

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2025

Nikola Fialová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Poporodní deprese a její zvládání

Bakalářská práce

2025

Nikola Fialová

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Nikola Fialová**  
Osobní číslo: **Z22015**  
Studijní program: **B0913P360036 Porodní asistence**  
Téma práce: **Poporodní deprese a její zvládnání**  
Téma práce anglicky: **Postpartum depression and coping with it**  
Zadávající katedra: **Katedra porodní asistence, perioperační péče a zdravotně sociální péče**

## Zásady pro vypracování

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

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

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Monika Kopecká**  
Katedra porodní asistence, perioperační péče  
a zdravotně sociální péče

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2023**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **30. dubna 2025**

**doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA v.r.**  
děkan

L.S.

**Mgr. Helena Poláčková v.r.**  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 5. března 2025

## **PROHLÁŠENÍ AUTORA**

Prohlašuji:

Práci s názvem Poporodní deprese a její zvládnání jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 27. 4. 2025

Nikola Fialová v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Tímto bych chtěla poděkovat magistře Monice Kopecké za její trpělivost a cenné rady při zpracování této bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentkám, které byly ochotné poskytnout svůj rozhovor do průzkumné části bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala své rodině za veškerou podporu v průběhu studia.

## **ANOTACE**

Bakalářská práce s názvem Poporodní deprese a její zvládání se zaměřuje na problematiku poporodní deprese a její dopad na ženy v poporodním období. Teoretická část práce popisuje poporodní depresi, její příznaky, rizikové faktory a dostupné možnosti diagnostiky a léčby. Výzkumná část je založena na kvalitativním výzkumu, konkrétně na polostrukturovaných rozhovorech. Pro tento výzkum bylo realizováno pět rozhovorů se ženami, které si poporodní depresi prošly. Respondentky popsaly své zkušenosti s tím, jak poporodní depresi zvládaly a jaký vliv měla podpora okolí, zejména partnera a rodiny.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

Poporodní deprese, poporodní období, léčba poporodní deprese, poporodní psychické poruchy

## **TITLE**

Postpartum depression and coping with it

## **ANNOTATION**

The bachelor thesis entitled Postpartum Depression and coping with it focuses on the issue of postpartum depression and its impact on women in the postpartum. The theoretical part of the thesis describes postpartum depression, its symptoms, risk factors and available options for diagnosis and treatment. The exploratory part is based on qualitative research, specifically semi-structured interviews. For this research, five interviews were conducted with women who have experienced postpartum depression. The respondents described their experiences of coping with postnatal depression and the impact of support from those around them, particularly their partner and family.

## **KEYWORDS**

Postpartum depression, postpartum, treatment of postpartum depression, postpartum psychological disorders

## OBSAH

Úvod.....	11
1 Cíl práce.....	13
Teoretická část.....	14
2 Psychické změny v těhotenství.....	14
3 Poporodní období.....	16
3.1 Psychické poporodní změny.....	16
3.2 Psychické poruchy vznikající v poporodním období.....	17
3.2.1 Poporodní blues.....	17
3.2.2 Poporodní psychóza.....	18
4 Poporodní deprese.....	20
4.1 Definice deprese.....	20
4.2 Charakteristika poporodní deprese.....	20
4.3 Projevy.....	20
4.4 Etiologie.....	21
4.5 Rizikové faktory.....	22
4.6 Diagnostika.....	22
4.6.1 Edinburghská škála poporodní deprese.....	23
4.7 Typy poporodní deprese.....	23
4.8 Léčba poporodní deprese.....	23
4.8.1 Nefarmakologická léčba poporodní deprese.....	24
4.8.2 Farmakologická léčba.....	26
4.9 Prevence.....	27
4.10 Role partnera při poporodní depresi.....	27
4.11 Péče porodní asistentky o ženu s psychickými poruchami v poporodním období.....	27
Výzkumná část.....	29
5 Metodika průzkumné části.....	29

5.1	Cíl výzkumného šetření.....	29
5.2	Strategie výzkumného šetření .....	29
5.2.1	Výzkumná strategie .....	30
5.2.2	Výzkumná technika .....	30
5.3	Výběr a popis výzkumného souboru.....	30
5.4	Průběh výzkumného šetření .....	31
5.5	Sebereflexe výzkumníka a etické aspekty výzkumu.....	32
6	Analýza a interpretace dat.....	34
6.1	Analýza a interpretace prvního dílčího cíle .....	34
6.2	Analýza a interpretace druhého dílčího cíle.....	36
6.3	Analýza a interpretace třetího dílčího cíle .....	38
6.4	Shrnutí dílčích cílů a hlavního cíle práce.....	41
7	Diskuze .....	44
8	Závěr .....	48
9	Použitá literatura .....	50

## **SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK**

Tabulka 1 - Profil respondentek.....	31
--------------------------------------	----

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

EKT	Elektrokonvulzivní terapie
IPT	Interpersonální terapie
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
PA	Porodní asistentka
PPD	Poporodní deprese
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu

## ÚVOD

Období po porodu je pro většinu žen velmi intenzivní životní etapou, která s sebou nese nejen radost z narození dítěte, ale také značné psychické, fyzické a sociální změny. Přestože je mateřství často spojováno s pozitivními emocemi, pro mnoho žen může být zároveň zdrojem nejistoty, úzkosti či hlubších psychických obtíží. Jednou z duševních poruch, které se mohou v šestinedělí objevit, je poporodní deprese. Podle metaanalýzy Fish-Williamson a Hahn-Holbrook (2023) zahrnující 412 studií je celosvětová prevalence poporodní deprese odhadována na 19,18 %, což ukazuje, že tento problém se týká velkého množství žen napříč různými kulturami a socioekonomickými skupinami. Tato porucha má závažný dopad nejen na psychiku matky, ale i na její vztah k dítěti, partnerovi a okolnímu prostředí. Přesto je poporodní deprese stále obestřena jistou mírou stigmatizace a nedostatečné informovanosti, a to jak ze strany veřejnosti, tak i samotných žen.

Zvládání poporodní deprese je podstatné pro zajištění zdraví matky i jejího dítěte. Existuje několik účinných metod, jak tento stav řešit, včetně farmakologické léčby a psychoterapeutických přístupů. Včasné rozpoznání a intervence jsou zásadní pro prevenci dlouhodobých negativních důsledků, které by mohly ovlivnit psychické zdraví matky, vztahy s partnerem a celkový vývoj dítěte.

Tato práce se zaměřuje na to, jak ženy prožívají a zvládají poporodní depresi. Hlavním cílem je popsat strategie a mechanismy zvládání poporodní deprese z pohledu žen, které jí prošly. Hlavním cílem průzkumné části práce je zjistit, jak ženy prožívají a zvládají poporodní depresi. Práce se dále soustředí na mechanismy, které ženy využívají k překonání poporodní deprese, na roli sociální podpory při zvládání poporodní deprese a na to, jak poporodní deprese ovlivnila každodenní život a vztahy těchto žen.

K dosažení těchto cílů byl zvolen kvalitativní výzkum prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s ženami, které mají s touto nemocí byly diagnostikovány. Výsledky výzkumu mohou přispět k lepšímu pochopení této problematiky, a zároveň poskytnout podněty pro zlepšení péče o ženy v poporodním období, a to nejen v oblasti zdravotnictví, ale i v rámci širšího sociálního prostředí.

Výběr tohoto tématu pro moji bakalářskou práci je motivován nejen mým osobním zájmem o oblast duševního zdraví, ale také nedostatkem dostatečné podpory pro ženy v poporodním období v současné zdravotní péči. Jako studentka porodní asistence se setkávám s tím, jak důležité je komplexní a citlivé přistupování k ženám v tomto období. Domnívám se, že zvýšení

povědomí o poporodní depresi a její lepší diagnostika a léčba mohou mít zásadní vliv na zlepšení života mnoha žen a jejich rodin.

# 1 CÍL PRÁCE

Cíl teoretické části této práce je charakterizovat psychické změny, které mohou ženy po porodu zažít, přičemž zvláštní pozornost je věnována poporodní depresi jako jednomu z nejvýznamnějších témat.

Hlavním cílem průzkumné části práce je zjistit, jak ženy prožívají a zvládají poporodní depresi. Dílčími cíli je zjistit mechanismy, které ženy využívají k překonání poporodní deprese, zjistit roli sociální podpory při zvládání poporodní deprese a prozkoumat dopad poporodní deprese na jejich vztahy.

## TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části bakalářské práce jsou rozebrány psychické změny, které mohou nastat v poporodním období. Hlavní pozornost je věnována poporodní depresi, ale zmíněny jsou také poporodní blues a poporodní psychóza. Tyto další poruchy jsou do textu zahrnuty s cílem poskytnout ucelený pohled na psychické potíže, které mohou ženy v tomto období zažívat.

## 2 PSYCHICKÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství představuje jedno z klíčových vývojových období v životě ženy, které s sebou přináší významné změny. Žena si musí osvojit nové návyky, což zahrnuje úpravu dosavadních vzorců chování, přičemž některé z nich je nutné zcela opustit a nahradit novými, vhodné její nové roli. Tento přechodný proces často vyvolává pocity nejistoty, úzkosti, strachu, zmatku, a dokonce i stesk po minulosti. Důležitou součástí této nové role je, aby žena cítila podporu a přijetí ze strany svého okolí (Bašková, 2015, s. 9).

Změny, ke kterým v průběhu těhotenství dochází, lze rozdělit podle jednotlivých trimestrů:

Podle Pařízka (2020, s. 195) v prvním trimestru se těhotná žena často soustředí více na sebe, projevuje se jako introvert a sleduje změny, které nastávají v jejím těle. Úlohou v tomto období je přijetí těhotenství.

S těhotenstvím se vyrovnává zejména díky odborným vyšetřením, kdy si začíná uvědomovat realitu svého stavu. Typickými emocemi tohoto období jsou nejistota, nervozita a časté změny nálad. Konflikty mezi budoucími rodiči mohou vznikat kvůli přijetí nových životních rolí. V těchto situacích je vhodné, aby rodiče vyhledali podporu odborníků, jako jsou porodní asistentky nebo psychologové, kteří mohou pomoci zpracovat vlastní nejistoty (Bašková, 2015, s. 9).

Druhý trimestr začíná kolem 13. týdne a je obvykle spojen s lepším psychickým i fyzickým stavem těhotné ženy. První pohyby dítěte jsou cítit mezi 18. a 20. týdnem, což posiluje vztah mezi matkou a dítětem. V této fázi se žena zaměřuje na zdravý životní styl a spolupráci se zdravotnickým personálem pro zdárný vývoj těhotenství. Důležité je přijetí dítěte jako samostatné bytosti a příprava na jeho příchod (Roztočil et al., 2017, s. 113).

Třetí trimestr je obdobím zvýšených nároků, kdy dochází k velkému zatížení těla i mysli těhotné ženy. Objevují se obavy z porodu a jeho průběhu. Psychicky náročné může být i období "hnízdění", kdy se žena připravuje na příchod dítěte. Typickými emocemi jsou strach z porodu

a úzkost z bolesti nebo komplikací. Významnou roli hraje i strach z mateřství a obavy z odpovědnosti za dítě. Podpora ze strany porodních asistentek a odborníků může v tomto období výrazně pomoci snížit tyto obavy a připravit ženu na porod (Bašková, 2015, s. 10).

### **3 POPORODNÍ OBDOBÍ**

Poporodní období neboli šestinedělí, jak název vypovídá je období šesti týdnů od porodu a zahrnuje řadu fyziologických i psychických změn. Dochází k procesu, během něhož se většina změn vyvolaných těhotenstvím a porodem, jako například porodní poranění, postupně vrací do původního stavu a tělo ženy se přizpůsobuje stavu před těhotenstvím. (Procházka, 2020, s. 593).

Po porodu dochází k významnému poklesu hladiny placentárních hormonů. Placentární laktogen mizí během několika hodin, zatímco choriový gonadotropin klesá na nulu do 11. až 16. dne po porodu. Hladina estrogeneru a progesteronu se snižuje během prvního týdne po porodu a stabilizuje se na úrovních typických pro folikulární fázi menstruačního cyklu. U žen, které nekojí, dosahuje estradiol hodnot folikulární fáze přibližně po třech týdnech, zatímco u kojících žen to trvá 60 až 80 dnů. Hladina prolaktinu u žen, které nekojí, rychle klesá, zatímco u kojících žen zůstává zvýšená v závislosti na intenzitě kojení. Hladina folikuly stimulujícího hormonu a luteinizačního hormonu je po porodu nízká, ale hodnot typických pro folikulární fázi dosahuje přibližně třetí týden po porodu (Fait, 2021, s. 14).

#### **3.1 Psychické poporodní změny**

Po porodu se ženy běžně vrací v myšlenkách k jeho průběhu a srovnávají své očekávání s tím, co skutečně zažily. Tento prožitek má vliv na jejich sebehodnocení a vnímání sebe sama, a zároveň pro ně představuje přechod od ukončeného těhotenství k přijetí dítěte jako samostatné bytosti. Často přemýšlejí nad tím, jak zvládnou péči o dítě, dávají si otázky spojené s jejich mateřskými kompetencemi a zdali budou dobrou matkou (Wilhemová et al., 2021, s. 375).

