ 12 , a to v rozmezí 8–52 týdnů po porodu. Zatímco v Chile byla použita cut-off hodnota ≥ 10 v období 0–12 týdnů po porodu, dosahovala prevalence až 38 % (Hahn-Holbrook et al., 2018). Tyto rozdíly potvrzují, že kromě individuálních a biologických faktorů hraje důležitou roli i kulturní a socioekonomický kontext. Nejblíže hodnotě zjištěné v této práci jsou výsledky studie Warner et al. (1996) z Velké Británie, která při použití stejné cut-off hodnoty EPDS (≥ 13) zaznamenala prevalenci 11,8 % u souboru 2 375 respondentek, přičemž hodnocení bylo provedeno 6–8 týdnů po porodu. Podobné výsledky uvádí také studie Eisenach et al. (2008) ze Spojených států amerických, kde byla prevalence 11,2 % stanovena na základě hodnocení provedeného 8 týdnů po porodu u 939 respondentek. **Průměrné skóre EPDS v celém výzkumném souboru** této práce činilo **6,66 bodů**, což odpovídá nízkému riziku PPD, a je v souladu s výsledky Horákové et al. (2022), kteří uvádějí průměrné skóre u souboru 243 českých respondentek 6,8 bodů v období 4–6 týdnů po porodu. Tento výsledek odráží přirozené psychické proměny v poporodním období. Zároveň zdůrazňuje důležitost screeningu právě v této fázi, kdy se mohou první příznaky duševní nepohody začít stabilizovat nebo naopak bez adekvátní intervence zhoršovat.

Mezi **nejčastější symptomy** uváděné **respondentkami** v dotazníku EPDS patřily **pocity veselosti** (92,9 %), **radosti a naděje** (92,3 %), **plačtivosti** (50,6 %) a časté byly také **sebevýčitky** (33,2 %). Sebepoškozující myšlenky se vyskytly u 12,6 % respondentek s vysokým rizikem rozvoje PPD, což je výrazně více než v celkovém souboru (2,6 %). Zjištěné symptomy v této studii jsou v souladu s poznatky Milgroma a Gemmila (2015), kteří uvádějí, že ženy v šestinedělí často zažívají smíšené pocity, vedle radosti a naděje se objevují i projevy emoční lability, jako je plačtivost či podrážděnost.

Analýza sociodemografických a porodnických údajů ukázala, že nejvíce respondentek s vysokým skóre EPDS se nacházelo **ve věku 26–30 let** (37 %), zatímco respondentky starší než 35 let měly výrazně nižší zastoupení v této rizikové skupině (viz graf 2). Tento výsledek koresponduje se závěry Norhayati et al. (2015) a Liu et al. (2017), kteří poukazují na větší zranitelnost mladších žen. Autoři uvádějí, že právě ženy v mladším věku, často také prvorodičky, prožívají vyšší míru nejistoty, stresu i emoční výkyvy (Norhayati et al., 2015; Liu et al., 2017). Tento výsledek naznačuje, že nižší věk může být rizikovým faktorem pro rozvoj poporodní deprese zejména v kombinaci s dalšími proměnnými, jako je parita či nedostatečná sociální podpora. **Průměrný věk respondentek** v celkovém souboru činil **31,3 let**, což je velmi blízké výsledkům studie Horákové et al. (2022), kde byl průměrný věk respondentek 32,0 let.

Z hlediska **vzdělání** tvořily **respondentky s vysokoškolským titulem** 51 % celého souboru a 45,6 % skupiny s vysokým rizikem rozvoje PPD. Tento výsledek odráží stejný trend napříč všemi skupinami, proto jej nelze považovat za ochranný ani rizikový faktor. Podobné závěry uvádí i studie Liu et al. (2017), která zjistila, že vysokoškolské vzdělání bylo běžně zastoupeno jak u žen s projevy PPD, tak i u žen bez příznaků deprese.

Při zkoumání **ekonomické aktivity** před nástupem na mateřskou dovolenou bylo zjištěno, že **převažovaly respondentky zaměstnané**, konkrétně tvořily 65 % všech respondentek, zatímco studující a nezaměstnané respondentky tvořily menší část (viz graf 4). Zaměstnané respondentky byly nejpočetněji zastoupeny napříč všemi skupinami, což může svědčit o tom, že samotná **pracovní aktivita nemusí být ochranným faktorem vůči rozvoji psychických obtíží**. Výsledky této práce tedy ukazují, že vyšší riziko PPD není jednoznačně spojeno s žádnou konkrétní kategorií ekonomické aktivity, a je proto třeba zohledňovat také další faktory, jako je např. míra podpory ze strany partnera a okolí.

Z hlediska **rodinného stavu** byla naprostá **většina respondentek svobodná** (99 %). Tento výsledek se liší od většiny zahraničních studií, kde obvykle dominují respondentky

v manželském svazku, například Papamarkou et al. (2017) uvádějí 97,2 % vdaných respondentek z celkového souboru. Odborná literatura opakovaně upozorňuje na vyšší riziko PPD u žen bez partnerské opory (Milgrom a Gemmil, 2015; Lanjewar et al., 2021). Přesto je však podstatnější subjektivně vnímaná kvalita vztahové podpory, než samotný formální stav. Studie Norhayati et al. (2015) uvádí, že respondentky s nízkou kvalitou opory v manželství jsou náchylnější ke vzniku PPD. Podobně Priya et al. (2024) zjistili, že u vdaných žen, které postrádaly dostatečnou sociální oporu, dosahovala prevalence PPD velmi vysoké úrovně, konkrétně až 83,3 %. Tento aspekt však nebyl v rámci této práce sledován a mohl by v budoucnu být předmětem hlubšího zkoumání.

V souvislosti s tím je vhodné zmínit i výsledky týkající se počtu dětí do 18 let včetně adoptovaných a nevlastních. Nejčastěji se v souboru vyskytovaly **respondentky s jedním dítětem**. Výskyt respondentek s vyšším počtem dětí byl výrazně nižší. Nejvýraznější rozdíl byl počet dětí ve skupině se středním rizikem PPD, kde dominovaly respondentky se dvěma dětmi. Výsledky ukazují, že **samotný počet dětí není jednoznačně ochranným či rizikovým faktorem pro vznik PPD**.

