

# Emoční změny v šestinedělí

Monika Krňávková

---

Bakalářská práce  
2024



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2023/2024

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení:	Monika Krňávková
Osobní číslo:	H21039
Studijní program:	B0913P360017 Porodní asistence
Forma studia:	Prezenční
Téma práce:	Emoční změny v šestinedělí

### Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti emočních změn v šestinedělí.

Příprava metodiky kvantitativního šetření.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace kvantitativního výzkumu technikou dotazníku.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

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

**Seznam doporučené literatury:**

- FAIT, T. *Šestinedělí*. Praha: Maxdorf, 2021. 67 s. ISBN 978-80-7345-685-6.  
HONZÁK, R. *Emoce od A do P*. Praha: Galén, 2020. 195 s. ISBN 978-80-7492-492-7.  
PAWLUSKI, J. L., J. S. LONSTEIN & A. S. FLEMING. The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. *Trends Neurosci*, 2017, vol. 40, no. 2, pp. 106-120. DOI: 10.1016/j.tins.2016.11.009.  
RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví: psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-2542-186-4.  
ROZTOČIL, A. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada, 2020. 590 s. ISBN 978-80-2712-098-7.  
SKUTILOVÁ, V. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada, 2016. 160 s. ISBN 978-80-247-5469-7.

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

Datum zadání bakalářské práce: **3. listopadu 2023**

Termín odevzdání bakalářské práce: **17. května 2024**

---

**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan



**Mgr. Věra Vránová, Ph.D.**  
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 9. ledna 2024

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně .....

.....  
Monika Krňávková

*1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:*

*(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.*

*(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

*(3) Platí, že odevzdaním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

*2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

*(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

*3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

*(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

*3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

*(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

*(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá emocionálními změnami žen v období šestinedělí. Hlavním cílem je identifikovat počet žen ve zkoumaném souboru, které trpí poporodním blues. K tomu jsou stanoveny konkrétní dílčí cíle, jako je určení nejčastějšího dne po porodu, kdy se poporodní blues projevuje, analýza emocionálních projevů a studium vztahů mezi sociodemografickými faktory a výskytem poporodního blues. V teoretické části této práce jsou definovány klíčové pojmy související s emocemi, změnami emocí během šestinedělí a strategiemi prevence psychických poruch v tomto citlivém a náročném období. V praktické části je představena metodologie výzkumu, zahrnující použití standardizovaného dotazníku Maternity Blues Questionnaire. Prezentované tabulky a grafy jsou doprovázeny komentáři k získaným informacím. Na základě zjištěných poznatků jsou formulovány návrhy na optimalizaci péče o ženy v období šestinedělí a identifikace potenciálních rizikových faktorů spojených s poporodním blues.

**Klíčová slova:** emoce, poporodní blues (baby blues), šestinedělí, psychika ženy, porodní asistence, MBQ

## **ABSTRACT**

The bachelor thesis deals with the emotional changes of women during the puerperium. The main objective is to identify the number of women in the study population who suffer from postpartum blues. To do this, specific sub-objectives are set, such as determining the most common day after childbirth when postpartum blues are manifested, analyzing the emotional manifestations and studying the relationship between sociodemographic factors and the occurrence of postpartum blues. The theoretical part of this thesis defines key concepts related to emotions, changes in emotions during the six-week period, and strategies to prevent psychological disorders during this sensitive and challenging period. In the practical part, the research methodology is presented, including the use of a standardized Maternity Blues Questionnaire. The tables and graphs presented are accompanied by comments on the information obtained. Based on the findings, suggestions are formulated to optimize the care of women in the six-week period and to identify potential risk factors associated with postpartum blues.

**Keywords:** emotions, maternity blues, puerperium, female psyche, midwifery, MBQ

Ráda bych vyjádřila vděk Mgr. Dagmar Pilíkové za odborné vedení, pomoc a cenné rady při zpracování mé bakalářské práce. Děkuji rovněž všem ženám, které věnovaly čas k vyplnění dotazníku pro toto výzkumné šetření a nemocnicím ve Zlínském kraji za umožnění provedení výzkumu. Největší díky patří mé rodině, příteli, přátelům a spolužačkám, s nimiž jsme si navzájem poskytovaly podporu během celého studia.

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

*„Kdo chce hýbat světem, at' nejprve hýbe sám sebou“*

*Sókratés*

# OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 EMOCE</b> .....	<b>12</b>
1.1    VZNIK A VÝVOJ EMOCÍ .....	12
1.1.1    Klasifikace emocí.....	13
1.2    EMOČNÍ ZMĚNY BĚHEM ŠESTINEDĚLÍ .....	14
1.2.1    Vliv porodu na psychiku ženy v šestinedělí.....	16
1.2.2    Vliv nechtěného těhotenství na psychiku ženy v šestinedělí .....	16
1.2.3    Vliv velmi chtěného těhotenství na psychiku ženy v šestinedělí.....	17
1.2.4    Sociální a spirituální vlivy na psychiku ženy v šestinedělí.....	18
1.2.5    Vliv digitálních médií na psychiku ženy v šestinedělí.....	18
<b>2 PSYCHICKÉ PROBLÉMY V ŠESTINEDĚLÍ</b> .....	<b>20</b>
2.1    POPORODNÍ BLUES .....	20
2.1.1    Epidemiologie/patofyziologie poporodního blues .....	21
2.1.2    Diagnostika poporodního blues.....	22
2.1.3    Maternity Blues Questionnaire .....	22
2.1.4    Stein Maternity Blues Scale .....	23
2.1.5    Jiné standardizované psychologické stupnice .....	24
2.1.6    Léčba poporodního blues .....	24
2.2    POPORODNÍ DEPRESE.....	24
2.2.1    Biologické změny v souvislosti s poporodní depresí.....	25
2.2.2    Diagnostika poporodní deprese.....	25
2.2.3    Edinburgh Postnatal Depression Scale.....	26
2.2.4    Postpartum Depression Screening Scale.....	27
2.2.5    Léčba poporodní deprese .....	27
2.3    POPORODNÍ PSYCHÓZA .....	28
2.3.1    Diagnostika poporodní psychózy .....	29
2.3.2    Mood Disorder Questionnaire .....	29
2.3.3    Léčba poporodní psychózy .....	29
<b>3 PREVENCE POPORODNÍCH PSYCHICKÝCH ZMĚN</b> .....	<b>31</b>
3.1    DUŠEVNÍ HYGIENA .....	31
3.1.1    Relaxace .....	32
3.1.2    Práce s dechem.....	32
3.1.3    Práce s myslí .....	32
3.1.4    Fyziologické postupy .....	33
3.2    SVĚPOMOCNÉ SKUPINY A ORGANIZACE.....	33
3.2.1    Národní ústav duševního zdraví.....	33
3.2.2    Úsměv mámy .....	34
3.2.3    Perinatal.....	34
3.2.4    Aplikace Kogito .....	35



3.3	ROLE PORODNÍ ASISTENTKY NA ODDĚLENÍ ŠESTINEDĚLÍ .....	35
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>37</b>
<b>4</b>	<b>METODIKA VÝZKUMU .....</b>	<b>38</b>
4.1	CÍLE VÝZKUMU .....	38
4.2	ORGANIZACE SBĚRU DAT .....	39
4.3	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	39
<b>5</b>	<b>ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....</b>	<b>40</b>
5.1	POMĚR BLUES-POZITIVNÍCH RESPONDENTEK.....	40
5.2	IDENTIFIKACE SOCIODEMOGRAFICKÝCH ÚDAJŮ .....	41
5.3	DEN VÝSKYTU POPORODNÍHO BLUES.....	50
5.4	NEJČASTĚJŠÍ POCITY ŽEN PO PORODU .....	51
5.5	SUBŠKÁLY.....	53
<b>6</b>	<b>DISKUSE .....</b>	<b>55</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>60</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>62</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>68</b>
	<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>69</b>
	<b>SEZNAM GRAFŮ .....</b>	<b>70</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>71</b>

## ÚVOD

Emoce a obecně emoční prožívání v šestinedělí jsou ovlivněny různými faktory, včetně průběhu porodu, plánování těhotenství a podpory ze strany rodiny. Emoční změny v šestinedělí jsou vnímány jako fyziologické procesy, které jsou typické pro toto křehké období. Fáze porodu a šestinedělí představuje pro ženu významný a intenzivní zážitek, provázený širokou škálou emocí.

Teoretická část práce se zabývá vznikem emocí v limbickém systému, jejich klasifikací a faktory ovlivňujícími emoce v období šestinedělí. Práce se převážně soustředí na psychické obtíže žen v šestinedělí. Obsahuje analýzu poporodního blues, které není považováno za závažný poporodní psychický problém, ale spíše za dočasný stav, jenž obvykle spontánně odezní během několika dnů po porodu. Následně je podrobně zkoumána epidemiologie, diagnostika, používané měřicí škály a samozřejmě také léčba poporodního blues. Poté jsou rozebírány okrajové i vystupňované psychické potíže v šestinedělí, do kterých patří poporodní deprese a poporodní psychóza. Poslední sekce práce se zaměřuje na prevenci psychických problémů v tomto období. Na konci této části je popsána i role porodní asistentky.

Následuje část praktická, která se zabývá výskytem poporodního blues v šestinedělí u sledovaných žen ve Zlínském kraji. V této části práce je používán standardizovaný dotazník Maternity Blues Questionnaire, který zkoumá soubor 160 respondentek. Dále praktická část sleduje nejčastější emoce a symptomy výskytu tohoto stavu, zkoumá vliv klíčových sociodemografických faktorů na vznik a riziko poporodního blues a analyzuje nejčastější emocionální projevy u žen s negativním i pozitivním výsledkem testu. Hlavním cílem této bakalářské práce je určit míru prevalence poporodního blues ve sledovaném souboru žen a identifikovat hlavní symptomy a projevy spojené s tímto stavem. V rámci této studie budou získané poznatky detailně analyzovány a porovnány s výsledky vybraných studií za účelem formulace doporučení pro praxi, která by mohla předcházet rozvoji dalších psychických problémů u žen po porodu.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 EMOCE

Emoce jsou neurochemické procesy, které mají dopad na současný stav a nastavení organismu k určité aktivitě, zejména pohybu. Mohou být také považovány za základní organizační systémy, ovlivňující naše jednání, myšlení a další psychosomatické procesy. Tyto pocity mají kontrolní vliv na naše fyziologické reakce a chování, a to nejen v situacích, kde jde o přežití, ale i v příjemných interakcích. Emoce mohou být chápány jako fyzické stavy, které vycházejí z řídicích center s funkcí orientovanou na přežití a pokračování života. (Honzák, 2020)

Naše emoce jsou důležité ve způsobu, jakým vnímáme, chápeme a zdůvodňujeme věci a lidi kolem sebe. I když se můžeme považovat za rozumné, racionální a logické osoby, jsou to právě emoce, které ovlivňují naše jednání a posouvají nás vpřed. Emoce zahrnují i emoční inteligenci, což je soubor dovedností, ovlivňující naši schopnost vnímat, chápat, používat a řídit své vlastní emoce i emoce ostatních. Tato schopnost hraje roli v našich mezilidských interakcích, jak na profesionální, tak na osobní úrovni. (Hasson, 2015)

Dle Skutilové (2016) lze s určitou nadsázkou konstatovat, že emoce jsou jakýmsi kořením života a bez nich by všechno působilo monotónně a uniformně. Emoce jsou neodmyslitelnou součástí lidské existence, přinášejí nám jak radostné, tak i nepříjemné zážitky. Negativní situace nás sice v okamžiku, kdy ji prožíváme, může bolet, ale často nám také poskytuje možnost poučit se z chyb a zlepšit se. Smutek, nejistota nebo úzkost mohou být signály, které nám pomáhají rozpoznat naše priority, tedy co je pro nás v životě důležité a co nikoli.

V dnešní době existuje shoda ohledně šesti základních emocí, jež jsou jasně rozpoznatelné a mají definovaná řídicí centra. Tyto emoce jsou: strach, hněv, radost, smutek, odpor a překvapení. K tomu se často přidávají: úleva/spokojenost, zájem a láska. (Honzák, 2020)

V našem životě hrají emoce klíčovou roli ve formování zkušeností a chování, ovlivňují a motivují všechny aspekty našeho celého života. Zájem vědců o emocionální projevy sahá do historie, a přesto i v současnosti existují rozsáhlé diskuse o definici emocí a nejlepších způsobů studia jejich neurologických základů. (Malezieux et al., 2023)

### 1.1 Vznik a vývoj emocí

Emoce vznikají v limbickém systému, což je oblast mozku zodpovědná za naše automatické reakce na okolní svět, které nezahrnují racionální myšlení či uvažování. Můžeme říci, že emoční reakce, pocházející z limbického systému, jsou pevně zakořeněné v našem vnitřním

světě, což je umožňuje obtížně skrývat. Když reagujeme na okolní lidi a události, děláme to skrze tento limbický systém, což znamená, že naše reakce odrážejí naše skutečné pocity, nálady a úmysly. (Hasson, 2015)

V mozku můžeme nalézt část nazývanou neokortex, která má na starosti naše kognitivní schopnosti, včetně myšlení, paměti a uvažování. Tuto oblast neokortexu využíváme k formulaci, řízení a verbálnímu vyjadřování našich myšlenek, nápadů a názorů. Neokortex nám taky umožňuje vyjádřit své emoce a chování v komplexnější a promyšlenější podobě. (Hasson, 2015)

V nedávné době došlo k pokroku v konceptualizaci vnímání tělesných signálů a jejich nervových základů, což je podporováno empirickými důkazy, které se týkají vnímání tělesných a vnitřních mechanismů a jejich role v prožívání emocí. Fyziologický projev emocí zahrnuje změny v systémech všech vnitřních orgánů, které jsou řízeny autonomními nervovými reakcemi a obvykle probíhají nezávisle na vůli. (Critchley a Garfinkel, 2017)

Zejména emoce a stres dokáží ovlivňovat tělesné orgány a látkovou výměnu skrze hypothalamus, což je nejspodnější část mezimozku. Tato autonomně fungující část mozku při stresu spouští celou kaskádu hormonálních informací a reakcí, které jsou regulovány hypofýzou a kůrou nadledvin. (Rüegg, 2020)

Výzkumy naznačují, že emoční systémy nás přizpůsobují k řešení problémů v okolním prostředí prostřednictvím regulace aktivity kardiovaskulárního, kosterního, neuroendokrinního a autonomního nervového systému. Porozumění subjektivním tělesným pocitům spojeným s lidskými emocemi nám může pomoci lépe chápat poruchy nálady, jako jsou deprese a úzkost, které jsou doprovázeny změněným zpracováním emocí, aktivitou autonomního nervového systému a tělesným vnímáním. (Nummenmaa et al., 2014)

### 1.1.1 Klasifikace emocí

Obecně můžeme rozdělit emoce na kladné a záporné, příjemné a nepříjemné nebo stenické (mobilizující) a astenické (imobilizující). Podle jejich povahy rozlišujeme emoce nižšího řádu (jako jsou strach, radost, úzkost, hněv, smutek, překvapení, odpor a další) a emoce vyššího řádu, které zahrnují sociální, etické a estetické aspekty. Nižší emoce individuální se týkají jednotlivce a jsou spojeny s fyziologickými projevy, jako je únava, hlad nebo žízeň, které signalizují nesoulad s vnitřní rovnováhou (homeostáza). Tyto nižší emoce jsou společné všem lidem bez ohledu na jejich kulturu nebo místo původu. Naopak vyšší emoce,

jako jsou city, se vztahují k ostatním lidem a světu kolem nás, k morálním hodnotám, harmonii nebo kráse. Tento typ emocí je často mnohem více ovlivněn kulturou, společností a dobou, a je tedy zranitelnější než emoce nižšího řádu. (Orel, 2016)

Následuje podrobnější klasifikace emocí, kterou lze rozdělit do dvou hlavních skupin: afekty a nálady. První zmíněný je afekt, což je rychlá a intenzivní emocionální reakce, objevující se náhle a bouřlivě v reakci na určitý podnět, situaci a okolnost, které dokáží pobouřit. Tato reakce bývá většinou krátkodobá, ale dosahuje vysoké intenzity a může být doprovázena fyziologickými projevy, jako je zčervenání nebo zblednutí s výraznou tělesnou aktivitou. U afektů často dochází k rychlému vybití, prostřednictvím jiných činností, což nazýváme odreagováním afektu. (Orel, 2016)

Druhou formou emocí je nálada, která se na rozdíl od afektu obvykle projevuje jako delší emoční stav. Nálady mohou být proměnlivé ve své intenzitě a kvalitě a často mají určitý směr, ale nejsou přímo spojeny s konkrétním obsahem vědomí. I když mohou ovlivňovat různé psychické funkce a tělesné projevy, jsou obvykle méně výrazné než afekty. Nálady jsou ovlivňovány širokou škálou vnějších i vnitřních faktorů. Mezi fyzikální faktory patří například venkovní teplota, délka slunečního svitu, zatímco chemické faktory mohou zahrnovat různé látky, léky a drogy. Ze somatických faktorů mohou být důležité tělesné nemoci, organické změny na mozku nebo hladina hormonů a krevního cukru v těle. Nálada je také ovlivněna aktuální situací, samotnou charakteristikou osobnosti a zkušenostmi daného člověka. Může se měnit v reakci na různé události a nové prožitky, například po porodu, kdy je žena ovlivněna hormonálními změnami a dalšími faktory, které jsou zmíněné níže. (Orel, 2016)

## 1.2 Emoční změny během šestinedělí

Šestinedělí, označované také jako puerperium, je časový úsek, který trvá do 42. dne po porodu. Během této doby dochází k postupnému ústupu fyziologických i patofyziologických změn, které se vážou k přizpůsobení těla po těhotenství. Šestinedělí zahrnuje proces hojení případných porodních poranění a také dochází k rozvoji laktace. (Fait, 2021)

Obecně můžeme šestinedělí rozdělit na tři části: první je poporodní období, které začíná ihned po porodu placenty, následuje časně šestinedělí, které pokrývá prvních sedm dní po porodu, a poslední je pozdní šestinedělí, které trvá od druhého týdne až do konce šestého týdne po porodu. (Fait, 2021)

Období šestinedělí je složité zejména po stránce psychologické, jelikož je žena vystavena velkému hormonálnímu kolísání. Po prvních dnech lásky, euforie a neustálé radosti může následovat období přechodných emocionálních výkyvů. Vzápětí po narození novorozence žena často pociťuje hrdost a pocity úspěchu po zvládnutí náročné situace. Naopak, pokud se projeví pocity neschopnosti a selhání, může to negativně ovlivnit sebepojetí ženy. (Procházka et al., 2020)

V první fázi šestinedělí, tedy v době poporodní, je klíčové budování vztahu s nově narozeným dítětem prostřednictvím okamžitého položení dítěte na matky holou hrud' k prsu, kdy matka začíná poprvé kojit. V porodnici může tento proces podporovat koncept rooming-in, což znamená, že matka zůstává s dítětem po porodu na jednom pokoji po celou dobu. (Slezáková et al., 2017)

Po narození novorozence se celá rodina ocitá v nové životní situaci, kde jsou nezbytné rozsáhlé změny v jejich dosavadním životním stylu, rolích a funkcích, aby se udržela fyzická, duševní a sociální rovnováha. Tyto transformace jsou hlavně u žen, které vedly aktivní životní styl a měly své povinnosti v domácnosti, zaměstnání a ve společnosti. Ale samotný proces změny se týká úplně všech žen i celé rodiny. (Asadi et al., 2021)

Po porodu může některá žena potřebovat intenzivnější péči kvůli fyzickým obtížím, jako je například únava, bolesti způsobené epiziotomií, bolesti po císařském řezu, anebo se mohou objevit problémy s kojením. Vzhledem k těmto okolnostem a významnému rozsahu změn, matky zažívají kombinaci různých emocí, včetně lásky, štěstí, stresu, úzkosti a dokonce šoku. Někdy je stres a tlak na matky tak velký, že může vést k psychickým problémům po porodu. (Asadi et al., 2021)

Ženy mohou prožívat již zmíněné psychické problémy, které jsou spojené s nepříjemnými emocionálními stavy, což negativně ovlivňuje jejich kvalitu života. Přítomnost deprese, úzkosti, problémů v partnerských vztazích nebo bolesti hlavy jsou nepříjemné momenty, které se mohou objevit a znepríjemnit tak šestinedělí. Na základě výsledků studie podle Galiana et al. (2019), která zkoumala kvalitu života žen v šesti týdnech po porodu, by měla být zvažena opatření v klinické praxi odborníků, přítomných u porodů a zdravotníků, kteří se setkávají s ženami v šestinedělí. Ze studie vyplývá, že porodní asistentky by měly být důraznější při provádění pečlivých hodnocení potíží psychických i fyzických, měly by dbát na všechny okolnosti, které by mohly dopadat na psychiku ženy v šestinedělí a také se snažit

zavést preventivní i terapeutická opatření ke zmírnění těchto potíží, čímž by mohla být zlepšena kvalita života žen.