V prvních hodinách a dnech po porodu lze u mnoha žen pozorovat pocity radosti a euforie. Přichází úleva z toho, že porod mají za sebou, a štěstí z přítomnosti dlouho očekávaného dítěte. Tento stav euforie však často netrvá dlouho a místo toho u čerstvé šestinedělky nastanou pocity úzkosti, obavy a bývá i více citlivá. Začínají si totiž uvědomovat náročnost jejich nové každodenní reality, která se může lišit od jejich představ a vyžaduje zodpovědnost, obětavost a trvalou pozornost. Než se plně adaptují na novou roli, mohou se setkat s pocity nejistoty, nedostatečnosti a nízkého sebevědomí (Wilhemová et al., 2021, s. 375).

Prožitky po porodu nejsou formovány jen skutečným průběhem samostatného porodu, ale jsou výrazně ovlivněny subjektivním prožíváním ženy. Nerealizované představy o porodu nebo traumatická zkušenost mohou vést až k posttraumatickým reakcím. Na psychický stav novopečených maminek mají také negativní dopad spánkový deficit a únava. Významnou roli může hrát i fyzická blízkost mezi matkou a dítětem, například to, zda spí společně, či je spánek

narušen obavami o novorozence spícího v jiné místnosti. Dalšími faktory jsou hormonální změny, případná bolest způsobená porodním poraněním a nástup laktace (Wilhemová et al., 2021, s. 375).

Porod ukončený císařským řezem, zejména pokud jde o neplánovanou operaci, může to mít významné následky na psychiku ženy. Různé psychické a psychosomatické obtíže mohou přetrvávat až rok. V některých případech může akutní císařský řez u žen zapříčinit posttraumatickou stresovou poruchu a ženy po císařském řezu méně často zvažují další těhotenství ve srovnání s těmi, které rodily přirozenou cestou. To naznačuje, že zkušenost s císařským řezem může negativně ovlivnit jejich vnímání mateřství a porodních zkušeností (Weiss, 2010, s. 300).

## **3.2 Psychické poruchy vznikající v poporodním období**

Poporodní psychický stav ženy v období šestinedělí je možné rozdělit do tří kategorií, které se mohou prolínat. První skupinu tvoří ženy, jejichž psychický stav se nijak výrazně neodlišuje od běžného stavu netěhotné ženy. Tyto ženy se úspěšně adaptují na novou roli matky, dobře se orientují v mezilidských vztazích a pociťují štěstí a spokojenost. Druhou skupinu je tzv. poporodní blues a následuje poporodní deprese a nejzávažnější forma puerperální psychóza (Roztočil, 2017, s. 218).

### **3.2.1 Poporodní blues**

Poporodní blues neboli baby blues se uvádí jako běžný psychický stav po porodu. Dle Faita (2021, s. 32) se poporodní blues projevuje u 15-84 % žen a z toho u 25 % postižených mohou baby blues přejít v poporodní depresi.

Takács (2015, s. 344-348) uvádí, že na rozdíl od poporodní deprese, která se projevuje přibližně dva týdny po porodu, poporodní blues nastupuje během několika hodin až dní po porodu. Typicky vrcholí mezi třetím a čtvrtým dnem po porodu a obvykle odeznívá v řádu hodin a dnů.

V klinickém obraze se baby blues projevuje emocionální nestabilitou, náladovostí, podrážděností, úzkostnými epizodami, ženy bývají plačtivé a zmatené. Co se týče somatických projevů, setkáváme se s bolestmi hlavy, nechutenstvím, malátností, palpitační a poruchy spánku. Včasná identifikace a podpora jsou zásadní pro prevenci progresu do závažnějších poporodních poruch (Wilhemová et al., 2021, s. 375).

Co se týče léčby, poporodní blues se většinou postupně vytrácí samovolně a obvykle nevyžaduje žádnou specifickou léčbu. Klíčová je podpora okolí, především partnera, rodiny a

blízkých. Zvláštní důraz by měl být kladen na psychickou pomoc, která je v tomto období často důležitější než samotná fyzická pomoc. Ženy by neměly své pocity potlačovat, naopak je doporučeno o nich otevřeně mluvit s někým, komu důvěřují a necítit za své pocity vinu. Velkou roli ale hraje i životní rovnováha. Po porodu bývají matky zahlcené péčí o dítě, že zapomínají samy na sebe. Pro jejich psychickou pohodu je proto důležité najít si čas na sebe samé a na aktivity, které mohou podpořit jejich duševní zdraví, jako například lehké cvičení. Zároveň by se ženy neměly izolovat od okolí, ale naopak zůstat v kontaktu s lidmi, kteří jim budou oporou (Hájek et al., 2014, s. 449).

### **3.2.2 Poporodní psychóza**

Kučerová (2013, s. 15) ve své knize definuje psychózu jako závažnou duševní poruchu, která výrazně narušuje integritu osobnosti jednotlivce. Dochází k nesouladu mezi jednotlivými složkami osobnosti, což vede k jejich nefunkčnosti a vnitřnímu chaosu. Tento stav je charakterizován ztrátou logického uvažování, které je běžně považováno za normální u duševně zdravých osob. Osoba trpící psychózou může vnímat své myšlení a jednání jako smysluplné, avšak okolí jej často nedokáže pochopit. Obrazně lze říct, že jedinec v psychotickém stavu není „sám sebou“, jeho chování se odlišuje od běžného chování, které vykazoval před propuknutím poruchy.

Poporodní psychóza není samostatnou diagnostickou jednotkou, ale spíše akutní psychotickou poruchou, která se může projevit buď jako relaps již dříve diagnostikovaného duševního onemocnění, nebo jako první manifestace nové poruchy se specifickým začátkem v období šestinedělí (Takács et al., 2015, s. 331)

V současnosti se upouští od výrazu „laktační psychóza“, jelikož dle Faita (2021) poporodní psychóza pravděpodobně nesouvisí přímo s kojením. Jak bylo výše zmíněno, jde o demaskování již existujících psychických poruch, přičemž porod a následné kojení mohou působit pouze jako spouštěcí faktory (Fait, 2021, s. 33).

Poporodní psychóza ohrožuje život jak matky, tak dítěte, jelikož velkým rizikem je sebevražda či infanticida. V tomto případě je nutná léčba v psychiatrickém zařízení a kontakt s dítětem je omezen podle stavu ženy a vždy pod dohledem (Takács, 2015, s. 354).

Etiologie poporodní psychózy je komplexní a multifaktoriální, přičemž zahrnuje kombinaci biologických, psychologických a sociálních faktorů. Mezi klíčové faktory podílející se na jejím vzniku patří hormonální fluktuace, zejména rychlý pokles hladiny estrogenu a progesteronu po

porodu, jenž může ovlivnit neurotransmitterové systémy a přispět k poruchám nálady (Perry et al., 2021).

Dále se na rozvoji poporodní psychózy mohou podílet imunologické změny v poporodním období, jako jsou zánětlivé procesy a autoimunitní reakce. Významnou roli může hrát také narušení cirkadiánních rytmtů a spánková deprivace, která je důsledkem zvýšených nároků péče o novorozence. Tyto faktory mohou u jedinců se zvýšenou vulnerabilitou urychlit rozvoj manických nebo psychotických epizod (Perry et al., 2021).

Genetická predispozice představuje významný rizikový faktor, přičemž vyšší pravděpodobnost výskytu poporodní psychózy je zaznamenána u žen s osobní nebo rodinnou anamnézou bipolární poruchy či předchozí epizody poporodní psychózy. Ženy, které prodělaly poporodní psychózu v předchozím těhotenství, mají 57 % pravděpodobnost jejího opětovného výskytu v těhotenství následujícím. Zároveň primipary vykazují vyšší riziko rozvoje poporodní psychózy ve srovnání s multiparami (Lewis, 2014, s. 294).

## **4 POPORODNÍ DEPRESE**

Narození dítěte může řadu emocí, od vzrušení a radosti až po strach a úzkost. V některých případech však může tento zážitek vést k rozvoji poporodní deprese, která bývá vážnější a dlouhodobější než běžné poporodní blues. Zatímco poporodní blues obvykle trvá jen několik týdnů a postupně odezní, PPD může přetrvávat i měsíce a výrazně ovlivnit každodenní život matky (Mayo Clinic, 2022).

### **4.1 Definice deprese**

Deprese, označovaná také jako depresivní porucha, je závažné duševní onemocnění, které se od běžných výkyvů nálady liší svou intenzitou a dlouhodobým trváním. Jedná se především o poruchu emočního prožívání, projevující se přetrvávajícím smutkem, ztrátou zájmu a potěšení z běžných aktivit a sníženou energií. Depresivní epizody trvají většinu dne, téměř každý den, po dobu nejméně dvou týdnů. K dalším příznakům patří poruchy spánku, změny chuti k jídlu, nízká sebeúcta, obtížné soustředění a v některých případech i myšlenky na smrt. Deprese je výsledkem složité interakce biologických, psychologických a sociálních faktorů, dlouhodobým stresem nebo genetickou predispozicí (Orel, 2020, s. 220).

### **4.2 Charakteristika poporodní deprese**

Podle Roztočila (2017, s. 218) se přibližně 10 % žen vyskytne poporodní deprese po ukončení těhotenství, a to bez ohledu na konkrétní okolnosti, jako je spontánní potrat, interrupce, ektopické těhotenství, předčasný porod nebo porod v termínu.

Poporodní deprese často následuje po období poporodního blues, kdy dojde k progresu příznaků, které přetrvávají déle než 14 dní. Může vzniknout 6 měsíců až rok od porodu, nejčastěji po návratu ženy z porodnice do domácího prostředí nebo přibližně tři týdny po porodu, kdy matka postavena před další povinnosti, které přesahují běžnou péči o novorozence, jelikož v tomto období podpora blízkých slábne (Weiss, 2010, s. 300).

### **4.3 Projevy**

Poporodní deprese může mít různé podoby, od mírnějších problémů až po vážné stavy, které mohou zahrnovat myšlenky na sebevraždu. V zásadě se její příznaky nijak zásadně neliší od běžné deprese, kterou mohou ženy zažívat i mimo těhotenství a po porodu (Roztočil, 2017, s. 218).

Poporodní deprese se často projevuje silnou úzkostí a strachem, které výrazně ovlivňují každodenní život žen. Mnohdy mají obtíže s plněním běžných povinností a se zvládnutím péče

o novorozence i sebe samy. Jedním z nejvýznamnějších ukazatelů PPD je pocit odcizení vůči dítěti. Ženy mohou mít potíže s vytvořením citového pouta, pociťovat odpor k fyzickému kontaktu nebo pochybovat o své schopnosti postarat se o něj (Wilhemová et al., 2021, s. 376).

Poporodní deprese ovlivňuje mnoho aspektů života ženy a může zásadně narušit její běžné fungování. Ženy často pociťují ztrátu kontroly nad sebou samými, mohou trpět častými a nekontrolovatelnými záchvaty pláče. Typická je také ztráta zájmu o aktivity, které jim dříve přinášely radost. Často dochází ke změnám ve stravovacích návycích – některé ženy se přejídají, zatímco jiné ztrácejí chuť k jídlu (Hájek et al., 2014, s. 449).

Mezi další projevy PPD patří poruchy spánku, které se mohou projevovat buď nespavostí, nebo naopak hypersomnií. Ženy často vykazují známky psychomotorického neklidu nebo zpomalení, trpí zvýšenou únavou a mají problém s koncentrací. Dochází také ke ztrátě sebedůvěry a k intenzivním pocitům viny, kdy žena obviňuje samu sebe ze svého psychického stavu či ze selhání v mateřské roli (Takács et al., 2015, s. 344).

#### **4.4 Etiologie**

Poporodní deprese je spojována s různými hormonálními a stresovými změnami, které probíhají během těhotenství a po porodu. Podle tradičních biologických teorií může prudký pokles hormonů, jako jsou estrogen a progesteron, po porodu vést k rozvoji depresivních symptomů, zejména u žen, které jsou náchylné. I když některé výzkumy ukazují, že nižší hladiny progesteronu v prvních hodinách po porodu mohou souviset s PPD, důkazy pro tuto teorii nejsou úplně přesvědčivé (Šebela, 2018, s. 469).

Některé studie naznačují, že ženy s poporodní depresí mohou mít v posledním trimestru těhotenství nižší plazmatické koncentrace oxytocinu. Nicméně vzhledem k malému rozsahu výzkumu je třeba výsledky interpretovat s opatrností. Tento hormon může hrát důležitou roli v regulaci emocí a vytvoření vazeb, přičemž nízké hladiny oxytocinu během těhotenství a po porodu mohou zvyšovat náchylnost k depresivním náladám, což naznačuje jeho možný vliv na vznik poporodní deprese (Brummelte a Galea, 2016, s. 155).

Kortizol je klíčový glukokortikoid, který se podílí na regulaci stresu. Během těhotenství a po porodu zůstávají hladiny těchto hormonů vysoké a toto dlouhodobé vystavení vysokým hladinám stresových hormonů může zvyšovat riziko deprese (Brummelte a Galea, 2016).

Celkově je etiologie PPD komplexní a zahrnuje interakci mezi hormonálními změnami, stresovou odpovědí organismu a dalšími faktory, jako je sociální podpora nebo predispozice k depresivním poruchám (Šebela, 2018, s. 470).

#### **4.5 Rizikové faktory**

Z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj poporodní deprese je pozitivní anamnéza deprese před těhotenstvím. U žen, které v minulosti trpěly depresí, je riziko vzniku poporodní deprese až šestkrát vyšší ve srovnání s ženami bez předchozí psychiatrické diagnózy (Šebela, 2018, s. 470).