Navíc data z této práce ukazují, že **parita nehrála zásadní roli jako ochranný faktor**. Vícerodičky tvořily 52 % napříč všemi skupinami rizika PPD, a to včetně skupiny s vysokým skóre EPDS (51,5 %). Tento poznatek odpovídá závěru zahraniční studie Priya et al. (2024), kteří uvádí, že 55,6 % respondentek s vysokým rizikem PPD bylo vícerodiček. Podobné výsledky přinesla i česká studie Fiala et al. (2017), kde zhruba polovina matek byla vícerodiček (49,5 %) a 48,9 % prvorodiček, přičemž nebyla zjištěna žádná souvislost mezi paritou a vznikem PPD. Výsledky tedy naznačují, že ani opakovaná zkušenost s porodem a mateřstvím nemusí automaticky znamenat nižší psychickou zátěž. Naopak Youn et al. (2017), poukazují na to, že právě primipary bývají ve větším psychickém napětí a prožívají vyšší míru úzkosti spojené s porodem a následnou péčí o novorozence. Autoři uvádějí, že vícerodičky mívají nižší míru stresu a úzkosti, jelikož již mají zkušenost s obdobím po porodu a jsou lépe na mateřství připraveny (Youn et al., 2017). Psychická zátěž může mít u různých skupin respondentek odlišný charakter, výsledky tak podporují potřebu individuálního přístupu k ženám.

Z pohledu porodnických faktorů většina respondentek porodila v termínu (74 %), což je v souladu s výsledky Liu et al. (2017), kteří uvádějí, že většina žen s PPD porodila v termínu (81,4 %), a 18,6 % předčasně. Studie Liu et al. (2017) byla provedena v čínské provincii Hunan a zahrnovala celkem 882 respondentek a při hodnocení rizika PPD použili

cut-off hodnotu více než 10 bodů, tedy stejnou jako ve studii Fiala et al. (2017), která analyzovala data od 3233 českých respondentek. Výzkum Fialy et al. (2017) však uvádí, že byl výskyt předčasných porodů výrazně nižší, pouze 3,3 % respondentek. Rozdíl v uváděných hodnotách pravděpodobně souvisí s geografickým a socioekonomickým kontextem, kdy mohou hrát roli i další faktory, jako je horší dostupnost perinatální péče či kulturní odlišnosti vnímání těhotenství a porodu. Výsledky této práce ukazují, že **předčasné porody** nepřevládaly, a tudíž **neměly zásadní vliv na vznik deprese**.

V rámci analýzy **způsobu porodu** **nebyl** v celkovém výzkumném souboru **prokázán jednoznačný vliv na míru rizika rozvoje PPD**, jelikož ve všech skupinách byl nejčastěji zaznamenán vaginální porod (58,5 %), následovaný císařským řezem (39,8 %). Přestože byl podíl sekci vyšší ve skupině respondentek s vyšším rizikem PPD (viz graf 9), přirozené porody nadále převažovaly ve všech skupinách, a proto nelze na základě těchto dat tvrdit, že by samotný způsob porodu byl rozhodujícím faktorem pro rozvoj deprese v šestinedělí. Tyto výsledky také odpovídají studii Liu et al. (2017), kde 57,6 % respondentek s rizikem PPD porodilo vaginálně a 42,4 % podstoupilo císařský řez. Podobný závěr uvádí i česká studie, která zjistila, že 88,6 % respondentek porodilo vaginálně a nebyla tak zaznamenána souvislost mezi způsobem porodu a rozvojem PPD (Fiala et al., 2017). Naproti tomu studie Priya et al. (2024) přináší odlišné výsledky, u respondentek s vysokým rizikem dominoval porod pomocí VEX/forceps (33,3 %), zatímco vaginální porod byl zaznamenán pouze u 16,8 % a císařský řez u 17,4 %. Tyto rozdíly mohou být ovlivněny tím, že studie byla realizována v kontextu rozvojové země, kde mohou hrát roli odlišné porodnické postupy, dostupnost péče a kulturní a zdravotnické podmínky (Priya et al., 2024). Norhayaati et al. (2015) tvrdí, že způsob porodu není významně spojen s výskytem PPD, což potvrzují i data této práce, kde převažovaly vaginální porody bez ohledu na míru rizika. Tato rozdílnost podporuje, že porodnické údaje je třeba vždy interpretovat v souvislosti s dalšími faktory. Samotný způsob porodu tak nemusí být ukazatelem vzniku psychických obtíží. Je důležité, aby byla pozornost věnována všem ženám po porodu bez ohledu na způsob jeho vedení a aby byl screening duševního zdraví standardní součástí poporodní péče nejen u rizikovějších porodů, ale i u těch fyziologicky probíhajících. Jelikož i ženy, jejichž porod proběhl fyziologicky, mohou zažívat výraznou emoční zátěž (Milgrom a Gemmil, 2015).

Z výsledků je zřejmé, že EPDS je užitečný a prakticky aplikovatelný nástroj pro včasné odhalení žen se zvýšeným rizikem PPD. Přesto je důležité mít na paměti, že EPDS není diagnostický nástroj, ale screeningová pomůcka. Zásadní zůstává také otázka začlenění

EPDS do každodenní praxe. Jak ukazují zkušenosti z Norska, zařazení EPDS do rutinní perinatální péče bylo porodními asistentkami hodnoceno jako přínosné a vedlo ke zvýšení zachytu psychických potíží (Vik et al., 2021).

Hlavní cíl bakalářské práce, stejně jako všechny stanovené dílčí cíle, byly úspěšně splněny na základě získaných dat a provedené analýzy. Významnou přidanou hodnotou je rozsah dat, který umožňuje hlubší porozumění problematice postnatální deprese a jejímu hodnocení pomocí EPDS v českém prostředí.

5.1 Doporučení pro praxi

Na základě výsledků této práce i dostupných odborných studií je vhodné podpořit systematické využívání dotazníku EPDS v praxi. Díky projektu Perinatal, který realizuje NUDZ, je dotazník implementován již v 37 českých porodnicích. Vzhledem k významu včasné detekce poporodní deprese by měl být dotazník využíván jako standardní součást péče o ženy na oddělení šestinedělí. Jeho vyplnění a vyhodnocení je časově nenáročné a představuje efektivní způsob, jak včas identifikovat ženy se zvýšeným rizikem rozvoje PPD. Velmi důležité je matkám po porodu nabídnout adekvátní psychickou podporu a případně zajistit konzultaci s odborníkem na duševní zdraví.

Na základě zjištění v této práci je vhodné, aby screening pomocí EPDS probíhal nejen v poporodním období, ale aby byl také zopakován při následujících kontrolách, například po šesti týdnech po porodu, jelikož příznaky deprese se mohou objevit či zhoršit i v pozdějším období. Důležité je, aby screening probíhal v klidném a soukromém prostředí, kde mají ženy dostatek prostoru na zodpovězení otázek.

Dalším doporučením je, aby porodní asistentky byly proškoleny v administraci a interpretaci výsledků EPDS. Osvědčilo se zavedení elektronické či tabletové formy vyplňování dotazníku EPDS. Tento způsob vyplňování dotazníku zvyšuje komfort žen a zároveň umožňuje rychlejší vyhodnocení. Významné je zopakování screeningu a potřeba nabídnutí matkám s rizikovým skóre vhodnou intervenci, a to například formou psychologického poradenství. Prevenci rozvoje poporodní deprese by měla podpořit edukace o psychickém zdraví již během těhotenství a také dostupnost podpůrných skupin a organizací zaměřených na duševní zdraví žen.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se zaměřila na problematiku poporodní deprese a na její vyhodnocení prostřednictvím standardizovaného nástroje Edinburské škály postnatální deprese. Cílem práce bylo zhodnotit míru rizika rozvoje této duševní poruchy u respondentek hospitalizovaných na oddělení šestinedělí v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně. K dosažení tohoto cíle byl využit datový soubor poskytnutý Národním ústavem duševního zdraví. Výzkumný soubor tvořilo 879 respondentek.

