

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Thea Sedláčková

**Poporodní blues a poporodní deprese - rizikové
faktory a diagnostika**

**Postpartum blues and postpartum depression - risk
factors and diagnostic**

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí bakalářské práce Mgr. Lee Takács, Ph.D. za podnětné návrhy a připomínky, které mi poskytla, a také za podporu a trpělivost při konzultacích. Za podporu děkuji též své rodině a přátelům.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu, a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 25. 7. 2018

.....
Thea Sedláčková

Abstrakt

Bakalářská práce se zaměřuje na problematiku poporodního blues a poporodní deprese, přičemž klade důraz na screening, resp. diagnostiku, a etiologii těchto psychických poruch. V literárně-přehledové části představuje vybrané nástroje sloužící k jejich screeningu či diagnostice a přináší shrnutí nejvýznamnějších rizikových faktorů, přičemž pozornost je věnována zejména faktorům souvisejícím s psychologickými a psychosociálními charakteristikami žen. Závěr literárně-přehledové části se věnuje vzájemnému vztahu mezi poporodním blues a poporodní depresí. Ve druhé části práce je předložen návrh kvantitativního výzkumu, který se zaměřuje na míru výskytu poporodního blues a poporodní deprese současně také na schopnost poporodního blues predikovat následný výskyt poporodní deprese.

Klíčová slova: diagnostika, poporodní blues, poporodní deprese, rizikové faktory

Abstract

The bachelor thesis focuses on the problematics of postpartum blues and postpartum depression. The particular emphasis is put on screening more precisely diagnostics and etiology of these mental disorders. In the literature-overview section the thesis presents selected tools for screening and diagnostics and summarizes the most important risk factors. Particular attention is paid to factors related to the psychological and psychosocial characteristics of women. The conclusion of the literary-overview section concentrate on the relationship between postpartum blues and postpartum depression. In the second part of the thesis is presented a proposal of quantitative research. This research focuses on the prevalence of postpartum blues and postpartum depression and on the ability of postpartum blues to predict the subsequent occurrence of postpartum depression.

Key words: diagnostics, postpartum blues, postpartum depression, risk factors

Obsah

Úvod.....	9
LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST.....	10
1. Poporodní blues.....	10
1.1 Screening poporodního blues.....	11
1.1.1 Maternity Blues Questionnaire.....	13
1.1.2 Maternity Blues Scale.....	14
1.2 Rizikové faktory poporodního blues.....	14
1.2.1 Hormonální koreláty poporodního blues.....	15
1.2.2 Psychosociální rizikové faktory.....	16
1.2.3 Porodnické rizikové faktory.....	19
1. Poporodní deprese.....	20
2.1 Screening a diagnostika poporodní deprese.....	22
2.1.1 Edinburská škála postnatální deprese.....	25
2.1.2 Postpartum Depression Screening Scale.....	26
2.2 Rizikové faktory poporodní deprese.....	26
2.2.1 Hormonální koreláty poporodní deprese.....	27
2.2.2 Psychosociální rizikové faktory.....	28
2.2.3 Porodnické rizikové faktory.....	32
3. Vztah poporodního blues a poporodní deprese.....	33
NÁVRH VÝZKUMNÉHO PROJEKTU.....	35
1. Teoretický úvod a cíle výzkumu.....	35
2. Design výzkumného projektu.....	37
3. Výzkumný soubor.....	38
4. Dotazníkové metody.....	39
5. Způsob zpracování dat.....	40

6. Etika navrhovaného výzkumu.....	41
7. Diskuze.....	42
Závěr.....	44
Seznam použité literatury.....	46
Přílohy.....	58
1. Česká verze dotazníku MBQ.....	58
2. Česká verze dotazníku EPDS.....	60

Seznam použitých zkratk

APA – American Psychological Association (Americká psychologická asociace)

EPDS – Edinburgh Postnatal Depression Scale (Edinburská škála postnatální deprese)

MBQ – Maternity Blues Questionnaire

MBS – Maternity Blues Scale

PPD – postpartum depression (poporodní deprese)

WHO – World Health Organisation (Světová zdravotnická organizace)

Úvod

Porod představuje pro ženu významnou životní událost, jež s sebou přináší velké množství změn. Žena se v raném poporodním období adaptuje na novou roli matky, mění se rodinný systém a spolu s psychologickými změnami dochází i k výrazným fyziologickým změnám včetně změn hormonálních (Ratislavová, 2008; Harris et al., 1994; Skrundz et al., 2011; Bartlová, 2007). Narození dítěte bývá často spojováno s pocity radosti a štěstí, daleko méně pozornosti je již věnováno zvýšenému riziku výskytu psychických poruch (Praško, 2002). Mezi nejčastější poporodní psychické poruchy patří poporodní blues a poporodní deprese, jež spolu úzce souvisejí a na něž se zaměřuji v této práci.

Předložená bakalářská práce je rozdělena na část literárně přehledovou a na část, v níž je představen návrh výzkumu. V prvně uvedené části jsou popsány obě zmíněné poporodní psychické poruchy, přičemž je kladen důraz zejména na jejich etiologii a možnosti screeningu a diagnostiky. Tato část tedy představuje vybrané nástroje sloužící ke screeningu či diagnostice poporodního blues a poporodní deprese a zaměřuje se na výsledky studií, jež zkoumají etiologii těchto poruch. Rizikové faktory jsou rozděleny do tří kategorií: 1. hormonální koreláty, 2. psychosociální rizikové faktory a 3. porodnické rizikové faktory. S ohledem na omezený rozsah této práce je důraz kladen zejména na kategorii psychosociálních rizikových faktorů. V závěru literárně přehledové části je pak věnován prostor otázce vzájemného vztahu poporodního blues a poporodní deprese.

V druhé části práce je předložen návrh kvantitativního výzkumu, který u populace žen v poporodním období mapuje výskyt symptomů, jež jsou připisovány intenzivnímu poporodnímu blues a poporodní depresi. Dále se tento návrh výzkumu zaměřuje také na to, zda je intenzivní poporodní blues rizikovým faktorem, resp. významným prediktorem poporodní deprese. Hlavním cílem tohoto výzkumu je lépe porozumět průběhu poporodního blues a poporodní deprese a také vzájemnému vztahu těchto dvou poporodních poruch nálady.

Při tvorbě této práce jsem vycházela převážně ze zahraničních zdrojů, a to zejména z kvantitativních výzkumů, jež byly publikovány v posledních několika letech. Zdroje uváděné v práci jsou citovány dle citační normy APA (5. vydání).

LITERÁRNĚ PŘEHLEDOVÁ ČÁST

1. Poporodní blues

Poporodní blues neboli „maternity blues“ je mírná a přechodná porucha nálady, jež se vyskytuje v raném puerperiu (O'Hara, & Wisner, 2014). Jedná se o syndrom s mírným klinickým průběhem, jenž nevyžaduje léčbu a nepředstavuje překážku pro vytvoření vztahu mezi matkou a dítětem (Takács, 2016). Poporodní blues je nejméně závažnou poporodní psychickou poruchou, jeho výskyt je však ve srovnání s ostatními poruchami velmi častý. Prevalence tohoto syndromu bývá udávána v poměrně širokém rozpětí od 1,8 % (Romero-Gutiérrez, 2010) do 80 % (Nonacs, & Cohen, 1998), což je patrně zapříčiněno kombinací následujících faktorů: 1. absence diagnostických kritérií vedoucí k nekonzistentnímu pojetí syndromu mezi různými autory; 2. použití odlišných diagnostických nástrojů s různě stanovenými cut-off skóry; 3. nejednotnost ve stanoveném čase testování a 4. rozdílnost výzkumných souborů.

Ačkoliv mezi jednotlivými národy lze pozorovat různou míru prevalence poporodního blues, patrně se jedná o syndrom s celosvětovým výskytem. Výzkumy dokládají existenci tohoto syndromu nejen v Evropě a Severní Americe, ale i v zemích jako je např. Brazílie (Faisal-Cury, 2008), Austrálie (Condon, & Watson, 1987), Indie (Manjunath, Venkatesh, & Rajanna, 2011), Indonésie (Ismail, 2006), Japonsko (Takahashi, & Tamakoshi, 2014) či Nigérie (Adewuya, 2005).