Mezi rizikové faktory pro vznik poporodní deprese se řadí různé socioekonomické, psychologické a zdravotní aspekty. Patří sem například mladší věk matky, konkrétně věk pod 20 let, přítomnost zdravotního handicapu, status svobodné matky nebo komplikovaný vztah k otci dítěte. Vysoké riziko rozvoje PPD mají také ženy, které vyrůstaly v rodině s více než šesti dětmi nebo v neúplné rodině, či ty, které měly nebo mají problémové vztahy s rodiči. Dále k riziku přispívají ekonomické problémy, obtíže s bydlením, nedokončené základní vzdělání a nízké sebevědomí (Roztočil, 2017, s. 218).

Pokud má člen rodiny ženy v anamnéze psychiatrické onemocnění, zvyšuje se pravděpodobnost vzniku poporodní deprese. K dalším rizikovým faktorům patří neplánované těhotenství a rozpolcené pocity ohledně těhotenství, které rovněž mohou přispět k rozvoji tohoto stavu (Takács et al., 2015, s. 335).

#### **4.6 Diagnostika**

Řada žen si neuvědomuje, že trpí poporodní depresí, a považuje své potíže za běžnou součást mateřství. Vyčerpání a emoční přetížení jsou často vnímány jako normální reakce na péči o novorozence, což může vést k tomu, že deprese zůstane nerozpoznána a neléčená. Společenské normy a očekávání navíc vytvářejí tlak na ženy, aby svou psychickou nepohodu potlačovaly a plnily roli obětavých matek. V důsledku toho je diagnostika poporodní deprese mnohdy opožděná a její projevy jsou brány vážně až ve chvíli, kdy začnou výrazně ovlivňovat každodenní život matky i její rodiny (Nicolson, 2001, s. 41).

Přestože se jedná o relativně častý problém, mnoho žen o svých obtížích nemluví kvůli obavám ze stigmatizace či strachu, že budou považovány za špatné matky nebo za slabé. Její diagnostika vychází z obecných kritérií depresivní poruchy, zahrnujících především pokles nálady a ztrátu zájmu o běžné aktivity. Důležitou roli v diagnostice hrají zdravotníci, kteří mohou přispět k

včasné identifikaci a zahájení léčby, čímž pomohou zlepšit celkovou pohodu matky i dítěte. Nejčastěji používaný nástroj ke screeningu poporodní deprese je Edinburghská škála poporodní deprese (Takács et al., 2015, s. 344).

#### **4.6.1 Edinburghská škála poporodní deprese**

Edinburghská škála poporodní deprese je nejpoužívanějším screeningovým nástrojem pro identifikaci poporodní deprese. Byla vyvinuta na klinice v Livingstonu a Edinburghu a je sestavena z 10 otázek, v nichž ženy hodnotí, jak se cítily v předchozích 7 dnech. Každá otázka je bodována od 0 do 3, přičemž celkové skóre se pohybuje v rozmezí 0 až 30 bodů. Hodnota 10 a více bodů může naznačovat přítomnost PPD. Přestože Edinburghská škála pomáhá včas zachytit ohrožené ženy, konečnou diagnózu musí vždy stanovit lékař (Cox, 2019).

### **4.7 Typy poporodní deprese**

Podle Rohde a Dorn existují tři hlavní typy poporodní deprese (Rohde, Dorn 2007 in Ratislavová, 2008).:

- *Insuficientní typ*: Tento typ poporodní deprese je nejběžnější a projevuje se pocity nedostatečnosti, kdy žena má dojem, že není dobrou matkou. Běžný pocit pochybností se postupně ovlivní, jak žena vnímá sebe sama. Matka má dojem, že není schopná milovat své dítě. Její emoce a pocity mohou být tak silné, že u některých žen vedou k suicidálním myšlenkám. Je kladen důraz na včasnou diagnostiku a léčbu, aby se předešlo dlouhodobým následkům.
- *Nutkavý typ*: U tohoto typu poporodní deprese je hlavním příznakem obsedantní myšlenka související s ohrožením dítěte ze strany matky. Tyto impulzy se objevují samovolně a vzbuzují v ní obavy, výčitky a stud. Pro ženu je náročné otevřeně hovořit o těchto myšlenkových pochodech, a proto se o nich lékaři a porodní asistentky málokdy dozví.
- *Panický typ*: Tento typ deprese se vyznačuje náhlým výskytem panických atak, tedy silného pocitu úzkosti a hrůzy, který je doprovázen symptomy, jako je zrychlený dech, bušení srdce, třes a nadměrné pocení. Během záchvatu paniky může žena cítit závratě, strach ze smrti a obavu o ztrátu kontroly nad sebou.

### **4.8 Léčba poporodní deprese**

Léčba poporodní deprese zahrnuje psychoterapii a antidepresiva jako léčebné metody první volby. U pacientek s mírnou až středně těžkou poporodní depresí je psychoterapie preferovanou

možností léčby. Při středně těžké až těžké depresi se doporučuje kombinace psychoterapie a antidepresiv (Šebela a kol., 2019, s. 34).

#### **4.8.1 Nefarmakologická léčba poporodní deprese**

Nefarmakologická léčba poporodní deprese zahrnuje různé účinné metody, které mohou významně zlepšit duševní zdraví žen po porodu. Jednou z nich jsou internetové léčebné moduly vycházející z kognitivně-behaviorální terapie, které se osvědčily v léčbě lehkých až středně těžkých forem poporodní deprese díky jejich dostupnosti a vysoké míře akceptace ženami. Další efektivní metodou je intrapersonální terapie, která se zaměřuje na osobní vztahy a emoce. Pro závažné případy poporodní deprese se jako metoda volby doporučuje elektrokonvulzivní terapie, která prokazuje vysokou účinnost v situacích, kdy jiné metody mohou selhat (Šebela a kol., 2019, s. 34).

##### **4.8.1.1 Kognitivně-behaviorální terapie**

Kognitivně-behaviorální terapie je jednou z nejefektivnějších metod léčby deprese a dalších psychických poruch. Jejím cílem je nejen zmírnění příznaků, ale také dlouhodobá změna myšlení a chování pacienta. Terapeut pomáhá klientovi identifikovat negativní myšlenkové vzorce a kognitivní omyly, jako je generalizace nebo selektivní abstrakce, a nahrazovat je realističtějšími a adaptivnějšími interpretacemi (Sedláčková a Praško, 2019, s. 15).

V kontextu poporodní deprese tato terapie napomáhá jedincům zpochybňovat neúčinná přesvědčení o sobě samých a jejich rodičovských schopnostech, čímž podporuje rozvoj efektivnějších mechanismů zvládnutí. Výzkumy naznačují, že KBT může významně redukovat depresivní symptomy u žen po porodu, což se pozitivně odráží na jejich psychické pohodě i celkovém fungování (Stewart a Vigod, 2016).

##### **4.8.1.2 Intrapersonální terapie**

Interpersonální terapie je psychotherapeutický přístup zaměřený na identifikaci a řešení mezilidských problémů, které přispívají k rozvoji a udržování deprese. Tento přístup vychází z předpokladu, že příčinou depresivního prožívání jsou potíže v současných mezilidských vztazích. Proces léčby zahrnuje edukaci, emocionální uvolnění, diskuse o možných změnách, hraní rolí a nácvik komunikačních dovedností. Cílem IPT je, aby si jedinec osvojil strategie pro efektivnější zvládnutí interpersonálních problémů a snížil tak riziko návratu depresivních epizod (Sedláčková a Praško, 2019, s. 15).

U poporodní deprese, která může být ovlivněna změnou rolí, smutkem a vztahovými konflikty, se tato terapie soustředí na zlepšení komunikačních dovedností a posílení sociálních

podpůrných sítí. Tato metoda přispívá k úlevě od příznaků poporodní deprese, přičemž dochází ke zlepšení mezilidských vztahů a celkového duševního zdraví (Liu et al., 2023).

#### **4.8.1.3 Elektrokonvulzivní terapie**

Je uznávanou metodou léčby těžké poporodní deprese, zejména v případech, kdy jiné terapeutické přístupy nevedly k dostatečnému zlepšení. Tato metoda spočívá v aplikaci kontrolovaných elektrických impulzů do mozku pacienta, který je během zákroku v celkové anestezii. Elektrokonvulzivní terapie je obzvláště přínosná pro ženy, které trpí silnými suicidálními myšlenkami, psychotickými projevy nebo vážnými poruchami fungování, vyžadujícími okamžitou intervenci, jelikož nástup účinku je rychlý ve srovnání s farmakoterapií, jejíž účinnost se může projevit až po několika týdnech a nabízí rychlejší zmírnění depresivních příznaků. Tato forma léčby může být zároveň vhodnou alternativou pro ženy, které se během kojení chtějí vyhnout užívání psychofarmak. Přestože je EKT obecně považována za bezpečný terapeutický postup, pokud je prováděna kvalifikovanými odborníky, je nezbytné pečlivě zvážit možné nežádoucí účinky, mezi něž patří přechodné poruchy paměti a zmatenost (Polách et al., 2016, s. 138).

#### **4.8.1.4 Skupinové terapie**

Skupinová psychoterapie patří mezi efektivní terapeutické přístupy v léčbě poporodní deprese. Obvykle probíhá v malých skupinách, kde je přibližně 8 až 12 osob pod vedením zkušeného psychoterapeuta. Základem této metody je vzájemná interakce mezi účastníky, která napomáhá k budování podpůrného prostředí. Kromě komunikace mezi členy skupiny dochází i k dynamické interakci mezi terapeutem a jednotlivými účastníky. Jedním z hlavních nástrojů této terapie je rozhovor, jenž může být doplněn o techniky, jako je například hraní rolí. Díky sdílení zkušeností a společné podpoře získávají ženy pocit, že ve svých obtížích nejsou samy, což jim pomáhá lépe zvládat své psychické stavy a pomáhá jim lépe porozumět vlastním prožitkům. Tato forma terapie navíc snižuje pocit sociální izolace, který mnoho žen po porodu zažívá, a poskytuje jim bezpečný prostor pro sdílení svých emocí a hledání cest ke zlepšení psychického stavu (Raboch a Pavlovský, 2020, s. 415).

#### **4.8.1.5 Peer konzultace**

Šebela (2023, st. 34) ve svém článku uvádí, že další z možností je využití služeb peer konzultantek, což je podpůrná intervence, kde pacientka může sdílet své problémy s proškolenou ženou, která sama prošla obdobnou zkušeností s depresí v perinatálním období.

V České republice tuto službu nabízí organizace Úsměv mámy, která se specializuje na podporu žen v perinatálním období, zejména v souvislosti s poporodními depresemi. Organizace poskytuje psychologickou pomoc a poradenství a nabízí také peer konzultace, kde ženy, které samy prošly obdobnými problémy, poskytují podporu těm, které se nacházejí v podobné situaci. Tato forma podpory je založena na sdílení osobních zkušeností, což umožňuje pacientkám lépe se vyrovnat s psychickými problémy spojenými s těhotenstvím a porodem (Šebela, 2023, s. 34).

#### **4.8.2 Farmakologická léčba**

Rozhodování o použití farmakoterapie při léčbě duševních poruch v těhotenství a během kojení bývá často spojeno s nejistotou v klinické praxi. Nicméně, výzkum v oblasti bezpečnosti antidepresiv na základě aktuálních informací existuje několik antidepresiv, která jsou považována za bezpečná pro používání během kojení (Šebela, 2023, s. 70).

Užívání léčiv během kojení je běžné, přičemž většina látek přestupuje do mateřského mléka jen v nízkých koncentracích, které obvykle nepředstavují riziko pro kojence. Přesto je tato problematika často zdrojem obav a nedostatečná informovanost vede k neopodstatněnému omezování léčby. Současné poznatky však ukazují, že přínosy kojení obvykle převažují nad potenciálními riziky. Klíčové je volit vhodná léčiva a upravit dávkování tak, aby byla expozice kojence minimalizována, namísto zbytečného přerušování kojení (Vachek et al., 2016, s. 259).

Takács (2015, s. 350) ve své knize píše, že v případech, kdy je hospitalizace matky nezbytná a žena nemá možnost mít novorozence u sebe, je vhodné zvažovat ukončení kojení, případně zvážit odsávání mateřského mléka v době nízké koncentrace léků. Expozice antidepresivům v mateřském mléce je významně nižší než při přechodu přes placentární bariéru a hladiny léků v mléce jsou relativně nízké s minimálními negativními účinky.

Dle Šebely (2023) se ve farmakologické léčbě poporodní deprese využívají hlavně antidepresiva, přičemž jako léky první volby se doporučují selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu.

Mezi nejbezpečnější preparáty při kojení patří sertralin, jehož přestup do mateřského mléka je minimální. Podobně je možné využít i citalopram nebo escitalopram, jejichž přítomnost v mateřském mléce lze dále snížit správným načasováním podání léku ve vztahu ke kojení. Paroxetin a fluvoxamin se rovněž považují za relativně bezpečné, neboť jejich koncentrace v mateřském mléce zůstávají nízké a u kojených dětí nejsou běžně pozorovány nežádoucí účinky. Fluoxetin, ač patří mezi SSRI, je považován za méně vhodný pro kojící matky, neboť může u

kojenců vyvolat nežádoucí účinky, jako je podrážděnost, zvracení či průjem (Vachek et al., 2016, s. 295).