K hlavnímu cíli se vztahovaly i dílčí cíle, které zahrnovaly analýzu incidence jednotlivých symptomů pomocí škály EPDS a zkoumání možného vlivu sociodemografických a porodnických údajů na vznik tohoto psychického onemocnění. Pro analýzu dat bylo zvoleno třístupňové rozdělení skóre EPDS podle míry rizika rozvoje poporodní deprese: nízké riziko (0–9 bodů), střední riziko (10–12 bodů) a vysoké riziko (13 a více bodů). Na základě stanovených kritérií pro hodnocení dotazníku EPDS bylo zjištěno, že největší část souboru tvořily respondentky s nízkým rizikem rozvoje PPD (73,7 %), následované skupinou se středním rizikem (14,6 %) a skupinou s **vysokým rizikem vzniku PPD**, konkrétně **11,7 %**. **Průměrné skóre EPDS** v celém souboru činilo **6,66 bodů**.

V rámci dílčího cíle práce, tedy zjištění četnosti symptomů pomocí škály EPDS se **v celém souboru nejčastěji vyskytovaly pozitivní emoce, konkrétně veselost a pocity radosti s nadějí. Mezi negativními příznaky dominovala plačtivost, sebevýčitky, pocity úzkosti či přecitlivělosti.** Sebepoškozující myšlenky se vyskytly u 2,6 % respondentek. Respondentky s vysokým rizikem rozvoje PPD nejčastěji pociťovaly plačtivost, přecitlivělost, sebevýčitky, zároveň však také radost s nadějí. Časté byly také úzkostné pocity, špatná nálada a nespavost. Sebepoškozující myšlenky uvedlo 12,6 % respondentek v této skupině.

V rámci dílčího cíle zaměřeného na vliv sociodemografických a porodnických údajů bylo zjištěno, že **nejpočetnější skupinu s vyšším rizikem PPD tvořily respondentky ve věku 26–30 let.** Ve skupině se středním a nízkým rizikem vzniku PPD převažovaly respondentky ve věku 31 až 35 let. Pokud jde o dosažené vzdělání a ekonomickou aktivitu, nejčastěji zastoupenou skupinou napříč všemi rizikovými kategoriemi byly **respondentky s vysokoškolským vzděláním a zaměstnané respondentky.** Analýza rodinného stavu ukázala, že **v celém výzkumném souboru výrazně převažovaly svobodné respondentky.** Ani zkušenost s předchozím porodem, ani způsob porodu se v tomto výzkumu neprojevovaly.

jako jednoznačně ochranné nebo rizikové faktory na vznik PPD, podobně jako rodinný stav, kdy naprostou většinu tvořily svobodné ženy napříč všemi skupinami. Tato zjištění podporují potřebu individuálního přístupu ke každé ženě v rámci screeningu i následné intervence. Emoční prožívání žen v šestinedělí je přirozeně proměnlivé a výskyt pozitivních i negativních pocitů nemusí vždy odpovídat závažnosti rizika vzniku poporodní deprese.

Závěrem lze říci, že výsledky této práce podporují význam včasného screeningu poporodní deprese a jeho začlenění do rutinní péče. Navzdory rostoucímu důkazu o významném dopadu duševních poruch chybí v České republice jednotná strategie včasného screeningu a následné péče. Překážkami jsou časová zátěž zdravotníků, omezená dostupnost nástrojů a chybějící spolupráce mezi odborníky. Pro praxi je tedy na základě výsledků této práce i dostupných odborných studií velmi vhodné systematické rozšíření plošného screeningu poporodní deprese pomocí EPDS v českých porodnicích. Doporučuje se, aby byl screening součástí běžné prenatální i poporodní péče. Stejně tak je vhodné zajistit prenatální edukaci rodiček v oblasti duševního zdraví a informovat je o dostupných možnostech psychické podpory v šestinedělí. V posledních letech se tým odborníků z Centra perinatálního duševního zdraví v rámci NUDZ intenzivně zaměřuje na zlepšení dostupnosti péče o duševní zdraví žen v období těhotenství a po porodu. Jejich program Perinatal, se snaží systematicky mapovat psychický stav žen a poskytovat možnosti včasné odborné intervence. Díky tomuto projektu je v současnosti screening PPD dostupný již ve 37 z celkových 87 porodnic v České republice, přičemž počet zapojených pracovišť nadále roste, což představuje pozitivní vývoj, který by měl být nadále podporován a rozvíjen.

Téma duševního zdraví žen po porodu si zasluhuje zvýšenou pozornost jak ze strany odborné veřejnosti, tak v rámci zdravotní péče. Poporodní deprese je závažným, avšak často přehlíženým problémem, který může mít dlouhodobé dopady nejen na samotnou matku, ale i na dítě a celou rodinu. Tato bakalářská práce poukázala na potřebu včasného rozpoznání rizikových příznaků, systematického screeningu a citlivého přístupu k ženám v období šestinedělí. Zjištění z výzkumné části potvrdila, že psychická zátěž může mít různorodou podobu a nemusí vždy souviset s předpokládanými rizikovými faktory. Podpora duševního zdraví by měla být součástí standardní péče. Psychická stránka ženy by měla být tedy stejně důležitá jako ta tělesná. Důležité je věnovat ženám v poporodním období dostatečnou pozornost, podporu a prostor pro sdílení emocí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ADEWUYA, Abiodun O.; OLA, Bola A.; DADA, Atinuke O. a FASOTO, Olubunmi O., 2006. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale as a screening tool for depression in late pregnancy among Nigerian women. Online. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. Vol. 27, iss. 4, s. 267–272. ISSN 0167-482X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/01674820600915478>. [cit. 2025-04-23].

AGARWALA, Anamika; ARATHI RAO, P. a NARAYANAN, Prakash, 2019. Prevalence and predictors of postpartum depression among mothers in the rural areas of Udupi Taluk, Karnataka, India: A cross-sectional study. Online. *Clinical Epidemiology and Global Health*. Vol. 7, iss. 3, s. 342–345. ISSN 2213-3984. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cegh.2018.08.009>. [cit. 2025-03-11].

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2022. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fifth edition. Washington, DC: American Psychiatric Association.

AMMERMAN, Robert T.; ALTAYE, Mekibib; PUTNAM, Frank W.; TEETERS, Angelique R.; ZOU, Yuanshu et al., 2015. Depression improvement and parenting in low-income mothers in home visiting. Online. *Archives of Women's Mental Health*. Vol. 18, no. 3, s. 555–563. ISSN 1434-1816. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0479-7>. [cit. 2025-04-06].