Počátek poporodního blues můžeme pozorovat již v prvních dnech po porodu (Quintero et al., 2014), přičemž symptomy zpravidla spontánně ustoupí mezi 7. až 10. dnem (Harris et al., 1994). Výsledky dosavadních výzkumů poukazují na to, že se jedná o syndrom s charakteristickou vývojovou tendencí; intenzita symptomů nejprve postupně narůstá a po dosažení určitého bodu dochází k jejímu postupnému snižování. Většina autorů uvádí, že vrchol intenzity symptomů se pohybuje mezi 3. až 6. dnem po porodu (Condon, & Watson, 1987; Wilkie, & Shapiro, 1992; O'Keane et al., 2011). Pokud však příznaky tento specifický průběh nekopírují a přetrvávají déle než dva týdny, je nutné posoudit, zda se nejedná o nastupující poporodní depresi.

Syndrom poporodního blues není s ohledem na jeho mírnost zahrnut v žádném oficiálním diagnostickém systému, což má za následek jeho nejednotné vymezení u různých autorů. Mezi symptomy, na nichž se většina autorů shoduje, patří emoční labilita, přecitlivělost, podrážděnost, plačtivost, úzkost, iritabilita, zmatenost, napětí a neklid (Kennerley, & Gath, 1989a; Okano, & Nomura, 1992; Rondón, 2003; Ratislavová, 2008; Patel et al., 2012). Ačkoliv se v raném puerperiu mohou objevovat i pocity smutku a depresivní symptomy, podle některých autorů tyto příznaky nepatří mezi typické symptomy poporodního blues (Rondón, 2003; Takács et al., 2016). Syndrom poporodního blues se často pojí s doprovodnými somatickými příznaky jako je únava, bolest hlavy, palpitace či dysfagie (Lazar, 2005; Roztočil et al., 2008).

Ačkoliv se autoři na řadě příznaků poporodního blues shodují, panuje dosud určitá nejednotnost ohledně vůdčího symptomu. Dle některých autorů je přední charakteristikou syndromu emoční labilita (Buttner, O'Hara, & Watson, 2012). Gonidakis et al. (2007) považují naopak za dominantní symptomy hypersenzitivitu a tenzi a jiní autoři dokonce zdůrazňují poporodní elaci, resp. současný výskyt pozitivních i negativních emocí (Pop et al., 2015; Hapgood, 1988). Výsledky české adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire“ poukazují na to, že nejčastěji prožívané pocity a stavy po porodu jsou únava, nejistota, snížená sebedůvěra, přecitlivělost a tenze (Takács et al., 2016). Autoři této studie dále zjistili, že struktura symptomů poporodního blues se nikterak neliší s ohledem na jeho mírnou a intenzivní formu (nižší a vyšší dosažené skóry v MBQ). U žen s intenzivní formou poporodního blues neboli „severe blues“ se pouze uvedené pocity a stavy vyskytují výrazně častěji a mají vyšší tendenci pojit se i s dalšími symptomy.

Jak již bylo výše zmíněno, poporodní blues představuje přechodnou poruchu nálady, jež má u většiny žen spíše mírný klinický průběh. Nepochybně je však vhodné poskytnout ženám v této oblasti edukaci, a to zejména z toho důvodu, že intenzivní forma poporodního blues může u jisté části žen přerůst do poporodní deprese. Problematice vzájemného vztahu poporodního blues a poporodní deprese se blíže věnuji v kapitole č.3.

1.1 Screening poporodního blues

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, syndrom poporodního blues není uznán jako diagnostická jednotka v žádném oficiálním diagnostickém systému. Pojetí syndromu se tedy

mezi jednotlivými autory často liší, což následně vede k nejednotnosti diagnostických nástrojů, jež jsou využívány k identifikaci tohoto syndromu. Jednotlivé nástroje sloužící ke screeningu poporodního blues často sledují méně či více odlišná kritéria, což následně vede k různým závěrům ohledně prevalence i rizikových faktorů tohoto syndromu. Pro klinickou praxi je mimo jiné podstatná schopnost poporodního blues predikovat poporodní depresi (Henshaw, Foreman, & Cox, 2004; Watanabe et al., 2008), jejíž nástup se odhaduje zhruba 6 týdnů po porodu (Praško, 2002).

Jak již bylo uvedeno, ke screeningu poporodního blues jsou v rámci výzkumu využívány různé screeningové nástroje nástroje. První a nejvhodnější kategorii nástrojů představují specifické škály, jež byly vytvořeny konkrétně k měření poporodního blues. Této kategorii se blíže věnuji v následujících podkapitolách, kde představuji dva vybrané specifické nástroje určené k měření tohoto syndromu.

Druhá kategorie je tvořena nástroji, jež jsou primárně určeny ke screeningu poporodní deprese. Patří sem zejména Edinburská škála postnatální deprese (EPDS) (Ismail, 2006; Bloch et al., 2006; Manjunath, Venkatesh, & Rajanna, 2011; Sylvén et al., 2011). Užití této škály k daným účelům je však problematické, neboť EPDS je doporučeno administrovat – jakožto metodu k měření poporodní deprese – nejdříve dva týdny po porodu (Boyd, Le, & Somberg, 2005). EPDS se navíc primárně zaměřuje na přítomnost depresivních symptomů, a naopak opomíjí symptomy jako je přecitlivělost či nejistota, což v praxi znamená, že zachycuje pouze určitou část symptomů, které jsou obvykle připisovány poporodnímu blues. Ovšem pokud jde o poporodní depresi, řada autorů dochází k závěru, že EPDS je schopna velmi dobře identifikovat ženy s vysokým rizikem rozvoje této poruchy (Teissèdre & Chabrol, 2004; Sylvén, et al., 2017; Dennis, 2004).

Třetí kategorii nástrojů představují nespecifické diagnostické metody, jež zpravidla nejsou validizovány na populaci žen v puerperiu. Řadíme sem běžně užívané sebesposuzovací škály depresivity, jako je Beck Depression Inventory (BDI) (Handley et al., 1980) či škály určené k hodnocení současné nálady (Grussu, & Quatraro, 2013).

1.1.1 Maternity Blues Questionnaire

Maternity Blues Questionnaire (MBQ) je sebesposuzovací škála, jež slouží k vyhodnocování přítomnosti symptomů poporodního blues a jeho intenzity v prvních sedmi až deseti dnech po porodu. Metodu vyvinuli Helen Kennerley a Dennis Gath (1989a) na základě rozhovorů se ženami v raném puerperiu. Autoři následně ke zpracování získaných dat použili metodu shlukové analýzy. V současné době tento dotazník představuje nejužívanější metodu ke screeningu poporodního blues (Doornbos et al., 2008). Škála se celkově skládá z 28 položek spadajících do sedmi subškál: primární blues, útlum, hypersenzitivita, sebedůvěra, deprese, sklíčenost a odstup. Dotazník zjišťuje stavy a pocity žen, které se u nich objevily v daný den. Celkový rozsah výsledného skóru je 0 až 28 bodů, přičemž vyšší skór indikuje větší intenzitu poporodního blues. Jak již bylo výše zmíněno autoři doporučují administrovat dotazník každý den po dobu 7 až 10 dnů po porodu, což se však ukazuje být v běžné praxi jako velmi obtížně realizovatelné. Řada studií tedy pracuje s administrací dotazníku pouze v jeden konkrétní den (Glangeaud-Freudenthal, Crost, & Kaminski, 1999; Doornbos et al., 2008) či volí průřezový přístup (Takács et al., 2016).

Kennerley a Gath (1989b) rozlišují podle závažnosti symptomů dvě kategorie poporodního blues: těžší formu syndromu neboli „severe blues“ a lehčí formu syndromu. Autoři doporučují zařadit ženu do prvně uvedené kategorie tehdy, pokud její výsledný skór v kterémkoliv dnu je vyšší než průměrná hodnota nejvyšších dosažených skórů v celém souboru. Tento způsob výpočtu ovšem u řady studií vede k poměrně nízkým hodnotám cut-off skóru a současně tedy i k vysoké míře falešně pozitivních výsledků. Běžně se tedy ve výzkumné praxi k určení intenzivního blues využívá kritérium 90. případně 75. percentilu (Takács et al., 2016; Henshaw, Foreman, & Cox, 2004; Glangeaud-Freudenthal, Crost, & Kaminski, 1999; Doornbos et al., 2008). V roce 2016 byla publikována česká adaptace dotazníku MBQ, v jejímž rámci byl nástroj standardizován pro populaci českých žen. Dle autorů vykazuje česká verze dobrou reliabilitu (Cronbachova alfa 0,88), a zároveň byla potvrzena prediktivní validitu MBQ ve vztahu k poporodní depresi (Takács et al., 2016).