Úspěšná léčba deprese nespočívá pouze v odstranění akutních projevů, protože předčasné ukončení terapie může vést k relapsu. Zatímco úvodní fáze léčby akutních obtíží obvykle probíhá v horizontu týdnů až několika měsíců, pro snížení rizika opětovného propuknutí onemocnění je nutné v terapii pokračovat přibližně po dobu jednoho roku (Takács et al., 2016, s. 373).

## **4.9 Prevence**

Důležitou součástí prevence poporodní deprese je včasná identifikace žen s rizikovými faktory již v průběhu těhotenství. Screening by měl pokračovat i během šestinedělí a měl by být prováděn všemi zdravotnickými pracovníky, kteří přicházejí do kontaktu s ženou. Klíčové je aktivní sledování jakýchkoli odchylek v psychickém stavu ženy a cílené dotazování na případné negativní pocity či myšlenky, aby bylo možné včas zahájit adekvátní intervenci (Dominiak et al., 2021).

## **4.10 Role partnera při poporodní depresi**

Partner bývá pro ženu v poporodním období nejbližší osobou, a jeho podpora hraje podstatnou roli v jejím psychickém i fyzickém zotavení. Kvalita partnerského vztahu a míra porozumění mohou výrazně ovlivnit, jak žena zvládá nové výzvy spojené s mateřstvím. Podpora partnera je důležitá při snižování rizika poporodní deprese a dalších psychických poruch v období po porodu, včetně úzkostných poruch, posttraumatické stresové poruchy a poporodní psychózy. Emoční podpora ze strany partnera hraje zásadní roli nejen v prevenci těchto stavů, ale také pro jejich zmírnění, čímž přispívá k celkové psychické pohodě ženy. Naopak nedostatek partnerské podpory, násilí, nevěra a konflikty ve vztahu mohou vést k vyšší míře stresu a psychické nepohody matek. Ženy, které mají spolehlivou oporu ve svém partnerovi, se obvykle cítí lépe a mají menší pravděpodobnost rozvoje závažnějších duševních obtíží, zatímco ženy v problematických vztazích jsou vystaveny vyššímu riziku (Antonioni et al., 2022).

## **4.11 Péče porodní asistentky o ženu s psychickými poruchami v poporodním období**

Porodní asistentka se v rámci své péče nesoustředí pouze na fyzický stav šestinedělky, ale také na její psychickou pohodu. Psychické změny po porodu jsou poměrně časté a mohou se projevovat v různé intenzitě. Proto je důležité, aby porodní asistentka včas rozpoznala příznaky

těchto obtíží a poskytla ženě adekvátní podporu. Základem péče je vytvoření bezpečného a klidného prostředí, kde se žena cítí pochopená a respektovaná. Porodní asistentka aktivně naslouchá, podporuje otevřenou komunikaci a povzbuzuje ženu, aby se nebála sdílet své pocity a obavy. Důležité je sledovat její celkové chování, vztah k dítěti i komunikaci s rodinou a okolím. Pokud si asistentka všimne známek nadměrné úzkosti, smutku, podrážděnosti nebo nezájmu o dítě, je třeba situaci dále řešit například konzultací s psychologem či psychiatrem. PA by měla ženu průběžně informovat o důležitosti péče o sebe samu a podporovat ji v tom, aby si dovolila odpočívat a přijmout pomoc od rodiny či blízkých. V případě, že žena nezvládá péči o dítě nebo se u ní objevují závažnější psychické obtíže, jako jsou paranoidní myšlenky či halucinace, je nutné bezodkladně zajistit odbornou psychiatrickou pomoc. Všechny poznatky a provedené intervence porodní asistentka zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace a po propuštění z porodnice doporučuje ženě následnou péči, ať už ve formě psychologických konzultací, podpůrných skupin nebo návazného gynekologického vyšetření na konci šestinedělí (Koudelková, 2013, s. 123).

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 5 METODIKA PRŮZKUMNÉ ČÁSTI

Tato kapitola se věnuje metodice výzkumné části. Nejprve jsou představeny konkrétní cíle výzkumného šetření, následně je popsána zvolená výzkumná strategie a výzkumná technika využitá pro sběr dat. Dále je charakterizován výběr respondentů, kteří se šetření zúčastnili. Kapitola se rovněž zaměřuje na průběh sběru dat a v závěrečných částech obsahuje analýzu a interpretaci získaných dat.

### 5.1 Cíl výzkumného šetření

Hlavním cílem bakalářské práce je zjistit, jak ženy prožívají a zvládají poporodní depresi.

Dílčí cíle této práce jsou:

- Zjistit mechanismy, které ženy využívají k překonání poporodní deprese.
- Zjistit, jakou roli hraje sociální podpora při zvládání poporodní deprese.
- Zjistit, jaký dopad má poporodní deprese na jejich vztahy.

Průzkumné otázky:

- Jaké strategie a mechanismy ženy využívají k překonání poporodní deprese?
- Jakou roli hraje sociální podpora při zvládání poporodní deprese?
- Jaký je dopad poporodní deprese na jejich vztahy?

### 5.2 Strategie výzkumného šetření

Existují tři hlavní přístupy k výzkumu – kvalitativní, kvantitativní a smíšený. Kvalitativní výzkum se zaměřuje na hlubší porozumění respondentů a jejich zkušenostem, zatímco kvantitativní výzkum pracuje s čísly a umožňuje analyzovat velké množství dat, což usnadňuje zobecnitelnost výsledků. Nevýhodou kvantitativního přístupu je, že zapomíná na osobní pohled každého respondenta, která je naopak typická pro kvalitativní výzkum. I kvalitativní výzkum má však své nevýhody, mezi které může patřit např. subjektivní pohled výzkumníka nebo malý soubor respondentů. Smíšený výzkum kombinuje oba přístupy a snaží se využít jejich silné stránky. Před zahájením výzkumu je klíčové zvážit výhody i nevýhody jednotlivých metod, aby byl výzkum co nejobjektivnější. Pro tuto práci bylo zvoleno využití kvalitativního přístupu.

### 5.2.1 Výzkumná strategie

Pro výzkum v této bakalářské práci byl zvolen kvalitativní výzkum, a tedy polostrukturované rozhovory s ženami, které prošly poporodní depresí. Definici kvalitativního výzkumu popisuje Creswell in Hendl (2023) následovně:

*”Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.”* (Creswell in Hendl, 2023, s. 48).

Jak již bylo zmíněno, kvalitativní výzkum má své výhody i nevýhody. Mezi výhody, které Hendl (2023) ve své knize zmiňuje, může být zařazen podrobný popis a vhled při zkoumání daných jednotlivců či skupiny či možnost dobře reagovat na dané situace a podmínky. Mezi nevýhody pak řadí špatnou zobecnitelnost na širší populaci či to, že výsledky mohou být ovlivněny subjektivním pohledem výzkumníka.

### 5.2.2 Výzkumná technika

Pro tento výzkum byla zvolena technika rozhovoru. Dle Hendla (2023, s. 172) lze rozhovor rozdělit na mnoho typů jako např. rozhovor pomocí návodu, neformální, narativní, vyprávění či interview atd.

Typ rozhovoru, který byl pro tento výzkum zvolen, je rozhovor pomocí návodu dle Hendla (2023, s. 180). Tento typ rozhovoru se specifikuje tím, že výzkumník má předem připravený seznam témat, která musí během rozhovoru pokrýt, ale pořadí, v jakém budou otázky položeny, záleží pouze na něm. Tento způsob sběru dat je jednodušší na interpretaci, protože umožňuje snadnější porovnání získaných informací.

Tento typ rozhovoru byl zvolen, protože otázky se soustředí na emoce a tím pádem je možné se na odpovědi lépe ptát, případně do hloubky zjišťovat, co konkrétní respondent prožívá. Tato technika také dává prostor pro individuální odpovědi, což je důležité, jelikož téma rozhovorů může být pro dané respondenty velice citlivé a emoční.

## 5.3 Výběr a popis výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořily ženy, u nichž byla po porodu diagnostikována poporodní deprese. Výběr respondentek byl záměrný. Pro zařazení do průzkumného šetření bylo nezbytné, aby respondentky splňovaly předem stanovená kritéria. Jak již bylo uvedeno, jedním z těchto kritérií byla diagnostika poporodní deprese. Dále bylo podmínkou, aby respondentky již

nevykazovaly symptomy poporodní deprese a jejich psychický stav byl stabilizován, což jim umožnilo plnohodnotně odpovědět na všechny otázky a zajistilo relevantnost jejich odpovědí pro výzkum.

Výzkumníka kontaktovalo celkem 9 žen. Z tohoto počtu nesplňovaly podmínky 4 ženy. Tři z těchto žen nebyly přímo diagnostikovány s poporodní depresí a jedna žena poporodní depresí stále trpěla. Pět respondentek, které podmínky splňovaly a souhlasily s rozhovorem, měly na výběr, zda se chtějí sejit osobně nebo online prostřednictvím MS Teams. Ženy častěji volily online variantu, a to z toho důvodu, že byla pro ně komfortnější a snazší.

**Tabulka 1 - Profil respondentek**

<b>Značka respondenta</b>	<b>Věk</b>	<b>Parita při PPD</b>	<b>Rok porodu</b>	<b>Způsob léčby</b>
<b>R1</b>	28	Prvorodička	2024	Farmakoterapie + online i osobní psychoterapie
<b>R2</b>	29	Prvorodička	2022	Farmakoterapie + psychoterapie
<b>R3</b>	31	Prvorodička	2019	Psychoterapie
<b>R4</b>	26	Prvorodička	2022	Farmakoterapie
<b>R5</b>	24	Prvorodička	2023	Nárazová online psychoterapie

#### **5.4 Průběh výzkumného šetření**

Respondentky byly získány prostřednictvím cíleného oslovení ve vybraných skupinách na sociálních sítích a z okruhu osob blízkých autorce výzkumu.

Rozhovor byl veden tak, aby byly všechny otázky srozumitelně formulovány. Respondentky byly vyzvány k volnému sdílení svých myšlenek a názorů. Byly seznámeny s tím, že mohou rozhovor kdykoli v průběhu ukončit nebo je možné otázku vynechat, pokud to pro ně nebude zvládnutelné. Před zahájením rozhovoru každá z nich poskytla slovní souhlas s jeho realizací, nahráváním a následným zpracováním získaných dat. Následně ještě sdělily důležitá

demografická data. Dva rozhovory proběhly osobně po předchozí domluvě, zatímco tři byly uskutečněny prostřednictvím platformy MS Teams. Respondentky byly zároveň informovány o zajištění anonymity.

Každý rozhovor trval okolo 30 až 40 minut a všechny respondentky rozhovor dokončily. Pro jednu z nich bylo téma natolik citlivé, že v polovině proběhla krátká pauza.

V rámci zpracování dat byla u všech rozhovorů provedena doslovná transkripce. Dle Hendla (2023, s. 208) je doslovná transkripce: „*proces převodu mluveného projevu z interview nebo ze skupinové diskuse do písemné podoby*“. Poté byly rozhovory vytištěny a následně bylo provedeno kódování metodou „tužka papír“. Pro lepší přehlednost byly jednotlivé kódy vizuálně rozlišeny barevnými fixy. Každý rozhovor byl nejprve kódován samostatně, přičemž současně vznikl souhrnný seznam všech identifikovaných kódů. Následně byly kódy uspořádány podle tematické podobnosti či vzájemných souvislostí. Tento postup vedl k vytvoření hlavních kategorií a jejich podkategorií, což umožnilo systematickou a přehlednou interpretaci výsledků.

## **5.5 Sebereflexe výzkumníka a etické aspekty výzkumu**

Před zahájením výzkumu je nezbytné, aby si výzkumník uvědomil své silné a slabé stránky. Měl by provést reflexi a zvážit možná rizika, která by mohla ovlivnit výsledky studie. Jak již bylo uvedeno, mezi hlavní přednosti kvalitativního výzkumu patří detailní popis situace, hlubší porozumění zkoumané problematice a možnost pozorování jevů v jejich přirozeném prostředí. Tento přístup rovněž umožňuje pružně reagovat na nové skutečnosti. Na druhou stranu, výsledky kvalitativního výzkumu mohou být obtížně zobecnitelné a mohou být ovlivněny subjektivitou výzkumníka (Hendl, 2023, s. 159).

V kontextu tohoto výzkumu bylo reflektováno, že výzkumník nemá osobní zkušenost s poporodní depresí, což mohlo přispět k objektivitě pohledu na zkoumané téma. Na druhé straně si byl výzkumník vědom možného omezení v podobě absence hlubšího citového porozumění některým aspektům, které mohou být pro ženy s touto zkušeností zásadní.

Významným přínosem výzkumu byla různorodost respondentek, které pocházely z odlišných sociálních prostředí a procházely různými životními okolnostmi. Tato variabilita umožnila získat širší pohled na problematiku poporodní deprese a lépe porozumět jejím dopadům v různých kontextech. Nicméně tato rozmanitost zároveň představovala výzvu, neboť každá respondentka prožívala poporodní depresi odlišným způsobem. Bylo proto nezbytné pečlivě

pracovat s daty, aby nedocházelo k jejich zjednodušení nebo zkreslení. Přesto tato různorodost přinesla cenné a hlubší vhledy do zkoumaného tématu.