AUSTIN, M. P.; HIGHET, N. a EXPERT WORKING GROUP, 2017. *Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline*. Online. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence. [cit. 2025-04-20].

AUSTIN, M.P.; HIGHET, N. a GUIDELINES EXPERT ADVISORY COMMITTEE, 2011. *Clinical practice guidelines for depression and related disorders, anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis, in the perinatal period: a guideline for primary care health professionals*. Melbourne: beyondblue. ISBN 978-1-921821-06-6.

AUSTIN, Marie-Paule V.; MIDDLETON, Philippa; REILLY, Nicole M. a HIGHET, Nicole J., 2013. Detection and management of mood disorders in the maternity setting: The Australian Clinical Practice Guidelines. Online. *Women and Birth*. Vol. 26, iss. 1, s. 2–9. ISSN 1871-5192. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2011.12.001>. [cit. 2025-04-21].

BARBER, Carol Cornsweet; MIDDLEMISS, Wendy a MEDVEDEV, Oleg N., 2022. Applying Rasch methodology to examine and enhance precision of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Online. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 308, s. 391–397. ISSN 0165-0327. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.009>. [cit. 2025-03-09].

BECK, Cheryl Tatano a GABLE, Robert K., 2000. Postpartum Depression Screening Scale: Development and Psychometric Testing. Online. *Nursing Research*. Vol. 49, iss. 5, s. 272–282. ISSN 0029-6562. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/00006199-200009000-00006>. [cit. 2025-04-04].

BECK, Cheryl Tatano a GABLE, Robert K., 2001. Further Validation of the Postpartum Depression Screening Scale. Online. *Nursing Research*. Vol. 50, iss. 3, s. 155–164. ISSN 0029-6562. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/00006199-200105000-00005>. [cit. 2025-04-04].

BENYSHEK, Daniel C.; CHEYNEY, Melissa; BROWN, Jennifer a BOVBJERG, Marit L., 2018. Placentophagy among women planning community births in the United States: Frequency, rationale, and associated neonatal outcomes. Online. *Birth*. Vol. 45, no. 4, s. 459–468. ISSN 0730-7659. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/birt.12354>. [cit. 2025-04-06].

BOBO, William V.; WOLLAN, Peter; LEWIS, Greg; BERTRAM, Susan; KURLAND, Margary J. et al., 2014. Depressive Symptoms and Access to Mental Health Care in Women Screened for Postpartum Depression Who Lose Health Insurance Coverage After Delivery: Findings From the Translating Research Into Practice for Postpartum Depression (TRIPPD) Effectiveness Study. Online. *Mayo Clinic Proceedings*. Vol. 89, iss. 9, s. 1220–1228. ISSN 0025-6196. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.05.011>. [cit. 2025-04-22].

BORRA, Cristina; IACOVOU, Maria a SEVILLA, Almudena, 2015. New Evidence on Breastfeeding and Postpartum Depression: The Importance of Understanding Women's Intentions. Online. *Maternal and Child Health Journal*. Vol. 19, no. 4, s. 897–907. ISSN 1092-7875. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10995-014-1591-z>. [cit. 2025-04-12].

BOYCE, Phillip M a BARTON, Jodi, 2007. Maternal mortality and psychiatric morbidity in the perinatal period. Online. *Medical Journal of Australia*. Vol. 187, iss. 8, s. 474–476. ISSN 0025-729X. Dostupné z: <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01367.x>. [cit. 2025-04-06].

BŘICHÁČEK, Václav; BŘICHÁČKOVÁ, Věra a URBANOVÁ, Miluše, 2000. *Edinburghská škála postnatální deprese: ověření v České republice*. Praha: Iga MZ ČR.

ÇANKAYA, Seyhan a ATAŞ, Ayşenur, 2022. Factors affecting postpartum depression in Turkish women. Online. *Archives of Psychiatric Nursing*. Vol. 41, s. 74–80. ISSN 0883-9417. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2022.07.024>. [cit. 2025-03-11].

CIHAROVA, Marketa; CÍGLER, Hynek; DOSTÁLOVÁ, Veronika; ŠIVICOVÁ, Gabriela a BEZDICEK, Ondrej, 2020. Beck depression inventory, second edition, Czech version: demographic correlates, factor structure and comparison with foreign data. Online. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*. Vol. 24, iss. 4, s. 371–379. ISSN 1365-1501. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/13651501.2020.1775854>. [cit. 2025-03-28].

COX, John L.; HOLDEN, Jeni M. a SAGOVSKY, Ruth, 1987. Detection of Postnatal Depression. Online. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 150, iss. 6, s. 782–786. ISSN 0007-1250. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>. [cit. 2025-03-12].

COX, John L.; HOLDEN, Jeni a HENSHAW, Carol, 2014. *Perinatal Mental Health: The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Manual*. Second edition. London: RCPsych Publications. ISBN 978-1-909726-13-0.

DAŇSOVÁ, Petra; MASOPUSTOVÁ, Zuzana; HANÁČKOVÁ, Veronika; KICKOVÁ, Kristína a KORÁBOVÁ, Iva, 2016. Metoda Patient Health Questionnaire-9: česká verze. Online. *Československá psychologie*. Roč. 60, č. 5, s. 468–481. ISSN 0009-062X. Dostupné z: <https://kramerius.lib.cas.cz/view/uuid:dbb4e465-d0e6-440c-820f-cb2ed48d9377?article=uuid:18db923a-9fce-44cf-96c6-26fe1dbf308f>. [cit. 2025-03-25].

DAVIS, Kristina; PEARLSTEIN, Teri; STUART, Scott; O'HARA, Michael a ZLOTNICK, Caron, 2013. Analysis of brief screening tools for the detection of postpartum depression: Comparisons of the PRAMS 6-item instrument, PHQ-9, and structured interviews. Online. *Archives of Women's Mental Health*. Vol. 16, iss. 4, s. 271–277. ISSN 1434-1816. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0345-z>. [cit. 2025-03-25].

EISENACH, James C.; PAN, Peter H.; SMILEY, Richard; LAVAND'HOMME, Patricia; LANDAU, Ruth et al., 2008. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. Online. *Pain*. Vol. 140, no. 1, s. 87–94. ISSN 0304-3959. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pain.2008.07.011>. [cit. 2025-05-13].

FAIT, Tomáš, 2021. *Šestinedělí*. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-685-6.

FIALA, Adam; ŠVANCARA, Jan; KLÁNOVÁ, Jana a KAŠPÁREK, Tomáš, 2017. Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. Online. *BMC Psychiatry*. Vol. 17, no. 104, s. 1–10. ISSN 1471-244X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1261-y>. [cit. 2025-03-18].