### **1.2.1 Vliv porodu na psychiku ženy v šestinedělí**

Během porodu se může vyskytnout několik komplikací, které vyžadují okamžitou reakci a mohou ohrozit zdraví matky i dítěte. Bolest spojená s kontrakcemi dělohy může být individuálně vnímána a prožívána. Pro některé ženy je přirozenou součástí procesu porodu, kterou přijímají a respektují, zatímco pro jiné ženy to může být zdroj obav a úzkosti. Několik hodin po porodu se ženy často samy v myšlenkách vrací k nedávnému prožitku porodu a jeho průběhu. Analyzují a porovnávají skutečný průběh této náročné situace s tím, co původně očekávaly. Způsob, jakým proběhne porod, může formovat osobnost ženy a také může změnit její emoce. Každý porodní zážitek ženy ji ovlivňuje v tom, jak se bude nadále vnímat a cítit. (Wilhemová et al., 2021)

Porod je často vnímán jako jedinečná událost s biopsychosociálním dopadem, hluboce ovlivňující ženu z fyzické, sociální a emocionální perspektivy. Narození dítěte je bráno jako reprodukční událost, přinášející významné somatické změny. Přejít k mateřství má důsledky pro všechny životní vztahy a sociální role ženy. Těhotenství a období po porodu navíc přinášejí významné psychologické změny, kdy bylo zjištěno, že proces porodu je brán jako „psychologická zátěžová zkouška“. (Kristin et al., 2010)

Podle autorky Takács et al. (2012) existuje rozdíl mezi ženami, které byly po vaginálním porodu, protože vyjádřily celkově vyšší spokojenost s péčí v porodnici ve srovnání s těmi, které měly po porodu císařským řezem. Šestinedělky po vaginálním porodu pozitivněji hodnotily vstřícnost a empatii porodních asistentek a méně často vnímaly přístup zdravotnického personálu jako nadřazený a nezajímavý. Nižší spokojenost s přístupem zdravotnického personálu u žen, jež podstoupily císařský řez naznačuje, že ženy s porodními komplikacemi mají vyšší očekávání vůči podpoře a pomoci ze strany zdravotnického personálu. Mohou proto hodnotit jejich přístup přísněji, protože ženy po císařském řezu jsou v ranější fázi rekonvalescence a často prožívají negativní pocity ve srovnání s ženami, které porodily vaginálně.

### **1.2.2 Vliv nechtěného těhotenství na psychiku ženy v šestinedělí**

Nechtěné těhotenství může vyvolávat širokou škálu emocí, včetně stresu, úzkosti, smutku nebo dokonce hněvu. Tyto emoce mohou být důsledkem pocitů ztráty kontroly nad vlastním



životem, obav z budoucnosti a rozhodování o dalších krocích, a to včetně rozhodnutí, zda pokračovat v těhotenství či nikoli. Nechtěné těhotenství může vést k emočnímu stresu a napětí, jež mohou negativně ovlivnit psychické zdraví ženy. Nechtěná těhotenství jsou spojena s depresivními příznaky a také se mohou objevit příznaky posttraumatického stresového syndromu. Studování tohoto vlivu může být obtížné, protože nechtěná těhotenství zahrnují jak špatně načasovaná, tak úplně nechtěná a pocity v souvislosti s těmito situacemi se mohou během těhotenství a po porodu měnit. Značná část těhotenství po celém světě je buď nechtěná, nebo špatně naplánovaná. V případě nechtěného těhotenství si žena může vybrat mezi ukončením těhotenství nebo pokračováním. Obě tyto možnosti předpokládají vliv na duševní zdraví ženy. (Olsen a Agerbo, 2015)

Několik studií prokázalo spojení mezi neplánovaným těhotenstvím a zvýšeným rizikem vzniku poporodní deprese a dalších duševních onemocnění u matek, což je důležitá informace, upozorňující na potenciální dopad nechtěného těhotenství i na psychické zdraví žen. Je však důležité si uvědomit, že tyto studie mají svá omezení. Výzkumníci se často totiž spoléhají na retrospektivní vzpomínky matek, zda bylo jejich těhotenství plánované nebo nechtěné. Tyto informace však mohou být zkreslené, protože ženy mohou po porodu svých dětí popřít, že jejich těhotenství bylo někdy bráno jako neplánované nebo nechtěné. To může vést k podhodnocení skutečného výskytu nechtěných těhotenství a zkreslení pochopení dopadu neplánovaného těhotenství na psychické problémy matek. (Mercier et al., 2013)

### **1.2.3 Vliv velmi chtěného těhotenství na psychiku ženy v šestinedělí**

V rozvinutých zemích došlo v posledních desetiletích k obecnému poklesu plodnosti. Průměrný věk prvorodiček neustále roste, což souvisí s rostoucí mírou neplodnosti. Neplodnost je definována jako neschopnost otěhotnět po dobu tří let u zdravého páru, kde nejsou žádné zjevné problémy s plodností ženy či muže. Vliv velmi chtěného těhotenství je v dnešní době aktuální situace a téma, jelikož zhruba jeden z osmi párů se uchyluje k odborné pomoci s neplodností. Ženy navštěvují specializovaná centra, absolvují řadu různých vyšetření, a to může být velmi stresující a obtížně zvládnutelné. Touha po těhotenství může výrazně ovlivnit emocionální stav ženy, která může prožívat negativní emoce, jako je strach, stres, úzkost či deprese. Tato náročná situace může také ovlivnit rodinné vztahy, sexualitu a sebepojetí ženy. (Ayers, 2015)

### 1.2.4 Sociální a spirituální vlivy na psychiku ženy v šestinedělí

Narozením dítěte se žena stává matkou, což představuje hluboký proces změny nejen na fyzické úrovni, ale i na duchovní a vnitřní rovině. Pro většinu žen tato změna představuje zásadní transformaci v celém jejich životě, ovlivňující nejen hmotné aspekty, ale i jejich vnitřní bytí. Ženy se mohou zabývat otázkami existence a hledají smysl svého života ve větším kontextu. Současně se snaží přijmout a vyvážit svou mateřskou roli, která s sebou přináší jak radosti, tak i zásadní životní změny. (Wilhemová et al., 2021)

Adaptace na mateřskou roli je ovlivněna různými faktory, jako je výchova, sociální prostředí, ve kterém žena žije, její sebedůvěra, zkušenosti s dětmi atd. Každá žena prožívá tento proces individuálně a může trvat různě dlouho. Být matkou je náročný a často obtížný proces, jenž může ženu vyvést z rovnováhy a vyžaduje určitý čas na strávení nových zkušeností. Podpora ze strany partnera nebo jiné blízké osoby je v poporodním období klíčová. Tato podpora poskytuje ženě možnost být o samotě, reflektovat své myšlenky a lépe porozumět procesu transformace, kterým po porodu prochází. (Wilhemová et al., 2021)

### 1.2.5 Vliv digitálních médií na psychiku ženy v šestinedělí

Už od samých počátků internetu v 90. letech využívaly těhotné ženy a matky online média kvůli emocionální podpoře, možnosti spojení s dalšími rodiči a získávání informací. Mezi tyto zdroje se řadí internetové stránky, blogy, online diskusní fóra, mobilní aplikace a sociální média. Ženy nejenom vyhledávají informace pomocí digitálních médií, ale mohou také aktivně přispívat tvorbou obsahu, ke kterému mají přístup i další uživatelé. Důležitým rysem dnešního používání digitálních médií je to, že uživatelé nejsou jen pasivními příjemci informací, které na těchto platformách naleznou. Namísto toho se aktivně podílejí na tvorbě originálního obsahu a provádějí různé činnosti, jako je označování, lajkování, doporučování, sdílení a někdy i přeformulování informací, se kterými se na těchto médiích setkávají. (Lupton, 2016)

Informační potřeby v oblasti zdraví zahrnují touhu po odborných znalostech lékařů a zdravotnických odborníků, ale také po zkušenostech a doporučeních lidí, kteří prošli podobnými situacemi. Sociální sítě se tak staly cenným zdrojem informací, protože obsahují množství údajů a zkušeností s danou situací či problémem. Komunikace prostřednictvím sociálních médií může ženám poskytnout pocit spojení se světem a může jim pomoci snížit stres tím, že sdílejí své emoce. (Lee a Lee, 2022)

Dle Luptona (2016) ženy, co prožívají své první těhotenství nebo pečují o své první dítě, mají tendenci častěji využívat digitální média. Některé ženy uvedly, že během prenatalních návštěv nemají dostatečně dostupné informace nebo podporu od zdravotníků, a proto se uchylují k digitálním médiím jako zdroji kompenzace. Existují aplikace a webové stránky, kde mohou matky zadat své informace o očekávaném termínu porodu, tělesné hmotnosti, úrovni fyzické aktivity, stravě, náladách, chutích, konzumaci léků a průběhu lékařských prohlídek a testů. Plody mohou být sledovány pomocí mini-Dopplerů, připojených k chytrým telefonům pro měření srdeční frekvence. K dispozici je také mnoho aplikací pro sledování spánku, krmení, růstu a vývoje kojenců.

Matky v poporodním období často zažívají rozporuplné pocity, přestože získávají dostatek informací během těhotenství. Cítí se nejisté v tom, jak se správně postarat o své novorozence v každodenním životě. Často uvádějí, že informace, které získaly při prenatalních prohlídkách, je připravily na porod, ale ne na to, co přijde po něm, na skutečnou péči o sebe a o nově narozené dítě. Jak se důraz zdravotní péče postupně přesouvá na potřeby dítěte, ženy cítí enormní odpovědnost. (Reyes et al., 2016)

Podle Reyese et al. (2016) některé ženy, které využívaly mobilní aplikace pro získávání zdravotních informací během těhotenství uvedly, že po porodu jsou tyto aplikace nedostupné nebo nedostatečné. To ukazuje na potřebu vývoje většího množství mobilních aplikací zaměřených na poporodní období. Tyto aplikace by měly být bezplatné, poskytovat relevantní obsah, odpovídající věku dítěte a umožňovat uživatelkám přístup k ověřeným externím webovým stránkám.

Je klíčové, aby na důvěryhodných sociálních sítích docházelo k aktivní interakci odborníků nebo kvalifikovaných jednotlivců, kteří spojují různorodé webové zdroje se specifickými potřebami žen prostřednictvím osobních setkání nebo online komunikace. Informace by měly být věrohodné a vždy by měl být uveden zdroj čerpání, aby si žena dokázala sama ověřit jeho věrohodnost. Dále je důležité, aby se poskytovatelé zdravotní péče, federální organizace a další subjekty zaměřené na zlepšení zdraví matek a dětí zapojili do současných sociálních sítí například: Pinterest, Twitter, Facebook, Instagram atd. Díky tomu jsou pak tyto organizace více připraveny na novou generaci matek a na jejich preference v oblasti sociálních médií. (Reyes et al., 2016)

## 2 PSYCHICKÉ PROBLÉMY V ŠESTINEDĚLÍ

Dle Wilhemové et al. (2021) může v šestinedělí docházet k významným změnám v psychice ženy a pokud neustále tyto změny pokračují a prohlubují se, existuje možnost, že šestinedělka může trpět jednou z psychických poruch v poporodním období. Do těchto psychických poruch řadíme ty, které se objeví během šestinedělí, ale mohou přetrvávat i několik měsíců po porodu.

Poporodní období je kritickou fází, kdy u ženy dochází k řadě změn, jež mají dopad na fyzickou, psychickou i sociální úroveň. Kvalita života související se zdravím, jak ji definuje Světová zdravotnická organizace (WHO), se vztahuje k vnímání postavení jedince v životě s ohledem na kulturní kontext a hodnotový systém v němž žije a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a obavám. (Galiano et al., 2019)

Většina žen během těhotenství, porodu a po narození dítěte prochází obdobím mimořádné zranitelnosti. Z tohoto důvodu je třeba jim věnovat zvláštní pozornost a projevit zvýšený respekt ze strany všech zdravotníků. Správná péče zdravotníků hraje klíčovou roli v podpoře zvládnání větší míry zranitelnosti, strachu a bolesti. (Mazuchová a Porubská, 2022)

Ženy po porodu často prožívají různou škálu emocí, jako je naděje, radost a uspokojení, ale i úzkost, frustrace, zmatek, smutek a obvinění. Právě toto období přispívá k menší odolnosti žen vůči různým duševním poruchám. Poporodní psychické poruchy se obvykle klasifikují do tří skupin: poporodní blues, který se považuje za fyziologický stav, dále poporodní deprese a poporodní psychóza, které jsou považovány za patologické stavy, ohrožující jak zdraví ženy, tak i novorozence. (Rai et al., 2015)

### 2.1 Poporodní blues

Moloney byl jedním z prvních, kteří v roce 1952 popsali poporodní blues jako depresi třetího dne po porodu, charakterizovanou únavou, skleslostí, plačtivostí a neschopností jasně myslet. Puerperium, jakožto období velké míry zranitelnosti žen, je spojeno s intenzivním fyzickým a emocionálním vyčerpáním. Změny nálady po porodu jsou skutečně komplexní a zahrnují biologické, psychologické, sociální a kulturní faktory. Maternity blues neboli poporodní blues, též známý jako baby blues, postnatal blues nebo post-partum blues, představuje stav špatné nálady a mírných, přechodných, sebeomezujících depresivních příznaků, které se mohou objevit v prvních dnech po porodu. Nedávný systematický přehled zjistil, že prevalence poporodního blues se pohybuje v rozmezí od 13,7 % do 76 %.

Vzhledem k tomu, že je tento stav dobře známým rizikovým faktorem pro přechod k závažnějším poporodním poruchám nálady, je klíčové provést včasnou diagnózu a poskytnout matce adekvátní a rychlou podporu, což může přispět k zabránění rozvoje závažnějších poporodních poruch. Bylo prokázáno, že poporodní blues zvyšuje riziko vzniku poporodní deprese, poporodní psychózy a trvalého emočního a kognitivního postižení u žen a jejich novorozenců. (Tosto et al., 2023)

Typické příznaky poporodního blues jsou emocionální nestabilita, podrážděnost, zvýšená náládovost, úzkostné momenty, plačtivost, zmatenost, neklid a občasné pocity snížené sebeúcty a sebehodnoty. Žena může pociťovat i somatické projevy, včetně bolestí hlavy a zad, nechutenství, malátnosti, palpitace a poruch spánku. (Wilhemová et al., 2021)

Na toto tvrzení navazuje O'Hara et al. (2013), jenž přichází s důkazy, ukazujícími, že symptomy kolísavé nálady se zhoršují v prvním týdnu po porodu a následně se postupně zlepšují. Vrchol negativních symptomů nálady je obvykle dosažen mezi 3. a 5. dnem po porodu, což pravděpodobně souvisí s hormonálními změnami. Většinou symptomy poporodního blues samovolně odezní do 10.-12. dne po porodu, s výjimkou situace, kdy se může vyvinout v poporodní depresi. Poporodní deprese obecně není závislá na poporodním blues, ale jeho přítomnost může zvyšovat riziko vzniku závažnější formy tohoto onemocnění.

Přesné příčiny poporodního blues nejsou známy. Tento stav může být vyvolán z důvodu obtíží s kojením, obavami o novorozence a pocity nedostatečnosti. Podle některých výzkumů je poporodní blues častější u prvorodiček a může být spojen s manželskou disharmonií, neplánovaným nebo nezpracovaným mateřstvím, úzkostí a depresí během těhotenství a zvýšeným strachem z porodu. (Ratislavová, 2008)

### **2.1.1 Epidemiologie/patofyziologie poporodního blues**

Od 80. let 20. století se neurobiologické vzorce poporodního blues staly zajímavým tématem výzkumu. Celkově několik studií naznačuje, že poporodní blues může být spojeno s komplexní deregulací mozkových reakcí u citlivých žen na dramatické hormonální změny, které jsou typické pro peripartální a poporodní období. Nacházíme ale heterogenní údaje. Vrchol symptomů obvykle nastává souběžně s maximálními hormonálními změnami, jako je pokles progesteronu, nižší hladiny estradiolu, kortizolu a zvýšení prolaktinu. (Tosto et al., 2023)

Poporodní blues, ale není pravděpodobně propojeno s prudkými fluktuacemi hladin steroidních hormonů či vnějších faktorů. Hlavním potenciálním mechanismem spojeným s tímto stavem je změna hladin tryptofanu, která může narušit rovnováhu neurotransmiterů v mozku a vyvolat symptomy poporodních emocionálních obtíží. (Roztočil, 2020)

Mezi první a druhou dobou porodní dochází k markantnímu poklesu hladin progesteronu a poté, co se vyloučí placenta produkující estrogeny, náhle začínají klesat i hladiny estrogenů. Tyto dva ženské hormony mohou mít souvislost se změnami nálad po porodu. (Rai et al., 2015)

Tosto et al. (2023) zjistili že na vznik poporodního blues může mít vliv také funkce štítné žlázy. Předporodní hladiny trijodtyroninu (T3) a tetrajodtyroninu (T4) v séru negativně korelují s výskytem poporodního blues v prvním týdnu po porodu. Také přišli k zjištění, že poporodní blues může být závažnější u žen, které mají časnou menarché, premenstruační dysforické poruchy v anamnéze nebo jiné změny nálady související s menstruací.

### **2.1.2 Diagnostika poporodního blues**

Správná identifikace tohoto stavu je velmi obtížná, protože zatím neexistuje jednotná definice a tento stav není uveden jako diagnostická jednotka v žádném oficiálním diagnostickém systému. V současné době není poporodní blues zařazeno ani do Diagnostické a statistické příručky duševních poruch (DSM), ani do Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD). Diagnóza se zakládá na různých hodnotících metodách a škálách, které byly vyvinuty v průběhu času, přičemž nejčastějšími nástroji měření jsou standardizované dotazníky. Různé nástroje používané ke screeningu poporodního blues často sledují odlišná kritéria, což může vést k variabilitě ve zjištěných údajích o prevalenci a rizikových faktorech tohoto syndromu. (Tosto et al., 2023)

### **2.1.3 Maternity Blues Questionnaire**

Maternity Blues Questionnaire (dále jen MBQ) je hodnotící stupnice, navržená pro hodnocení přítomnosti symptomů poporodního blues a jejich intenzity v prvních sedmi až deseti dnech po porodu. Tuto metodu vyvinuli Helen Kennerley a Dennis Gath v roce 1989 na základě rozhovorů se ženami v raném puerperiu. Autoři následně využili metodu shlukové analýzy ke zpracování získaných dat. MBQ se skládá z 28 položek, které spadají do sedmi subškál: primární blues, obsahující sedm položek, útlum, který je složen ze tří položek, hypersenzitivita, ta obsahuje čtyři položky, snížená sebedůvěra, obsahující tři

položky, deprese složená z pěti položek, sklíčenost, která má tři položky a odstup a ztráta zájmu složená ze tří položek. Dotazník zjišťuje stavy a pocity žen, které se u nich objevily v konkrétní den. Celkový rozsah výsledného skóre je od 0 do 28 bodů, přičemž vyšší skóre naznačuje větší intenzitu poporodního blues. Autoři doporučují, aby byl dotazník administrativně vyplňován každý den po dobu 7 až 10 dnů po porodu, což však může být v běžné praxi obtížně realizovatelné. (Tosto et al., 2023)

Takács et al. (2016) zase realizovala sběr dat jednorázově, ale s omezením na dobu pobytu ženy v porodnici, což je v rozmezí 0 až 7 dní. Tento postup je vhodnější z důvodu menší časové náročnosti žen, které nemusely být tolik zatěžovány krátce po porodu. Mohly se zde zkoumat také rozdíly ve sledování efektivity screeningu blues v rámci perinatální péče. U tohoto výzkumu ženy nejčastěji vyplnily dotazník ve druhém dni, při označení dne porodu jako dne nula. Z těchto výsledků je zjevné, že poporodní blues představuje fenomén s typickým vývojem v čase. Oproti tomu jiné zahraniční výzkumy našly další možnost sběru dat, a to v rámci některých vybraných dnů po porodu, např. třetí a pátý den, nebo zvolily jen jeden konkrétní den distribuce.