1.1.2 Maternity Blues Scale

Maternity Blues Scale (MBS) je další sebesuzovací škála, jež se využívá ke screeningu poporodního blues. Dotazník byl navrhnut Georgem S. Steinem (1980) za účelem zjistit přítomnost třinácti symptomů poporodního blues u žen v raném puerperiu. Autor mezi tyto symptomy řadí: depresivní příznaky, plačtivost, neklid, úzkost, únavu, napětí, podrážděnost, zhoršenou koncentraci, zapomnětlivost, zmatenost, nechutenství, nespavost a bolest hlavy. Prvních 10 příznaků koresponduje s položkami v Maternity Blues Questionnaire, zbývající symptomy – nechutenství, nespavost a bolest hlavy, nejsou v MBQ zahrnuty. Metoda MBS obsahuje celkem 13 položek a každá položka zastupuje jeden symptom. Počet možných odpovědí (tedy i rozsah skóre) se u jednotlivých položek liší. Výsledný skóre se pohybuje v rozmezí 0 až 26 bodů, přičemž běžně užívaný cut-off skóre pro určení intenzivního blues je 8/9 bodů (Okano, & Nomura, 1992; Faisal-Cury et al., 2008).

1.2 Rizikové faktory poporodního blues

Studium rizikových faktorů poporodního blues nám umožňuje lépe porozumět tomuto syndromu a následně i určit pravděpodobnost jeho vzniku u jednotlivých žen. Znalost etiologie je podstatná také z toho důvodu, že poporodní blues prokazatelně souvisí s výskytem poporodní deprese (Watanabe et al., 2008).

Interpretace výsledků studií, jež se zaměřují na prediktory poporodního blues, je však poněkud problematická, neboť tyto studie docházejí k rozporuplným závěrům. Etiologie syndromu poporodního blues není zcela objasněna. Poporodní období je doprovázeno velkým množstvím fyziologických i psychických změn, jež se mohou na vzniku poporodního blues podílet (Ratislavová, 2008; Harris et al., 1994; Skrundz et al., 2011; Bartlová, 2007). Řada autorů poukazuje na souvislost mezi hormonálními změnami a vznikem poporodního blues (Ratislavová, 2008; Rondón, 2003; Pitt, 1973). Na vzniku a intenzitě tohoto syndromu se však zřejmě podílejí i faktory psychologické, sociální či faktory související s porodem a mateřstvím (Maliszewska et al., 2016; Gonidakis et al., 2007; Manjunath, Venkatesh, & Rajanna, 2011). Patrně kombinace těchto různých faktorů ve spojení s vyšší senzitivitou k

hormonálním změnám a vyšší psychickou vulnerabilitou může vést k častějšímu výskytu intenzivního poporodního blues (Takács et al., 2016).

1.2.1 Hormonální koreláty poporodního blues

Řada autorů poukazuje na souvislost mezi prudkým poklesem hormonů v poporodním období (zejména progesteronu a estrogeneru) a vznikem poporodního blues (Ratislavová, 2008; Rondón, 2003; Pitt, 1973). Tento názor je umocněn tím, že poporodní blues se vyskytuje napříč různými kulturami, z čehož lze usuzovat právě na biologické příčiny syndromu. Nápadná je též časová souvislost mezi zmiňovaným poklesem hladiny hormonů, k němuž dochází v souvislosti s odchodem placenty (Ratislavová, 2008) a intenzitou syndromu, jež vrcholí mezi třetím až šestým dnem po porodu (Condon, & Watson, 1987; O'Keane, 2011; Wilkie, & Shapiro, 1992). Studie zkoumající problematiku hormonální podmíněnosti poporodního blues ovšem často docházejí k rozporuplným výsledkům.

Harris et al. (1994) uvádějí, že u populace žen s poporodním blues dochází mezi antenatálním a postnatálním obdobím k signifikantně vyššímu poklesu hladiny progesteronu ve srovnání se skupinou žen bez symptomů poporodního blues. Dále byla rovněž zkoumána souvislost mezi hladinou prolaktinu, estradiolu a estriolu v organismu a vznikem poporodního blues. Uvedené hormony byly opakovaně měřeny v průběhu těhotenství a následně i druhý a třetí den po porodu. Tato studie dochází k závěru, že pouze vyšší hladinu estriolu (v rámci antenatálního i postnatálního měření) lze považovat za signifikantní prediktor rozvoje poporodního blues, nikoliv však hladiny ostatních hormonů. Další studie ovšem nenalezly žádnou souvislost mezi hladinou ženských pohlavních hormonů v raném poporodním období a výskytem poporodního blues (Chatzicharalampous et al., 2011; Aswathi et al., 2015). Tuto nejednotnost výsledků lze patrně vysvětlit tím, že autoři Chatzicharalampous et al. (2011) a Aswathi et al. (2015) ve svých studiích nerozlišovali mezi jednotlivými druhy estrogenů.

Aswathi et al. (2015) dále zkoumali souvislost blues a testosteronu a došli k závěru, že zvýšená hladina testosteronu v rozmezí 24 až 28 hodin po porodu signifikantně souvisí s vyšším výskytem symptomů poporodního blues v téže časovém rozmezí. Rovněž podle Hohlagschwandtnera et al. (2001) souvisí nálada v raném puerperiu se zvýšenou hladinou testosteronu. Autoři se v této studii ovšem zaměřili na depresivní symptomatologii a míru

vzteku v prvních třech dnech po porodu, nikoliv na typické příznaky poporodního blues. Další studie naopak zjistila mírnou souvislost mezi nižší hladinou testosteronu a následnou intenzitou poporodního blues, která však po adjustování na vliv dalších faktorů již nebyla signifikantní (Chatzicharalampous et al., 2011). Protikladné výsledky této studie mohou patrně souviset s výrazně pozdějším screeningem poporodního blues a též odlišným screeningovým nástrojem.

Seth, Lewis a Galbally (2016) provedli rozsáhlou analýzu 47 výzkumů zabývajících se vlivem kortizolu na poporodní poruchy nálady. Na základě výsledků tohoto systematického review autoři uvádějí, že zvýšená hladina kortizolu patrně souvisí s výskytem poporodního blues, zatímco snížená hladina kortizolu se objevuje spíše u poporodní deprese.

1.2.2 Psychosociální rizikové faktory

Druhá podkapitola se věnuje psychosociálním rizikovým faktorům poporodního blues, jež patrně představují nejčastěji zkoumanou kategorii faktorů. Ačkoliv i zde studie docházejí k rozporuplným výsledkům, je patrné, že psychosociální faktory hrají důležitou roli při vzniku a rozvoji poporodního blues.

Osobnostní faktory

S výskytem poporodního blues jsou spojovány některé osobnostní charakteristiky. Podle řady autorů je významným prediktorem syndromu zejména vysoká míra neuroticismu (Kendell et al., 1984; Kennerley and Gath, 1989b). Maliszewska et al. (2016) zjistili, že ženy skórující vysoko v neuroticismu mají více než dvojnásobné riziko vzniku intenzivního (severe) blues. Také byla zjištěna signifikantní souvislost mezi úzkostností a rozvojem poporodního blues (Bergant et al., 1999; Gonidakis et al., 2007). Maliszewska et al. (2016) dále uvádějí, že vyšší míra extravertze hraje ve vztahu k blues roli protektivního faktoru. Naproti tomu Pitt (1973) ve své studii signifikantní souvislost mezi osobnostními charakteristikami a výskytem poporodního blues nenalezl, což si lze vysvětlit odlišným pojetím a též odlišným způsobem identifikace poporodního blues, ve srovnání s ostatními autory.