GALBALLY, M; SVED-WILLIAMS, A; KRISTIANOPULOS, D; MERCURI, K; BROWN, P et al., 2019. Comparison of public mother–baby psychiatric units in Australia: similarities, strengths and recommendations. Online. *Australasian Psychiatry*. Vol. 27, no. 2, s. 112–116. ISSN 1039-8562. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1039856218810165>. [cit. 2025-04-20].

GLAZE, Robin a COX, John L., 1991. Validation of a computerized version of the 10-item (self-rating) Edinburgh postnatal depression scale. Online. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 22, no. 1-2, s. 73–77. ISSN 0165-0327. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(91\)90086-8](https://doi.org/10.1016/0165-0327(91)90086-8). [cit. 2025-04-22].

GRESSIER, Florence; ROTENBERG, Samuel; CAZAS, Odile a HARDY, Patrick, 2015. Postpartum electroconvulsive therapy: a systematic review and case report. Online. *General Hospital Psychiatry*. Vol. 37, no. 4, s. 310–314. ISSN 0163-8343. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.04.009>. [cit. 2025-04-06].

HAHN-HOLBROOK, Jennifer; CORNWELL-HINRICHS, Taylor a ANAYA, Itzel, 2018. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. Online. *Frontiers in Psychiatry*. Vol. 8, article 248, s. 1–23. ISSN 1664-0640. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00248>. [cit. 2025-03-21].

HANUSA, Barbara H.; SCHOLLE, Sarah Hudson; HASKETT, Roger F.; SPADARO, Kathleen a WISNER, Katherine L., 2008. Screening for Depression in the Postpartum Period: A Comparison of Three Instruments. Online. *Journal of Women's Health*. Vol. 17, iss. 4, s. 585–596. ISSN 1540-9996. Dostupné z: <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.0248>. [cit. 2025-04-04].

HEWITT, C; GILBODY, S; BREALEY, S; PAULDEN, M; PALMER, S et al., 2009. Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis

and value of information analysis. Online. *Health Technology Assessment*. Vol. 13, iss. 36, s. 1–230. ISSN 1366-5278. Dostupné z: <https://doi.org/10.3310/hta13360>. [cit. 2025-04-22].

HORÁKOVÁ, Anna; NOSKOVÁ, Eliška; ŠVANCER, Patrik; MARCIÁNOVÁ, Vladislava; KOLIBA, Peter et al., 2022. Přesnost Edinburské škály poporodní deprese ve screeningu těžké depresivní poruchy a dalších psychických poruch u žen ke konci šestinedělí. Online. *Česká gynekologie*. Vol. 87, iss. 1, s. 19–26. ISSN 1210-7832. Dostupné z: <https://doi.org/10.48095/ccccg202219>. [cit. 2025-04-23].

HOWARD, Louise M.; MEGNIN-VIGGARS, Odette; SYMINGTON, Iona; PILLING, Stephen a GUIDELINE DEVELOPMENT GROUP, 2014. Antenatal and postnatal mental health: summary of updated NICE guidance. Online. *BMJ*. Vol. 349, no. g7394. ISSN 1756-1833. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.g7394>. [cit. 2025-04-20].

CHAN, Chui Yi; LEE, Antoinette Marie; KOH, Yee Woen; LAM, Siu Keung; LEE, Chin Peng et al., 2020. Associations of body dissatisfaction with anxiety and depression in the pregnancy and postpartum periods: A longitudinal study. Online. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 263, s. 582–592. ISSN 0165-0327. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.032>. [cit. 2025-03-11].

JONES, Cindy J.; CREEDY, Debra K. a GAMBLE, Jenny A., 2013. Response to: “Detection and management of perinatal depression by midwives.” Online. *Women and Birth*. Vol. 26, iss. 1, s. e66. ISSN 1871-5192. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2012.07.003>. [cit. 2025-04-21].

KANG, Seo Young; KHANG, Young-Ho; JUNE, Kyung Ja; CHO, Sung-Hyun; LEE, Ji Yun et al., 2022. Prevalence and risk factors of maternal depression among women who participated in a home visitation program in South Korea. Online. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Vol. 57, iss. 6, s. 1167–1178. ISSN 0933-7954. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02226-w>. [cit. 2025-03-11].

KHALIFEH, Hind; HUNT, Isabelle M; APPLEBY, Louis a HOWARD, Louise M, 2016. Suicide in perinatal and non-perinatal women in contact with psychiatric services: 15 year findings from a UK national inquiry. Online. *The Lancet Psychiatry*. Vol. 3, iss. 3, s. 233–242. ISSN 2215-0366. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00003-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00003-1). [cit. 2025-04-20].

KINGSTON, Dawn; AUSTIN, Marie-Paule; VELDHUYZEN VAN ZANTEN, Sander; HARVALIK, Paula; GIALLO, Rebecca et al., 2017. Pregnant Women’s Views on the

Feasibility and Acceptability of Web-Based Mental Health E-Screening Versus Paper-Based Screening: A Randomized Controlled Trial. Online. *Journal of Medical Internet Research*. Vol. 19, iss. 4. ISSN 1438-8871. Dostupné z: <https://doi.org/10.2196/jmir.6866>. [cit. 2025-04-11].

KNIGHTS, Jayci E.; SALVATORE, Michelle L.; SIMPKINS, Gunda; HUNTER, Krystal a KHANDELWAL, Meena, 2016. In search of best practice for postpartum depression screening: is once enough? Online. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. Vol. 206, s. 99–104. ISSN 0301-2115. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.08.030>. [cit. 2025-05-18].

KRONENFELD, Nirit; BERLIN, Maya; SHANIV, Dotan a BERKOVITCH, Matitiah, 2017. Use of Psychotropic Medications in Breastfeeding Women. Online. *Birth Defects Research*. Vol. 109, no. 12, s. 957–997. ISSN 2472-1727. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/bdr2.1077>. [cit. 2025-04-05].

LANJEWAR, Shraddha; NIMKAR, Shilpa a JUNGARI, Suresh, 2021. Depressed Motherhood: Prevalence and Covariates of Maternal Postpartum Depression among Urban Mothers in India. Online. *Asian Journal of Psychiatry*. Vol. 57, article 102567, s. 1–6. ISSN 1876-2018. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102567>. [cit. 2025-03-11].

LEVIS, Brooke; NEGERI, Zelalem; SUN, Ying; BENEDETTI, Andrea a THOMBS, Brett D, 2020. Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) for screening to detect major depression among pregnant and postpartum women: systematic review and meta-analysis of individual participant data. Online. *BMJ*. Vol. 371, m4022, s. 1–10. ISSN 1756-1833. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmj.m4022>. [cit. 2025-04-23].

LI, Howard J.; MARTINEZ, Pedro E.; LI, Xiaobai; SCHENKEL, Linda A.; NIEMAN, Lynnette K. et al., 2020. Transdermal estradiol for postpartum depression: results from a pilot randomized, double-blind, placebo-controlled study. Online. *Archives of Women's Mental Health*. Vol. 23, no. 3, s. 401–412. ISSN 1434-1816. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00991-3>. [cit. 2025-04-05].