MBQ je spolehlivý a platný nástroj pro screening poporodního blues, který lze efektivně využít jak v klinické praxi, tak ve výzkumu k identifikaci žen s výraznými blues a s vyšším rizikem poporodní deprese. Jeho výhodou je jednoduchá administrace a nízká časová náročnost. Je však důležité zdůraznit, že MBQ slouží pouze jako screeningový nástroj, který upozorňuje na riziko vzniku poporodní deprese. Sám o sobě není dostačující k určení diagnózy. Při podezření na vážnou poporodní psychickou poruchu nebo nastupující depresi je vždy nutné vyhledat pomoc psychologa nebo psychiatra. (Takács et al., 2016)

#### **2.1.4 Stein Maternity Blues Scale**

V roce 1980 byla vytvořena Georgem S. Steinem sebesposuzovací škála, která obsahovala 13 položek. Autor mezi tyto položky zahrnuje symptomy jako: depresivní příznaky, plačtivost, neklid, úzkost, únavu, napětí, podrážděnost, zhoršenou koncentraci, zapomnětlivost, zmatenost, nechutenství, nespavost a bolest hlavy. Prvních deset příznaků koresponduje s položkami v MBQ, avšak zbývající symptomy, jako jsou nechutenství, nespavost a bolest hlavy, nejsou v MBQ zahrnuty. Skóre na této škále může variabilně dosahovat od nuly do 26 bodů. Pokud je skóre v rozmezí od tří do osmi, naznačuje to mírný stupeň poporodního blues, zatímco skóre devíti a více signalizuje těžší formu tohoto stavu. (Tosto et al., 2023)

### 2.1.5 Jiné standardizované psychologické stupnice

Nejnovější studie o poporodním blues zahrnovaly další psychometrické nástroje pro lepší posouzení vnitřní dimenze u žen. Jedním z těchto nástrojů je Manželský dotazník od Mieczysława Plopy a Jana Rostowského. Tento dotazník je známým nástrojem výzkumu v oblasti sociální psychologie, sloužící k měření spokojenosti a kvality manželského života. Dalším je Berlínská škála sociální podpory, hodnotící potřebu podpory a vnímanou podporu pro ženy. Nedávno bylo také navrženo měřítko v období před porodem, které prostřednictvím vazby předpovídá vznik poporodního blues. Toto měřítko obsahuje 24 položek, které jsou rozděleny do dvou kategorií: interní proměnné (mateřské role a úkoly) obsahující osm položek a externí proměnné (kulturní, sociální podpora) obsahující 16 položek. (Tosto et al., 2023)

### 2.1.6 Léčba poporodního blues

Zatím stále neexistuje specifická léčba tohoto stavu, jelikož většinou samovolně zmizí. Vzhledem k protichůdným důkazům, týkajícím se možné etiologie poporodního blues, není zcela jasné, zda by preventivní strategie byly účinné při snižování rizika výskytu této situace. Celkově lze říci, že edukace žen během těhotenství o poporodním blues může pomoci lépe připravit ženy na tyto symptomy, které často přicházejí neočekávaně. Je důležité ujistit rodičky, že příznaky špatné nálady po porodu jsou běžné a přechodné. Porodní asistentky mohou matkám a jejich rodinám doporučit, aby se předem připravily a zajistily si, že budou mít po porodu dostatečnou podporu a možnost odpočinku. Podpůrná péče se zdá být nejlepší strategií při léčbě poporodního blues. Vztahová dimenze péče, včetně kvalitního poradenství, komunikace během předporodního a poporodního období a přesného pozorování emočních reakcí, jsou klíčovými prvky pro identifikaci poporodního blues a stanovení diferencíální diagnózy s dalšími možnými a závažnějšími psychickými poruchami. Porodníci, porodní asistentky a pediatři by měli věnovat vysokou pozornost příznakům poporodního blues. (Tosto et al., 2023)

## 2.2 Poporodní deprese

Poporodní deprese (dále jen PPD) je psychické onemocnění, vyskytující se u přibližně 10 % všech žen po porodu. Může být považována za prohlubující se stav, jenž následuje po poporodním blues. Toto onemocnění obvykle začíná mezi 6. a 12. dnem po porodu, ale může se projevit i později, až do jednoho roku po narození dítěte. (Hájek et al., 2014)



PPD je charakterizována řadou emocionálních, behaviorálních a fyzických příznaků. Mezi hlavní příznaky poporodní deprese patří smutek a bezmoc, také se mohou objevit pocity paniky, nejistoty, úzkosti a obav spojených s rodičovstvím a péčí o novorozence, typické jsou záchvaty pláče a změny myšlení, dále nedostatek energie a zvýšená únava, ztráta chuti k jídlu a tím i úbytek tělesné váhy ženy. Dále se u žen může objevit i nespavost, uzavřenost, strach z budoucnosti a v krajním případě i ztráta sebeúcty. (Koudelková, 2013)

Ne všechny ženy jsou v poporodním období vystaveny stejně vysokému riziku špatného duševního zdraví. Mezi největší psychosociální rizikové faktory pro PPD se řadí anamnéza deprese nebo úzkosti před nebo během těhotenství, četné zdroje psychosociálního stresu, špatná kvalita vztahu s partnerem, nechtěné těhotenství, velmi mladý věk rodiček, nedostatek sociální podpory a nízký příjem v domácnosti. (Pawluski et al., 2017)

### **2.2.1 Biologické změny v souvislosti s poporodní depresí**

V etiopatogenezi poporodní deprese hrají klíčovou roli nejen genetické faktory, tělesné změny, stres spojený s porodem a osobnostní dispozice, ale především významné hormonální změny v průběhu těhotenství a po porodu. Výsledky rozsáhlých studií naznačují, že individuální senzitivita k fluktuacím hladin estrogenu a progesteronu může významně ovlivnit vznik poporodní deprese. (Takács et al., 2015)

Schiller et al. (2015) na toto tvrzení navazuje a navíc tvrdí, že tyto reprodukční hormony hrají důležitou roli v poporodní depresi, vzhledem k časové souvislosti mezi rychlými změnami koncentrací hormonů, nastávajícími během porodu, záhy po porodu a mezi nástupem symptomů PPD. Na vznik poporodní deprese mají vliv i laktogenní hormony, do kterých patří oxytocin a prolaktin. Oxytocin a prolaktin nejen regulují syntézu a sekreci mateřského mléka, ale také ovlivňují chování a náladu matky. Mnohé studie se shodují, že nižší hladiny oxytocinu jsou spojené se zvýšenými depresivními symptomy po porodu.

### **2.2.2 Diagnostika poporodní deprese**

Poporodní deprese mnohdy nebývá včas identifikována, protože mnoho symptomů jako je například akutní i chronický stres, nedostatek spánku a hormonální změny, se běžně vyskytují u většiny žen po porodu. Navíc prvorodičky si často nechtějí přiznat své příznaky z důvodu pocitu studu a obav, že neplní správně svoji mateřskou roli tak, jak si představují. Rodinní příslušníci si také nemusí ihned uvědomit, že chování jejich partnerky nebo

příbuzného může být známkou klinické deprese, která již vyžaduje léčbu. (Niel a Payne, 2020)

Je důležité, aby lékaři a porodní asistentky vždy brali v úvahu možnost vzniku deprese v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Kromě aktivního sledování příznaků je klíčová i edukace žen o symptomech deprese a úzkosti. Diagnostická kritéria depresivní poruchy podle mezinárodní klasifikace nemocí zahrnují alespoň jeden z hlavních příznaků a minimálně čtyři přidružené příznaky, které přetrvávají nejméně dva týdny. Hlavními příznaky jsou pokles nálady a ztráta zájmu, zatímco přidružené příznaky mohou zahrnovat únavu, změny spánku a chutě k jídlu, potíže s koncentrací a další. Ke screeningu poporodní deprese se mohou použít různé nástroje, jako je Edinburská škála poporodní deprese nebo screeningová škála poporodní deprese. Při diferenciální diagnóze je důležité zvážit také další duševní poruchy a somatické příčiny deprese, jako je například porucha štítné žlázy. (Takács et al., 2015)

Jakmile je u pacientky zjištěn pozitivní výsledek screeningu, je vhodné, aby podstoupila další klinické vyšetření a lékaři mohli stanovit diagnózu poporodní deprese. Následná péče a podpůrné systémy by měly být nedílnou součástí, zahrnutou ve screeningových programech před i po porodu. (Niel a Payne, 2020)

### **2.2.3 Edinburgh Postnatal Depression Scale**

Edinburská škála poporodní deprese (dále jen EPDS), kterou v roce 1987 vytvořili ve Skotsku Cox et al., patří mezi jednu z nejčastěji využívaných metod screeningu poporodní deprese. (Andrews-Fike, 1999)

EPDS je sebeposuzovací škála o deseti otázkách, kde žena hodnotí sama, jak se cítila během posledních sedmi dnů. Výsledkem je skóre od 0 do 30 bodů. Pokud je dosaženo výsledku vyššího než 13, je vhodné provést další diagnostické kroky, neboť to může naznačovat přítomnost depresivního onemocnění nebo přítomnost jiné duševní poruchy. Body se přidělují odpovědím na otázky v souladu s jejich závažností, kde 0 bodů označuje žádné problémy a 3 body označují maximální obtíže v dané otázce. Celkově se tedy hodnotí čtyři otázky a u každé z nich jsou možné odpovědi s hodnotami 0-1-2-3 body. Kritickým bodem je dosažení hodnoty 20 bodů. Aby se předešlo automatickému vyplňování, jsou hodnoty odpovědí průběžně otočeny. (Wilhemová et al., 2021)

Tato škála slouží pouze jako screeningový nástroj a definitivní klinickou diagnózu musí stanovit odborně vyškolený zdravotnický pracovník. Nižší skóre 9/10 se označuje jako indikace "možné deprese", zatímco skóre 12/13 signalizuje "pravděpodobnou depresi". (Gibson et al., 2009)

#### **2.2.4 Postpartum Depression Screening Scale**

Postpartum Depression Screening Scale (dále jen PDSS) je 35 položkový sebesozovovací nástroj. Všechny 35 položek bylo odvozeno z Beckovy série kvalitativních studií o této poruše nálady. Ačkoli byl PDSS vyvinut pro poporodní depresi, je přesný i pro screening předporodní deprese. Celkové skóre ukazuje, zda je třeba ženu odeslat na další diagnostické vyšetření. Položky reprezentují různé aspekty duševního stavu, jako jsou poruchy spánku a nechut' k jídlu, úzkost a nejistota, emoční nestabilita, duševní zmatek, ztráta sebevědomí, pocity viny a studu a sebevražedné myšlenky. Ženy hodnotí, jaké pocity prožívaly v posledních dvou týdnech na škále od 1 do 5, kde 1 znamená "rozhodně nesouhlasím" a 5 "rozhodně souhlasím". Celkové skóre se počítá jako součet hodnot jednotlivých položek a může se pohybovat od 35 do 175 bodů. Vyšší skóre naznačuje vyšší úroveň symptomatických projevů poporodní deprese. Pokud celkové skóre dosáhne nebo přesáhne 60 bodů, naznačuje to riziko mírného či vyššího stupně deprese. Hraniční skóre 80 a více bodů znamená pozitivní screening na závažnou formu poporodní deprese, což indikuje potřebu dalšího diagnostického vyšetření. (Zhao et al., 2015)

#### **2.2.5 Léčba poporodní deprese**

Léčba poporodní deprese obvykle obsahuje komplexní přístup, zahrnující podporu rodiny a sociálního prostředí, uklidňující opatření, psychoterapii nebo farmakoterapii, která je volena většinou jako poslední možnost. (Rai et al., 2015)

V léčbě poporodní deprese se uplatňují nefarmakologické a farmakologické přístupy. Nefarmakologické metody zahrnují psychoterapii a elektrokonvulzivní léčbu. Také jsou vhodné relaxační techniky, léčba světlem, úprava životního stylu, zajištění dostatečného spánku, redukce stresu, pobyt v přírodě, pravidelný pohyb, omezení konzumace alkoholu, kofeinu a nikotinu. Tento typ léčby je vhodný pro ženy s příznaky deprese, které dosud nepodstoupily léčbu antidepresivy a představují alternativu i pro ženy s mírnou nebo středně těžkou depresí. (Sušilová, 2017)

Nefarmakologická léčba obsahuje individuální psychoterapii, hrající klíčovou roli v léčbě poporodní deprese, zejména u žen, které se těžko adaptují na mateřství nebo mají obavy z nové zodpovědnosti. Důležitá je také emocionální podpora ze strany partnera a dalších rodinných členů. Důležitou součástí intervence je vzájemná podpora a vzdělávání o tomto onemocnění. (Rai et al., 2015)

Farmakologická léčba se užívá při středně těžké až velmi těžké poporodní depresi. Množství léků, kterému je kojenec vystaven, závisí na několika faktorech, jako je dávkování léků matkou, načasování a frekvence dávkování, rychlost metabolismu léků matkou a metabolismus požitého léku u kojence. Většina psychotropních léčiv se metabolizuje v játrech. Během prvních týdnů života plně vyvinutého kojence je kapacita jaterního metabolismu léků přibližně třetinová až pětinová ve srovnání s dospělými. Tato kapacita postupně roste a do přibližně tří měsíců věku dítěte dosahuje úrovně kapacity dospělého člověka. Maximální koncentrace léčiva v mateřském mléce se obvykle dosahuje za 6-8 hodin po podání léku. (Rai et al., 2015)

Přibližně 60 % matek začne kojit i s rizikem toho, že většina antidepresiv se vylučuje do mateřského mléka. Kompromisním řešením může být odsávání mateřského mléka v době, kdy jsou koncentrace léčiv nejnižší. Je velmi důležité zdůraznit to, že expozice antidepresivům přes mateřské mléko je výrazně nižší než expozice při přechodu přes placentární bariéru během těhotenství. (Takács et al., 2015)

### **2.3 Poporodní psychóza**

Poporodní psychóza představuje nejzávažnější psychiatrickou komplikaci v průběhu šestinedělí. Nediagnostikovaná a neléčená poporodní psychóza může mít tragické důsledky jak pro matku, tak pro dítě. Z tohoto důvodu je klíčová včasná diagnostika a okamžitá odborná psychiatrická péče. Výskyt poporodní psychózy se pohybuje mezi 0,1 % a 0,2 % šestinedělek, s nejčastějším výskytem mezi 3. a 14. dnem po porodu. (Binder et al., 2020)

Poporodní psychóza není samostatnou klinickou jednotkou, nýbrž se jedná o syndrom akutní psychotické poruchy. Tento stav může buď představovat relaps již dříve diagnostikované duševní poruchy, nebo se může projevit jako první epizoda nového onemocnění s charakteristickým vznikem v období puerperia. (Takács et al., 2015)

Charakteristickými znaky jsou výskyty halucinací, chorobných představ (bludy), nadměrná plačtivost, úzkosti, problémy se spánkem, paranoie, riziko poškození sebe i dítěte a sklony k sebevražedným myšlenkám. (Wilhemová et al., 2021)

### 2.3.1 Diagnostika poporodní psychózy

Vznik poporodní psychózy na biologické úrovni není odlišný od vzniku jiných psychóz, a to v tom smyslu, že i zde dochází k abnormální funkci limbického systému pod vlivem neadekvátního množství dopaminu. (Binder et al., 2020)

V případě, že se u pacientky vyskytnou příznaky psychózy během těhotenství a krátce po porodu, je nezbytné provést důkladnou anamnézu a neuropsychiatrické vyšetření. Cílem je co nejrychleji stanovit správnou diagnózu, zahájit adekvátní léčbu a podpořit proces zotavování. Důležité je také vyloučit možnou předchozí osobní či rodinnou historii psychiatrických onemocnění. (Raza a Raza, 2023)

### 2.3.2 Mood Disorder Questionnaire

Pro stanovení poporodní psychózy lze využít Mood Disorder Questionnaire (dále jen MDQ), který vypracoval tým psychiatrů pod vedením Hirschfela a Chairmana. Původně byl tento test vytvořen pro přesnou diagnostiku bipolární poruchy, ale ukázalo se, že je úspěšný také v diagnostice poporodní psychózy. (Binder et al., 2020)

MDQ obsahuje tři části. První část sleduje celoživotní historii manických/hypomanických příznaků pomocí 13 otázek typu ano/ne. Druhá část se ptá, zda se během tohoto období vyskytly dva nebo více manických/hypomanických symptomů. Třetí část hodnotí míru funkčního postižení v důsledku těchto symptomů na čtyřbodové škále. Pokud screening odhalil sedm nebo více pozitivních příznaků, test je považován za pozitivní. (Carpenter et al., 2020)

### 2.3.3 Léčba poporodní psychózy

Rychlá identifikace poporodní psychózy je klíčová, protože se obvykle projevuje náhle a efektivně reaguje na léčbu. Matky s rizikem sebevražedného nebo nebezpečného chování by měly být okamžitě hospitalizovány. Léčba poporodní psychózy je individuální a závisí na identifikované příčině. Běžně se používají stabilizátory nálady, atypická antipsychotika a antiepileptika. Elektrokonvulzivní terapie (ECT) je účinná u žen s psychózou spojenou se schizofrenií nebo schizoafektivní poruchou, nereagující dobře na antipsychotickou léčbu.

ECT je bezpečná a účinná intervence s minimálním rizikem komplikací a často se kombinuje s farmakoterapií. (Raza and Raza, 2023)

### 3 PREVENCE POPORODNÍCH PSYCHICKÝCH ZMĚN

V této kapitole se práce věnuje základním informacím, jak předcházet poporodním psychickým změnám. Zahrnuje vysvětlení konceptu duševní hygieny a rady, jak se postarat o psychické i fyzické zdraví. Další část se zaměřuje na svépomocné skupiny pro matky, které mohou být velmi užitečné při přizpůsobování se nově vzniklé roli mateřství. Poslední kapitola se zabývá rolí porodní asistentky na oddělení šestinedělí, popisuje její kompetence a povinnosti.

Dle Procházký et al. (2020) by prevence duševních poruch v šestinedělí měla zahrnovat pravidelná setkávání s porodní asistentkou již před porodem, během těhotenství a po porodu. Porodní asistentka má kompetence sledovat fyzický i psychický stav ženy, její celkovou spokojenost, případný stres a změny nálad. Tyto aktivity a sledování by měly být začleněny do prenatálních poraden, kurzů a domácí návštěvní péče. Pro ženu je klíčové, aby dostávala dostatek informací a komunikace s odborníky byla jasná a srozumitelná. Kvalitní informace a profesionální přístup zdravotníků mohou snížit úzkost a stres u rodičky a předcházet pozdějším psychickým problémům. Po porodu může vystavit gynekolog žádanku na návštěvní službu, která je hrazena zdravotní pojišťovnou. Porodní asistentka může v rámci prevence využívat standardizované dotazníky pro screening duševních onemocnění, jež jsou popsány v předchozích kapitolách.