Psychiatrická anamnéza

Ukazuje se, že velmi silným rizikovým faktorem je výskyt depresivních symptomů, resp. depresivní porucha v anamnéze. Řada autorů zjistila signifikantní souvislost mezi depresivní epizodou v minulosti (včetně epizody poporodní deprese po předchozím porodu) a intenzitou porodního blues (Séjourné et al., 2008; Takács et al., 2016; Stein, 1980; O'Hara et al., 1991; Bloch et al., 2006; Pop et al., 2015). Pop et al. (2015) přicházejí se závěrem, že ženy s depresí v anamnéze mají 3,5krát vyšší riziko výskytu poporodního blues a dle Takács et al. (2016) je toto riziko dokonce téměř pětinasobné.

Dle některých studií je vyšší riziko výskytu poporodního blues spojeno též s depresivními symptomy v průběhu těhotenství (O'Hara et al., 1991; Kennerley, & Gath, 1989b; Gonidakis et al., 2007). Ismail (2006) uvádí, že těhotné ženy s depresivními symptomy mají následně 3,5krát vyšší riziko poporodního blues. Někteří autoři spojují rozvoj syndromu nejen s depresivními, ale též s úzkostnými pocity v průběhu těhotenství (Kennerley, & Gath, 1989b) či s úzkostí přímo v den porodu (Gonidakis et al., 2007). Výzkumy dále potvrdily, že mezi predisponující faktory patří i stres v průběhu těhotenství (Ismail, 2006; Gonidakis et al., 2007).

Faktory související s kvalitou interpersonálních vztahů

S poporodním blues jsou kromě některých osobnostních a anamnestických rizikových faktorů často spojovány i neuspokojivé interpersonální vztahy. Řada autorů se shoduje, že významnou roli hraje především kvalita partnerského vztahu (Glangeaud-Freudenthal, Crost, & Kaminski, 1999; Kennerley, & Gath, 1989b; Murata et al., 1998; Séjourné et al., 2008). Dle Maliszewské et al. (2016) může vysoká míra intimity a partnerské podobnosti sloužit jako protektivní faktor. Manjunath, Venkatesh a Rajanna (2011) v souladu s tím uvádějí, že disharmonický manželský vztah silně koreluje se vznikem poporodního blues. Na významnou roli partnera poukazuje i další studie, která zjistila, že ženy, jejichž partner trpí psychickou poruchou, mají téměř dvojnásobné riziko vzniku poporodního blues (Ismail, 2006).

Vyšší riziko poporodního blues je rovněž spojováno s nízkou mírou sociální opory (Manjunath, Venkatesh, & Rajanna, 2011; Murata et al., 1998; Takahashi, & Tamakoshi, 2014; Glangeaud-Freudenthal, Crost, & Kaminski, 1999). Maliszewska et al. (2016) zjistili, že poporodní blues se vyskytuje signifikantně častěji u žen, které předpokládají, že se jim ze strany rodiny dostane méně podpory, než by potřebovaly.

S poporodním blues jsou spojovány i faktory týkající se mateřství a vztahu matky k dítěti. Dle některých studií mají vyšší riziko rozvoje poporodního blues ženy s nižším sebevědomím v roli matky (Séjourné et al., 2008; Ehlert et al., 1990). Denis, Ponsin a Callahan (2012) zjistili, že ženy, které své dítě vnímají jako „obtížné“, trpí signifikantně častěji silným blues.

Sociodemografické faktory

Podle některých autorů se na vzniku a rozvoji poporodního blues podílejí i sociodemografické proměnné. Výsledky empirických studií jsou ovšem v této oblasti značně rozporuplné. Mezi patrně nejčastěji uváděný sociodemografický rizikový faktor patří rodinný stav. Několik autorů dochází k závěru, že svobodné matky signifikantně častěji trpí poporodním blues (Adewuya, 2005; Faisal-Cury et al., 2008), což ovšem výsledky jiných výzkumů popírají (Gonidakis et al., 2007). Nejednotnost těchto výsledků může být vysvětlena tím, že do kategorie „svobodné matky“ můžeme zahrnout jak ženy, jež žijí bez partnera, tak ženy, jež s partnerem nejsou pouze sezdány. Na základě výše uvedených poznatků lze předpokládat, že daleko významnějším rizikovým faktorem je míra spokojenosti v partnerském vztahu.

Dalším z často zkoumaných sociodemografických rizikových faktorů je parita. Někteří autoři na základě svých výzkumů uvádějí, že poporodní blues se vyskytuje častěji u prvorodiček (Murata et al., 1998; Nott et al., 1976). V rámci české adaptace dotazníku MBQ se ukázalo, že vícerodičky mají oproti prvorodičkám o 58 % nižší riziko výskytu intenzivního blues (Takács et al. 2016). Řada dalších studií ovšem tento vztah nepotvrdila (Pitt, 1973; Stein, 1980; Kennerley, & Gath, 1989b; O'Hara et al., 1991).

Další studie pak nacházejí mírnou souvislost mezi mírou finančního zajištění a výskytem poporodního blues. Bergant et al. (1999) na vzorku 1250 žen zjistil, že poporodní blues se vyskytuje častěji u žen z nižší sociální třídy. V souladu s tím Manjunath, Venkatesh a Rajanna (2011) našli spojitost mezi nízkým rodinným příjmem a výskytem syndromu. Většina autorů se však shoduje na tom, že sociodemografické charakteristiky jako věk, vzdělání či povolání při vzniku a rozvoji poporodního blues patrně nehrají roli (Maliszewska et al., 2016; O'Hara et al., 1991; Glangeaud-Freudenthal, Crost, & Kaminski, 1999).

1.2.3 Porodnické rizikové faktory

Dle dalších autorů může hrát roli při vzniku a rozvoji poporodního blues i typ a průběh porodu. Studie poukazují zejména na rizikovost porodu císařským řezem (Gonadikis et al., 2007; Hannah et al., 1992). V rámci české adaptace dotazníku MBQ se ukázalo, že ženy po porodu císařským řezem (akutním i plánovaným) mají dvakrát vyšší riziko intenzivního (severe) blues než ženy po spontánním vaginálním porodu (Takács et al., 2016). Naopak Edhborg (2008) na základě své studie přichází se závěrem, že mezi císařským řezem a poporodním blues se nenachází signifikantní souvislost. Autor ovšem poukazuje na fakt, že jeho studie nerozlišuje mezi akutním a plánovaným císařským řezem, což může vést k zavádějícím výsledkům. Předpokládá totiž, že plánovaný císařský řez může působit jako protektivní faktor, zatímco akutní císařský řez jako faktor rizikový. Několik málo výzkumů se zaměřuje i na vliv dalších porodnických faktorů. Patří mezi ně studie Takács et al. (2016), jež dochází k závěru, že ženy po vaginální extrakční operaci mají dokonce 6krát vyšší riziko intenzivního blues než ženy po spontánním vaginálním porodu. Dále pak Glangeaud-Freudenthal, Crost a Kaminski (1999) uvádějí, že poporodní blues má tendenci korelovat s vaginálním porodem, jež trval déle, než žena očekávala. Ostatní studie ovšem žádný vztah mezi typem porodu a výskytem poporodního blues nenachází (O'Hara et al., 1991; Kennerley and Gath, 1989b, Murata et al., 1998). Nejednotnost těchto výsledků může být patrně vysvětlena tím, že pouze některé ženy vnímají porod císařským řezem či další porodnické faktory jako stresující, což může primárně souviset s vyšší mírou neuroticismu

Mezi další možné rizikové faktory poporodního blues, jež souvisejí s porodem, lze řadit separaci dítěte od matky po porodu (Sakumoto, Masamoto, & Kanazawa, 2002) či nízkou porodní váhu dítěte (Hannah et al., 1992).

1. Poporodní deprese

Poporodní deprese (PPD) je definována jako depresivní epizoda s nástupem v poporodním období, přičemž může jít o propuknutí nového onemocnění, i o výskyt již dříve diagnostikovaného. Pokud jde o klinickou manifestaci, pohybuje se PPD od mírných příznaků podobajících se poporodnímu blues, až po těžké projevy hraničící s poporodní psychózou (Mohr, 2015). Výsledky dosavadních studií poukazují na to, že PPD má negativní dopad nejen na samotnou ženu, ale i na její dítě a potažmo celou rodinu (Feldman et al., 2009).