LIU, Shiping; YAN, Yan; GAO, Xiao; XIANG, Shiting; SHA, Tingting et al., 2017. Risk factors for postpartum depression among Chinese women: path model analysis. Online. *BMC Pregnancy and Childbirth*. Vol. 17, no. 133, s. 1–7. ISSN 1471-2393. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1320-x>. [cit. 2025-03-11].

MAH, Beth L.; VAN IJZENDOORN, Marinus H.; SMITH, Roger a BAKERMANS-KRANENBURG, Marian J., 2013. Oxytocin in postnatally depressed mothers: Its influence on mood and expressed emotion. Online. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. Vol. 40, s. 267–272. ISSN 0278-5846. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2012.10.005>. [cit. 2025-04-06].

MATIJASEVICH, Alicia; MUNHOZ, Tiago N; TAVARES, Beatriz Franck; BARBOSA, Ana Paula Pereira Neto; DA SILVA, Diego Mello et al., 2014. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) for screening of major depressive episode among adults from the general population. Online. *BMC Psychiatry*. Vol. 14, no. 284, s. 1–9. ISSN 1471-244X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0284-x>. [cit. 2025-04-23].

MELTZER-BRODY, Samantha; BOSCHLOO, Lynn; JONES, Ian; SULLIVAN, Patrick F. a PENNINX, Brenda W., 2013. The EPDS-Lifetime: assessment of lifetime prevalence and risk factors for perinatal depression in a large cohort of depressed women. Online. *Archives of Women's Mental Health*. Vol. 16, no. 6, s. 465–473. ISSN 1434-1816. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0372-9>. [cit. 2025-04-23].

MILGROM, Jeannette a GEMMILL, Alan W., 2015. *Identifying Perinatal Depression and Anxiety: Evidence-Based Practice in Screening, Psychosocial Assessment, and Management*. Online. New York: Wiley. ISBN 978-1-118-50972-2. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/9781118509722>. [cit. 2025-03-18].

MILGROM, Jeannette; DANAHER, Brian G; GEMMILL, Alan W; HOLT, Charlene; HOLT, Christopher J et al., 2016. Internet Cognitive Behavioral Therapy for Women With Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster. Online. *Journal of Medical Internet Research*. Vol. 18, no. 3, s. e54. ISSN 1438-8871. Dostupné z: <https://doi.org/10.2196/jmir.4993>. [cit. 2025-04-06].

MOLENAAR, Nina M; KAMPERMAN, Astrid M; BOYCE, Philip a BERGINK, Veerle, 2018. Guidelines on treatment of perinatal depression with antidepressants: An international review. Online. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. Vol. 52, no. 4, s. 320–327. ISSN 0004-8674. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/0004867418762057>. [cit. 2025-04-05].

MURRAY, Declan a COX, John L., 1990. Screening for depression during pregnancy with the edinburgh depression scale (EDDS). Online. *Journal of Reproductive and Infant*

Psychology. Vol. 8, no. 2, s. 99–107. ISSN 0264-6838. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/02646839008403615>. [cit. 2025-05-18].

NAM, Jin Young; CHOI, Young; KIM, Juyeong; CHO, Kyoung Hee a PARK, Eun-Cheol, 2017. The synergistic effect of breastfeeding discontinuation and cesarean section delivery on postpartum depression: A nationwide population-based cohort study in Korea. Online. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 218, s. 53–58. ISSN 0165-0327. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.04.048>. [cit. 2025-03-12].

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ, 2024. *Tiskové zprávy*. Online. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/media-pr/tiskove-zpravy/vznika-nova-verze-unikatni-aplikace-na-podporu-dusevniho-zdravi-v-tehotenstvi-a-po-porodu-pomohli-specialiste-dobrovolnici-z-ceskodigital>. [cit. 2025-05-17].

NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ, 2025. *Tiskové zprávy*. Online. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/media-pr/tiskove-zpravy/v-cesku-budou-s-dusevnim-zdravim-maminek-pomahat-porodni-asistentky-diky-novemu-kurzu>. [cit. 2025-04-04].

NELSON, David B.; FREEMAN, Marlene P.; JOHNSON, Neysa L.; MCINTIRE, Donald D. a LEVENO, Kenneth J., 2013. A prospective study of postpartum depression in 17 648 parturients. Online. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. Vol. 26, no. 12, s. 1155–1161. ISSN 1476-7058. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/14767058.2013.777698>. [cit. 2025-04-21].

NISAR, Anum; YIN, Juan; WAQAS, Ahmed; BAI, Xue; WANG, Duolao et al., 2020. Prevalence of perinatal depression and its determinants in Mainland China: A systematic review and meta-analysis. Online. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 277, s. 1022–1037. ISSN 0165-0327. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.046>. [cit. 2025-03-11].

NORHAYATI, M.N.; NIK HAZLINA, N.H.; ASRENEE, A.R. a WAN EMILIN, W.M.A., 2015. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. Online. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 175, s. 34–52. ISSN 0165-0327. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>. [cit. 2025-03-25].

O'HARA, Michael W. a MCCABE, Jennifer E., 2013. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. Online. *Annual Review of Clinical Psychology*. Vol. 9, s. 379–407. ISSN 1548-5943. Dostupné z: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>. [cit. 2025-03-09].

O'HARA, Michael W.; PEARLSTEIN, Teri; STUART, Scott; LONG, Jeffrey D.; MILLS, James A. et al., 2019. A placebo controlled treatment trial of sertraline and interpersonal psychotherapy for postpartum depression. Online. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 245, s. 524–532. ISSN 0165-0327. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.10.361>. [cit. 2025-04-06].

THE PARENT INFANT RESEARCH INSTITUTE, 2024. *Further Assessment of Perinatal Depression Following Screening*. Online. Dostupné z: <https://www.piri.org.au/further-assessment-of-perinatal-depression-following-screening/>. [cit. 2025-05-18].

PAPAMARKOU, Maria; SARAFIS, Pavlos; KAITE, Charis P.; MALLIAROU, Maria; TSOUNIS, Andreas et al., 2017. Investigation of the association between quality of life and depressive symptoms during postpartum period: a correlational study. Online. *BMC Women's Health*. Vol. 17, no. 115, s. 1–9. ISSN 1472-6874. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0473-0>. [cit. 2025-05-13].

PERINATAL, 2021. *O projektu*. Online. Dostupné z: <https://perinatal.cz/o-projektu>. [cit. 2025-04-04].

PRADY, Stephanie L.; MILES, Jeremy N.V.; PICKETT, Kate E.; FAIRLEY, Lesley; BLOOR, Karen et al., 2013. The psychometric properties of the subscales of the GHQ-28 in a multi-ethnic maternal sample: results from the Born in Bradford cohort. Online. *BMC Psychiatry*. Vol. 13, iss. 55, s. 1–14. ISSN 1471-244X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-55>. [cit. 2025-03-28].