#### 3.1 Duševní hygiena

V poslední době se stále častěji hovoří o duševní hygieně nejen v odborné literatuře, ale i na sociálních sítích nebo internetu. Existuje několik různých přístupů k tomuto konceptu. Někteří lidé ji vnímají jako životní styl, který se zaměřuje na prevenci obtížných situací tím, že průběžně v čase posilují svou psychickou kondici a odolnost vůči stresu. Další přístup se více zaměřuje na včasné zachycení obtížných situací a jejich efektivní zvládnutí, což lze nazvat sekundární prevencí. Třetí přístup pak spočívá v terciální prevenci, kde se akcentuje využití postupů duševní hygieny k úspěšnému překonávání náročných životních situací a minimalizaci jejich negativního dopadu. (Takács et al., 2015)

Během života si většina lidí postupně vyvinula svoje preference a vnímání duševní hygieny. Avšak seznámení se se strukturovanými technikami, které vyvíjejí a ověřují odborníci, může být velmi užitečné a přínosné pro běžné fungování v životě všech lidí. Tyto techniky mají výhodu v tom, že mohou pomoci dosáhnout cíle, tedy zvládnout stres a tím pádem dojít

k rychlejšímu a často efektivnějšímu dosažení uvolnění. Jednou z nejrozšířenějších strukturovaných technik duševního zdraví je relaxační technika, která může mít různé formy. Jejím účelem je dosáhnout uvolněného stavu těla i mysli a zmírnit dopady náročných životních situací. (Takács et al., 2015)

### 3.1.1 Relaxace

Již zmíněná relaxace představuje stav úplného fyzického i psychického uvolnění a naplnění. Tento stav nemusí být spojený se spánkem, protože ani spánek není vždy zárukou úplné relaxace. Relaxace se skládá z fyzického uvolnění, které se projevuje sjednocením dechu a srdeční frekvence, mírným poklesem krevního tlaku, relaxací svalů a obecným zpomalením tělesných funkcí. Druhá část obsahuje duševní uvolnění, které se projevuje harmonizací myšlenek a vnitřním klidem. K tomuto stavu můžeme dojít během meditace, kdy se myšlenky postupně vytráčí. Po této aktivitě většinou nastává ústup negativních vjemů a objevuje se vnitřní harmonie, často se nám mohou zdát naše starosti již méně významné a náročné než před začátkem meditace. (Skutilová, 2016)

### 3.1.2 Práce s dechem

U této techniky zaměřujeme svou pozornost na dech samotný, kdy je kvalitní nádech a prodloužený, hluboký výdech klíčový pro dobrou ventilaci těla a střídání napětí a uvolnění. Součástí tohoto procesu je metoda nazývaná řízené dýchání, která zahrnuje opakované hluboké nádechy se zavřenýma očima, následované pomalým a důkladným vydechováním. Doba trvání výdechu by měla být nejméně dvojnásobně delší než doba trvání nádechu. Kvalitní dýchání pomáhá odstranit nežádoucí látky z krevního oběhu, hromadící se v průběhu stresové reakce. (Takács et al., 2015)

### 3.1.3 Práce s myslí

Jedna z velmi důležitých technik, jež může každý člověk využívat, je mentální cvičení, které se zaměřuje na stimulaci naší mysli. V tomto stavu se snažíme si vzpomenout na určitý zážitek či příjemnou vzpomínku, můžeme se například ponořit do nové knihy nebo se pokusit vyřešit křížovku. K práci s myslí patří také metoda na zastavení negativních myšlenek, která se nazývá "stop technika" a často se využívá při terapeutických sezeních. Tato metoda spočívá v tom, že když se nám vybaví negativní myšlenka, zakřičíme slovo "stop". Díky této metodě se člověk zastaví a přestanou se mu v hlavě objevovat další negativní myšlenky. (Skutilová, 2016)



Práce s myslí může zahrnovat i imaginativní techniky, které často využívají individuálně upravenou pozitivní představu. Tyto postupy se zaměřují na rozvoj a prohlubování této představy skrze jednotlivé smyslové modalitty s cílem dosáhnout následného uvolnění mysli. Jedním z příkladů je aktivní imaginace, při které si v duchu představujeme příjemné místo a prohlubujeme tuto představu pomocí postupného zapojení různých smyslových vjemů. Touto technikou nás většinou provází hlas druhého člověka, ať už osobně, či jako zvukový nosič s danými instrukcemi nebo také doprovodná hudební kulisa. (Takács et al., 2015)

### 3.1.4 Fyziologické postupy

K fyziologickým postupům řadíme techniky ke zvládnání stresových situací, jež často vycházejí z intuice a kombinují se biologické mechanismy adaptace na stres se sociálními zkušenostmi. Tyto techniky zahrnují konkrétní postupy a strategie, umožňující si vybit fyzickou energií způsobem, který je společensky přijatelný. Jedním z příkladů je sportovní aktivita, jež odreaguje napětí, ale také zvyšuje hladinu endorfinů - tzv. hormonů štěstí. Další možností je odreagování pomocí tance nebo kompenzační fyzické práce. K dosažení klidu a uvolnění může pomoci i koupel, masáže, aromaterapie nebo jóga. (Takács et al., 2015)

## 3.2 Svépomocné skupiny a organizace

V této podkapitole se práce věnuje svépomocným skupinám a organizacím, které mohou být po porodu velmi užitečné a důležité. Dokážou ženu včas upozornit na vznik příznaků, typických pro daný typ duševního onemocnění. Tyto skupiny umožňují získat hlubší povědomí o tématu poporodních emocionálních změnách a poskytují informace o správných postupech při zhoršujícím se emočním stavu.

### 3.2.1 Národní ústav duševního zdraví

První institucí je Národní ústav duševního zdraví (dále jen NUDZ), což je moderní organizace zaměřená na výzkum a léčbu duševních poruch. NUDZ se soustředí na studium neurobiologických a psychosociálních mechanismů spojených s vývojem a průběhem vážných duševních onemocnění. Dále se angažuje v testování nových diagnostických a léčebných metodách. Kromě toho poskytuje analýzy a odborné rady pro státní správu, zejména v oblasti organizace péče o duševní zdraví a souvisejících reforem psychiatrické péče. K NUDZ také patří klinika Národního ústavu duševního zdraví, což je specializovaná psychiatrická nemocnice, která poskytuje léčebnou a diagnostickou péči v oblasti duševního zdraví. Služby jsou dostupné pojištěncům zdravotních pojišťoven i samoplátcům jako

nezávislé zdravotnické zařízení. Kromě psychiatrické péče nabízí také služby v přidružených oborech, jako je neurologie, klinická psychologie, fyzioterapie a ergoterapie. (NUDZ, 2022)

### 3.2.2 Úsměv mámy

Organizace Úsměv mámy, se angažuje v podpoře šťastného mateřství a poskytuje pomoc ženám, zažívajícím duševní obtíže během těhotenství nebo po porodu. I když se tento problém v zahraničí více rozebírá a řeší, v České republice zatím není brán s takovou vážností. To je taky hlavní důvod založení této organizace, která se věnuje informačním kampaním, svépomocným podpůrným skupinám v různých městech, propojuje ženy s podobnými zkušenostmi a snaží se o zlepšení systémové péče. V roce 2020 bylo otevřeno vlastní centrum v Praze. Všechny jejich aktivity jsou orientovány na poskytování rychlé a efektivní pomoci matkám, jež bojují s psychickými obtížemi. Na jejich stránkách jsou sdíleny příběhy žen s podobnou zkušeností, kdy se navzájem povzbuzují, naslouchají si a usměřňují se k ověřené odborné péči. Ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví podporují zavedení plošného screeningu, který je důležitý v objevení příznaků včas. Momentálně provozují svou činnost v Praze, Brně, Olomouci, Hradci Králové, Liberci, Jablonci nad Nisou, Českých Budějovicích a ve Zlíně. (Úsměv mámy, 2020)

### 3.2.3 Perinatal

Projekt Perinatal, zahájený v roce 2021, se zaměřuje na psychické obtíže žen v perinatálním období a propagaci ověřeného modelu dostupné péče v České republice. Jeho tvůrce, MUDr. Antonín Šebela, Ph.D., se snaží zabránit negativním důsledkům psychosociálního stresu, který může postihnout rodičky i jejich děti. Projekt nabízí systém časného zachycení žen ohrožených psychosociálním stresem během těhotenství nebo po porodu a poskytuje jim dostupnou péči a informace o duševním zdraví. Na webové stránce projektu jsou k dispozici veškeré relevantní informace, týkající se těhotenství, porodu a poporodního období, včetně možnosti vyplnění standardizovaného dotazníku k vyhodnocení duševního stavu. Projekt Perinatal představuje první krok směrem k systematické péči o duševní zdraví matek v České republice, která dosud chyběla. Projekt kombinuje plošný screening s vícestupňovou péčí a je inspirován podobnými iniciativami jako v zahraničí. Screening probíhá v určených gynekologických ordinacích, kde ženy vyplňují test na zjištění rizika psychických potíží. Pokud je výsledek pozitivní, jsou ženy aktivně osloveny a je jim nabídnuta pomoc. Projekt také zkoumá integrovaný krokový systém péče, který zahrnuje peer podporu a připojuje ženy

k další odborné péči. Projekt je provozován ve 20 vybraných gynekologických ordinacích v Praze, Středočeském a Olomouckém kraji, s týmy poskytujícími prvotní pomoc umístěnými v Praze a Olomouci. (Perinatal, 2021)

### 3.2.4 Aplikace Kogito

Aplikace Kogito, vyvinutá MUDr. Antonínem Šebelou, Ph.D., a MUDr. Eliškou Noskovou, vychází z jejich praktických zkušeností s ženami trpícími psychickými obtížemi v perinatálním období. Obsah aplikace zahrnuje psychologické a psychoterapeutické metody, jako je kognitivně-behaviorální terapie, mindfulness, psychoedukace, behaviorální aktivizace, relaxace a sociálně-komunitní peer metody. Garantem obsahu aplikace je MUDr. Jiřina Kosová, vedoucí lékařka oddělení léčby úzkostných poruch. Kogito vzniklo ve spolupráci s Národním ústavem duševního zdraví a organizací Úsměv mámy. Po vyplnění vstupních dotazníků se žena náhodně zařadí do kontrolní nebo intervenční skupiny v poměru 1:1. Intervenční skupina získá okamžitý přístup ke kompletnímu obsahu aplikace, zatímco kontrolní skupina získá přístup až po jednom měsíci. Po této lhůtě obě skupiny vyplní opětovně dotazníky a kontrolní skupina získá plný přístup k obsahu aplikace. (Kogito, 2021)

### 3.3 Role porodní asistentky na oddělení šestinedělí

Porodní asistentka je respektována jako plnohodnotný zdravotnický pracovník, pracující se ženami, kterým poskytuje podporu, péči a rady během těhotenství, porodu a v období poporodního zotavování. Má zodpovědnost vést porody a poskytovat péči novorozencům a kojencům. Její role zahrnuje prevenci, podporu přirozeného porodu, identifikaci možných komplikací u matky i dítěte a zajištění přístupu k lékařské péči. Kromě toho má porodní asistentka klíčovou úlohu ve zdravotním poradenství a edukaci žen, jejich rodin a komunit. Tuto práci může porodní asistentka vykonávat v různých prostředích, včetně domácího prostředí, ambulantních zařízeních, nemocnicích, klinikách nebo zdravotnických střediscích. (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019)

Porodní asistentka, pracující na oddělení šestinedělí, hraje hlavní úlohu jako opora pro ženy v tomto komplexním období plném různých změn. Její postoj, péče a znalosti pomáhají ženám v péči o novorozence a s přijutím nové mateřské role. Poskytuje šestinedělce důležité informace a vytváří ideální podmínky pro budování vztahu mezi matkou a dítětem. (Dušková et al., 2019)

Po porodu je žena umístěna na oddělení šestinedělí, kde se jí porodní asistentka představí a pokud to okolnosti dovolují, provede ji po pokoji, koupelně, sesterně, ukáže signalizační zařízení a oddělení pro novorozence. Dále poskytne ženě informace o běžném režimu na oddělení a seznámí ji s právy pacientů. Okamžitě poté porodní asistentka provede kontrolu výšky děložního fundu a zkontroluje fyziologické parametry, jako je krevní tlak, tep, tělesnou teplotu a zaznamená si, kdy došlo k přirozenému vymočení močového měchýře. Po porodu je důležité, aby žena vstala a začala fungovat co nejdříve, jelikož to napomáhá rychlejšímu zavínování dělohy, odchodu očístků, prevenci zánětu žil a plicních komplikací. Samozřejmě se dbá na zdravotní stav ženy a na její fyzickou kondici. Následujícího dne, kdy je matka po porodu již více odpočatá, porodní asistentka poskytuje vzdělávání, týkající se hygieny, výměny hygienických prostředků, vyprazdňování moči a stolice, významu cvičení v období po porodu, péče o prsa, o poporodní poranění a o operační ránu. (Dušková et al., 2019)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 METODIKA VÝZKUMU

Výzkumná část bakalářské práce se zabývá analýzou poporodního blues v puerperiu. Základem tohoto výzkumného šetření je využití standardizovaného dotazníku Maternity Blues Questionnaire (MBQ), který byl vyvinut Helen Kennerleyovou a Denise Gathem (1989) na základě zkušeností stovek žen, které popisovaly své prožitky a pocity v raném poporodním období. První část dotazníku sestává z 28 otázek zaměřených na zachycení emočních nálad u pozorovaných žen. Tyto otázky jsou dále rozděleny do sedmi subškál. Druhá část standardizovaného dotazníku se poté zabývá sociodemografickými údaji jednotlivých žen.

V roce 2016 byl tento dotazník publikován, přeložen a validován pro českou populaci, díky Takács et al. Dotazník byl validován a přeložen do několika jazyků a používá se tak v různých státech. Na základě validace však vyvstává nejednotné stanovení fixní hranice pro posouzení positivity či negativity testu. Například Gonidakis et al. (2007) tuto hranici stanovili na 8 bodů, Sutter et al. (1997) na 12 bodů, kdy vycházeli z toho, že blues pozitivní jsou ženy přesahující průměrný skóre dotazníku. Tato práce se však vychází z české validace, provedené autorkou Takács et al. (2016), kteří sledovali překročení 90. percentilu, zohledňujícího jen případy vážného blues. To znamená, že ženy jsou považovány za pozitivní, pokud dosáhnou MBQ skóre vyššího než 10 bodů.

Podrobnější vysvětlení dotazníku MBQ je popsáno v kapitole 2.1.4. Ženy po porodu byly seznámeny s podmínkami této bakalářské práce, kdy svým zapojením daly souhlas se samotným výzkumným šetřením. Ženy byly informovány o tom, že dotazník je zcela anonymní a jejich úplné vyplnění přispěje k vylepšení péče poskytované v oblasti porodní asistence.

### 4.1 Cíle výzkumu

**Hlavní cíl: Zjistit výskyt poporodního blues u zkoumaného souboru žen ve Zlínském kraji pomocí standardizovaného dotazníku MBQ.**

Dílčí cíl 1: Zjistit, ve kterém dni po porodu byl nejčastěji pozitivní screening MBQ.

Dílčí cíl 2: Zjistit nejčastěji se vyskytující specifické emoce a projevy poporodního blues.

Dílčí cíl 3: Určit nejčastěji se vyskytující subškálu MBQ u zkoumaného souboru žen.

## 4.2 Organizace sběru dat

Sběr dat probíhal ve 4 porodnicích Zlínského kraje. Od 1.2.2024 až do 25.3.2024 byly respondentky náhodně vybírány a dotazníky jim byly rozdávány porodními asistentkami po osobní domluvě s vrchními sestrami z gynekologicko-porodnických oddělení. Dotazník byl distribuován ve zdravotnických zařízeních stejným způsobem jako tomu probíhalo v průběhu validace dotazníku v ČR v roce 2016. Respondentky vyplňovaly dotazník pouze jednou, před propuštěním z porodnice. Dotazníkové šetření použité v této práci je uvedeno v příloze. Vyhodnocení dat probíhalo v aplikaci Microsoft Excel.

## 4.3 Charakteristika výzkumného souboru

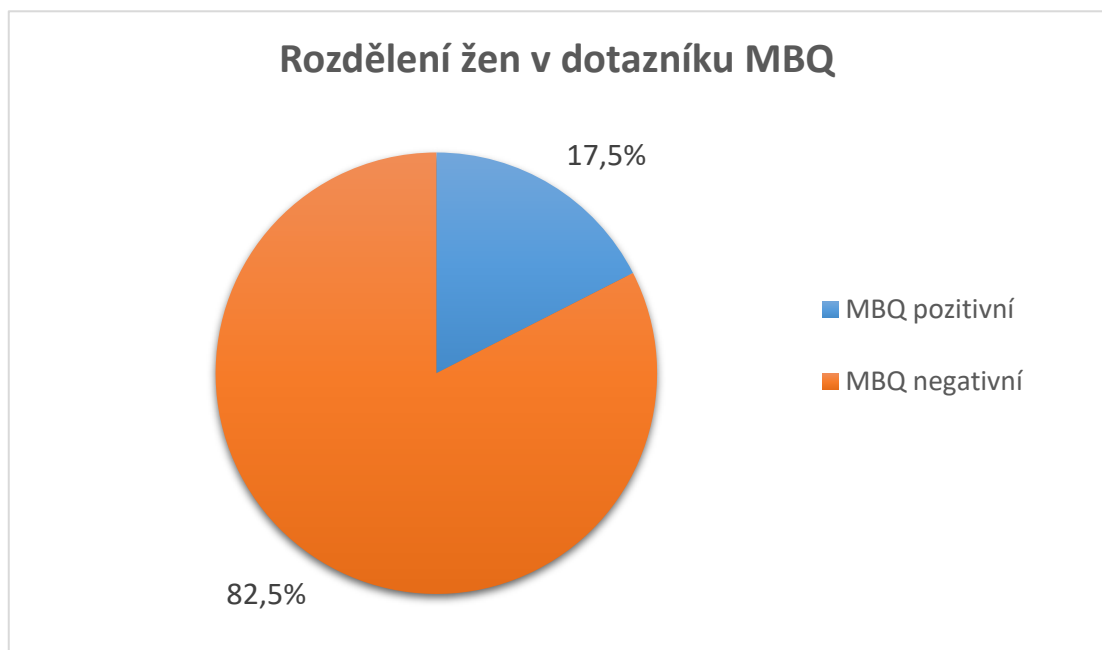
Ve výzkumném souboru jsou zahrnuty ženy z oddělení šestinedělí 4 zdravotnických zařízení ve Zlínském kraji, které byly ve sledovaném období hospitalizovány na oddělení šestinedělí. Respondentky zároveň splňovaly stanovená kritéria, kdy byly do této práce zahrnuty pouze ženy starší 18 let. Ze souboru byly zároveň vyloučeny ženy, jež nevyplnily kompletní dotazník nebo u nich chyběly sociodemografické údaje. Celkem bylo tedy distribuováno 180 dotazníků. Po pečlivém opětovném hodnocení stanovených kritérií a správnosti vyplněných dotazníků, bylo 20 dotazníků vyloučeno z analýzy. To znamená, že návratnost dotazníků dosáhla 89 %. Výsledné zpracování bylo provedeno na 160 dotaznicích, které byly použity v rámci zkoumaného souboru respondentek.

## 5 ANALÝZA A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

V této části se bakalářská práce hlouběji zaměřuje na analýzu získaných dat a stručně popisuje výsledky zobrazené ze získaných hodnot pomocí tabulek a grafů. Nejdříve práce zohledňuje rozdělení výzkumného souboru na ženy s nižším nebo rovným počtem bodů než 10 a ženy překračující tuto hodnotu, což indikuje pozitivní výsledek dotazníku MBQ. Dále se tato část soustředí na analýzu sociodemografických údajů všech rodiček a detailně i na ženy s pozitivním blues. Budou zde zjištěny nejčastější pocity dotazovaných žen po porodu a zobrazeny nejvíce se vyskytující subškály dotazníku MBQ.

### 5.1 Poměr blues-pozitivních respondentek

Podle stanovených kritérií, kde je vyžadováno překročení 90. percentilu, jsou za ženy s poporodním blues považovány respondenty, které nejčastěji uvádějí negativní prožitky a emoce po porodu ve svých odpovědích v dotazníku MBQ. Počet bodů, potřebný k dosažení této kategorie, byl 11. A to proto, aby práce zohlednila jen ženy se silným blues. Na základě kontroly odpovědí bylo jako **blues pozitivní vyhodnoceno 28 žen (17,5 %)** a jako blues-negativní 132 respondentek (82,5 %) z celkových 160. Výsledek je znázorněn v grafu číslo 1.



Graf 1 Výsledek standardizovaného dotazníku MBQ (zdroj: vlastní)



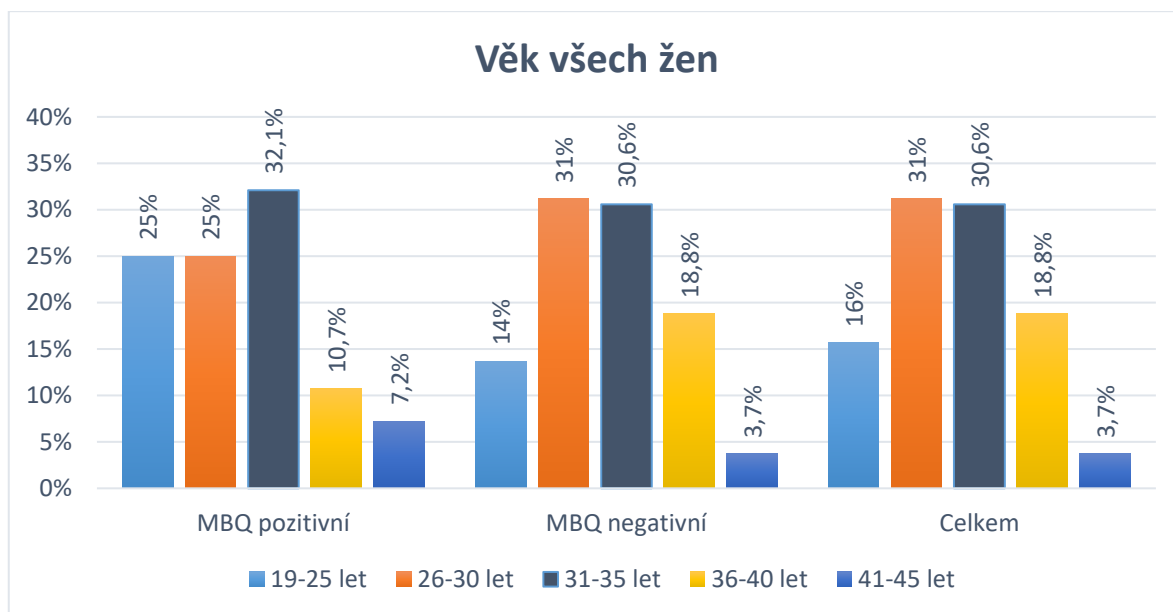
## 5.2 Identifikace sociodemografických údajů

V této kapitole se práce zaměřuje na zjištění vlivu jednotlivých sociodemografických údajů na výskyt poporodního blues. Tabulka pomocí absolutní a relativní četnosti vyobrazuje výsledky sociodemografických faktorů u zkoumaného souboru.