Kromě sebereflexe výzkumníka je zásadní také dodržování etických principů výzkumu. Hendl (2023) uvádí několik klíčových etických zásad, mezi něž patří informovaný souhlas, který byl od všech respondentek získán. Dále byla zajištěna anonymita účastnic výzkumu a respektována zásada pasivního souhlasu s účastí. Respondentky rovněž měly možnost kdykoli ukončit svou účast na rozhovoru, čímž byla garantována jejich svoboda rozhodování.

## 6 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V následující části práce se získaná data v rámci rozhovorů budou analyzovat a interpretovat. V každé podkapitole se udělá každý dílčí cíl individuálně, vždy bude položena dílčí výzkumná otázka, která na základě výpovědí respondentů bude analyzována a interpretována. V závěru práce bude zodpovězena hlavní výzkumná otázka.

### 6.1 Analýza a interpretace prvního dílčího cíle

Cílem této kapitoly je zjistit: „Jaké strategie a mechanismy ženy využívají k překonání poporodní deprese?“

#### Odborná pomoc

První kategorií v rámci prvního dílčího cíle je odborná pomoc. V rámci ní všechny respondentky uvádějí psychoterapii jako klíčovou strategii zvládnání poporodní deprese. R1 a R4 rozšířily odbornou pomoc i o psychiatrickou péči. R1 zdůrazňuje: „...*intenzivně chodím na terapie, ale věděla jsem, že nejvíc mi pomůže psychiatr...on mi často volal, komunikovali jsme spolu...*“ (R1). U typu terapie převládala kognitivně-behaviorální terapie (R1, R2, R4), přičemž R1 vyhledala terapeutku specializovanou na poporodní depresi. R2 a R5 také využívaly psychoterapii, nicméně nebyly schopné specifikovat její typ. R5 přistupovala k terapii pouze nárazově a formou online sezení: „*Já jsem terapie využívala, ale jen když mi bylo nejhůř, ale zároveň jen online, protože pro mě bylo jednodušší sdílet vlastně to, jak jsem se v tu chvíli cítila.*“ (R5). Zajímavostí je přístup R3, která vyhledala odbornou pomoc až po pěti letech: „*Psychoterapeuta jsem vyhledala až před druhým těhotenstvím... chtěla jsem, abych do něm šla s čistým štítem a měla to v sobě uzavřené.*“ (R3).

#### Sociální podpůrné mechanismy

Druhou kategorii představují sociální podpůrné mechanismy, v jejichž rámci bylo zjištěno, že podpora ze strany blízkých osob představuje významný pilíř ve zvládnání poporodní deprese. R2, R4 a R5 zmiňují rodinnou podporu jako zásadní. R4 oceňuje schopnost rodiny poskytnout perspektivu: „*Rodina mi poskytla cenné rady a podporu, protože mě dobře zná a dokázala mi ukázat souvislosti, které jsem si třeba neuvědomovala.*“ (R4). Pro R5 byla významná role partnera a matky: „*Určitě to byla podpora ze strany partnera a mamky.*“ (R5). R3 na rozdíl od ostatních respondentek vyzdvihuje význam přátelských vztahů a sociálních aktivit, konkrétně hraní deskových her jako prostředek odreagování. Z výpovědí je patrné, že sociální podpora

fungovala jak ve formě emocionální opory, tak i praktické pomoci a možnosti sdílení zkušeností.

### **Svépomocné strategie**

Následnou kategorií jsou svépomocné strategie, kde respondentky zařadily do zvládnání poporodní deprese širokou škálu svépomocných technik ke zlepšení psychického stavu. V oblasti fyzické aktivity R3 a R5 začaly cvičit. R3: „*Po porodu jsem se chtěla zároveň dostat, do formy, tak jsem si udělala jídelníček, začala cvičit, konkrétně pole dance v té době.*“ (R3). Kreativní sebevyjádření formou malování využívaly R1 a R5, pro R1 to představovalo zásadní úlevu: „*Nejvíc mi při depresi pomáhá malovat a mít chvíli sama pro sebe.*“ (R1). Výraznou kategorií jsou také metody zaměřené na kognitivní zpracování situace – R2 si vedla deník: „*Začala jsem si psát deník, kam jsem si zapisovala svoje myšlenky a pocity, plus malé úspěchy.*“ (R2), zatímco R4 upřednostňovala verbální zpracování s partnerem: „*Když jsem o tom mluvila s partnerem, pomohlo mi to uvolnit se a líp si uspořádat myšlenky.*“ (R4).

Mezi neefektivní strategie zvládnání poporodní deprese respondentky řadí následující: V oblasti relaxačních technik se R1 a R2 shodují na neúčinnosti meditací. R1 popisuje kontraproduktivní efekt: „*Meditace mi nepomohla, protože jsem se nesoustředila, a ještě mi to dávalo prostor, abych nad vším přemýšlela.*“ (R1). Podobně R2 pocítovala při meditaci spíše nárůst stresu. Významnou překážkou bylo také nevhodné chování okolí – R3 se potýkala s nepochopením ze strany matky: „*Moje mamka těmto věcem nerozumí a nevěří, tak to celou dobu shazovala.*“ (R3). R4 zase negativně vnímala zlehčování svých problémů. R5 jako jediná přiznává pokus řešit situaci pomocí drogy: „*Zkoušela jsem to po večerech řešit alkoholem, byla jsem schopná za jeden večer vypít flašku vína, ale pak jsem si řekla, že to přece takhle řešit nemůžu.*“ (R5)

### **Načasování vyhledání pomoci**

Z výpovědí vyplývají různé přístupy k další kategorii, kterou je načasování vyhledání pomoci. Zatímco většina respondentek (R1, R2, R4, R5) vyhledala odbornou pomoc relativně brzy po rozpoznání problému, R3 představuje odlišný vzorec s výraznou časovou prodlevou: „*Psychoterapeuta jsem vyhledala až před druhým těhotenstvím...*“ (R3). Tato respondentka se rozhodla řešit problém až v momentě, kdy se rozhodli pro druhé dítě a věděla, že na těhotenství musí být připravená musí se cítit v dobré psychické kondici. Rozdílné je také pojetí frekvence terapeutických setkání – R5 využívala terapii pouze nárazově ve stavech akutní krize, zatímco ostatní respondentky přistupovaly k terapii pravidelně.

Analýza výpovědí ukazuje, že nejefektivnější cesta k překonání poporodní deprese spočívá v kombinaci různých přístupů. R1 kombinovala psychiatrickou léčbu s psychoterapií a kreativními aktivitami, R3 propojila sociální podporu přátel s fyzickou aktivitou, R4 využívala psychiatrickou péči spolu s terapií a podporou rodiny. Tento různorodý přístup zahrnující odbornou pomoc, sociální oporu a vlastní aktivitu se jeví jako optimální strategie pro komplexní řešení poporodní deprese. Z výpovědí je patrné, že respondentky nepovažovaly žádný jednotlivý přístup za "všelák", ale využívaly kombinace různých metod.

## 6.2 Analýza a interpretace druhého dílčího cíle

Cílem této kapitoly je zjistit: "Jakou roli hraje sociální podpora při zvládnání poporodní deprese?"

### Podpora partnera

Většina respondentek identifikovala partnerskou podporu jako klíčový zdroj podpory při zvládnání poporodní deprese. R2, R3 a R5 vyzdvihují pozitivní roli partnera: „*Partner pro mě byl velkou oporou. Poporodní deprese nás oba posílila.*“ (R2). „*Manžel mě právě velmi podporoval.*“ (R3) „*Partner byl pro mě zásadní, dokázal mě chápat a nic mi nevyčítal.*“ (R5). Výrazně se odlišuje zkušenost R1, která v partnerském vztahu podporu nenacházela. Ačkoliv její partner chápal, že je nemocná, komunikace o problémech byla nedostatečná. Sama nechtěla své problémy s partnerem řešit a on nerozpoznal hloubku jejích obtíží. Partnerská podpora tedy funguje jako významný faktor, jehož absence může komplikovat proces uzdravení. Kvalita partnerské podpory spočívá především v empatickém pochopení situace, absenci výčitek a pomoci.

### Podpora blízkých

Další kategorií byla materiální a emoční podpora ze strany rodiny. R3, R4 a R5 zdůrazňují zejména pomoc matek a tchýní: „*Mamka mi dost pomáhala.*“ (R4), „*Mamka, ta mi jezdila pomáhat domů, kolikrát přijela a vzala si malýho, abych si mohla lehnout.*“ (R5). Většina respondentek oceňuje pomoc rodiny s péčí o dítě a domácnost: „*Tchýně mi pomáhala s péčí o syna.*“ (R3), „*Partner si vzal malýho, pomohl v domácnosti, když jsem potřebovala.*“ (R4). Opět se vymyká zkušenost R1, která podporu od rodiny nepociťovala, naopak se setkala s nepochopením svého stavu a výčitkami: „*...když jsem to řekla mamce a ségře, tak to bylo takovýto klasický, že mám miminko, tak přece musím bejt šťastná...vlastně mi i vyčítaly, že*

*nejsem nadšená a neskákám metry vysoko.*“ (R1). Tato dimenze podtrhuje význam, jak potřeby pomoci, tak i emočního přijetí stavu ženy bez klasických očekávání o "šťastném mateřství".

### **Vztah mezi pochopením a pomocí**

Analýza odhaluje zajímavé rozdělení mezi pocitem pochopení a obdržením pomoci. R2 a R3 sice nepocitovaly, že by jejich okolí plně rozumělo jejich situaci, přesto subjektivně vnímaly podporu: „*Myslím, že málo kdo chápal, co se semnou děje, ale podpora se mi dostala.*“ (R3). R4 identifikuje generační rozdíl v míře pochopení: „*Ale u starší generace to bylo trochu jiné, i když se snažili být nápomocní, bylo pro ně těžký pochopit, co prožívám.*“ (R4). Tato kategorie naznačuje, že pomoc může být cenná i bez plného pochopení psychického stavu, zatímco u R1 absence pochopení „*...nevěří totiž moc v psychiatrické diagnózy.*“ (R1) vedla i k nedostatečné podpoře. Konkrétní typy podpory se liší – R2 a R4 oceňovaly zejména komunikaci, zatímco R1, R3 a R5 pomoc s dítětem.

### **Výměna zkušeností mezi ženami**

Následující kategorií je sdílení zkušeností s jinými ženami. Významným zjištěním je absence sdílení pocitů s jinými ženami u všech respondentek. Důvody pro toto nesdílení jsou různorodé: R2 pocitovala úlevu při zjištění, že není jediná s podobnými pocity, ale přímou komunikaci nevyhledávala: „*Ulevilo se mi, že nejsem jediná divná...v dnešním moderním světě spokojených maminek na Instragramu si člověk přijde rozbitý...*“ (R2). R3 dokonce pocitovala averzi vůči těhotným ženám a matkám. R5 identifikuje stud jako hlavní bariéru sdílení: „*Nesdílela jsem to s níma, nechtěla jsem a styděla jsem se za to.*“ (R5). Výjimku tvoří zkušenost R4, která byla schopná sdílet své pocity s kamarádkou, která měla osobní zkušenost s depresivní poruchou. Tato kategorie odhaluje problematický aspekt sociální izolace žen s poporodní depresí, který může být umocňován idealizovanými obrazy mateřství v sociálním prostředí a médiích.

### **Péče a přístup zdravotnického personálu**

Další kategorií je podpora a přístup zdravotníků. Zkušenosti s přístupem zdravotníků vykazují výraznou polarizaci. R1, R3 a R5 popisují negativní zkušenosti s personálem v porodnici, který v některých případech mohl přispět k rozvoji poporodní deprese: „*Ten pobyt v nemocnici pro mě byl strašný...jejich přístupem se to akorát zhoršovalo...myslím si, že tam všechny moje problémy začaly.*“ (R3). R1 zdůrazňuje nátlak ohledně kojení: „*...nedělalo se mi mlíko... to sestry hrozně hrotily a nadávaly mi...*“ (R1). R5 podobně identifikuje přístup zdravotníků jako spouštěč deprese: „*Skoro celý pobyt v porodnici jsem probřečela, nešlo mi kojit a malý pořád*

*brečel. Vyslechla jsem si od sester, ať se seberu a něco se sebou udělám.*“ (R5). Kontrastní zkušenost měly R2 a R4, které popisují empatický přístup personálu: *„Sestřičky na šestinedělí byly empatické, povídaly si se mnou a utěšovaly mě, když jsem plakala.*“ (R2). Tato kategorie poukazuje na zásadní roli zdravotnických profesionálů jak v potenciální prevenci, tak možné zhoršení rizika poporodní deprese.

### **Společenský tlak a očekávání kolem mateřství**

Významnou kategorii tvoří i přístup společnosti k mateřství. Napříč výpověďmi je patrný výskyt tématu společenského očekávání "šťastného mateřství", který významně komplikuje otevřené sdílení negativních pocitů. R2 reflektuje tento tlak v souvislosti se sociálními médii: *„V dnešním moderním světě spokojených maminek na Instragramu si člověk přijde rozbitý...“* (R2). R1 se setkala s přímým odsouzením svých pocitů ze strany rodiny: *„...že mám miminko, tak přece musím být šťastná...vlastně mi i vyčítaly, že nejsem nadšená“* (R1). R5 zmiňuje stud jako důvod nesdílení svých pocitů. Tento širší společenský kontext vytváří bariéru pro vyhledání pomoci a otevřenou komunikaci o negativních pocitech spojených s mateřstvím, což může prohlubovat pocity izolace u žen s poporodní depresí.