PRIYA, Tanu; KAUSHAL, Sushruti; DOGRA, Poojan a DOGRA, Vinay, 2024. Prevalence and risk factors of postpartum depression in sub-Himalayan region. Online. *Medical Journal Armed Forces India*. Vol. 80, iss. 2, s. 161–165. ISSN 0377-1237. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2021.12.003>. [cit. 2025-03-12].

PROCHÁZKA, Martin; BARTOŠOVÁ, Petra; BODNÁR, Vojtěch; BUBENÍKOVÁ, Štěpánka; DORAZILOVÁ, Radmila et al., 2020. *Porodní asistence*. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.

RATISLAVOVÁ, Kateřina, 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky*. Praha: Reklamní atelier Area. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, Aleš; BINDER, Tomáš; CALDA, Pavel; HOŘÍN, Petr; HOŘÍNOVÁ, Věra et al., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2098-7.

SANDERS, Matthew R.; KIRBY, James N.; TELLEGEN, Cassandra L. a DAY, Jamin J., 2014. The Triple P-Positive Parenting Program: A systematic review and meta-analysis of a multi-level system of parenting support. Online. *Clinical Psychology Review*. Vol. 34, no. 4, s. 337–357. ISSN 0272-7358. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.04.003>. [cit. 2025-04-06].

SEGRE, Lisa S.; O'HARA, Michael W.; BROCK, Rebecca L. a TAYLOR, Darby, 2012. Depression Screening of Perinatal Women by the Des Moines Healthy Start Project: Program Description and Evaluation. Online. *Psychiatric Services*. Vol. 63, iss. 3, s. 250–255. ISSN 1075-2730. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100247>. [cit. 2025-04-22].

SHERY ANGEL, Raja Kumar a SATYANARAYAN, Samyuktha, 2024. Screening for postpartum depression among postnatal mothers using Edinburgh postpartum depression scale. Online. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. Vol. 13, no. 6, s. 1441–1446. ISSN 2320-1789. Dostupné z: <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20241423>. [cit. 2025-05-18].

SHOAEI, Fatemeh; MOHSENPOUR, Ziba; NAJARZADEGAN, Mohammad Reza; NEKOUHI, Soudabeh; RAZMJOUEI, Parisa et al., 2019. Sensitivity and Specificity of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) among Iranian Mothers: A Psychometric Study. Online. *Journal of Pediatric Perspectives*. Vol. 7, iss. 12, s. 10533–10540. Dostupné z: <https://doi.org/10.22038/jjp.2019.44006.3653>. [cit. 2025-04-23].

SHWARTZ, Nitza; SHOAHM-VARDI, Ilana a DAOUD, Nihaya, 2019. Postpartum depression among Arab and Jewish women in Israel: Ethnic inequalities and risk factors. Online. *Midwifery*. Vol. 70, s. 54–63. ISSN 0266-6138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.12.011>. [cit. 2025-03-12].

STEPHENSON, Lucy A.; MACDONALD, Alastair J. D.; SENEVIRATNE, Gertrude; WAITES, Freddie a PAWLBY, Susan, 2018. Mother and Baby Units matter: improved outcomes for both. Online. *BJPsych Open*. Vol. 4, no. 3, s. 119–125. ISSN 2056-4724. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.7>. [cit. 2025-04-20].

ŠEBELA, Antonín; HANKA, Jan a MOHR, Pavel, 2018a. Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese. Online. *Česká gynekologie*. Roč. 83, č. 6, s. 474–478. Dostupné

z: https://www.researchgate.net/publication/328319192_Diagnostics_and_modern_trends_in_therapy_of_postpartum_depression#fullTextFileContent. [cit. 2025-03-09].

ŠEBELA, Antonín; HANKA, Jan a MOHR, Pavel, 2018b. Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. Online. *Česká gynekologie*. Roč. 83, č. 6, s. 468–473. PMID: 30848154 Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/328319111_Etiology_risk_factors_and_methods_of_postpartum_depression_prevention. [cit. 2025-03-07].

ŠEBELA, Antonín; MARTAN, Stanislav; KUBRICHTOVÁ, Veronika; HANKA, Jan a MOHR, Pavel, 2019. Prevence perinatálních duševních poruch: současná situace ve světě a v České republice. Online. *Gyn Por.* Roč. 3, č. 3, s. 1–4. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/335224141_Prevention_of_perinatal_mental_disorders_the_current_situation_in_the_world_and_in_the_Czech_Republic/citations. [cit. 2025-04-20].

TAKÁCS, Lea; SOBOTKOVÁ, Daniela; ŠULOVÁ, Lenka; BORŮVKOVÁ, Klára; DITTRICHOVÁ, Jaroslava et al., 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.

TAKÁCS, Lea; SMOLÍK, Filip; MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, Jitka; ČEPICKÝ, Pavel a HOSKOVCOVÁ, Simona, 2016. Poporodní blues – česká adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire“. Online. *Česká gynekologie*. Roč. 81, č. 5, s. 355–368. ISSN 1805-4455. Dostupné z: https://asep.lib.cas.cz/arl-cav/cs/detail-cav_un_epca.3-0471187-Poporodni-blues-ceska-adaptace-dotazniku-Maternity-blues-questionnaire/. [cit. 2025-05-05].

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS., 2018. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. Online. *Obstetrics & Gynecology*. Vol. 132, no. 5, s. 208–212. ISSN 0029-7844. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>. [cit. 2025-04-20].

ÚSMĚV MÁMY, 2020. *O nás*. Online. Dostupné z: <https://www.usmevmamy.cz/o-nas/>. [cit. 2025-04-04].

VENKATESH, Kartik K.; ZLOTNICK, Caron; TRICHE, Elizabeth W.; WARE, Crystal a PHIPPS, Maureen G., 2014. Accuracy of Brief Screening Tools for Identifying Postpartum Depression Among Adolescent Mothers. Online. *Pediatrics*. Vol. 133, no. 1, s. e45–e53. ISSN 1098-4275. Dostupné z: <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1628>. [cit. 2025-04-23].

VIK, Kari; AASS, Inger Margrete; WILLUMSEN, Anne Britt a HAFTING, Marit, 2021. Experiences with the routine use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale from health visitors' and midwives' perspectives – An exploratory qualitative study. Online. *Midwifery*. Vol. 100, article 103017, s. 1–7. ISSN 0266-6138. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103017>. [cit. 2025-04-23].

WANG, Jie; LIU, Na; SUN, Weijia; CHEN, Dandan; ZHAO, Jingxia et al., 2018. Association between vitamin D deficiency and antepartum and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Online. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. Vol. 298, iss. 6, s. 1045–1059. ISSN 0932-0067. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00404-018-4902-6>. [cit. 2025-03-11].

WARNER, Rachel; APPLEBY, Louis; WHITTON, Anna a FARAGHER, Brian, 1996. Demographic and Obstetric Risk Factors for Postnatal Psychiatric Morbidity. Online. *British Journal of Psychiatry*. Vol. 168, no. 5, s. 607–611. ISSN 0007-1250. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.168.5.607>. [cit. 2025-05-13].