Odhad prevalence PPD se pohybuje v poměrně širokém rozpětí, což je patrně zapříčiněno (podobně jako u poporodního blues) kombinací několika různých faktorů. Mezi tyto faktory lze řadit zejména rozdílnost populačních vzorků u výzkumných studií, využití různých diagnostických metod s různě stanovenými cut-off skóry a nejednotnost ve stanoveném čase testování.

Patrně nejčastěji je však autory udávaná prevalence v rozmezí 15-20 % (Kettunen, & Hintikka, 2017; Sylvén et al., 2017; Yim et al., 2015; Boyd, Le, & Somberg, 2005). Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs a Anaya (2018) provedli rozsáhlou meta-analýzu 291 studií z 56 zemí světa a na základě výsledků této analýzy stanovili souhrnnou prevalenci PPD 17,7 %. Ve srovnání s tím je prevalence depresivní poruchy u žen v reprodukčním věku mimo poporodní období signifikantně nižší (Guo et al., 2018).

Výsledky studií poukazují na to, že napříč různými národy lze pozorovat odlišnou míru prevalence PPD. Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs a Anaya (2018) na základě výsledků své meta-analýzy uvádějí, že značnou část variability (73 %) mezi jednotlivými národy lze vysvětlit socioekonomickými rozdíly a odlišnou úrovní kvality zdravotnické péče. Jako koreláty PPD zdůrazňují zejména vysokou nerovnost v příjmech, pracovní přetížení žen v reprodukčním věku, vyšší kojeneckou úmrtnost, a také vyšší úmrtnost samotných rodiček. Mezi země s nejvyšší prevalencí PPD řadí Chile (38 %), jižní Afriku (37 %), Hong Kong (30 %) a Turecko (28 %), naopak mezi státy s nejnižší prevalencí Singapur (3 %), Nepál (7 %), Nizozemsko (8 %) a Švýcarsko (11 %).

PPD je na mezinárodní úrovni v rámci oficiálních diagnostických systémů klasifikována jako deprese s nástupem do 4 týdnů (APA, 2013), resp. 6 týdnů po porodu (WHO, 2013). Řada autorů ovšem považuje toto vymezení za příliš úzké, a rozšiřuje tedy poporodní období na dobu

3 až 12 měsíců po porodu (O'Hara, & Wisner, 2014; O'Hara, & McCabe, 2013). Vymezení délky trvání poporodního období, v němž může dojít k nástupu PPD, je tedy značně nejednotné. Munk-Olsen et al. (2006) uvádějí, že zvýšené riziko deprese přetrvává po dobu pěti měsíců po porodu, přičemž k nejvyšší míře nárůstu depresivní poruchy dochází mezi druhým a třetím měsícem po porodu. K obdobným závěrům dochází i další studie, která uvádí, že v 84 % případů dochází k nástupu PPD v prvních šesti týdnech po porodu (Kettunen, Koistinen, & Hintikka, 2014). Mohr (2015) ovšem zmiňuje, že řada poporodních duševních poruch má svůj počátek často již v graviditě, což potvrzují i studie dalších autorů. Wisner et al. (2013) na vzorku 1396 žen s depresivní symptomatologií v poporodním období zjistili, že pouze u 40,1 % žen došlo k nástupu depresivní epizody postnatálně, u 33,4 % žen došlo k nástupu v průběhu těhotenství a v 26,5 % případů v období před početím.

Příznaky PPD odpovídají diagnostickým kritériím pro depresivní poruchu (viz kapitola 2.1). Diagnostika PPD je v určitých ohledech oproti diagnostice depresivní poruchy v jiném životním období ženy komplikovanější. V rámci poporodního období je obtížné posoudit zejména somatické příznaky deprese, jež lze snadno zaměnit za přirozené fyziologické změny související s nedávným porodem. Mezi časté příznaky, jimiž v poporodním období trpí i ženy bez deprese, patří zejména nedostatek energie, únava spojená s nedostatkem spánku, snížená (případně i zvýšená) chuť k jídlu, výrazný váhový úbytek či pokles libida (Quintero, 2014; Ratislavová, 2008). Je tedy nutné, aby byly případné depresivní symptomy důkladně zhodnoceny v kontextu těchto uvedených předpokládaných změn.

Jak již bylo zmíněno v předchozím textu, PPD má negativní dopad nejen na samotnou ženu, ale i na dítě a potažmo celou rodinu. Ratislavová (2008) uvádí, že depresivní matky mohou vůči dítěti pociťovat agresivitu a zlost, hůře reagovat na jeho potřeby a celkově selhávat v mateřské roli. Negativní dopad PPD na ranou interakci matka-dítě potvrzují též některé studie (Dubber et al., 2014; Atkinson et al., 2000). Další výzkumy zabývající se touto problematikou docházejí k závěrům, že přítomnost PPD u matky souvisí se zhoršeným kognitivním i emočním vývojem dítěte (Feldman et al., 2009). Někteří autoři dokonce poukazují na souvislost mezi PPD matky a problematickým chováním dítěte v adolescentním věku (Verbeek et al., 2012).

Někteří autoři poukazují v souvislosti s PPD na významnou roli edukace žen po porodu. V rámci edukace by měla být žena seznámena s projevy a riziky poporodních psychických poruch, což jí následně umožňuje lépe porozumět svým případným depresivním symptomům. Řada žen se stále zdráhá hovořit o svých psychických problémech a v důsledku toho pouze

malá část z nich vyhledá odbornou pomoc. Bariéru zde představuje zejména stigma pojící se s duševními poruchami a neochota žen připustit si, že jejich prožívání neodpovídá společenským představám o „šťastném mateřství“ (Mohr, 2015; Scrandis et al., 2007; Dennis & Chung-Lee, 2006). Edukace mimo jiné může přispět právě i k odbourání uvedených bariér.

2.1 Screening a diagnostika poporodní deprese

Včasná a správná diagnostika PPD představuje základ pro úspěšnou léčbu. Ačkoliv je deprese velmi častým psychickým onemocněním u žen v období po porodu, zůstává často nediodagnostikována a neléčena. Vesga-López et al. (2008) uvádějí, že depresivní porucha u populace žen v poporodním období je rozpoznána a léčena pouze u 14 % matek, zatímco v obecné populaci je míra rozpoznání a léčby deprese 26 %. Kettunen a Hintikka (2017) došli ve své studii k závěru, že v tomto ohledu jsou nejvíce ohroženy ženy, u nichž v poporodním období dojde k výskytu první depresivní epizody. Dle této studie pouze 5 % z nich vyhledá odbornou pomoc.

Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, ke stanovení diagnózy PPD je třeba, aby její příznaky odpovídaly diagnostickým kritériím pro depresivní poruchu. Na mezinárodní úrovni lze PPD diagnostikovat dle kritérií dvou hlavních diagnostických systémů. Prvním z nich je Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), jež je vydávána Světovou zdravotnickou organizací (WHO, 2013). Druhým diagnostickým systémem je Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (DSM), který vydává Americká psychologická asociace (APA, 2013).

V rámci desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) lze PPD zařadit pod různé diagnostické kategorie. Tento diagnostický systém umožňuje poporodní psychické poruchy kódovat podle přítomné psychické poruchy a dodatkového kódu O99.3, jež značí asociaci s puerperiem (Pavlovský, 2012). Příznaky PPD zde tedy musí odpovídat diagnostickým kritériím pro depresivní poruchu. Diagnóza depresivní poruchy dle MKN-10 je podmíněna přítomností alespoň dvou z následujících symptomů: 1. přetrvávající depresivní nálada, 2. ztráta zájmů nebo potěšení při aktivitách, 3. pokles energie nebo zvýšená unavitelnost. Dále pak musí být přítomen alespoň jeden z následujících sedmi symptomů: 1. ztráta sebedůvěry, 2. bezdůvodné výčitky nebo pocit viny, 3. opakující se myšlenky na smrt nebo sebevraždu, 4. snížená schopnost myslet a soustředit se, 5. snížené psychomotorické

tempo nebo agitovanost, 6. poruchy spánku, 7. změna chuti k jídlu (Dušek, & Večeřová-Procházková, 2010). V některých případech umožňuje MKN-10 užít speciálního diagnostického kódu F53.0 – „Lehké duševní poruchy a poruchy chování související s šestinedělním, nezařazené jinde“. Pod tento diagnostický kód spadá i PPD. Této diagnostické kategorie lze ovšem užít pouze tehdy, dojde-li k nástupu deprese do 6 týdnů po porodu (Pavlovský, 2012).