### 1) Váš věk při posledních narozeninách?

Tabulka 1 Věk všech žen (zdroj: vlastní)

	MBQ pozitivní		MBQ negativní		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>19-25 let</b>	7	25 %	18	13,7 %	25	15,7 %
<b>26-30 let</b>	7	25 %	43	32,6 %	50	31,2 %
<b>31-35 let</b>	9	32,1 %	40	30,1 %	49	30,6 %
<b>36-40 let</b>	3	10,7 %	27	20,5 %	30	18,8 %
<b>41-45 let</b>	2	7,2 %	4	3,1 %	6	3,7 %
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>	<b>132</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>



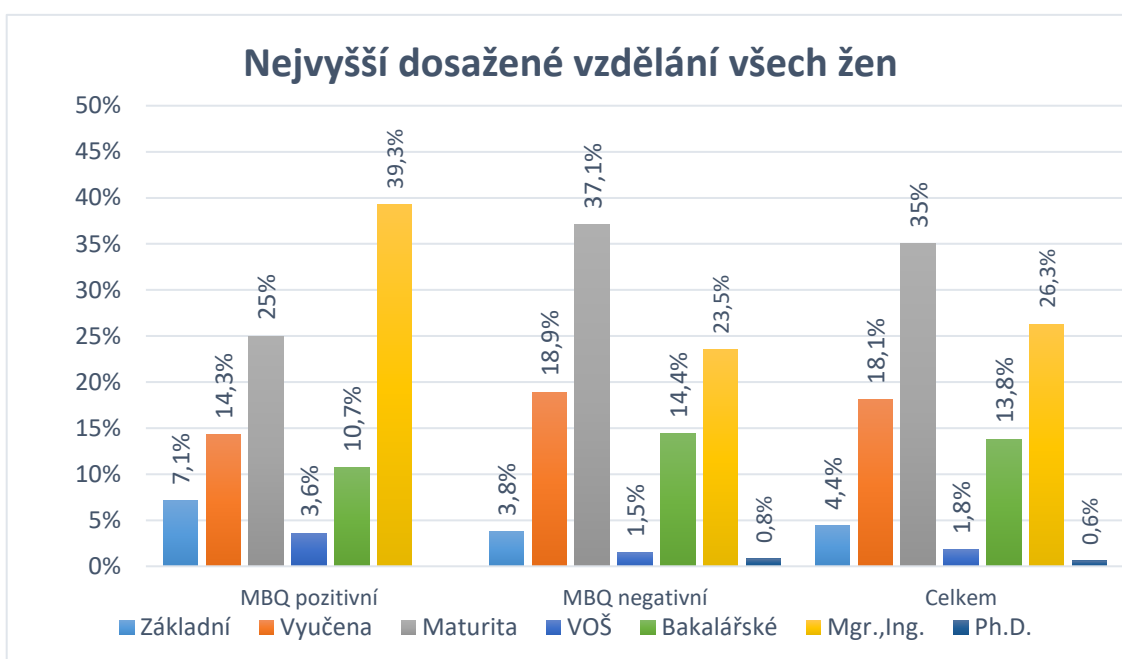
Graf 2 Věk všech žen (zdroj: vlastní)

**Komentář:** Ze získaných dat je patrné, že největší skupina žen v souboru je ve věku od 26 do 30 let, a to konkrétně 31,2 % rodiček. Ovšem druhá nejčastější skupina je od 31 do 35 let a tvoří celých 30,6 % souboru. Nejméně se zde objevují ženy od 41 do 45 let, vyskytující se v 3,7 %. U respondentek s MBQ > 10 se naproti tomu nejpočetnější skupinou jeví ženy od 31 do 35 let, jež tvoří 32,1 % rodiček. Průměrný věk všech rodiček v souboru je 30,8 let.

## 2) Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání všech žen (zdroj: vlastní)

	MBQ pozitivní		MBQ negativní		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Základní	2	7,1 %	5	3,8 %	7	4,4 %
Vyučena	4	14,3 %	25	18,9 %	29	18,1 %
Maturita	7	25 %	49	37,1 %	56	35 %
VOŠ	1	3,6 %	2	1,5 %	3	1,8 %
Bakalářské	3	10,7 %	19	14,4 %	22	13,8 %
Mgr., Ing.	11	39,3 %	31	23,5 %	42	26,3 %
Ph.D.	Žádné	Žádné	1	0,8 %	1	0,6 %
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>	<b>132</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>



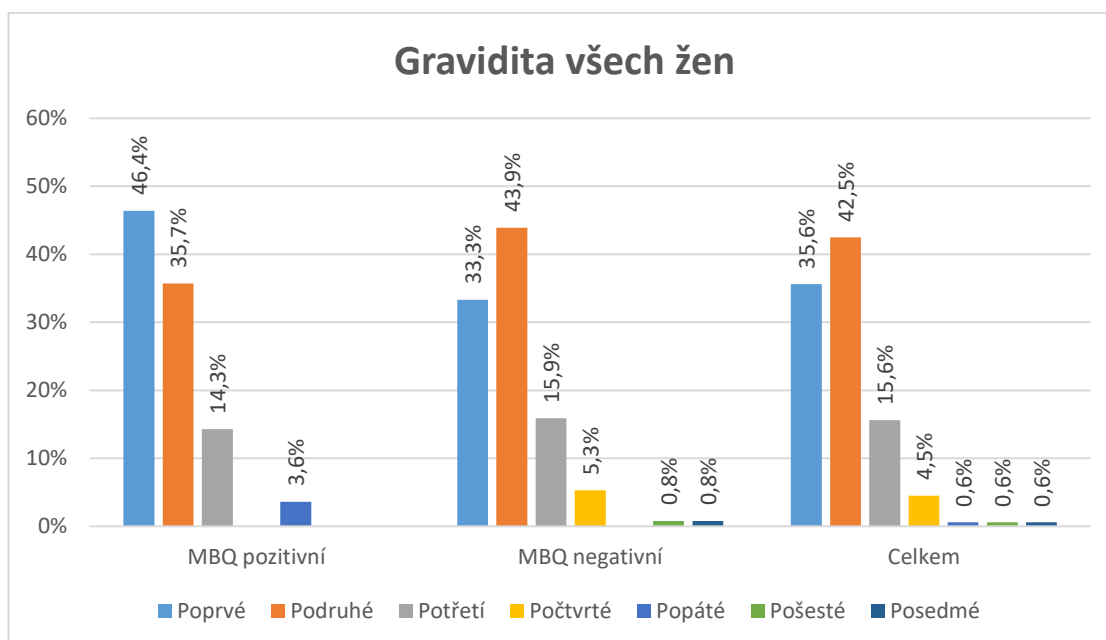
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání všech žen (zdroj: vlastní)

**Komentář:** U hlavní skupiny žen převládá nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské s maturitou, kterým disponuje celých 35 % respondentek. Na druhé pozici nalezneme ženy s 2. stupněm vysokoškolského vzdělání, kam spadají ženy s magisterskými a inženýrskými tituly. Tato skupina žen tvoří 26,3 % celého souboru, ženy s doktorským vzděláním tvoří 0,6 %. U respondentek s MBQ > 10 je nejpočetnější skupina žen s magisterským a inženýrským vzděláním (39,3 %), jak vyplývá z grafu číslo 3. Naopak nejnižší výskyt blues můžeme pozorovat u žen se vzděláním VOŠ, jelikož tento typ vzdělání měla pouze jedna žena z celého souboru MBQ pozitivních respondentek.

## 3) Po kolikáté jste těhotná?

Tabulka 3 Gravidita všech žen (zdroj: vlastní)

	MBQ pozitivní		MBQ negativní		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Poprvé</b>	13	46,4 %	44	33,3 %	57	35,6 %
<b>Podruhé</b>	10	35,7 %	58	43,9 %	68	42,5 %
<b>Potřetí</b>	4	14,3 %	21	15,9 %	25	15,6 %
<b>Počtvrté</b>	Žádné	Žádné	7	5,3 %	7	4,5 %
<b>Popáté</b>	1	3,6 %	Žádné	Žádné	1	0,6 %
<b>Pošesté</b>	Žádné	Žádné	1	0,8 %	1	0,6 %
<b>Posedmé</b>	Žádné	Žádné	1	0,8 %	1	0,6 %
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>	<b>132</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>



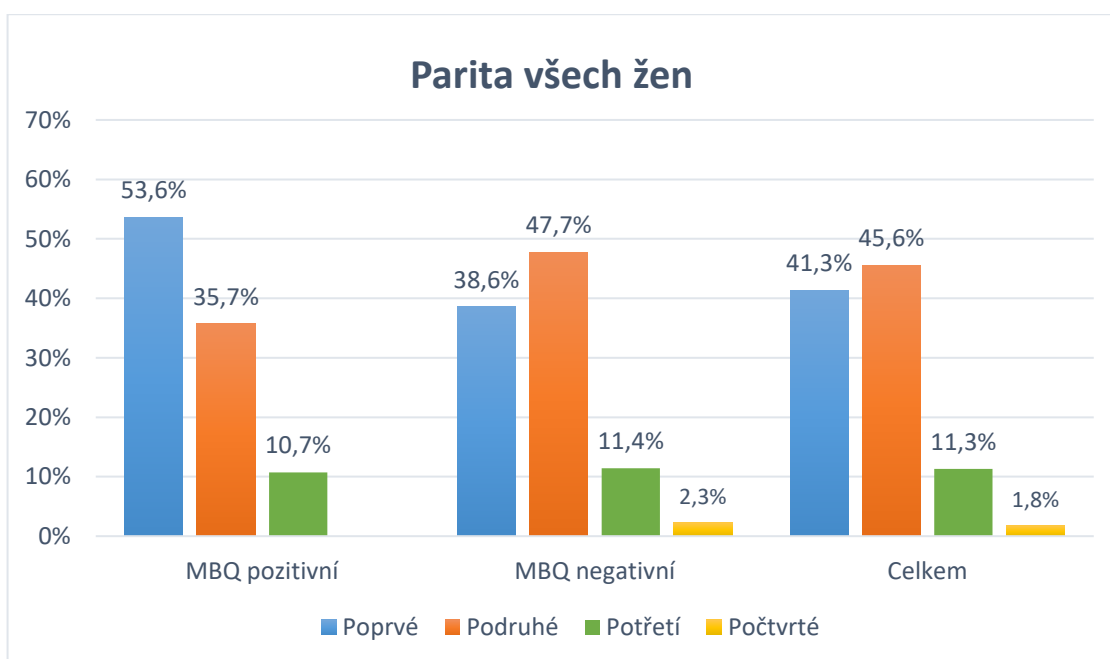
Graf 4 Gravidita všech žen (zdroj: vlastní)

**Komentář:** Podle dat z tabulky číslo 4 vyplývá, že velká část žen už má s těhotenstvím nějaké zkušenosti, jelikož celých 42,5 % respondentek už je podruhé těhotná. Ze získaných hodnot dále můžeme vidět, že ženy, těhotné úplně poprvé, obsahují 35,6 % výzkumného souboru. Poté už je trend sestupný, kdy s každou další graviditou přímo úměrně klesá relativní počet respondentek. Mezi MBQ pozitivními respondentkami je největší podíl těch, které rodily poprvé, a to přesně 46,4 %.

## 4) Kolikrát jste rodila?

Tabulka 4 Parita všech žen (zdroj: vlastní)

	MBQ pozitivní		MBQ negativní		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Poprvé</b>	15	53,6 %	51	38,6 %	66	41,3 %
<b>Podruhé</b>	10	35,7 %	63	47,7 %	73	45,6 %
<b>Potřetí</b>	3	10,7 %	15	11,4 %	18	11,3 %
<b>Počtvrté</b>	Žádné	Žádné	3	2,3 %	3	1,8 %
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>	<b>132</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>



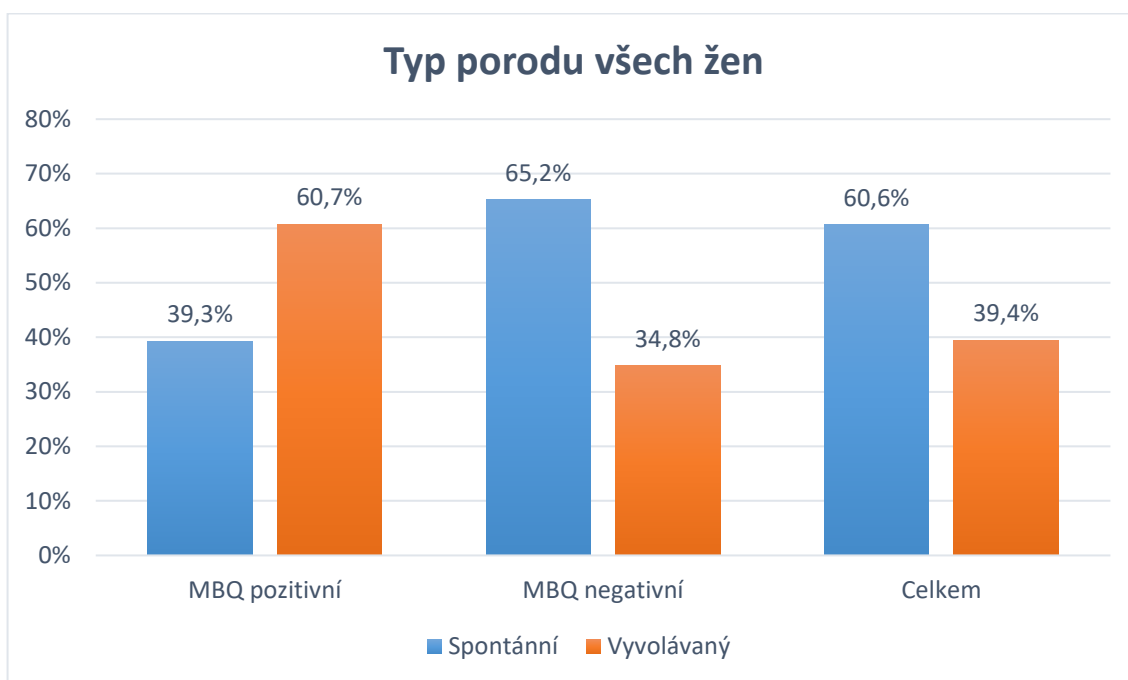
Graf 5 Parita všech žen (zdroj: vlastní)

**Komentář:** Při sledování údaje, týkajícího se počtu porodů, pozorujeme z tabulky číslo 5, že nejčastěji ženy rodily podruhé, a to ve 45,6 %. Celkem 66 rodiček zažilo svůj první porod, což odpovídá 41,3 % výzkumného souboru. Pouze 1,8 % žen rodilo počtvrté a u žádné z těchto žen nesledujeme pozitivní výskyt blues. Z grafu číslo 5 jasně vyplývá, u které skupiny žen se nejvíce vyskytuje MBQ > 10. Zhruba polovina rodiček s výskytem blues jsou primipary (53,6 %), což může potvrzovat tvrzení, že (ne)zkušenost s porodem hraje roli při emočním prožívání ženy po porodu. Sekundipary tvoří druhou největší skupinu žen s výskytem blues u 35,7 % žen. Poslední skupinu tvoří terciary, ty se v souboru vyskytují v 10,7 %.

## 5) Byl porod vyvolávaný nebo spontánní?

Tabulka 5 Typ porodu všech žen (zdroj: vlastní)

	MBQ pozitivní		MBQ negativní		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Spontánní</b>	11	39,3 %	86	65,2 %	97	60,6 %
<b>Vyvolávaný</b>	17	60,7 %	46	34,8 %	63	39,4 %
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>	<b>132</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>



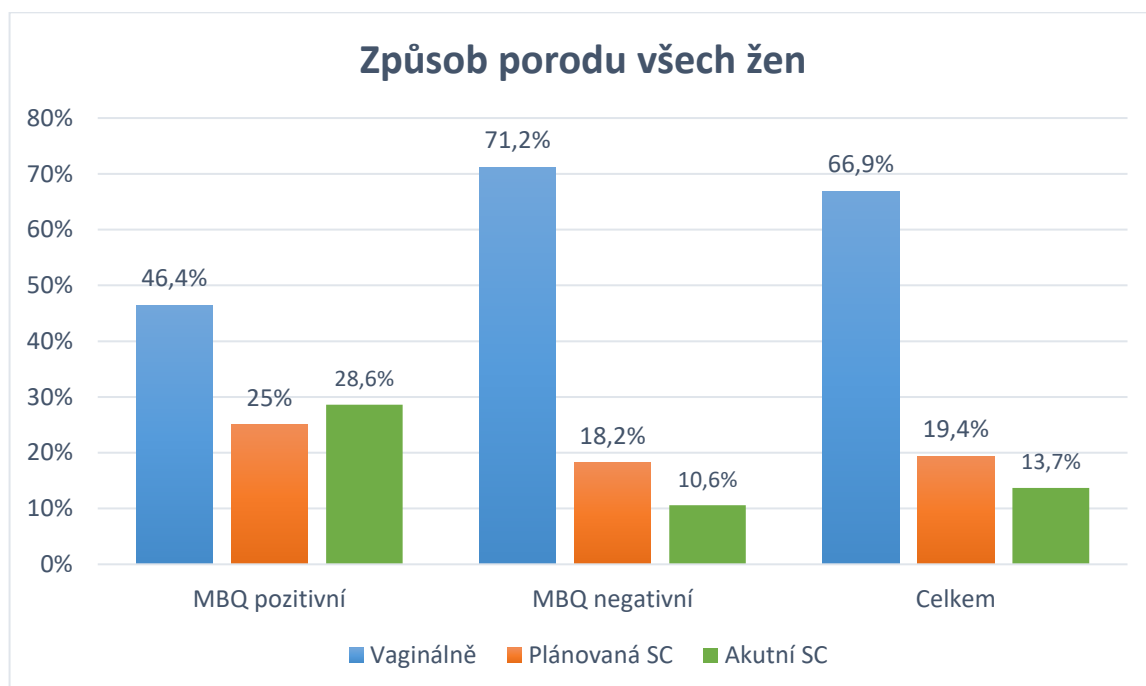
Graf 6 Typ porodu všech žen (zdroj: vlastní)

**Komentář:** Práce také sledovala počátek porodu. Mezi nejčastějšími odpověďmi v dotazníku rezonoval spontánní počátek porodu, který zažilo 60,6 % všech žen. S vnějším zásahem, kdy byl porod vyvolán, odrodilo 39,4 % dotazovaných respondentek. Ze získaných odpovědí, zobrazených v grafu číslo 6, lze pozorovat opačný trend u žen s výskytem poporodního blues. Tam naopak převládal vyvolávaný porod 60,7 % blues pozitivních žen a pouze 39,3 % těchto žen rodilo spontánně.

## 6) Jaký byl způsob porodu?

Tabulka 6 Způsob porodu všech žen (zdroj: vlastní)

	MBQ pozitivní		MBQ negativní		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Vaginálně</b>	13	46,4 %	94	71,2 %	107	66,9 %
<b>Plánovaná SC</b>	7	25 %	24	18,2 %	31	19,4 %
<b>Akutní SC</b>	8	28,6 %	14	10,6 %	22	13,7 %
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>	<b>132</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>



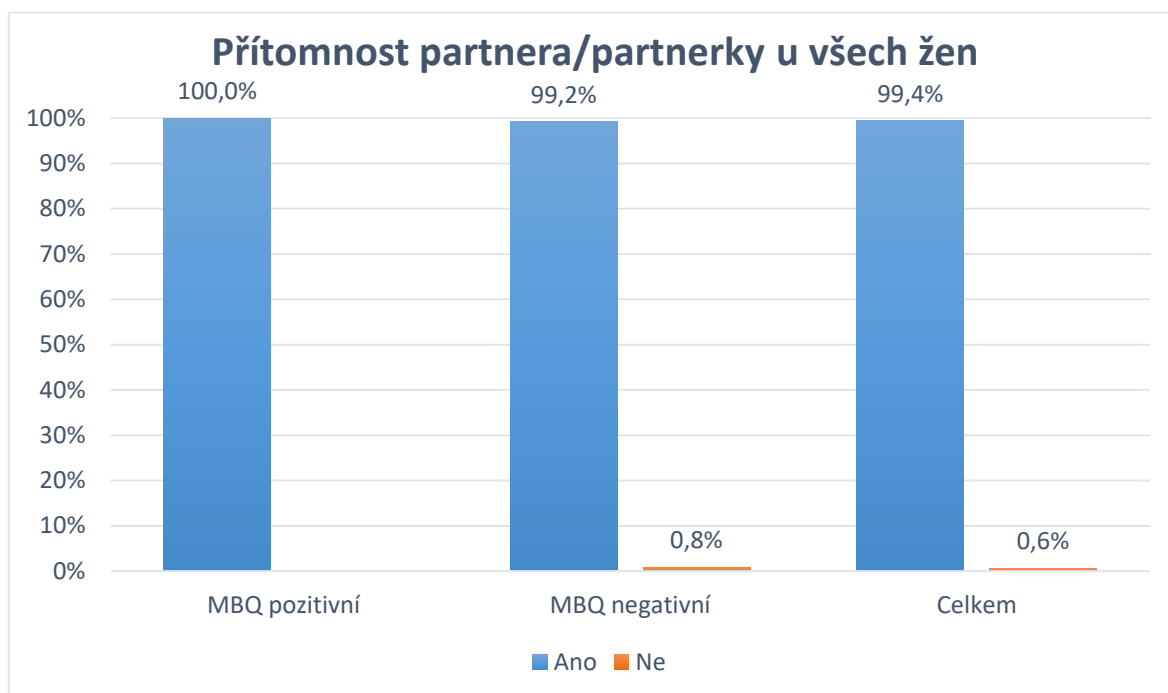
Graf 7 Způsob porodu všech respondentek (zdroj: vlastní)

**Komentář:** Při sledování způsobu porodu dotazovaných respondentek vidíme, že majoritní část žen rodila vaginálně. Tímto způsobem své dítě na svět přivedlo 66,9 % žen. U zbylých žen byl vyvrcholením porodu císařský řez, jenž byl plánovaný v 19,4 % a akutní 13,7 % respondentek. Z grafu číslo 7 lze pozorovat, že ženy s vysokým skóre MBQ > 10 nejčastěji porodily vaginálně, a to ve 46,4 % případů. Téměř polovina všech blues pozitivních žen rodila císařským řezem, v poměru plánovaného SC, kde bylo 25 % a akutního SC s mírně vyšším výsledkem 28,6 %.