WILHELMOVÁ, Radka; KAŠOVÁ, Lucie; SEDLICKÁ, Natálie; DOUBEK, Radan; HRUBAN, Lukáš et al., 2021. *Vybrané kapitoly Porodní asistence*. MedMuni. ISBN 978-80-210-8204-5.

WISNER, Katherine L.; SIT, Dorothy K. Y.; MCSHEA, Mary C.; RIZZO, David M.; ZORETICH, Rebecca A. et al., 2013. Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings. Online. *JAMA Psychiatry*. Vol. 70, iss. 5, s. 490–498. ISSN 2168-622X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>. [cit. 2025-04-22].

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2025. *Recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee*. Online. Second edition. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-008059-1. Dostupné z: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380666/9789240080591-eng.pdf?sequence=1>. [cit. 2025-04-01].

WU, Dadong; JIANG, Lei a ZHAO, Guanglin, 2022. Additional evidence on prevalence and predictors of postpartum depression in China: A study of 300,000 puerperal women covered by a community-based routine screening programme. Online. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 307, s. 264–270. ISSN 0165-0327. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.011>. [cit. 2025-03-11].

YAQOOB, Hina; JU, Xing-Da; BIBI, Maryum; ANWAR, Saeed a NAZ, Sumaira, 2024. "A systematic review of risk factors of postpartum depression. Evidence from Asian culture". Online. *Acta Psychologica*. Vol. 249, article 104436, s. 1–10. ISSN 0001-6918. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2024.104436>. [cit. 2025-03-11].

YAWN, B. P.; PACE, W.; WOLLAN, P. C.; BERTRAM, S.; KURLAND, M. et al., 2009. Concordance of Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) and Patient Health Questionnaire (PHQ-9) to Assess Increased Risk of Depression among Postpartum Women. Online. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. Vol. 22, no. 5, s. 483–491. ISSN 1557-2625. Dostupné z: <https://doi.org/10.3122/jabfm.2009.05.080155>. [cit. 2025-05-18].

YOUN, HyunChul; LEE, Suji; HAN, Sung Won; KIM, Log Young; LEE, Tae-Seon et al., 2017. Obstetric risk factors for depression during the postpartum period in South Korea: a nationwide study. Online. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 102, s. 15–20. ISSN 0022-3999. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.09.003>. [cit. 2025-03-12].

ZHANG, Xiaoli; WANG, Lin; HUANG, Fenghua; LI, Jiafu; XIONG, Li et al., 2014. Gene–environment interaction in postpartum depression: A Chinese clinical study. Online. *Journal of Affective Disorders*. Vol. 165, s. 208–212. ISSN 0165-0327. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.04.049>. [cit. 2025-03-11].

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Poměr respondentek dle míry rizika rozvoje PPD	40
Graf 2 Věk respondentek	42
Graf 3 Nejvyšší dokončené vzdělání respondentek	43
Graf 4 Ekonomická aktivita respondentek.....	44
Graf 6 Počet dětí respondentek	46
Graf 7 Parita respondentek	47
Graf 8 Předčasný porod u respondentek	48
Graf 9 Způsob porodu respondentek	49

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Incidence symptomů PPD.....	41
Tabulka 2 Věk respondentek.....	42
Tabulka 3 Nejvyšší dokončené vzdělání respondentek	43
Tabulka 4 Ekonomická aktivita respondentek	44
Tabulka 5 Rodinný stav respondentek	45
Tabulka 6 Počet dětí respondentek	46
Tabulka 7 Parita respondentek.....	47
Tabulka 8 Předčasný porod u respondentek	48
Tabulka 9 Způsob porodu respondentek	49

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

ACOG	The American College of Obstetricians and Gynecologists (Americká gynekologicko-porodnická společnost)
BDI-II	Beck Depression Inventory-II (Beckova škála deprese-II)
COPE	Centre of Perinatal Excellence (Centrum perinatální excelence)
ČR	Česká republika
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
ECT	Electroconvulsive therapy (elektrokonvulzivní terapie)
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale (Edinburská škála postnatální deprese)
GHQ-28	General Health Questionnaire-28
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
IDA	Irritability, Depression and Anxiety Scale
IPT	Interpersonal psychotherapy (interpersonální terapie)
KBT	Cognitive-behavioural therapy (kognitivně-behaviorální terapie)
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Národní institut pro zdravotnickou excelenci)
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
OCD	Obsessive-compulsive disorder (obsedantně-kompulzivní porucha)
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9 (Zdravotní dotazník-9)
PIRI	Parent Infant Research Institute
PPD	Postpartum depression (poporodní deprese)
PTSD	Post-traumatic stress disorder (posttraumatická stresová porucha)
SSRI	Selective Serotonin Reuptake Inhibitors (selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Žádost o umožnění výzkumného šetření

Příloha P II: Žádost o umožnění přístupu k informacím

PŘÍLOHA P I: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Obracejme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti, které bude níže uvedená studentka realizovat v rámci zpracování bakalářské práce, jejíž součástí je i výzkumná část. Jedná se o studentku 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studentky	Michaela Buráňová
Téma bakalářské práce	Využití Edinburghské škály poporodní deprese na oddělení šestinedělí
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Dagmar Pilíková  podpis
Metoda výzkumu	Standardizovaný dotazník
Skupina respondentů	Ženy po porodu, šestinedělky v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně
Pracoviště	Vyjadření vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)
	☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím
	☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím
	☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 10. 11. 2024

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd

.....
ředitel

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ PŘÍSTUPU K INFORMACÍM

Obracíme se na Vás s žádostí o umožnění přístupu k informacím na Vašem pracovišti, pro níže uvedenou studentku. Tato studentka v rámci ukončení studia bude zpracovávat bakalářskou práci, jejíž součástí je teoretická a empirická část. K tomu, aby mohla práci dokončit, potřebuje pracovat s informacemi z Vašeho pracoviště. Studentka je poučena o povinné mlčenlivosti a ochraně dat, včetně důsledků, které jí při porušení mlčenlivosti hrozí. Jedná se o studentku 3. ročníku bakalářského studijního programu Porodní asistence (prezenční forma studia).

Jméno a příjmení studenta	Michaela Buráňová
Téma bakalářské práce	Využití lédinburské škály poporodní deprese na oddělení šestinedělí
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Dagmar Pilíková  podpis
Skupina respondentů	Ženy po porodu, šestinedělky v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně
Pracoviště	Vyjádření: ☒ Vroční sestry / vedoucího pracoviště (nehodící se škrtněte)
	☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím
	☒ Souhlasím ☐ Nesouhlasím

Děkujeme za pochopení a spolupráci.

Ve Zlíně dne 13.11.2024

.....
ředitelka Ústavu zdravotnických věd