Současná pátá revize Diagnostického a statistického manuálu mentálních poruch (DSM-V) neklasifikuje PPD jako samostatnou nosologickou jednotku. Označení „poporodní“ tedy slouží pouze k časové specifikaci nástupu depresivní poruchy. Pokud se depresivní symptomy u ženy objeví během těhotenství nebo do 4 týdnů po porodu, je v rámci diagnózy využíváno specifikátoru „se začátkem v peripartálním období“. Obecná diagnostická kritéria pro depresivní poruchu jsou dle DSM-V následující: 1. přetrvávající depresivní nálada, 2. pokles zájmu a uspokojení, 3. výrazný váhový úbytek nebo přírůstek, 4. nespavost nebo zvýšená spavost, 5. psychomotorická agitovanost nebo zpomalení, 6. únava nebo ztráta energie, 7. pocity marnosti nebo viny, 8. snížená schopnost myšlení a koncentrace, 9. suicidální ideace, tendence či pokusy. Velká depresivní porucha neboli „major depression“ může být diagnostikována tehdy, je-li naplněno minimálně pět z devíti výše uvedených diagnostických kritérií, přičemž alespoň jedno z těchto kritérií musí být přetrvávající depresivní nálada nebo pokles zájmu a uspokojení. Současně musí být také naplněno kritérium minimálně dvoutýdenního trvání (Raboch et al., 2015).

Studie zabývající se problematikou PPD často využívají k identifikaci této poruchy velmi odlišné diagnostické, resp. screeningové metody. Ačkoliv diagnostika psychických poruch by měla být vždy založena na klinickém vyšetření (Mohr, 2015), využívá velká část studií k identifikaci žen s PPD pouze screeningové dotazníky, což následně vede k nejednotným závěrům ohledně prevalence (Norhayati et al., 2015) a rizikových faktorů PPD (Parker et al., 2015). Norhayati et al. (2015) ve svém systematickém review shrnuli výsledky 203 studií věnovaných PPD, jež byly publikovány mezi lety 2005 a 2014. Celkem 94 % z těchto studií použilo k identifikaci žen s PPD pouze screeningové dotazníky, jež mají dle autorů tendenci poskytovat signifikantně vyšší hodnoty prevalence PPD než strukturované diagnostické rozhovory.

Značná nejednotnost panuje též v otázce, kdy je vhodné provádět diagnostiku, resp. screening PPD. V rámci jednotlivých studií se toto rozpětí pohybuje od prvních dnů po porodu

(Gjerdingen et al., 2009) až po 12 měsíců po porodu (Escriba-Aguir, & Artazcoz, 2011). Boyd, Le a Somberg (2005) ve své přehledové studii uvádějí, že ke screeningu PPD by mělo dojít v časovém rozpětí 2 týdny až 6 měsíců po porodu, přičemž autoři doporučují provést screening PPD co nejdříve po uplynutí dvou týdnů od porodu.

Diagnostický rozhovor

Patrně nejvhodnější metodou, jež slouží k identifikaci PPD, je diagnostický rozhovor. Tato diagnostická metoda umožňuje důkladné klinické posouzení a obecně je považována za zlatý standard diagnostiky (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs, & Anaya, 2018). V rámci výzkumu jsou využívány zejména strukturované diagnostické rozhovory, jež umožňují standardní vyhodnocení. Vzhledem k tomu, že doposud nebyl vyvinut žádný specifický strukturovaný diagnostický rozhovor, jenž by se zaměřoval na diagnostiku poporodních psychických poruch, je běžně využíváno těch, jež jsou určeny pro obecnou populaci. Mezi nejčastěji využívané strukturované rozhovory v oblasti výzkumu PPD patří: Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5), Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI) a Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) (Norhayati et al., 2015).

Diagnostický rozhovor též oproti screeningovým dotazníkům umožňuje provést diferenciální diagnostiku, na jejímž základě lze stanovit přesnou diagnózu. Mohr (2015) uvádí, že v rámci diferenciální diagnostiky PPD je nutné zvážit především bipolární afektivní poruchu, poporodní psychózu, úzkostné poruchy, poruchu přizpůsobení či posttraumatickou stresovou poruchu. Řada autorů poukazuje zejména na důležitost rozlišení unipolární deprese a bipolární afektivní poruchy, neboť každá z těchto poruch vyžaduje odlišný léčebný plán. Wisner et al. (2013) zjistili, že u žen, které měly pozitivní screening na PPD, byla následně po provedení klinického vyšetření diagnostikována nejčastěji depresivní porucha (68,5 %), dále bipolární afektivní porucha (22,6 %) a úzkostné poruchy (5,6 %). Bipolární afektivní porucha je tedy v tomto období poměrně častá; jak potvrzují mnozí autoři, její riziko je v poporodním období oproti jiným životním etapám výrazně zvýšené (Laursen, 2012; Azorin et al., 2012).

Screeningové nástroje

Další kategorií metod, jež slouží k identifikaci žen s depresivními příznaky v poporodním období, představují specifické škály určené ke screeningu PPD (viz kapitoly 2.1.1 a 2.1.2). Tyto screeningové nástroje umožňují identifikaci žen s rizikem PPD, u nichž je třeba následně provést psychiatrické vyšetření, na jehož základě lze stanovit diagnózu. Autoři se shodují na tom, že prvotní využití screeningových nástrojů k zachycení rizikových žen je optimálním postupem, neboť tyto nástroje jsou časově nenáročné a snadno interpretovatelné (Norhayati et al. 2015). Jejich výhoda spočívá také v tom, že mohou být administrovány i osobou bez speciálního vzdělání.

Poslední, byť méně často využívanou kategorií screeningových metod, představují nespecifické nástroje sloužící ke zjišťování intenzity depresivních symptomů u obecné populace. Patří mezi ně Beck Depression Inventory (Manian et al., 2013), Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (Cheng, Walker, & Chu, 2013) a Zung Self-rating Depression Scale (Choi et al., 2010). Řada autorů však jejich využití ke screeningu PPD odmítá, neboť tyto škály zpravidla nejsou validizovány pro populaci žen v období po porodu, a mohou tedy u této populace podávat falešně pozitivní výsledky (Ratislavová, 2008; Mohr, 2015).

2.1.1 Edinburská škála postnatální deprese

Edinburská škála postnatální deprese (EPDS) je sebeposuzovací nástroj užívaný pro screening PPD, který vyhodnocuje přítomnost depresivních symptomů za posledních 7 dní (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). Metodu vyvinuli v roce 1987 ve Skotsku výzkumníci Cox, Holden a Sagovsky za účelem zlepšit diagnostiku deprese u žen v poporodním období. EPDS byla následně validizována v mnoha dalších zemích včetně České republiky (Břicháček, 2000) a v současné době představuje nejužívanější nástroj ke screeningu PPD (Boyd, Le, & Somberg, 2005). Škála se celkově skládá z 10 položek a odpovědi na ně jsou zaznamenávány na 4 bodové stupnici. Výsledný skóre se tedy pohybuje v rozmezí 0 až 30 bodů, přičemž vyšší skóre indikuje více symptomů PPD. Jednotlivé položky se zaměřují na dysforii, úzkostné projevy, pocity viny, neschopnost vyrovnat se s každodenními nároky, problémy se spánkem a myšlenky na sebepoškození (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). Fiala et al. (2017) uvádějí, že ačkoliv je

EPDS využívána ke screeningu PPD, může vyšší skóre dosažený v tomto dotazníku poukazovat i na vyšší míru úzkosti, jež nepředstavuje specifický symptom pro depresivní poruchu.