7) Máte partnera/partnerku?

Tabulka 7 Přítomnost partnera/partnerky u všech žen (zdroj: vlastní)

	MBQ pozitivní		MBQ negativní		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Ano</b>	28	100 %	131	99,2 %	159	99,4 %
<b>Ne</b>	Žádné	Žádné	1	0,8 %	1	0,6 %
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>	<b>132</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>



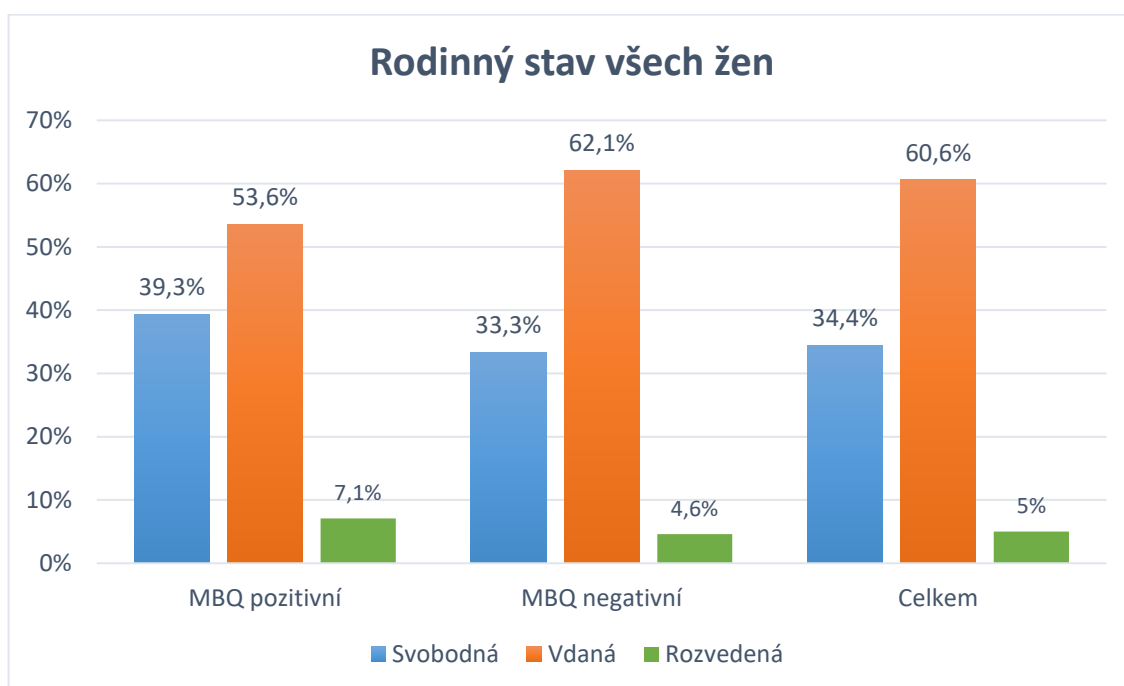
Graf 8 Přítomnost partnera/partnerky u všech žen (zdroj: vlastní)

**Komentář:** Z tabulky číslo 8 je patrné, že ve zkoumaném souboru žen v naprosté většině (99,4 %) rodičky rodí v doprovodu partnera. Z celkového souboru 160 sledovaných žen uvedla pouze 1 respondentka, že nemá partnera nebo partnerku. U žen s MBQ > 10 poté všechny partnera mají.

## 8) Jaký je Váš rodinný stav?

Tabulka 8 Rodinný stav všech žen (zdroj: vlastní)

	MBQ pozitivní		MBQ negativní		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Svobodná</b>	11	39,3 %	44	33,3 %	55	34,4 %
<b>Vdaná</b>	15	53,6 %	82	62,1 %	97	60,6 %
<b>Rozvedená</b>	2	7,1 %	6	4,6 %	8	5 %
<b>Vdova</b>	Žádné	Žádné	Žádné	Žádné	Žádné	Žádné
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>	<b>132</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>



Graf 9 Rodinný stav všech žen (zdroj: vlastní)

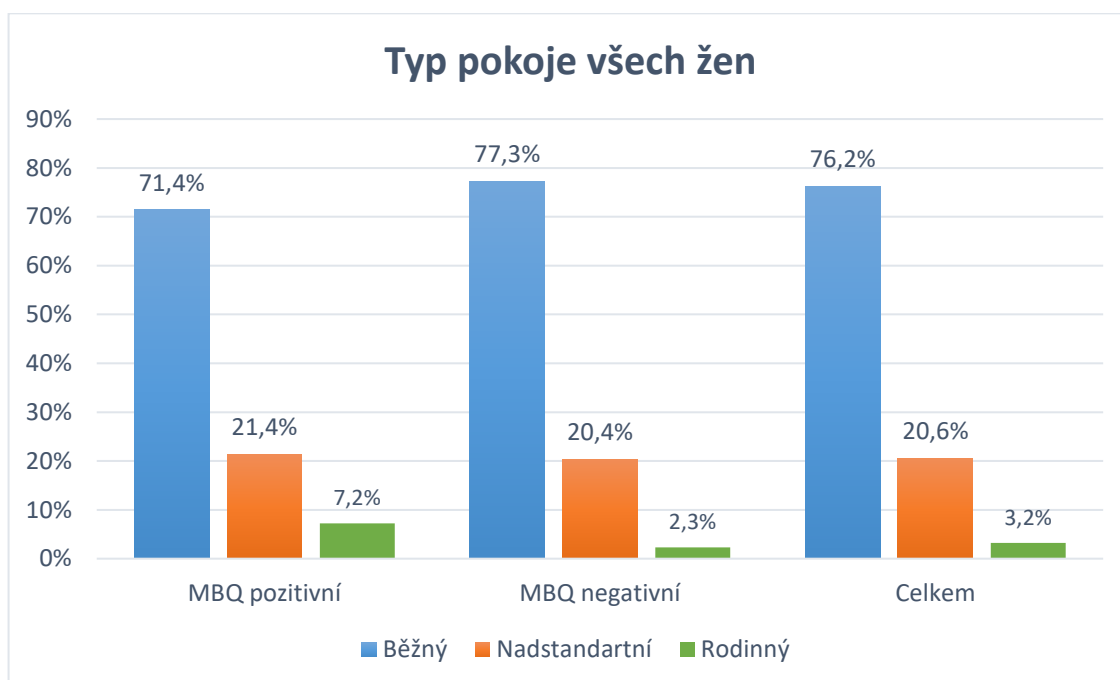
**Komentář:** V rámci analýzy sociálního zázemí byly respondentky dotazovány na svůj rodinný stav. Většina žen, přesněji 60,6 % z nich, uvádí, že jsou vdané. Druhou největší skupinu tvoří svobodné ženy v počtu 34,4 %. Rozvedené ženy tvoří 5 % celého souboru a jsou tak nejmenší skupinou, jelikož na otázku, zda je žena vdova, neodpověděl nikdo z dotazovaných. U respondentek s pozitivním blues také převládají ženy v manželském svazku, a to v celkovém poměru 53,6 %. Svobodné ženy tvoří 39,3 % žen a jen 7,1 % dotazovaných je rozvedených.



## 9) Jaký jste měla pokoj?

Tabulka 9 Typ pokoje všech žen (zdroj: vlastní)

	MBQ pozitivní		MBQ negativní		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>Běžný</b>	20	71,4 %	102	77,3 %	122	76,2 %
<b>Nadstandartní</b>	6	21,4 %	27	20,4 %	33	20,6 %
<b>Rodinný</b>	2	7,2 %	3	2,3 %	5	3,2 %
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>	<b>132</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>



Graf 10 Typ pokoje všech žen (zdroj: vlastní)

**Komentář:** Data z tabulky číslo 10 indikují, že většina rodiček si zvolila běžný pokoj, konkrétně tak učinilo 76,2 % dotazovaných. Nadstandartního pokoje využilo 20,6 % respondentek a pouze 3,2 % žen volilo rodinný pokoj. Pouze dvě rodičky s tímto typem pokoje měly MBQ skóre > 10. Celých 71,4 % MBQ pozitivních rodiček mělo běžný pokoj. Napříč tomu se jako pozitivní jeví i ženy, které využily nadstandartní pokoj, a to v 21,4 %.

### 5.3 Den výskytu poporodního blues

Tato kapitola popisuje výsledky prezentující nejčastější den výskytu poporodního blues, nejčastěji projevovat, neboť jde o klíčový faktor pro vyhodnocení MBQ dotazníku. Vrchol negativních symptomů nálady je obvykle dosažen mezi 3. a 5. dnem po porodu, což lze přičíst hormonálním změnám. (O'Hara et al., 2013)

Tato práce si klade za úkol kvantifikovat četnost výskytu poporodního blues v průběhu prvních 10. dnů po porodu a identifikovat specifický den, kdy se tento syndrom nejčastěji projevuje.

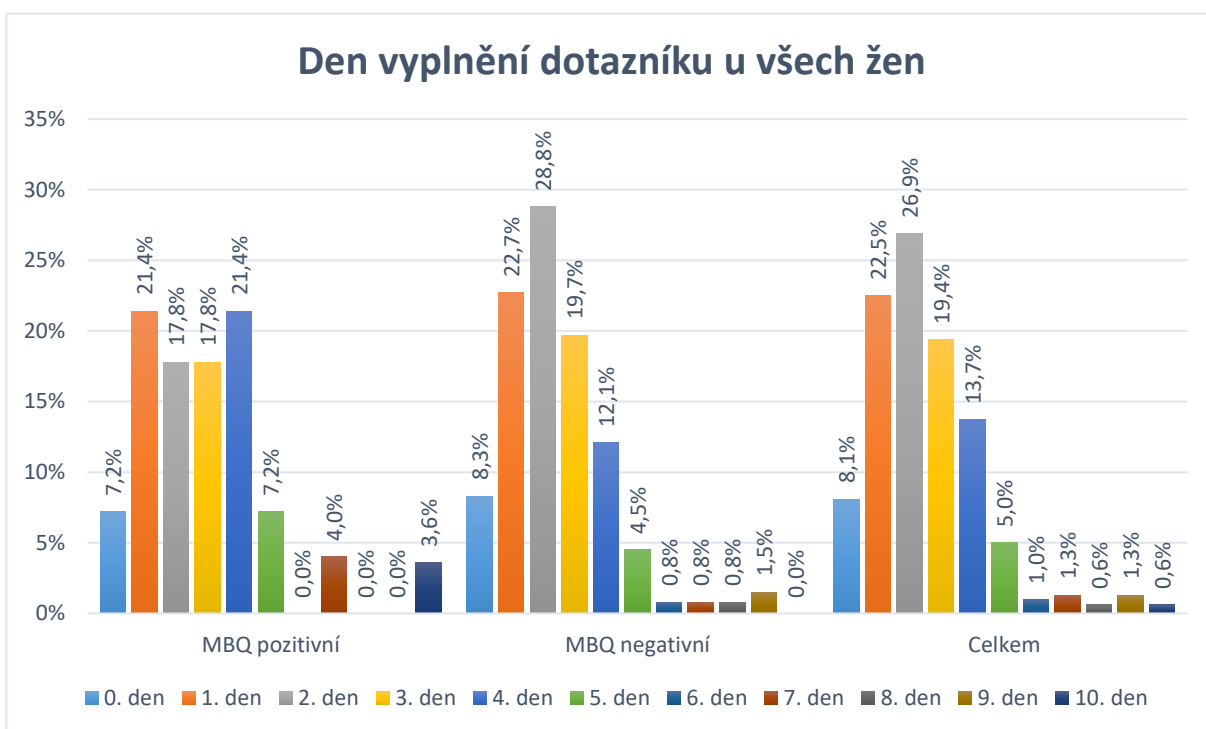
10) Který den po porodu dnes jste?

Tabulka 10 Den vyplnění dotazníku u všech žen (zdroj: vlastní)

	MBQ pozitivní		MBQ negativní		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
<b>0. den</b>	2	7,2 %	11	8,3 %	13	8,1 %
<b>1. den</b>	6	<b>21,4 %</b>	30	22,7 %	36	<b>22,5 %</b>
<b>2. den</b>	5	<b>17,8 %</b>	38	28,8 %	43	<b>26,9 %</b>
<b>3. den</b>	5	<b>17,8 %</b>	26	19,7 %	31	<b>19,4 %</b>
<b>4. den</b>	6	<b>21,4 %</b>	16	12,1 %	22	13,7 %
<b>5. den</b>	2	7,2 %	6	4,5 %	8	5 %
<b>6. den</b>	Žádné	Žádné	1	0,8 %	1	0,6 %
<b>7. den</b>	1	3,6 %	1	0,8 %	2	1,3 %
<b>8. den</b>	Žádné	Žádné	1	0,8 %	1	0,6 %
<b>9. den</b>	Žádné	Žádné	2	1,5 %	2	1,3 %
<b>10. den</b>	1	3,6 %	Žádné	Žádné	1	0,6 %
<b>Celkem</b>	<b>28</b>	<b>100 %</b>	<b>132</b>	<b>100 %</b>	<b>160</b>	<b>100 %</b>

**Komentář:** Z analýzy tabulky číslo 12 vyplývá, že nejčastěji ženy vyplňovaly dotazník druhý den po porodu, což představuje 26,9 % z celkového počtu respondentek, kdy den porodu byl uváděn jako den 0. Druhým nejčastěji zvoleným dnem pro vyplnění dotazníku byl den první, který uvádělo 22,5 % všech respondentek. Třetí nejčastější časovou dobou pro vyplnění dotazníku byl třetí den po porodu s podílem 19,4 %, následovaný čtvrtým dnem, kdy dotazník vyplnilo 13,7 % žen. Celkem 13 respondentek (8,1 %) vyplnilo dotazník ihned po porodu, tedy v den nultý. Po počátečních dnech po porodu se rozložení vyplněných dotazníků již příliš nelišilo, neboť ženy měly možnost vybírat den pro vyplnění dotazníku v rozmezí od prvního do desátého dne po porodu. Doba hospitalizace po spontánním porodu na oddělení šestinedělí obvykle trvá 3-4 dny, zatímco po císařském řezu je to 4-5 dní. Z grafu

č. 11 je patrné, že u žen s MBQ skóre vyšším než 10 ženy nejčastěji vyplňovaly dotazník v prvním dni (kdy den porodu je označován jako den nultý) a ve čtvrtém dni po porodu, což celkem představuje 21,4 %. Druhou nejčastější dobou vyplnění dotazníku žen s MBQ > 10 byl druhý den (17,8 %) a stejně tak i třetí den (17,8 %).



Graf 11 Den vyplnění dotazníku u všech žen (zdroj: vlastní)

#### 5.4 Nejčastější pocity žen po porodu

Dotazník MBQ obsahuje 28 otázek, týkajících se toho, jak se v daný moment po porodu ženy cítí. Otázky zkoumají jak pozitivní, tak negativní emoce žen a celkové výsledky v dotazníku MBQ jsou získány jako suma pozitivních odpovědí na jednotlivé položky, kde odpovědi na položky s pozitivní formulací (čísla 8, 9, 10, 15, 16, 17, 23, 24) jsou reverzně skórovány.

V této podkapitole se popisují nejčastěji se vyskytující emoce u žen po porodu, a to jak u celkového souboru žen, tak i u respondentek s MBQ > 10.

Tabulka 11 Četnost položek dotazníku MBQ (zdroj: vlastní)

	MBQ pozitivní		Celkem	
	Absolutní četnost	Relativní četnost	Absolutní četnost	Relativní četnost
Je mi do pláče.	14	50	26	16,3
Jsem skleslá.	15	53,6	18	11,3
Prožívám úzkost.	7	25	8	5
Přemáhají mě moje emoce.	20	71,4	46	28,8
Jsem unavená.	<b>26</b>	<b>92,9</b>	<b>117</b>	<b>73,1</b>
Jsem zapomětlivá a cítím se zmateně.	6	21,4	16	10
Jsem náladová.	18	64,3	35	21,9
Dokážu se soustředit.	11	39,3	26	16,3
Mám jasnou hlavu.	18	64,3	32	20
Cítím se plná života.	<b>25</b>	<b>89,3</b>	<b>79</b>	<b>49,4</b>
Mám pocit vnitřního napětí.	18	64,3	33	20,6
Jsem neklidná.	17	60,7	27	16,9
Jsem přecitlivělá.	<b>24</b>	<b>85,7</b>	<b>65</b>	<b>40,6</b>
Mám výkyvy nálad.	19	67,9	37	23,1
Mám pocit jistoty a sebedůvěry.	<b>24</b>	<b>85,7</b>	<b>57</b>	<b>35,6</b>
Cítím se vnitřně uvolněná.	22	78,6	52	32,5
Jsem klidná.	21	75	37	23,1
Myslím na to, co zlého by mě mohlo potkat.	16	57,1	31	19,4
Jsem podrážděná.	13	46,4	15	9,4
Jsem smutná.	12	42,9	17	10,6
Jsem sebelítostivá.	8	28,6	17	10,6
Pláču a nejsem schopna přestat.	5	17,9	8	5
Prožívám nadšení.	11	39,3	31	19,4
Jsem šťastná.	7	25	9	5,6
Připadám si bezmocná.	13	46,4	18	11,3
Nemám chuť dávat najevo svoje city.	10	35,7	21	13,1
Nejraději bych se s nikým nestýkala.	11	39,3	17	10,6
Jsem citově otupělá, nic necítím.	2	7,1	2	1,3

**Komentář:** Ze získaných dat v tabulce číslo 12 můžeme pozorovat, že nejčastější emoční stav po porodu je jednoznačně únava rodiček, a to dokonce u 73 % dotazovaných žen. Na negativně formulovanou otázku : „cítím se plná života“ odpovědělo 49 % všech žen a tento pocit se tak stal druhým nejčastějším. Necelých 40 % žen uvedlo, že se po porodu cítí přecitlivělé a na kladenou otázku: „mám pocit jistoty a sebedůvěry“ odpovědělo 36 % respondentek. Pouze 5 % žen po porodu prožívalo úzkost a nemohlo přestat plakat a jen 1 % žen uvedlo: „jsem citově otupělá, nic necítím“. Z toho vyplývá, že **nejčastější pocity žen brzy po porodu** jsou převážně **únava, přecitlivělost a nejistota**. Méně už se pak objevují pocity smutku, sebelítosti nebo úzkosti.

U respondentek ze sledovaného souboru, překračujících 90. percentil (tedy 10 bodů), byla nejčastější odpověď stejná jako u celého souboru, a to již zmíněná únava, kterou pociťovalo 92,9 % MBQ pozitivních žen. Na reverzně položenou otázku: „cítím se plná života“ odpovídalo 89,3 % těchto žen. Třetí nejčastější pocit MBQ pozitivních žen po porodu je souběžně přecitlivělost a snížená sebedůvěra s pocitem nejistoty, které se vyskytují konkrétně v 85,7 % případů. Zajímavé odpovědi padly i na negativně skórované otázky: „jsem klidná“ a „cítím se vnitřně uvolněná“, kdy tři čtvrtiny (75 %) žen se necítily klidné a neprožívaly vnitřní uvolnění (78,6 %).