## **6.3 Analýza a interpretace třetího dílčího cíle**

Cílem této kapitoly je zjistit: "Jaký je dopad poporodní deprese na každodenní život žen a jejich vztahy?"

### **Výzvy v přijetí dítěte a mateřské role**

Narušený vztah k dítěti byl další významnou kategorií. V oblasti vztahu k dítěti se vytvořily dvě podskupiny respondentek. R1 a R5 čelily závažnějším potížím s přijetím dítěte, což vnímaly jako osobní selhání: *„...samu sebe jsem vinila, že jsem nebyla schopná postarat se o syna s láskou, nutila jsem se k němu vstávat a chovat ho...můžu říct, že učit se milovat moje dítě pro mě bylo asi to nejtěžší.*“ (R5). R1 zdůrazňuje rozpor mezi očekávanou a prožívanou realitou mateřství: *„...já jsem měla takové to očekávání, že to budou jiskřičky v očích a 'Ježíš, já jsem tak šťastná!', ale to se nedělo a bojuju s tím doted'...prostě to tam není, i když jí miluju...“* (R1). R2 a R4 naproti tomu nezaznamenaly problém s přijetím dítěte, ale spíše pochybovaly o vlastních schopnostech zvládnout mateřskou roli. R4 popisuje postupný proces přijetí nedokonalosti: *„...postupem času jsem zjistila, že to není o tom být dokonalá, ale o tom, co vše se dá zvládnout, když se člověk učí a roste s dítětem.*“ (R4). Specifický jev představuje to, že R2 a R3 si jen matně vzpomínají na rané období mateřství, přičemž R3 vyjadřuje lítost nad tím,

že promeškala pozitivní prožívání raného mateřství s prvním dítětem: „*Spiš mě teď zpětně mrzí, že jsem s ním nezažila to hezký období, co teď zažívám s malou.*“ (R3).

### **Vliv poporodní deprese na partnerský vztah**

Kategorie proměny v partnerských vztazích vykazuje překvapivě pozitivní zjištění s výjimkou R1. Většina respondentek (R3, R4, R5) uvádí, že poporodní deprese jejich vztah s partnerem buď neovlivnila negativně, nebo dokonce vedla k posílení vztahu: „*S manželem nás to sblížilo, mnohem.*“ (R3), „*Náš vztah to nakonec spíš posílilo...*“ (R4). R5 reflektuje absenci zájmu o fyzický kontakt, ale bez dopadu na kvalitu vztahu jako celku. Výrazně odlišná je zkušenost R1, která popisuje zhoršení vztahu, komunikační problémy a neschopnost partnera adaptovat se na otcovskou a partnerskou roli. Tato kategorie naznačuje, že poporodní deprese může paradoxně vztah posílit, pokud partner poskytuje adekvátní podporu, zatímco absence této podpory může vést k prohloubení vztahových problémů.

### **Vliv poporodní deprese na vztahy**

Následnou kategorií je změna sociálních vztahů. Poporodní deprese významně transformovala sociální vazby respondentek jak v rámci rodiny, tak v okruhu přátel. V rodinné oblasti pouze R2 a R4 zaznamenaly pozitivní efekt v podobě posílení vztahů s vlastními matkami díky jejich podpoře. Některé respondentky se cíleně vyhýbaly určitým osobám – R2 se vyhýbala tchýni a R3 vlastní matce, protože tyto interakce jejich stav zhoršovaly. V oblasti přátelských vztahů většina respondentek popisuje proces odcizení: „*...na začátku jsem se nedokázala stýkat s nikým. Po porodu jsem přišla o pár přátel.*“ (R3), „*S přáteli jsem se v tu dobu vídat nechtěla a jsou lidi, se kterými se od té doby nebavím.*“ (R5). Všechny respondentky se shodují, že během poporodní deprese omezovaly některé sociální kontakty. Tato kategorie odhaluje významný aspekt sociální izolace, která může být jak důsledkem, tak potenciálním zesilovačem poporodní deprese.

### **Zátěž každodenního života při poporodní depresi**

Přístup ke každodenním činnostem je kategorie, která zahrnovala překvapivé výsledky. V oblasti každodenního fungování se projevily tři odlišné vzorce chování. Pro R4 a R5 představovaly běžné činnosti enormní zátěž: „*I jednoduché úkoly, jako uvařit si jídlo nebo naskládat nádobí do myčky se mi zdály nepřekonatelný.*“ (R5). Odlišná je zkušenost R2 a R3, které naopak pociťovaly obsesi v péči o domácnost – neustálý úklid a přehnané nároky na pořádek: „*Vytírala jsem každý den a bylo to až moc. Když přijel manžel, tak jsem mu nadávala*

za každé smítko.“ (R3). Třetí vzorec představuje R1, která dokázala fungovat v každodenních činnostech díky motivaci pečovat o dítě, ale přiznává, že bez této motivace by pouze "přežívala". R2 a R5 zdůrazňují význam praktické pomoci od rodiny: „*Pomáhalo mi, když mě někdo z blízkých podpořil. Ať už přinesl nákup nebo si na chvíli vzal syna.*“ (R5). Tato kategorie poukazuje na hluboký dopad poporodní deprese na schopnost žen vykonávat rutinní činnosti, přičemž tyto vzorce mohou zapříčiňovat jak nechuť, tak obsesi.

### **Dlouhodobý psychický dopad poporodní deprese**

Všechny respondentky reflektují dlouhodobé psychické následky poporodní deprese, které přetrvávají i po odeznění akutní fáze. R1, R2 a R5 identifikují jako dominantní přetrvávající pocit viny za "nezvládnutí" poporodního období: „*Nesu si pocit viny a selhání.*“ (R1). R2 popisuje neustálý pocit neklidu a neschopnost relaxace: „*Mívám v sobě neustále takový ten pocit neklidu a problém se uvolnit.*“ (R2). Specifickou zkušenost představuje R3, která pět let pocítovala averzi vůči těhotným ženám a matkám s novorozenci: „*Měla jsem problém s těhotnými a ženami s kočárkem s korbou, nenáviděla jsem je.*“ (R3). Pouze R1 a R4 postupně dospěly k akceptaci vlastní nedokonalosti: „*...furt jsem toužila po dokonalosti, což teď vím, že není možný, ale prostě taková jsem.*“ (R1). Tato kategorie ukazuje, že poporodní deprese nezřídka zanechává trvalé psychické následky, které mohou výrazně přesahovat akutní fázi onemocnění.

### **Zotavení**

Významným zjištěním je dlouhodobý proces zotavování – všechny respondentky uvádějí trvání poporodní deprese déle než jeden rok. Nejděší průběh zaznamenala R3, která popisuje proces uzavření až po pěti letech a popisuje benefit terapie: „*Upřímně lépe se cítím až teď po pěti letech...pomohlo mi nejvíc asi si to urovnat na té terapii...kdybych na ní šla hned, možná bych to měla vyřešený rychleji.*“ (R3). R2, R4, R5 identifikují zlepšení stavu po přibližně roce a půl, přičemž R4 a R5 popisují postupný proces zotavování. R5 zaznamenala zlepšení po odeznění kolik u dítěte, R4 zdůrazňuje význam rodinné podpory: „*Bez jejich trpělivosti a lásky bych to nedala.*“ (R4). Specifickou subkategorii reprezentují R4 a R5, které spojují zlepšení stavu s věnováním času sobě samým. Odlišnou zkušenost popisuje R1, u níž se poporodní deprese prolíná s bipolární poruchou, což komplikuje identifikaci zlepšení stavu: „*Mám ty výkyvy nálad, kvůli tý bipolární poruše, takže někdy jsem v pohodě a někdy ne.*“ (R1).

## Nesoulad mezi představou a skutečností mateřství

Napříč výpověďmi respondentek se vyskytuje zásadní konflikt představy o mateřství a prožívanou realitou. Nejjasněji vypovídá o tomto rozporu R1: „...já jsem měla takové to očekávání, že to budou jiskřičky v očích a 'Ježíš, já jsem tak šťastná!', ale to se nedělo a bojuju s tím doted'...“ (R1). Tato rozdílnost mezi očekáváním a skutečností je zdrojem pocitů selhání a viny, které jsou v různé míře přítomny u všech respondentek. R4 popisuje proces postupného přijetí nedokonalosti: „...postupem času jsem zjistila, že to není o tom být dokonalá, ale o tom, co vše se dá zvládnout, když se člověk učí a roste s dítětem.“ (R4). Tento konflikt se projevuje jak v rovině vztahu k dítěti (R1, R5), tak v oblasti každodenních činností (R2, R3) a sebepojetí (R1, R2, R4, R5). Tato kategorie představuje zásadní rámec pro pochopení subjektivního prožívání poporodní deprese.

Výsledky odhalují proces vývoje mateřské identity, který je poporodní depresí významně narušen. R5 explicitně popisuje proces učení se lásce k dítěti: „...můžu říct, že učit se milovat moje dítě pro mě bylo asi to nejtěžší.“ (R5). R4 reflektuje proces vývoje: „...postupem času jsem zjistila, že to není o tom být dokonalá, ale o tom, co vše se dá zvládnout, když se člověk učí a roste s dítětem.“ (R4) R3 poskytuje zajímavý pohled na prožívání mateřství u prvního a druhého dítěte: „Spíš mě teď zpětně mrzí, že jsem s ním nezažila to hezký období, co teď zažívám s malou.“ (R3). Tato kategorie naznačuje, že mateřská identita není pouze vlastností, která se automaticky objeví po porodu, ale procesem, který může být poporodní depresí dočasně či dlouhodobě narušen, avšak s potenciálem pozdějšího rozvoje.

### 6.4 Shrnutí dílčích cílů a hlavního cíle práce

Ve výzkumné části této bakalářské práce bylo provedeno výzkumné šetření formou polostrukturovaných rozhovorů s cílem zjistit, jak ženy zvládají poporodní depresi. Hlavní cíl byl rozdělený do tří dílčích cílů.

Prvním dílčím cílem bylo zjistit, jaké strategie a mechanismy ženy využívají k překonání poporodní deprese. Analýza výpovědí respondentek ukázala, že zvládání poporodní deprese je proces, který obvykle zahrnuje kombinaci více přístupů. Všechny respondenty označily psychoterapii, nejčastěji kognitivně-behaviorální, za zásadní strategii zvládání obtíží, přičemž některé kombinovaly psychoterapii i s psychiatrickou péčí. Rozdílný byl přístup k načasování zahájení terapie, kdy většina žen odbornou pomoc vyhledala brzy po rozpoznání problémů, zatímco jiná respondentka začala až po několika letech. Sociální podpora ze strany rodiny, partnera a přátel se ukázala být dalším významným faktorem, který pomáhal nejen na emoční

úrovni, ale i prostřednictvím praktické pomoci a sdílení. Vedle odborné péče a sociální opory respondentky často využívaly také svépomocné strategie, jako například fyzickou aktivitu, kreativní činnosti nebo techniky zaměřené na kognitivní zpracování situace, které přispívaly k uvolnění emocí, sebereflexi a celkovému zlepšení psychického stavu. Identifikovány byly rovněž strategie, které se ukázaly být méně účinné nebo dokonce kontraproduktivní, například relaxační techniky, jež měly v některých případech negativní dopad, dále zkušenosti s bagatelizací problémů ze strany okolí a snaha o zvládnání obtíží prostřednictvím alkoholu, která byla zpětně vyhodnocena jako nevhodná. Výsledky analýzy naznačují, že nejúčinnější cestou k překonání poporodní deprese byla kombinace odborné pomoci, sociální podpory a aktivního zapojení do svépomocných aktivit, přičemž žádná jednotlivá strategie nebyla vnímána jako dostatečná samostatně.

Analýza druhého dílčího cíle ukázala, že většina respondentek identifikovala partnerskou podporu jako klíčový zdroj pomoci při zvládnání poporodní deprese. Partner byl vnímán jako zásadní opora, zejména díky empatickému přístupu, bez výčitek a ochotě pomoci. Výjimku tvořila zkušenost R1, kde podpora ze strany partnera chyběla, což proces uzdravení komplikovalo. Významnou roli hrála i materiální a emoční pomoc ze strany širší rodiny, především matek a tchýní, které respondentkám pomáhaly s péčí o dítě a domácnost. Znovu se vymykala R1, jež se setkala spíše s nepochopením a výčitkami, což ukazuje na důležitost nejen pomoci, ale i emočního přijetí bez nerealistických očekávání o „šťastném mateřství“. Zajímavým zjištěním bylo, že i když některé ženy nepociťovaly úplné pochopení svého stavu, přesto vnímaly podporu jako cennou. Sdílení zkušeností s jinými ženami bylo u všech respondentek minimální, nejčastěji kvůli studu, averzi nebo pocitu odlišnosti od idealizovaných představ mateřství prezentovaných například na sociálních sítích. Výjimkou byla R4, která sdílela své pocity s kamarádkou, jež měla vlastní zkušenost s depresí. Důležitým tématem byla také zkušenost se zdravotnickým personálem, kde se ukázala velká polarizace: zatímco některé ženy měly pozitivní zkušenosti s empatickým přístupem, jiné popisovaly necitlivý až nátlakový přístup v porodnicích, který mohl jejich psychický stav výrazně zhoršit. Výsledky také ukázaly, že tlak společnosti na ideál šťastné matky komplikuje otevřené sdílení negativních pocitů a může přispívat k prohlubování izolace žen trpících poporodní depresí.