Hodnota cut-off skóre se v rámci jednotlivých studií pohybuje v rozmezí 9 až 13 bodů (Norhayati et al., 2015). Autoři metody v původní studii z roku 1987 doporučili hodnotu cut-off skóre stanovit na 9/10 bodů, což ovšem mělo za následek velké množství falešně pozitivních výsledků (Cox, Holden & Sagovsky, 1987). Následně tedy bylo autory metody doporučeno hodnotu cut-off skóre zvýšit na 11/12 bodů (Cox, & Holden, 2003). Specifita a senzitivita EPDS (s běžně užívanými cut-off skóre) se napříč různými zeměmi pohybuje v rozmezí 80 až 90 %, což poukazuje na dobré psychometrické vlastnosti nástroje (Myers et al., 2013). Ačkoliv je tato škála považována za vhodný nástroj ke screeningu PPD, nenahrazuje klinické vyšetření.

2.1.2 Postpartum Depression Screening Scale

Postpartum Depression Screening Scale (PDSS) je další sebeposuzovací škála určená ke screeningu PPD (Beck, & Gable, 2000). Škála se celkově skládá z 35 položek, jež sytí 7 následujících faktorů: 1. poruchy spánku a příjmu potravy, 2. úzkost a nejistota, 3. emoční labilita, 4. poruchy kognitivních funkcí, 5. narušené sebepojetí, 6. pocity viny a studu a 7. myšlenky na sebepoškození. Odpovědi na jednotlivé položky jsou zaznamenávány na pětibodové škále od 1 (rozhodně souhlasím) do 5 (rozhodně nesouhlasím). PDSS zaznamenává stavy a pocity, jež se u žen vyskytly v průběhu posledních dvou týdnů. Výsledný skóre v rozmezí 80 až 175 bodů poukazuje na vysoké riziko depresivní poruchy a slouží jako indikace ke klinickému vyšetření. V rámci výzkumu je užívána hodnota cut-off skóre 80/81 bodů, což umožňuje identifikovat ženy s rizikem středně těžké a těžké depresivní poruchy. Ačkoliv je tato škála uživatelsky vstřícná a disponuje dobrými psychometrickými vlastnostmi (Beck, & Gable, 2001), je oproti EPDS využívána spíše zřídka (Boyd, Le, & Somberg, 2005).

2.2 Rizikové faktory poporodní deprese

Přesná etiologie PPD není zcela objasněná, výzkumy nicméně poukazují na celou řadu rizikových faktorů a upozorňují na multifaktoriální podmíněnost tohoto onemocnění. Znalost

rizikových faktorů PPD nám umožňuje určit pravděpodobnost výskytu této psychické poruchy u jednotlivých žen a současně také předcházet jejímu rozvoji.

Výzkum rizikových faktorů PPD započal již ve druhé polovině 20. století a dodnes jsou stále publikovány nové výzkumné studie s tímto zaměřením. Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs a Anaya (2018) odhadují, že celosvětově bylo publikováno již několik tisíc výzkumů týkajících se problematiky PPD, přičemž většina z nich byla zaměřena právě na rizikové faktory této poruchy. S ohledem na velké množství výzkumných prací budu v rámci této kapitoly vycházet zejména z přehledových studií či výzkumů, které byly publikovány v posledních několika letech a zohledňují tak výsledky předchozích studií a navazují na ně.

2.2.1 Hormonální koreláty poporodní deprese

Tato podkapitola se zaměřuje na hormonální podmíněnost PPD, jež patří mezi nejčastěji zkoumané fyziologické koreláty poporodních poruch nálady. O'Hara a McCabe (2013) uvádějí, že rizikové faktory PPD se nikterak výrazně neliší od rizikových faktorů, jež přispívají ke vzniku a rozvoji depresivních poruch v jiných obdobích života. Dle těchto autorů se ovšem u PPD přidávají navíc i rizikové faktory specifické pro poporodní období. Z fyziologických faktorů můžeme do této kategorie řadit zejména prudkou změnu hladiny hormonů, k níž dochází krátce po porodu. V současné době je k dispozici celá řada studií, jež se zaměřily na souvislosti mezi PPD a hladinou hormonů v organismu. Tyto studie ovšem často pracují s malým populačním vzorkem a patrně v důsledku toho dochází k značně rozporuplným výsledkům, jejichž interpretace je obtížná.

Skrundz et al. (2011) se ve své prospektivní studii zaměřili na souvislost mezi hladinou oxytocinu v těhotenství a následným výskytem depresivní symptomatologie v poporodním období. Hladina oxytocinu byla opakovaně měřena v průběhu těhotenství a depresivní symptomy byly zaznamenávány jak antenatálně, tak postnatálně. Autoři došli k závěru, že nižší hladina oxytocinu v období od 21. do 32. gestačního týdne signifikantně souvisí s vyšším výskytem PPD 2 týdny po porodu. Výsledky této studie byly adjustovány ve vícenásobné logistické regresi na antenatální depresi, sociodemografické proměnné a porodnické faktory. Spojitost mezi nižší hladinou oxytocinu a výskytem PPD potvrzuje i další studie, jejíž autoři měřili míru depresivních symptomů a hladinu oxytocinu v průběhu kojení a těsně po něm (Stuebe, Grewen, & Meltzer-Brody, 2013). Massey et al. (2016) však ve své studii uvádějí, že

naopak zvýšená hladina oxytocinu v průběhu třetího trimestru predikuje vyšší míru depresivity v šesti týdnech po porodu. Tato souvislost byla ovšem signifikantně významná pouze u žen s depresivní poruchou v osobní anamnéze.

Bloch, Daly a Rubinow (2003) došli na základě výsledků své studie k závěru, že výrazné změny v hladině estradiolu a progesteronu v poporodním období mohou přispět ke vzniku PPD. Další studie ovšem vztah mezi hladinou těchto hormonů a výskytem PPD nepotvrdily (Chatzicharalampous et al., 2010; Stuebe, Grewen, & Meltzer-Brody, 2013).

Výzkum endokrinních rizikových faktorů PPD se dále zaměřuje na souvislost s hladinou stresových hormonů, a to zejména kortizolu. Seth, Lewis a Galbally (2016) provedli rozsáhlou analýzu 47 výzkumů zabývajících se vlivem kortizolu na poporodní poruchy nálady. Došli k závěru, že s výskytem PPD souvisí snížená hladina kortizolu. K protikladným výsledkům ovšem dochází jiná studie, jež nebyla zahrnuta do tohoto systematického review. Hladina kortizolu a míra depresivních symptomů byla v rámci této studie měřena 36. gestační týden a následně 6 týdnů po porodu. Autoři zjistili, že zvýšená hladina kortizolu koreluje s vyšší intenzitou depresivních symptomů, a to v období 6 týdnů po porodu. Tato korelace byla signifikantní i po adjustaci výsledků na jiné významné proměnné (Iliadis et al., 2015).

2.2.2 Psychosociální rizikové faktory

Výzkumné studie věnované psychosociálním rizikovým faktorům přinášejí relativně konzistentní výsledky. Konkrétně zde uvádím studie, jež se zaměřují na vlivy osobnostních charakteristik, psychiatrické anamnézy, subjektivně vnímané kvality mezilidských vztahů a sociodemografických faktorů.

Osobnostní faktory

Řada studií uvádí, že ke vzniku PPD mohou přispět i určité osobnostní charakteristiky žen, zejména vyšší míra neuroticismu a introverze. Verkerk et al. (2005), kteří měřili depresivní symptomy v postnatálním období opakovaně (3, 6 a 12 měsíců po porodu), zjistili, že kombinace vysoké míry neuroticismu s vysokou mírou introverze výrazně zvyšují riziko výskytu PPD. Autoři této studie dále uvádějí, že kombinace vyšší míry neuroticismu a

introverze byla jediným nezávislým prediktorem PPD v průběhu celého roku po porodu. K podobným závěrům dochází i studie autorů Iliadis et al. (2015), kteří souvislost mezi osobnostními charakteristikami a následným vznikem PPD zkoumali na vzorku 1037 žen. Výsledky této studie ukazují, že ženy s vyšší mírou neuroticismu mají téměř čtyřnásobné riziko výskytu PPD, a to jak 6 týdnů, tak 6 měsíců po porodu.