Pouze 5 blues pozitivních žen (17,9 %) uvedlo, že nejsou schopné přestat plakat a 6 rodiček (21,4 %) pociťovalo zapomětlivost a zmatenost. Poslední položka dotazníku se zabývala citovou otupělostí s formulací otázky „jsem citově otupělá, nic necítím“, kdy pouze 7,1 % respondentek potvrdilo tuto zkušenost.

## 5.5 Subškály

Autoři Helen Kennerleyová a Dennis Gathem (1989) rozdělili dotazník MBQ pomocí shlukové analýzy do sedmi kategorií neboli subškál. Toto rozdělení dotazníku je důležité pro pochopení a jednotlivou kategorizaci skupin emocí, jež ženy po porodu prožívaly. Nejrozsáhlejší subškálou je primární blues, kam řadíme emoce jako je plačtivost, skleslost, úzkost anebo náladovost. Dále jsou v dotazníku 3 subškály, predikující útlum, sníženou sebedůvěru, sklíčenost a odstup se ztrátou zájmu. Do kategorie deprese jsou zahrnuty otázky dotazníku zaměřené na pocity smutku, podrážděnosti i sebelítosti. Hypersenzitivita je poslední sledovanou subškálou, kde jsou, jak už z názvu vyplývá, sledovány pocity tenze, neklidnosti, přecitlivělosti nebo výkyvů nálad.

Tabulka 12 popisuje průměrný počet hrubého skóru u jednotlivých subškál i u celkového dotazníku MBQ. Pro detailnější pochopení vnitřní konzistence odpovědí práce sleduje i medián, který eliminuje extrémní naměřené hodnoty a napomáhá k vyvarování se zkresleným výsledkům dotazníku. Následně jsou pozorovány minimální a maximální naměřené hodnoty u jednotlivých kategorií i celého dotazníku.

Tabulka 12 Vnitřní konzistence dotazníku MBQ a jeho subškál (zdroj: vlastní)

	<b>Průměr</b>	<b>Medián</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
<b>MBQ</b>	5,9	4	0	25
<b>Primární blues</b>	1,7	1	0	7
<b>Útlum</b>	0,9	1	0	3
<b>Hypersenzitivita</b>	1,1	1	0	4
<b>Sebedůvěra</b>	0,9	1	0	3
<b>Deprese</b>	0,6	0	0	5
<b>Skličnost</b>	0,4	0	0	3
<b>Odstup</b>	0,3	0	0	3

**Komentář:** Průměrný hrubý skór, naměřený napříč celým výzkumným souborem 160 žen, je 5,9 bodů, což je značný rozdíl oproti určené cut-off hodnotě této práce, jež byla stanovena na 10 bodů. Minimální počet získaných bodů byl 0, avšak žádná žena nedosáhla plného počtu 28 bodů. **Nejvyšší naměřené skóre** ve výzkumném souboru **bylo 25 bodů**. Medián celé baterie dotazovaných respondentek se rovnal 4 bodům. Nejvíce bodů získala subškála primární blues, kde průměrné skóre činilo 1,7 bodů. Zároveň se jedná o nejrozsáhlejší kategorii dotazníku, jelikož obsahuje 7 otázek. Druhou nejčastější subškálou s průměrem 1,1 bodů je hypersenzitivita, obsahující 4 položky dotazníku MBQ, oproti tomu deprese, obsahující 5 položek, má průměrné skóre pouze 0,6 bodů. Kategorie útlum i sebedůvěra získaly v průměru 0,9 bodů a nejmenší zástup tvořila subškála, zaměřující se na odstup a ztrátu zájmu ženy po porodu. Minimální naměřené skóre u jednotlivých subškál je vždy 0 a maximum se u všech kategorií rovná počtu sledovaných položek subškály.

## 6 DISKUSE

Hlavním cílem práce bylo zjistit výskyt poporodního blues u zkoumaného souboru žen ve Zlínském kraji pomocí standardizovaného dotazníku MBQ. Do dotazníkové šetření se zapojilo celkem 160 žen. Tato studie sice nepracovala s tak velkým vzorkem žen jako Takács et al. (2016), kteří měli 1093 respondentek, ale zároveň získala více zodpovězených dotazníků než Glangeaud-Freudenthal et al. (1999) nebo Sutter et al. (1997), jež měli 118 a 104 dotazovaných žen.

Doposud nebyla globálně stanovena určující cut-off hodnota, neboli hrubý skór, který by byl stejný pro všechny dosavadní výzkumy. Podle Gonidakise et al. (2007) autoři navrhli určení hranice pro těžké blues na základě průměrného maximálního skóre všech žen. Nejvyšší skóre dosažené v jakémkoli dni je považováno za nejvyšší skóre dané ženy. Pro tuto studii bylo průměrné maximální skóre 7,4 bodů, čímž byla hranice pro diagnózu těžkého poporodního blues stanovena na skóre 8. Takto určené skóre pro blues pozitivní ženy je ale velice málo přísně hodnoceno, jelikož bylo zjištěno 45 % pozitivních žen. Podobně vysokou prevalenci zjistili také Sutter et al. (1997), kteří za hranici určující výskyt poporodního blues určili hodnotu přesahující průměrný skór dotazníku MBQ pro všechny ženy. V jejich studii byla zvolena hranice 10 bodů, aby se definovala mírná depresivní symptomatologie, díky čemuž zjistili prevalenci 40 % z celkového počtu 104 žen.

Tato práce následovala české autory Takács et al. (2016), jelikož jejich výzkum dokázal, že dotazník MBQ je reliabilní a validní nástroj pro Českou republiku. Čeští autoři si za měřítko silných blues stanovili skóre nad 90. percentil, jelikož toto kritérium zachycuje pouze případy vážnější poporodní dysforie. Z jejich studie vyplývá, že ženy se silným blues přesahují v dotazníku 10 bodů, tudíž se i tato bakalářská práce rozhodla použít jimi nastolené parametry. Tento postup byl zvolen i z důvodu toho, že kdybychom se vydali cestou průměrného skóru, tak bychom dostali z našich dat hodnotu 5,9 bodů, což by přineslo příliš velkou skupinu žen s pozitivním MBQ, a to konkrétně 37 %.

Tato práce má díky nastolenému kritériu poměr **17,5 % žen** s indikací poporodního blues, tedy obsahuje vyšší míru žen než u Takács et al. (2016), u nichž mělo 9,3 % žen příznaky blues. Rozdíl je s velkou pravděpodobností způsoben odlišným počtem dotazovaných žen. U výzkumu Glangeaud-Freudenthal et al. (1999) nachází práce shodu, jelikož tato studie vykazovala pozitivní příznaky blues také jen u 13,6 % respondentek z celkového počtu 118 žen. Díky využití 90. percentilu jsou hodnoty těchto studií výrazně odlišné od Suttera et al.

(1997) a Gonidakise et al. (2007), u nichž byla zjištěna prevalence 40 a 45 %, což je vysoká hodnota pro adekvátní stanovení rizikových faktorů u žen po porodu. Takto vysoká prevalence je zapříčiněna z důvodu použití odlišné metody, konkrétně překročení průměrného skóru.

Při zkoumání významných sociodemografických faktorů byl u tohoto vzorku zjištěn průměrný věk rodiček 30,8 let v rozmezí od 19 do 43 let, s tím že ženám s výskytem blues bylo v průměru překvapivě také 30,8 let, z čehož lze usuzovat, že **věk rodičky nemá signifikantní význam na výskyt poporodní dysforie**. Nejvyšší dosažené vzdělání u zkoumaného souboru je středoškolské s maturitou, a to ve 35 % případů, což odpovídá i výsledkům práce Takács et al. (2016), kde se výsledky shodují i u nejméně se vyskytujícího vzdělání, kterým je základní. Kde se však data lehce rozcházejí je nejvyšší dosažené vzdělání rodiček s pozitivním MBQ. V jejich výzkumu jsou nejvíce zastoupeny rodičky s bakalářským nebo VOŠ vzděláním (10,6 %), kdežto v předkládaném souboru jsou to ženy s magisterským či inženýrským titulem (39,3 %).

V rámci sledování počátku porodu byl zaznamenán zajímavý trend. Mezi celkovým souborem žen, které vyplňovaly dotazník, spontánní porod zažilo 60,6 %. Naopak porod vyvolaný vnějším zásahem se vyskytl u 39,4 % respondentek. Nicméně u žen s pozitivními příznaky poporodního blues byl zjištěn opačný trend. U těchto žen převažoval vyvolaný porod, a to u 60,7 %, zatímco pouze 39,3 % z nich porodilo spontánně. **Tyto údaje naznačují, že způsob porodu může hrát významnou roli při výskytu poporodního blues.**

Zkušenosti rodiček s porodem se poměrně liší, jelikož vůbec první porod zažilo 41,3 % všech žen ve sledovaném souboru, oproti tomu v souboru Gonidakise et al. (2007), překvapivě převažoval počet primipar, které tvořily 54,2 % všech rodiček. Ntatioti et al. (2020), stejně jako Gonidakis et al. (2007), vyhodnocovali MBQ pozitivní ženy překročením průměrného maximálního skóre všech žen a obě studie došly k závěru, že primipary jsou náchylnější k výskytu poporodního blues více než multipary. Oproti tomu tato práce postupovala dle Takács et al. (2016) a zjistila shodné výsledky jako u zahraničních studií. Z důvodu vlivu zkušeností na průběh těhotenského procesu bylo předpokládáno, že u primigravid bude vyšší výskyt blues než u sekundigravidy. Data této práce toto tvrzení potvrzují a ukazují, že ve sledovaném souboru žen u MBQ > 10 převažují právě primigravidy a to konkrétně ve 46,4 %. Z toho lze usuzovat, že nezávisle na zvolené metodě měření MBQ



pozitivních žen se vždy primipary jeví jako více ohrožené. Tato práce tedy potvrzuje shodu mezinárodních studií a **určuje paritu jako velmi důležitý faktor u poporodní dysforie.**

V této studii bylo dosaženo očekávaných výsledků způsobu porodu, kdy nejčastěji ženy rodily vaginálně, a to v 66,9 % případů. Zde se výsledky práce shodují například s Gonidakisem et al. (2007), jež naměřili 61,9 %. Práce došla k závěru, že zásah do přirozeného porodu má vliv na psychiku ženy po porodu, jelikož u 53,6 % žen, které rodily císařským řezem, se objevily příznaky blues. Konkrétněji byl císařský řez rozdělen na plánovaný a akutní. U akutních císařských řezů byla pozorována vyšší míra výskytu příznaků poporodního blues, konkrétně 28,6 %, ve srovnání s plánovanými císařskými řezy, kde byla míra 25 % žen s projevy poporodního blues. **Výsledky potvrzují, že náhlý výskyt komplikací u porodu, může mít vliv na výskyt poporodního blues.**

U rodinného stavu respondentek převažovaly vdané ženy, které tvořily 60,6 % výzkumného souboru. U zahraničních studií se však vdané ženy objevovaly mnohem častěji, může to však být zapříčiněno menším vzorkem sledovaných žen u těchto studií. Konkrétně Ntatouti et al. (2020) uvádí 93,1 % vdaných žen z celkového počtu 116 žen. Práce se však zaměřuje na to, zda má rodinný stav ženy vliv na výskyt blues. Pravděpodobně se očekává výskyt blues u svobodných nebo rozvedených žen, každopádně tato bakalářská práce toto tvrzení vyvrací, jelikož 53,6 % respondentek s pozitivními příznaky blues bylo vdaných a pouze 39,3 % svobodných a 7,1 % rozvedených. Zajímavým identifikátorem do budoucna by mohlo být sledování spokojenosti a kvality vztahu, jelikož tento údaj není ve studiích hlouběji zkoumán a může mít vliv na poporodní dysforii.

Práce na rozdíl od jiných studií zkoumala také vliv prostředí ve zdravotnickém zařízení na její emoční stav, každopádně u tohoto údaje překvapivě data této práce souhlasí s tvrzení Takács et al. (2016), kteří uvádí, že **vybavenost pokoje nemá významný vliv na výskyt blues** po porodu, jelikož 28,6 % blues pozitivních žen mělo nadstandartní nebo rodinný pokoj.

Jedním z dalších dílčích cílů práce bylo zjistit, který poporodní den se nejčastěji potvrzuje pozitivita testu MBQ. Existuje více způsobů, kdy dotazník distribuovat. Samotní autoři dotazníku MBQ doporučují denní administraci dotazníku během prvních deseti dnů po porodu, což by bylo pro čerstvé rodičky velmi náročné a vyžadovalo by to administrativní zátěž pro ženy i po odchodu z porodnice. Některé zahraniční studie například Sutter et al. (1997) a Glangeaud-Freudenthala et al. (1999) se rozhodli sbírat data ve třetím a pátém dni

po porodu. Tato práce se raději vydává cestou dle Takács et al. (2016) a dotazník je rozdáván respondentkám jednou během prvních 10 dnů po porodu. Blues se ve sledované skupině nejčastěji vyskytoval 1. a 4. den po porodu, přičemž hodnoty 2. a 3. dne byly uváděny vzápětí. Což potvrzuje tvrzení Gonidakise et al. (2007) o tom, že se dysforie nejvíce vyskytuje do 5. dne po porodu. Dále se data práce shodují s ostatními autory a potvrzují, že fenomén blues v čase postupně mizí.

Práce si současně kladla za cíl **zjistit nejčastější emoční projevy žen po porodu**. Nejvíce vyskytující se pocit u všech žen po porodu je **únava**, a to v 73,1 %. Zde však může být polemizováno nad tím, zda je tento symptom relevantní považovat jako kvalitní příznak blues. Únava je totiž fyziologický jev, který se k náročnému porodnímu procesu samozřejmě pojí a s časem mizí. V hlavních příznacích se výsledky shodují s Takács et al. (2016), kdy se u všech žen nejčastěji vyskytují pocity únavy, přecitlivělosti, snížené sebedůvěry a tenze. U žen s pozitivním blues se objevují podobné emoce, ovšem v mnohem větším zastoupení. Naše výsledky se shodují i se zahraničními autory Golež et al. (2021) nebo Ntatouti et al. (2020) a za hlavní emoční příznaky blues můžeme obecně považovat mimo již zmiňovanou únavu (92,9 %), necítí se plně života (89,3 %), přecitlivělost (85,7 %), absenci jistoty a sebedůvěry (85,7 %), vnitřní napětí (78,6 %) a neklid (75 %).

**Hlavní zastoupenou subškálou bylo primární blues a hypersenzitivita**, zatímco nejméně se vyskytovala deprese, sklíčenost a ztráta zájmu spojená s odstupem. Tato studie poskytuje zajímavý pohled na kategorizaci emocí, kde rychle a náhle se objevující emoce převažují, zatímco dlouhodobější emoce typu deprese jsou vzácnější. Tyto výsledky potvrzují tvrzení, že poporodní blues se typicky projevuje v prvních dnech po porodu a poté ustupuje. Existuje však možnost, že některé symptomy se mohou znovu objevit v pozdějších dnech, avšak v době, kdy již ženy nebyly zkoumány v rámci této studie. Tento názor sdílí i Sutter et al., (1997), kteří tvrdí, že u většiny žen tato symptomatologie vymizí během několika hodin až dnů. Nicméně u některých rodiček může intenzita a delší trvání poporodního blues naznačovat syndrom spojený s depresivními poruchami. Je proto klíčové podrobněji analyzovat rizikové ženy a jejich příznaky.

Z poznatků o získaných datech se můžeme domnívat, že byl splněn hlavní cíl, ale také i dílčí cíle této práce.

## 6.1 Doporučení pro praxi

Tento dotazník je vhodný pro použití přímo na oddělení šestinedělí. Na základě výsledků této práce a dalších studií je zřejmé, že nástroj MBQ může být začleněn do běžné praxe porodních asistentek pracujících na oddělení šestinedělí. Jeho vyhodnocování je velmi jednoduché a přináší užitek v identifikaci pozitivních případů poporodního blues.

Po identifikaci rodiček s poporodním blues je vhodné dále použít Edinburskou škálu poporodní deprese k dalšímu monitorování těchto rizikových žen. Tímto přístupem lze předejít a včas zachytit prohlubování příznaků poporodní deprese. Navíc porodní asistentky budou lépe informovány o psychickém stavu žen na oddělení šestinedělí a budou moci poskytnout více podpory v oblasti duševního zdraví.

Jako další doporučení, aplikovatelné v praxi, se jeví edukace matek o poporodním blues i o jeho příznacích již během prenatálních návštěv během těhotenství, a to přímo od porodní asistentky. Součástí edukace rodiček by měla být také informace o existenci intervenčních skupin, které mohou ženám s jejich emočními stavy po porodu pomoci.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala emočními změnami rodiček v šestinedělí, jelikož je toto téma mnohdy opomíjeno a nevěnuje se mu dostatečná pozornost. Často je zmiňována až krajní fáze negativních emočních změn po porodu, kterou je poporodní deprese. Kdežto poporodní blues je rizikový faktor pro vznik tohoto onemocnění, a tudíž by neměl být vynecháván, nýbrž by měl být zdravotníky sledován, a to již v prvních dnech po porodu.

Primárním cílem této práce bylo zjistit výskyt poporodního blues u zkoumaného souboru žen ve Zlínském kraji pomocí standardizovaného dotazníku MBQ. Na což navazovaly také dílčí cíle, jež měly pomoci dovysvětlit povahu a nejčastější znaky poporodního blues. V rámci dotazníkového šetření bylo vyhodnoceno 160 dotazníků z oddělení šestinedělí ze 4 nemocnic ve Zlínském kraji. Výsledky šetření byly zpracovány pomocí tabulek a grafů, doplněny o komentáře a následně srovnány s vybranými českými i zahraničními studiemi.

Výsledky dotazníkového šetření ukazují, že **17,5 % rodiček ve sledovaném souboru bylo blues pozitivní**, jelikož skóre jejich odpovědí překročilo hodnotu 10 bodů. Po srovnání sociodemografických faktorů mezi skupinou žen s negativními a pozitivními příznaky poporodního blues vyplývá, že se poporodní dysforie vyskytovala převážně u prvorodiček a u žen ve věku mezi 31 a 35 lety. Pozoruhodným zjištěním byl výskyt poporodního blues převážně u žen s magisterským nebo inženýrským titulem. Tento trend naznačuje, že ženy s vyšším vzděláním, které jsou často i více významově zodpovědné, mohou být náchylnější k projevům poporodní dysforie. **Převažující způsob porodu byl u blues pozitivních rodiček císařský řez**, kde se z větší části u žen objevovala akutní sekce, což se projevilo jako významný faktor na výskyt blues. Nepotvrdilo se očekávání, že se bude blues vyskytovat u svobodných či rozvedených žen, jelikož většina blues pozitivních respondentek byla vdaná, z čehož je patrné, že tento sociodemografický faktor nemá přílišný vliv na výskyt blues.

V literatuře se hovoří o výskytu blues do pátého dne a v následujících dnech výskyt výrazně klesá, což potvrzují i výsledky této práce, kde se blues objevoval mezi 1. a 4. dnem po porodu a následně se jeho výskyt postupně snižoval.

Při sledování jednotlivých emocí se u všech žen **nejčastěji projevovaly pocity únavy, přecitlivělosti, snížené sebedůvěry a nejistoty**. Ženy, které v MBQ skórovaly nad 10 bodů se v jednotlivých emocích nelišily, nýbrž se tyto odpovědi objevovaly mnohem frekventovaněji. Lze tedy usuzovat, že s obdobím po porodu je spojena mírná dysforie, která se projevuje zejména nejistotou, napětím, citlivostí a změnami nálad. Některé ženy, ale

mohou mít navíc další přidružené symptomy, jako je smutek, neklid nebo úzkost, což může vést k intenzivnějším projevům poporodních blues.

Hlavní zastoupenou subškálou v této práci byl **primární blues**, který získal nejvíce bodů s průměrným skóre 1,7 bodů. Tato subškála zahrnuje 7 otázek a je nejrozsáhlejší kategorií dotazníku. Naopak nejméně se vyskytovala deprese, sklíčenost a ztráta zájmu spojená s odstupem. Výsledky této studie nabízejí zajímavý pohled na kategorizaci emocí, kde rychle a náhle se objevující emoce převažují, zatímco dlouhodobější emoce typu deprese jsou méně časté.

V literatuře a ve výzkumech se uvádí, že prevalence poporodního blues se pohybuje v rozsahu od 13,7 % do 76 %, což je výrazně variabilní číslo, vyžadující další specifikaci a upřesnění. V nejnovějších studiích, které uplatňují přísnější kritéria pro vyhodnocování poporodního blues, jsou zaznamenány nižší míry výskytu než ve starší literatuře. Proto by bylo vhodné zvážit zavedení globálně stanoveného způsobu vyhodnocování standardizovaného dotazníku MBQ, aby byly výsledky srovnatelné napříč různými zeměmi a byly nezávislé na místních specifikách, kde byla prováděna validace dotazníku. Jednotný standardizovaný postup by umožnil mezinárodní komparaci dat o prevalenci poporodního blues a poskytl by komplexnější pohled na tuto problematiku z globální perspektivy. Důkladné zhodnocení metodiky vyhodnocování by také přispělo k objektivnějšímu a přesnějšímu měření výskytu poporodních emocionálních obtíží napříč různými kulturními a sociálními kontexty.