Analýza třetího dílčího cíle ukazuje, že poporodní deprese zásadně ovlivnila vztah žen k jejich dětem, partnerské a sociální vztahy, každodenní fungování i vývoj mateřské identity. Některé respondentky (R1, R5) měly výrazné potíže s přijetím dítěte a cítily se jako selhávající matky, zatímco jiné spíše pochybovaly o svých schopnostech. Partnerské vztahy byly překvapivě často

posíleny, pokud partner nabídl podporu, naopak absence podpory vedla k prohloubení problémů (R1). V oblasti sociálních vztahů se ukázala tendence k izolaci a omezení kontaktů, s výjimkou několika posílených vztahů v rodině. Každodenní fungování bylo ovlivněno buď naprostou ztrátou energie na běžné úkony, nebo obsesivní snahou o udržení pořádku. Všechny respondentky reflektovaly dlouhodobé psychické následky, zejména pocity viny a selhání, přičemž zotavení trvalo často několik let a bylo podpořeno terapií či podporou okolí. Významným tématem napříč výpověďmi byl konflikt mezi očekáváním ideálního mateřství a jeho reálným prožíváním, který zásadně ovlivnil vývoj mateřské identity. Když se ženy podívaly zpětně, většina z nich cítila, že poporodní deprese trvala déle než rok. Nejdelší období trvalo u jedné z žen až pět let, přičemž terapie jí pomohla tento stav uzavřít. Zlepšení nálady a pocitu pohody bylo postupné, a některé ženy uvedly, že změna přišla až ve chvíli, kdy začaly věnovat více času samy sobě. U některých žen se stav nezlepšil ani po roce, zejména pokud byly přítomny další psychiatrické diagnózy, které ztěžovaly zotavení.

Hlavní výzkumným cílem bylo zjistit, jak ženy prožívají a zvládají poporodní depresi. Z analýzy vyplynulo, že prožívání a zvládání poporodní deprese je velmi individuální proces, který ovlivňuje nejen psychický stav ženy, ale i její vztahy a každodenní činnosti. Většina respondentek se potýkala s intenzivními pocity selhání a problémy při přijetí dítěte, což bylo často spojeno s nerealistickými očekáváním o mateřství. Zatímco některé ženy cítily silnou podporu od svých partnerů a rodiny, jiné se setkávaly s nepochopením a sociální izolací.

V oblasti zvládání deprese byly klíčové odborné intervence, především psychoterapie, kterou ženy kombinovaly s farmakologickou léčbou, a v některých případech i s dalšími osobními strategiemi, jako je fyzická aktivita, kreativní činnosti nebo deníkové psaní. Podpora rodiny, zejména partnera a matek, hrála nezastupitelnou roli, ale ne vždy byla dostatečná. Zajímavé bylo zjištění, že některé ženy si samy hledaly cesty ke zlepšení, například cvičením nebo meditací, zatímco jiné se potýkaly s neúčinnými metodami nebo dokonce s únikem k alkoholu.

Celkově výsledky ukazují, že zvládání poporodní deprese je složitý a dlouhodobý proces, jehož úspěch závisí na kombinaci odborné pomoci, individuálních strategií a dostupnosti podpory od blízkých. U některých žen trval tento proces až několik let, přičemž postupné zlepšení přišlo až tehdy, kdy začaly věnovat více času samy sobě a měnily svůj přístup k vlastnímu tělu a potřebám.

## 7 DISKUZE

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak ženy prožívají a zvládají poporodní depresi. Dílčími cíli bylo zjistit mechanismy, které ženy využívají k překonání poporodní deprese, zjistit roli sociální podpory při zvládání poporodní deprese a prozkoumat dopad poporodní deprese na jejich vztahy. Tento výzkum přinesl důležitá zjištění o tom, jak ženy prožívají a zvládají poporodní depresi. Ukázalo se, že každá žena prožívá poporodní depresi jinak a je ovlivněna několika aspekty. Mezi důležité faktory pro zvládání deprese jsou odborná pomoc, podpora od rodiny a osobní strategie zvládání. Nejčastěji se ženy obracely na psychoterapii, přičemž kognitivně-behaviorální terapie byla jedním z nejvíce využívaných přístupů. Některé ženy kombinovaly terapii s farmakologickou léčbou. Zajímavé je, že některé ženy se rozhodly vyhledat odbornou pomoc až po několika letech, což ukazuje, jak složité může být rozhodnout se vyhledat terapii v tomto období. Mezi doporučení by určitě mělo patřit zvýšení informovanosti žen během těhotenství o možných výzvách v poporodním období a jakým způsobem mohou řešit případné problémy tak, aby se podchytily poporodní deprese již v zárodku. Určitě by bylo dobré, aby ženy měly hned po porodu ještě v porodnici k dispozici psychologa či psychoterapeuta, který by se zaměřoval na zvládání poporodního období.

Jedním z hlavních zjištění této práce je důležitost odborné psychoterapeutické pomoci, zejména kognitivně-behaviorální terapie. Tato zjištění odpovídají výsledkům Stewart (2016), která potvrzuje účinnost psychoterapie, zejména kognitivně-behaviorální terapie a interpersonální terapie, při léčbě poporodní deprese.

Podle Sedláčkové a Praška (2019) kognitivně-behaviorální terapie pomáhá identifikovat a měnit negativní myšlenkové vzorce, což bylo v praxi potvrzeno zkušenostmi respondentek, které uvedly, že jim terapie pomohla lépe zvládat své pocity, pochybnosti o sobě samých a zvládat každodenní situace.

Teoretické poznatky upozorňují na to, že mnoho žen si své psychické potíže po porodu neuvědomuje nebo je podceňuje, protože je považuje za přirozenou součást mateřství (Nicolson, 2001). Tato nejasná hranice mezi běžným poporodním vyčerpáním a klinickou depresí může vést k tomu, že ženy vyhledají odbornou pomoc až se zpožděním. Tento poznatek byl potvrzen i výzkumnými zjištěními – jedna z respondentek se sice s psychickými obtížemi potýkala několik let, ale odbornou pomoc vyhledala až v souvislosti s plánováním druhého dítěte. To ukazuje, že vnímání a pojmenování duševních potíží je často ovlivněno kulturními normami a vnitřním tlakem na zvládnutí mateřské role bez "selhání".

Zajímavým zjištěním v rámci tohoto výzkumu bylo využívání různých strategií zvládnání, jako jsou pohybové a kreativní aktivity. Podobně i respondentky ve výzkumu Hrbáčkové (2024) uváděly širokou škálu strategií, které jim pomáhaly vyrovnat se s poporodní depresí. Mezi těmito strategiemi se v obou výzkumech objevují podobné přístupy, jako jsou procházky, čas věnovaný sobě samým nebo sdílení zkušeností s ostatními. Tyto strategie ukazují na význam osobní péče a sociální podpory při zvládnání psychických obtíží v poporodním období.

Dalším důležitým zjištěním byla role sociální podpory. Většina respondentek uváděla, že největší oporu našla u svého partnera, který jim poskytl pochopení a emocionální podporu. Nicméně, pro některé ženy to nebylo ideální, protože se setkaly s nepochopením ze strany rodiny nebo partnera, což jejich stav ještě zhoršovalo. V souladu s předchozími studii (Yim et al., 2015; Razurel et al., 2017) se ukázalo, že sociální podpora, zejména od partnera, hraje klíčovou roli v procesu zotavování. Respondentky, které měly oporu v partnerovi a blízkých, vykazovaly vyšší míru zvládnání situace. Naopak ženy, které zažily nepochopení či nedostatek podpory, uváděly vyšší míru izolace a intenzivnější symptomy.

Ukázalo se, že i když rodina může být velmi nápomocná, někdy nedokáže plně pochopit, čím si ženy procházejí, a to zejména u starších generací, kde může existovat menší povědomí o poporodní depresi. Zajímavým faktem je, že žádná z respondentek nesdílela své pocity s jinými ženami. To ukazuje na to, že téma poporodní deprese může být stále velmi tabuizované a na ženy trpící touto diagnózou, může být pohlíženo "skrz prsty". Nedostatek sdílení zkušeností s jinými matkami může být výsledkem přetrvávajícího stigmatu kolem duševních obtíží v mateřství, jak upozorňuje například Shorey (2018). Proto by bylo vhodné zlepšit povědomí o poporodní depresi a ukázat, že nejde o selhání matky, ale o zdravotní problém. K tomu pomůže osvěta a kampaně, které by změnily přístup veřejnosti. Také je klíčové vytvořit bezpečné prostředí, kde se ženy nebojí o svých pocitech mluvit, což jim usnadní hledání pomoci.

Zkušenosti žen se zdravotnickým personálem se ve výzkumu výrazně lišily. Tři respondentky z pěti uvedly, že se setkaly s neadekvátním chováním zdravotníků, přičemž jedna z nich zdůraznila, že právě přístup personálu měl negativní vliv na její psychický stav. Tento poznatek se do určité míry shoduje s výzkumem Andrey Ošmerové (2024), kde všechny respondentky uvedly negativní zkušenosti s nemocničním personálem, přičemž jedna z nich výslovně uvedla, že chování zdravotníků mělo významný dopad na její psychické zdraví. Tyto zkušenosti podporují potřebu vzdělávání zdravotníků v oblasti perinatální psychické péče, což by mohlo

přispět k lepší podpoře žen v poporodním období a snížit riziko negativního dopadu na jejich psychickou pohodu.

Vztah žen k jejich dětem byl významně ovlivněn poporodní depresí. Některé ženy měly potíže s přijetím dítěte, což vnímaly jako selhání, zatímco jiné měly pochybnosti o své schopnosti zvládnout mateřskou roli. V mém výzkumu uvedly tři respondentky z pěti, že poporodní deprese měly negativní vliv na jejich vztah k dítěti. Tento výsledek je podobný výzkumu Hrbáčkové (2024), kde dvě respondentky z pěti uvedly, že jejich vztah k dítěti ovlivnila poporodní deprese. I když se počet respondentek, které zažívají negativní dopad na vztah k dítěti mírně liší, oba výzkumy naznačují, že poporodní deprese může mít významný dopad na citovou vazbu mezi matkou a dítětem, což podtrhuje důležitost včasné intervence a podpory během poporodního období.

U většiny žen ve výzkumu zůstal vztah s partnerem nezměněn, nebo se dokonce posílil, což podtrhuje význam partnerské podpory v poporodním období. Tento výsledek koresponduje s nálezy výzkumu v bakalářské práci Ošmerové (2024), kde většina respondentek také uvedla, že poporodní deprese neměla negativní dopad na jejich vztah s partnerem.

Naopak u některých žen se prohloubila sociální izolace a vznikly potíže s komunikací, což vedlo k pocitu osamělosti. Některé ženy zmiňovaly i narušené vztahy i s rodinou a přáteli, což se setkává s názorem ve studii Slomian (2019), že sociální izolace je častým následkem PPD. To ukazuje na důležitost nejen odborné pomoci, ale i podpory od rodiny a přátel, aby se ženy necítily tolik osamocně. Pomoc rodiny a blízkých je klíčová, zejména v každodenních činnostech, kdy ženy čelí výzvám spojeným s péčí o dítě a domácnost.

Teoretické poznatky upozorňují na to, že řada žen si své psychické potíže po porodu neuvědomuje nebo je bagatelizuje pod vlivem společenských očekávání (Nicolson, 2001). To potvrzují i výpovědi respondentek, z nichž některé se za své pocity styděly nebo je považovaly za normální součást mateřství. Tato vnitřní nejistota a tlak na naplnění ideálu „dobré matky“ pak brání otevřené komunikaci, a tím i včasnému rozpoznání a řešení poporodní deprese.

Co se týče dlouhodobého trvání poporodní deprese, některé ženy uvedly, že deprese trvala déle než rok, přičemž jedna žena se s tímto stavem potýkala dokonce pět let. Zlepšení nálady a psychického stavu bylo u většiny respondentek pomalé a postupné, což ukazuje, že zotavení není krátkodobý proces. Proto by mohlo pomoci, aby dostupnost psychoterapie či jiných

strategií pomáhající ženám s poporodní depresí bylo větší a fungovala na dlouhodobější spolupráci.

Na základě výsledků výzkumu je zřejmé, že poporodní deprese má dlouhodobý dopad na psychiku žen, přičemž všechny respondentky uvedly, že se s touto depresí potýkaly více než rok, přičemž jedna žena se s tímto stavem potýkala až pět let. Tento dlouhodobý charakter poporodní deprese je v souladu s výzkumem O'Hary a McCabe (2013), který uvádí, že poporodní deprese není vždy krátkodobým problémem a může přetrvávat i více než rok. Zlepšení nálady a psychického stavu u většiny žen bylo postupné, což ukazuje, že zotavení z poporodní deprese je často pomalý proces.

Pro budoucí výzkum by bylo dobré zaměřit se na konkrétní terapeutické metody a jejich dlouhodobou účinnost. Každá žena prochází poporodní depresí jinak, a tak by bylo zajímavé zjistit, co rozhoduje o tom, která terapie je pro ni nejvíce účinná. Výzkum by taky mohl prozkoumat, jak sociální a ekonomické faktory ovlivňují přístup k odborné pomoci, protože tyto faktory mohou hrát obrovskou roli v tom, jak snadno se ženy dostanou k potřebné péči. Také by stálo za to rozšířit výzkumný soubor, protože malý počet respondentek může ovlivnit to, jak dobře se dají výsledky zobecnit. Větší a různorodější skupina by nám mohla dát lepší obraz o tom, jak poporodní deprese ovlivňuje ženy v různých životních situacích.