Poporodní blues, jako nejmírnější forma psychických problémů v šestinedělí, by neměl být podceňován, neboť jeho výskyt může představovat rizikový faktor a začátek pro rozvoj vážnějších psychických obtíží po porodu. S ohledem na dostupnost validních nástrojů pro hodnocení těchto patologií v České republice by mělo být jejich používání běžnou praxí porodních asistentek. Celkově vzato je poporodní blues určitým fenoménem, který není až tak častý, jak naznačují jiné zdroje, ale stále je velmi důležité mu věnovat dostatek pozornosti a včas upozornit rizikové ženy na možnost další podpůrné péče.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

ANDREWS-FIKE, Ch. A Review of Postpartum Depression. Online. *The Primary Care Companion For CNS Disorders*. 1999, vol. 1, no. 1, s. 9-14. Dostupné z: <https://doi.org/10.4088/PCC.v01n0103>. [cit. 2024-04-4].

ASADI, M.; NOROOZI, M. a ALAVI, M. Exploring the experiences related to postpartum changes: perspectives of mothers and healthcare providers in Iran. Online. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2021, vol. 21, no. 1, s. 7. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03504-8>. [cit. 2024-04-4].

AYERS, S. a DE VISSER R. *Psychologie v medicíně*. Psyché. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 9788024752303.

BINDER, T. *Nemoci v těhotenství: a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-2009-3.

CANTWELL, R. Mental disorder in pregnancy and the early postpartum. Online. *Anaesthesia*. 2021, vol. 76, no. S4, s. 76-83. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/anae.15424>. [cit. 2024-04-4].

CARPENTER, R. W.; STANTON, K.; EMERY, N. N. a ZIMMERMAN, M. Positive and Negative Activation in the Mood Disorder Questionnaire: Associations With Psychopathology and Emotion Dysregulation in a Clinical Sample. Online. *Assessment*. 2020, vol. 27, no. 2, s. 219-231. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1073191119851574>. [cit. 2024-04-4].

CRITCHLEY, H. D. a GARFINKEL, S. N. Interoception and emotion. Online. *Current Opinion in Psychology*. 2017, vol. 17, no. 1, s. 7-14. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.020>. [cit. 2024-04-8].

DUŠEK, K. a VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ A. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2., přepracované vydání. Psyché. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 9788024748269.

DUŠOVÁ, B.; HERMANNOVÁ, M.; JANÍKOVÁ, E. a SALOŇOVÁ, R. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 9788027108367.

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

FRIEDMAN, S. H.; REED, E. a ROSS, N. E. Postpartum Psychosis. Online. *Current Psychiatry Reports*. 2023, vol. 25, no. 2, s. 65-72. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01406-4>. [cit. 2024-04-4].

GIBSON, J.; MCKENZIE-MCHARG, K.; SHAKESPEARE, J.; PRICE, J. a GRAY, R. A. systematic review of studies validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale in antepartum and postpartum women. Online. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2009, vol. 119, no. 5, s. 350-364. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01363.x>. [cit. 2024-04-3].

GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N. M.-C.; CROST, M. a KAMINSKI, M. Severe post-delivery blues: associated factors. Online. *Archives of Women's Mental Health*. 1999, vol. 2, no. 1, s. 37-44. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s007370050033>. [cit. 2024-04-08].

GOLEŽ, M. a MIVŠEK, P. Pilot study to test the Slovenian version of the Kennerley–Gath Blues questionnaire. Online. *European Journal of Midwifery*. 2021, vol. 5, no. October, s. 1-4. Dostupné z: <https://doi.org/10.18332/ejm/142107>. [cit. 2024-04-08].

GONIDAKIS, F.; RABAVILAS, A.D.; VARSOU, E.; KREATSAS, G. a CHRISTODOULOU, G.N. Maternity blues in Athens, Greece. Online. *Journal of Affective Disorders*. 2007. Vol. 99, no. 1-3, s. 107-115. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.08.028>. [cit. 2024-04-08].

GUERRA-REYES, L.; CHRISTIE, V. M.; PRABHAKAR, A.; HARRIS, A. L. a SIEK, K. A. Postpartum Health Information Seeking Using Mobile Phones: Experiences of Low-Income Mothers. Online. *Maternal and Child Health Journal*. 2016, vol. 20, no. S1, s. 13-21. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2185-8>. [cit. 2024-04-08].

HÁJEK, Z.; ČECH, E. a MARŠÁL, K. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024745299.

HASSON, G. *Emoční inteligence: jak zvládat a řídit své i cizí emoce*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 9788024756301.

HONZÁK, R. *Emoce od A do P*. Praha: Galén., 2020. ISBN 978-80-7492-492-7.

Kogito, Online. *Kogito*. 2021. Dostupné z: [https://www.kogito.cz/?fbclid=IwAR2doBLsVTBsxdBLMA1cXy2Vj\\_c3wmwEO5Yye5SvjYVZRpyPP0VQpRSyl8I#modal-co-je-kogito](https://www.kogito.cz/?fbclid=IwAR2doBLsVTBsxdBLMA1cXy2Vj_c3wmwEO5Yye5SvjYVZRpyPP0VQpRSyl8I#modal-co-je-kogito). [cit. 2024-04-4].

KOUDELKOVÁ, V. *Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí*. V Praze: Triton, 2013. ISBN 9788073876241.

LEE, J. Y. a LEE, E. What topics are women interested in during pregnancy: exploring the role of social media as informational and emotional support. Online. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2022, vol. 22, no. 1, s. 517. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04842-5>. [cit. 2024-04-4].

LEIGHT, K. L.; FITELSON, E. M.; WESTON, Ch. A. a WISNER, K. L., Childbirth and mental disorders. Online. *International Review of Psychiatry*. 2010, vol. 22, no. 5, s. 453-471. Dostupné z: <https://doi.org/10.3109/09540261.2010.514600>. [cit. 2024-04-4].

LUCIANO, M.; SAMPOGNA, G.; DEL VECCHIO, V.; GIALLONARDO, V.; PERRIS, F. et al. The Transition From Maternity Blues to Full-Blown Perinatal Depression: Results From a Longitudinal Study. Online. *Frontiers in Psychiatry*. 2021, vol. 12, no. 70, s. 31-80. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.703180>. [cit. 2024-04-4].

LUPTON, D. The use and value of digital media for information about pregnancy and early motherhood: a focus group study. Online. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016, vol. 16, no. 1, s. 171. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0971-3>. [cit. 2024-04-8].

MALEZIEUX, M.; KLEIN, A. S. a GOGOLLA, N. Neural Circuits for Emotion. Online. *Annual Review of Neuroscience*. 2023, vol. 46, no. 1, s. 211-231. Dostupné z: <https://doi.org/10.1146/annurev-neuro-111020-103314>. [cit. 2024-04-8].

MARTÍNEZ-GALIANO, J.; HERNÁNDEZ-MARTÍNEZ, A.; RODRÍGUEZ-ALMAGRO, J.; DELGADO-RODRÍGUEZ, M.; RUBIO-ALVAREZ, A. et al. Women's Quality of Life at 6 Weeks Postpartum: Influence of the Discomfort Present in the Puerperium. Online. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019, vol. 16, no. 2, s. 253. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph16020253>. [cit. 2024-04-4].

MAZÚCHOVÁ, L. a PORUBSKÁ, A. *Respekt a úcta v porodnictví*. Praha: Grada Publishing, 2022. ISBN 978-80-271-3508-0.

Ministerstvo zdravotnictví České Republiky. Online. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* 2019, Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>. [cit. 2024-04-4].

MUNK-OLSEN, T. a AGERBO, E. Does Childbirth Cause Psychiatric Disorders? A Population-based Study Paralleling a Natural Experiment. Online. *Epidemiology*. 2015, vol.



26, no. 1, s. 79-84. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/EDE.000000000000193>. [cit. 2024-04-4].

Národní ústav duševního zdraví, 2022. Online. *NUDZ*. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/onas/profil>. [cit. 2024-04-4].

NTAOUTI, E.; GONIDAKIS, F.; NIKAINA, E.; VARELAS, D.; CREATSAS, G. et al. Maternity blues: risk factors in Greek population and validity of the Greek version of Kennerley and Gath's blues questionnaire. Online. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2020, vol. 33, no. 13, s. 2253-2262. Dostupné z: <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1548594>. [cit. 2024-04-4].

NUMMENMAA, L.; GLERAN, E.; HARI, R. a HIETANEN, J. K. Bodily maps of emotions. Online. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2014, vol. 111, no. 2, s. 646-651. Available at: <https://doi.org/10.1073/pnas.1321664111>. [cit. 2024-04-4].

OLIVEIRA, T. A.; LUZZETTI, G. G. C. M.; ROSALÉM, M. M. A. a MARIANI NETO, C. Screening of Perinatal Depression Using the Edinburgh Postpartum Depression Scale. Online. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*. 2022, vol. 44, no. 05, s. 452-457. Dostupné z: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743095>. [cit. 2024-04-3].

OREL, M. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Psyché. Praha: Grada, 2016. ISBN 9788024755168.

PAWLUSKI, J. L.; LONSTEIN, J. S. a FLEMING, A. S. The Neurobiology of Postpartum Anxiety and Depression. Online. *Trends in Neurosciences*. 2017, vol. 40, no. 2, s. 106-120. Dostupné z <https://doi.org/10.1016/j.tins.2016.11.009>. [cit. 2024-04-3].

PEARLSTEIN, T.; HOWARD, M.; SALISBURY, A. a ZLOTNICK, C. Postpartum depression. Online. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2009, vol. 200, no. 4, s. 357-364. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033>. [cit. 2024-04-3].

Perinatal, 2021. Online. *Perinatal*. Dostupné z: <https://www.perinatal.cz/o-projektu>. [cit. 2024-04-3].

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

RAI, S.; PATHAK, A. a SHARMA, I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. Online. *Indian Journal of Psychiatry*. 2015, vol. 57, no. 6, s. 216–221. Dostupné z: <https://doi.org/10.4103/0019-5545.161481>. [cit. 2024-04-4].

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 9788025421864.

ROZTOČIL, A. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-2712-098-7.

RÜEGG, J. C. *Mozek, duše a tělo: neurobiologie psychosomatiky a psychoterapie*. Praha: Portál, 2020. ISBN 9788026215813.

SCHILLER, C. E.; MELTZER-BRODY, S. a RUBINOV, D. R. The role of reproductive hormones in postpartum depression. Online. *CNS Spectrums*. 2015, vol. 20, no. 1, s. 48-59. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S1092852914000480>. [cit. 2024-04-3].

SLEZÁKOVÁ, L.; ANDRÉSOVÁ, M.; KADUCHOVÁ, P.; ROUČOVÁ, M. a STAROŠTÍKOVÁ, E. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 9788027102143.

SUŠILOVÁ, L. Léčba deprese v těhotenství. Online. *PSYCHIATRIE PRO PRAXI*. 2017, roč. 18, č. 3, s. 103-105. Dostupné z: <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/90/04.pdf>. [cit. 2024-04-3].

SUTTER, A-L; LEROY, V.; DALLAY, D.; VERDOUX, H. a BOURGEOIS, M. Postpartum blues and mild depressive symptomatology at days three and five after delivery. Online. *Journal of Affective Disorders*. 1997, vol. 44, no. 1, s. 1-4. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(97\)01440-7](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(97)01440-7). [cit. 2024-04-4].

TOSTO, V.; CECCOBELLI, M.; LUCARINI, E.; TORTORELLA, A.; GERLI, S. et al. Maternity Blues: A Narrative Review. Online. *Journal of Personalized Medicine*. 2023, vol. 13, no. 1, s. 154. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/jpm13010154>. [cit. 2024-04-4].

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

VAN NIEL, M. S. Perinatal depression: A review. Online. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 2020, vol. 87, no. 5, s. 273-277. Dostupné z: <https://doi.org/10.3949/cjcm.87a.19054>. [cit. 2024-04-3].

SKUTILOVÁ, V. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2016. ISBN 9788024754697.

TAKÁCS, L.; SOBOTKOVÁ, D. a ŠULOVÁ, L. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 9788024751276.

TAKÁCS, L.; SMOLÍK, F.; MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ, J.; ČEPICKÝ, P. a HOSKOVCOVÁ, S. Poporodní blues – česká adaptace dotazníku "Maternity Blues Questionnaire." Online. *ČESKÁ GYNEKOLOGIE*. 2016, roč. 81, č. 5, s. 355-368. Dostupné z: [https://asep.lib.cas.cz/ar1-cav/cs/detail-cav\\_un\\_epca.3-0471187-Poporodni-blues-ceska-adaptace-dotazniku-Maternity-blues-questionnaire/](https://asep.lib.cas.cz/ar1-cav/cs/detail-cav_un_epca.3-0471187-Poporodni-blues-ceska-adaptace-dotazniku-Maternity-blues-questionnaire/). [cit. 2024-04-3].

Úsměv mámy. Online. *Úsměv mámy*. 2020, Dostupné z: <https://www.usmevmamy.cz/o-nas/>. [cit. 2024-04-3].

WILHELMOVÁ, R.; KAŠOVÁ, L.; DOUBEK R.; SEDLICKÁ, N.; HRUBAN L. et al. *Vybrané kapitoly Porodní asistence*. MedMuni, 2021. ISBN 978-80-210-8204-0.

ZHAO, Y.; KANE, I.; WANG, J.; SHEN, B.; LUO, J. et al. Combined use of the postpartum depression screening scale (PDSS) and Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) to identify antenatal depression among Chinese pregnant women with obstetric complications. Online. *Psychiatry Research*. 2015, vol. 226, no. 1, s. 113-119. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.12.016>. [cit. 2024-04-3].

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

DSM	Diagnostické a statistické příručky duševních poruch
ECT	Elektrokonvulzivní terapie
EPDS	Edinburská škála poporodní deprese
ICD	Mezinárodní klasifikace nemocí
MBQ	Maternity Blues Questionnaire
MDQ	Mood Disorder Questionnaire MDQ
NUDZ	Národní ústav duševního zdraví
PDSS	Postpartum Depression Screening Scale PDSS
PPD	Poporodní deprese
WHO	World Health Organization

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 Věk všech žen (zdroj: vlastní) .....	41
Tabulka 2 Nejvyšší dosažené vzdělání všech žen (zdroj: vlastní).....	42
Tabulka 3 Gravidita všech žen (zdroj: vlastní).....	43
Tabulka 4 Parita všech žen (zdroj: vlastní).....	44
Tabulka 5 Typ porodu všech žen (zdroj: vlastní) .....	45
Tabulka 6 Způsob porodu všech žen (zdroj: vlastní).....	46
Tabulka 7 Přítomnost partnera/partnerky u všech žen (zdroj: vlastní).....	47
Tabulka 8 Rodinný stav všech žen (zdroj: vlastní).....	48
Tabulka 9 Typ pokoje všech žen (zdroj: vlastní).....	49
Tabulka 10 Den vyplnění dotazníku u všech žen (zdroj: vlastní).....	50
Tabulka 11 Četnost položek dotazníku MBQ (zdroj: vlastní).....	52
Tabulka 12 Vnitřní konzistence dotazníku MBQ a jeho subškál (zdroj: vlastní).....	54

**SEZNAM GRAFŮ**

Graf 1 Výsledek standardizovaného dotazníku MBQ (zdroj: vlastní) .....	40
Graf 2 Věk všech žen (zdroj: vlastní) .....	41
Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání všech žen (zdroj: vlastní).....	42
Graf 4 Gravidita všech žen (zdroj: vlastní).....	43
Graf 5 Parita všech žen (zdroj: vlastní) .....	44
Graf 6 Typ porodu všech žen (zdroj: vlastní) .....	45
Graf 7 Způsob porodu všech respondentek (zdroj: vlastní).....	46
Graf 8 Přítomnost partnera/partnerky u všech žen (zdroj: vlastní).....	47
Graf 9 Rodinný stav všech žen (zdroj: vlastní).....	48
Graf 10 Typ pokoje všech žen (zdroj: vlastní) .....	49
Graf 11 Den vyplnění dotazníku u všech žen (zdroj: vlastní) .....	51

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazníkové šetření

# PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Emoční změny v šestinedělí: dotazníkové šetření

Vážená maminko, jmenuji se Monika Krňávková a jsem studentkou 3. ročníku Porodní asistence na fakultě Humanitních studií Tomáše Bati ve Zlíně. Součástí mé závěrečné práce je výzkumné šetření zaměřující se na emoce v šestinedělí, jež jsou zkoumány formou jednoduchého standardizovaného dotazníku, který Vám nezabere déle než 10 minut. Dotazník je anonymní, proto jej, prosím, nepodepisujte. Svým zapojením do výzkumného šetření se významně podílíte na zvyšování úrovně péče v porodní asistenci ve Zlínském kraji, prosím tedy o jeho kompletní vyplnění.

Vyplněním tohoto dotazníku souhlasíte se zpracováním Vámi poskytnutých údajů. Předem děkuji za ochotu a spolupráci.

Monika Krňávková

**U každé položky**, svou odpověď, prosím **ZAKROUŽKUJTE** – Pokud s daným tvrzením souhlasíte, zakroužkujte prosím **ANO**. Pokud s daným tvrzením nesouhlasíte, zakroužkujte prosím **NE**.

## JAK SE PRÁVĚ DNES CÍTÍTE?

1. Je mi do pláče.	Ano	Ne
2. Jsem skleslá.	Ano	Ne
3. Prožívám úzkost.	Ano	Ne
4. Přemáhají mě moje emoce.	Ano	Ne
5. Jsem unavená.	Ano	Ne
6. Jsem zapomnětlivá a cítím se zmateně.	Ano	Ne
7. Jsem náladová.	Ano	Ne
8. Dokážu se soustředit.	Ano	Ne
9. Mám jasnou hlavu.	Ano	Ne
10. Cítím se plná života.	Ano	Ne
11. Mám pocit vnitřního napětí.	Ano	Ne
12. Jsem neklidná.	Ano	Ne
13. Jsem přecitlivělá.	Ano	Ne
14. Mám výkyvy nálad.	Ano	Ne
15. Mám pocit jistoty a sebedůvěry.	Ano	Ne



16. Cítím se vnitřně uvolněná.	Ano	Ne
17. Jsem klidná.	Ano	Ne
18. Myslím na to, co špatného by mě mohlo potkat.	Ano	Ne
19. Jsem podrážděná.	Ano	Ne
20. Jsem smutná.	Ano	Ne
21. Jsem sebelítostivá.	Ano	Ne
22. Pláču a nejsem schopna přestat.	Ano	Ne
23. Prožívám nadšení.	Ano	Ne
24. Jsem šťastná.	Ano	Ne
25. Připadám si bezmocná.	Ano	Ne
26. Nemám chuť dávat najevo svoje city.	Ano	Ne
27. Nejráději bych se s nikým nestýkala.	Ano	Ne
28. Jsem citově otupělá, nic necítím.	Ano	Ne

Zdroj: Takács L., Smolík F., Mlíková Seidlerová J., Čepický P., Hoskocová S., Poporodní blues – česká adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire“ *Česká gynekologie*, 2016, sv. 81 (5), s. 355-368. ISSN 1210-7832.

V této části prosím vyplňte Vaše základní sociodemografické údaje:

0. Který den po porodu <u>dnes</u> jste (den porodu = 0): 0. 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	
1. Váš věk při posledních narozeninách:..... let	
2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Základní</li> <li>b. Středoškolské bez maturity</li> <li>c. Středoškolské s maturitou</li> <li>d. VOŠ</li> <li>e. Bakalářské</li> <li>f. Magisterské, inženýrské,</li> <li>g. PhD</li> <li>h. Doc, Prof</li> </ul>
3. Po kolikáté jste těhotná.	<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Poprvé</li> <li>b. Podruhé</li> <li>c. Potřetí</li> <li>d. Jiné prosím uveďte:</li> </ul>

4. Kolikrát jste rodila.	a. Poprvé b. Podruhé c. Potřetí d. Jiné prosím uveďte:
5. Byl porod vyvolávaný nebo spontánní.	a. Vyvolávaný b. Spontánní
6. Způsob porodu.	a. Vaginálně b. Plánovaná SC c. Akutní SC
7. Máte partnera/partnerku.	a. Ano b. Ne
8. Rodinný stav.	a. Svobodná b. Vdaná c. Rozvedená d. Vdova
9. Pokoj.	a. Běžný b. Nadstandartní c. Rodinný

Ještě jednou Vám moc děkuji za Váš čas při vyplňování dotazníku,

S pozdravem,

Monika Krňávková