Poporodní deprese je složitý problém, který si žádá nejen odbornou péči, ale i podporu rodiny a okolí. Důležité je, aby ženy nezůstávaly se svými pocity samy a měly snadný přístup k pomoci, ať už jde o terapii, sdílení zkušeností s ostatními ženami nebo praktickou podporu v každodenním životě. Jen tak se mohou postupně zotavit.

## 8 ZÁVĚR

Teoretická část práce poskytla nezbytný pohled pro pochopení problematiky poporodní deprese. Úvodní kapitoly se věnovaly psychickým změnám, které mohou ženu provázet již během těhotenství a které mohou ovlivnit její duševní stav po porodu. Dále byly popsány další psychické poruchy spojené s poporodním obdobím, konkrétně poporodní blues a poporodní psychóza. Stěžejní část teorie se zaměřila na poporodní depresi, její charakteristiku, projevy a rizikové faktory. Následně byly rozebrány možnosti diagnostiky a léčby, a to jak ve formě farmakologické terapie, tak prostřednictvím psychoterapie. Součástí teoretické části byla rovněž kapitola věnovaná roli partnera při zvládnutí poporodní deprese a důležitému postavení porodní asistentky v péči o ženy s psychickými poruchami v poporodním období. Tento souhrn teoretických poznatků vytvořil pevný základ pro realizaci a hlubší porozumění výzkumné části práce.

Pro výzkumnou část této práce byl zvolen kvalitativní přístup, sběr dat probíhal prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které poskytly dostatečný prostor pro otevřené sdílení zkušeností, emocí a postojů. Výzkumného šetření se zúčastnilo pět žen, které v minulosti prodělaly poporodní depresi.

Výsledky výzkumu potvrdily, že žádná jednotlivá strategie není sama o sobě dostačující. Nejefektivnější se ukázala být kombinace odborné pomoci, především psychoterapie se silnou sociální oporou ze strany partnera, rodiny či blízkých přátel. Vedle těchto forem pomoci sehrály důležitou roli také svépomocné strategie, jako byla fyzická aktivita, kreativní činnosti nebo snaha o větší soustředění se na vlastní potřeby. Některé ženy si tyto způsoby nacházely samy, jiné je objevily až v průběhu terapie. Důležitým zjištěním bylo, že i méně účinné nebo kontraproduktivní strategie, jako například únik k alkoholu či snaha zvládnout situaci o samotě, byly ženami často zpětně reflektovány jako varovné momenty, které vedly k uvědomění potřeby změny nebo vyhledání odborné pomoci.

Velmi podstatnou roli v procesu zotavování hrála také kvalita vztahů. Partner, pokud byl empatický a ochotný pomoci, se stal zásadním pilířem podpory. V případech, kdy podpora ze strany partnera či rodiny chyběla, docházelo k prohlubování izolace a pocitů selhání. Výzkum rovněž ukázal, jak velký vliv mají očekávání společnosti a idealizované představy o mateřství. Tlak na to, být dokonalou a šťastnou matkou, často znesnadňoval ženám sdílení svých obtíží a mohl přispívat k pocitu viny a selhání. V některých případech vedl tento tlak až k narušení vztahu k dítěti, nebo k potížím s přijetím mateřské role.

Z rozhovorů vyplynulo, že zotavení z poporodní deprese bývá často dlouhodobý proces, který trvá měsíce až roky. U některých žen se významné zlepšení dostavilo až po několika letech, kdy došlo ke změně přístupu k sobě samé a k většímu respektu k vlastním potřebám. Důležitým krokem na této cestě byla schopnost přijmout, že být matkou neznamena být bezchybnou, ale že mateřství může mít různé podoby.

Tato práce přináší cenný pohled na problematiku poporodní deprese z perspektivy žen, které si tímto onemocněním prošly. Výsledky mohou být přínosné nejen pro odborníky v oblasti porodnictví, psychiatrie či porodní asistence, ale také pro širší veřejnost. Mohou přispět ke zvýšení informovanosti o této problematice, ke snížení stigmatizace duševních onemocnění, a především mohou nabídnout podporu ženám, které podobnými pocity procházejí a potřebují vědět, že nejsou samy a pomoc existuje.

Pro praxi je proto vhodné klást důraz na včasnou identifikaci rizikových faktorů již během těhotenství a zajistit systematický screening psychického stavu žen po porodu, například prostřednictvím Edinburghské škály. Na základě výsledků výzkumu lze doporučit posílení dostupnosti psychoterapeutické podpory pro ženy v poporodním období, a to i přímo v rámci zdravotnických zařízení. Přítomnost psychologa nebo psychoterapeuta v těchto zařízeních by umožnila včasné zachycení psychických obtíží a nabídnutí podpory už v rané fázi. Klíčovou roli hraje i zapojení rodiny, zejména partnera, jehož podpora se ukázala jako významná pro proces zotavení. Porodní asistentky a další zdravotníci by měli být v této oblasti dostatečně edukováni, aby mohli ženám nabídnout citlivý a informovaný přístup.

## 9 POUŽITÁ LITERATURA

ANTONIOU, Evangelia; TZANOULINO, Maria-Dalida; STAMOULO, Pinelopi a OROVOU, Eirini. The Important Role of Partner Support in Women's Mental Disorders During the Perinatal Period. A Literature Review. Online. *Maedica - A Journal of Clinical Medicine*. 2022, roč. 17, č. 1. ISSN 18419038. Dostupné z: <https://doi.org/10.26574/maedica.2022.17.1.194>. [cit. 2025-03-27].

BAŠKOVÁ, Martina, 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5361-4.

BRUMMELTE, Susanne a GALEA, Liisa A.M. Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. Online. *Hormones and Behavior*. 2016, roč. 77, s. 153-166. ISSN 0018506X. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>. [cit. 2025-03-27].

COX, John. Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. Online. *The British Journal of Psychiatry*. 2019, roč. 214, č. 3, s. 127-129. ISSN 0007-1250. Dostupné z: <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.245>. [cit. 2025-03-27].

DOMINIAK, Monika; ANTOSIK-WOJCINSKA, Anna Z.; BARON, Marta; MIERZEJEWSKI, Pawel a SWIECICKI, Lukasz. Recommendations for the prevention and treatment of postpartum depression. Online. *Ginekologia Polska*. 2021, roč. 92, č. 2, s. 153-164. ISSN 2543-6767. Dostupné z: <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0141>. [cit. 2025-03-27].

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

FISH-WILLIAMSON, Adi a HAHN-HOLBROOK, Jennifer. Nutritional factors and cross-national postpartum depression prevalence: an updated meta-analysis and meta-regression of 412 studies from 46 countries. Online. *Frontiers in Psychiatry*. 2023, roč. 14. ISSN 1664-0640. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1193490>. [cit. 2025-04-10].

HÁJEK, Zdeněk; ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel, 2014. *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. Grada. ISBN 978-80-247-9427-3.

HENDL, Jan, 2023. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 5. přepracované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1968-2.

- HRBÁČKOVÁ, Andrea. Využití porodní asistentky při edukaci žen v šestinedělí o správné péči o novorozence. Brno, 2023. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Vedoucí práce Pavla Kolníková. Dostupné z: <https://theses.cz/id/82btgy/>. [cit. 2025-03-22].
- KOUDELKOVÁ, Vlasta, 2013. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-624-1.
- KUČEROVÁ, Helena, 2013. *Psychiatrické minimum*. Psyché. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4733-0.
- LEWIS, Louise ed., 2015. *Fundamentals of Midwifery: A Textbook for Students*. Chichester, England: Wiley Blackwell. ISBN 978-1-118-52802-0.
- LIU, Xueyan; WANG, Shuhui a WANG, Guangpeng. Prevalence and Risk Factors of Postpartum Depression in Women: A Systematic Review and Meta-analysis. Online. *Journal of Clinical Nursing*. 2022, roč. 31, č. 19-20, s. 2665-2677. ISSN 0962-1067. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.16121>. [cit. 2025-03-27].
- MAYO CLINIC, Postpartum depression. Online. In: Mayo Clinic. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/postpartum-depression/symptoms-causes/syc-20376617>. [cit. 2025-03-22].
- NICOLSON, Paula, 2001. *Poporodní deprese*. Psyché. Praha: Grada. ISBN 80-7169-938-1.
- O'HARA, Michael W. a MCCABE, Jennifer E. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. Online. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2013, roč. 9, č. 1, s. 379-407. ISSN 1548-5943. Dostupné z: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>. [cit. 2025-04-10].
- OREL, Miroslav, 2020. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Psyché. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2529-6.
- OŠMEROVÁ, Natálie, 2023. Poporodní deprese. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/lok62/BP\\_Osmerova\\_400081.pdf](https://is.muni.cz/th/lok62/BP_Osmerova_400081.pdf). [cit. 2025-03-22].
- PERRY, Amy; GORDON-SMITH, Katherine; JONES, Lisa a JONES, Ian. Phenomenology, Epidemiology and Aetiology of Postpartum Psychosis: A Review. Online. *Brain Sciences*. 2021, roč. 11, č. 1. ISSN 2076-3425. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/brainsci11010047>. [cit. 2025-03-27].

POLÁCH, Ladislav, 2016. *Průručka duševního zdraví: 25 příběhů z psychiatrické ambulance*. Bílovice: SYMEDIS PRO. ISBN 978-80-906230-0-2.

PROCHÁZKA, Martin, 2020. *Porodní asistence*. Jessenius. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-618-4.

RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel, 2020. *Psychiatrie*. 2. vydání. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-4604-6.

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

RAZUREL, Chantal; KAISER, Barbara; ANTONIETTI, Jean-Philippe; EPINEY, Manuela a SELLENET, Catherine. Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. Online. *Women & Health*. 2017, roč. 57, č. 2, s. 154-172. ISSN 0363-0242. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/03630242.2016.1157125>. [cit. 2025-04-10].

ROZTOČIL, Aleš, 2017. *Moderní porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. Grada. ISBN 978-80-271-9757-6.

SHOREY, Shefaly; CHEE, Cornelia Yin Ing; NG, Esperanza Debby; CHAN, Yiong Huak; TAM, Wilson Wai San et al. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. Online. *Journal of Psychiatric Research*. 2018, roč. 104, s. 235-248. ISSN 00223956. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>. [cit. 2025-04-10].

SLOMIAN, Justine; HONVO, Germain; EMONTS, Patrick; REGINSTER, Jean-Yves a BRUYÈRE, Olivier. Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. Online. *Women's Health*. 2019, roč. 15. ISSN 1745-5057. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>. [cit. 2025-04-10].

STEWART, Donna E. a VIGOD, Simone N. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. Online. *Annual Review of Medicine*. 2019, roč. 70, č. 1, s. 183-196. ISSN 0066-4219. Dostupné z: <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>. [cit. 2025-03-10].

ŠEBELA, A., HANKA, J., MOHR, P. Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese. Online. Česká gynekologie. 2019 [cit. 2025-03-21] Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2019-1-24/diagnostika-a-moderni-trendy-v-terapii-poporodni-deprese-112780>

ŠEBELA, A., HANKA, J., MOHR, P. Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. Online. Česká gynekologie 2018 [cit. 2025-03-21] Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/en/journals/czech-gynaecology/2018-6-11/etiology-risk-factors-and-methods-of-postpartum-depression-prevention-107462?hl=cs>

ŠEBELA, Antonín; HANKA, Jan a MOHR, Pavel. Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie Část I: deprese, úzkostné poruchy, poruchy spánku a ADHD. Online. Psychiatrie pro praxi. 2019, roč. 20, č. 1, s. 21-25. ISSN 12130508. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/psy.2019.005>. [cit. 2025-03-22].

ŠEBELA, Antonín. Možnosti farmakoterapie poporodní deprese při zachování laktace. Online. Psychiatrie pro praxi. 2022, roč. 23, č. 1, s. 31-34. ISSN 12130508. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/psy.2022.005>. [cit. 2025-03-22].

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a ŠULOVÁ, Lenka ed. , 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychologie-v-perinatalni-peci-1123/>. [paywall]. [cit. 2025-03-02].

VACULČÍKOVÁ SEDLÁČKOVÁ, Zuzana a PRAŠKO, Ján, 2019. *Deprese a poruchy osobnosti: monografie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5590-7.

VACHEK, Jan; TESAŘ, Vladimír; ZAKIYANOV, Oskar a MAXOVÁ, Kateřina, 2016. *Farmakoterapie v těhotenství a při kojení*. 2. aktualizované vydání. Moderní farmakoterapie. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-497-5.

WEISS, Petr, 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2492-8.

WILHELMOVÁ, Radka, 2021. *Vybrané kapitoly Porodní asistence*. MedMuni. ISBN 978-80-210-8204-5.

YIM, Ilona S.; TANNER STAPLETON, Lynlee R.; GUARDINO, Christine M.; HAHN-HOLBROOK, Jennifer a DUNKEL SCHETTER, Christine. Biological and Psychosocial

Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration.  
Online. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2015, roč. 11, č. 1, s. 99-137. ISSN 1548-5943.  
Dostupné z: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426>. [cit. 2025-04-10].