Dle některých autorů jsou za rizikové považovány i ženy s negativním postojem ke svému těhotenství. Norhayati et al. (2015) došli ve svém literárním review k závěru, že ženy z rozvojových zemí, jež otěhotněly neúmyslně, či jejich těhotenství bylo přímo nechtěné, mají zvýšené riziko rozvoje PPD. Rovněž Fiala et al. (2017) a Sadat et al. (2014) našli ve svých studiích signifikantní souvislost mezi nechtěným těhotenstvím a následným výskytem PPD. Vztah mezi neplánovaným těhotenstvím a PPD ovšem nebyl potvrzen (Goker et al., 2012).

Psychiatrická anamnéza

Výsledky studií se shodují na tom, že patrně nejvýznamnějším prediktorem PPD je předchozí epizoda deprese v anamnéze, přičemž se může jednat jak o antenatální depresi, PPD související s předchozím porodem či jinou depresivní epizodu (Kettunen, Koistinen, & Hintikka, 2014). Převážná část studií se zaměřuje na souvislost mezi PPD a depresí v těhotenství. Ačkoliv se autoři studií shodují na tom, že mezi antenatální a PPD existuje silný vztah, panuje určitá nejednotnost ohledně charakteru tohoto vztahu. Stowe, Hostetter a Newport (2005) poukazují na to, že u velké části žen může být PPD přímým pokračováním deprese antenatální. Zatímco jiní autoři považují antenatální depresi spíše za samostatnou depresivní epizodu (Lee et al., 2007).

Bennett et al. (2004) provedli meta-analýzu, v níž zpracovali data z 21 studií. Na základě těchto dat stanovili prevalenci antenatální deprese dle jednotlivých trimestrů: 7,4 % první trimestr, 12,8 % druhý trimestr a 12 % třetí trimestr. Je tedy zjevné, že prevalence depresivní poruchy mezi prvním a druhým trimestrem těhotenství výrazně narůstá. Underwoow et al. (2016) na základě výsledků své přehledové studie uvádějí vyšší průměrnou hodnotu prevalence u antenatální deprese než u PPD (17 % vs. 13 %). Autoři tohoto review dále zjistili, že v průměru u 39 % žen s antenatální depresí později došlo též k rozvoji PPD, přičemž u 47 % žen s PPD se vyskytla i deprese antenatální. Kettunen, Koistinen a Hintikka (2014) se ve své studii zabývají souvislostí mezi výskytem PPD a jakoukoliv předchozí epizodou deprese v osobní

anamnéze. Tato studie dochází k závěru, že pouze u 18,3 % žen s PPD se jedná o první výskyt depresivní poruchy. Fiala et al. (2017) došli k závěru, že ženy s epizodou deprese v anamnéze mají více než dvojnásobné riziko výskytu PPD 6 týdnů po porodu. 6 měsíců po porodu ovšem tento vztah již nebyl signifikantně významný. Autoři této studie dále poukazují i na spojitost mezi PPD a výskytem depresivní poruchy v rodinné anamnéze.

Dle některých studií je vyšší riziko výskytu PPD spojováno též s úzkostnými symptomy v průběhu těhotenství. Na tuto problematiku se zaměřili autoři Lee et al. (2007) ve své prospektivní studii. Ačkoliv autoři tohoto výzkumu došli k závěru, že úzkostné symptomy se v průběhu těhotenství vyskytují signifikantně častěji než symptomy depresivní, je jejich schopnost predikovat výskyt PPD nižší (s výjimkou třetího trimestru těhotenství). Roli antenatální úzkosti jakožto prediktoru PPD potvrzuje i několik dalších studií (Norhayati et al., 2015; Brunton et al., 2015; Milgrom et al., 2008).

Zvýšené riziko vzniku PPD je rovněž spojováno s vyšší mírou stresu (Fiala et al., 2017). Robertson et al. (2004) na základě výsledků svého systematického review uvádějí, že stresové životní události v těhotenství a raném puerperiu patří společně s předchozí epizodou deprese v anamnéze, antenatální úzkostí a nízkou mírou sociální opory mezi nejvýznamnější prediktory PPD.

Faktory související s kvalitou interpersonálních vztahů

S PPD jsou často spojovány i faktory týkající se interpersonálních vztahů. Yim et al. (2015) se ve svém systematickém review zaměřili na souvislost mezi PPD a kvalitou aktuálního partnerského vztahu. Převážná část studií, jež byla do tohoto review zahrnuta, dochází k závěru, že míra spokojenosti v partnerském vztahu negativně koreluje s výskytem PPD, přičemž tato souvislost u většiny výzkumů zůstává signifikantní i po adjustaci na ostatní významné rizikové faktory. Autoři tohoto systematického review dále uvádějí, že v souvislosti s výskytem PPD je podstatná nejen kvalita partnerského vztahu, ale též kvalita vztahu ženy s vlastní s matkou, zatímco nálezy týkající se kvality vztahů s ostatními členy rodiny či kvality přátelských vztahů jsou rozporuplné. Fiala et al. (2017) uvádějí, že též ženy žijící bez partnera mají zvýšené riziko rozvoje PPD. Tento vztah byl ovšem po adjustování na další významné rizikové faktory signifikantně významný pouze v období 6 týdnů po porodu. Na významnou roli partnera v souvislosti s PPD poukazují rovněž výsledky dalšího výzkumu, jenž došel k závěru, že ženy,

jejichž partner trpí depresivní poruchou, mají zvýšené riziko výskytu PPD (Escriba-Aguir, & Artazcoz, 2011).

Jak již bylo zmíněno v předchozím textu, míra sociální opory dle Robertsona et al. (2004) patří mezi nejvýznamnější prediktory PPD. Yim et al. (2015) se této problematice též věnují a uvádějí, že často je v souvislosti s výskytem PPD zkoumaná vnímaná míra sociální opory v těhotenství. Tito autoři zahrnuli do své rozsáhlé systematické review 43 jak průřezových, tak longitudiálních studií, jež se zaměřují na souvislost mezi vnímanou mírou sociální opory v těhotenství a následným výskytem PPD. Z těchto 43 studií 23 potvrdilo souvislost mezi těmito dvěma proměnnými a dalších 11 studií též našlo negativní korelaci, jež ovšem po adjustaci na další významné rizikové faktory nebyla signifikantně významná. Roli nízké míry sociální opory jakožto rizikového faktoru PPD potvrzují i dvě další studie, jež nebyly zahrnuty do tohoto systematického přehledu (Pope et al., 2016; Kettunen, & Hintikka, 2017). Co se zdrojů sociální opory týká, zdůrazňují Yim et al. (2015) zejména roli partnera a blízké rodiny. Grussu a Quatraro (2009) v souvislosti s výskytem PPD poukazují i na význam sociální opory ze strany přátel, tuto souvislost ovšem Siu et al. (2012) ve své studii nepotvrdili.

Sociodemografické faktory

Výzkumná zjištění týkající se vztahu mezi sociodemografickými proměnnými a PPD jsou často rozporuplná. Kettunen a Hintikka (2017) zjistili, že vyšší socioekonomický status může působit jako protektivní faktor, což je v souladu s výsledky další studie, která uvádí, že ženy s nižším příjmem mají vyšší riziko rozvoje PPD (Pope et al., 2016). Oproti tomu Goker et al. (2012) vztah mezi rodinným příjmem a výskytem PPD nepotvrdili. Fiala et al. (2017) našli ve své studii mírnou negativní korelaci mezi množstvím rodinných úspor a rozvojem PPD, jež ovšem po adjustování na vliv ostatních rizikových faktorů již dále nebyla signifikantní. Podle některých autorů se na vzniku PPD může podílet i rodinný stav. McCall-Hosenfeld et al. (2016) uvádějí, že u nesezdaných žen žijících s partnerem byl zjištěn vyšší výskyt PPD. Další studie ovšem tento vztah nepotvrdily (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs, & Anaya, 2018; Akincigil, Munch, & Niemczyk, 2010). Rovněž vliv nižšího věku rodičky na výskyt PPD je nejasný (Fiala et al., 2017; Kettunen, Koistinen, & Hintikka, 2014). Jako další možné rizikové faktory PPD lze uvést přistěhovalecký status (Falah-Hassani et al., 2015) či život ve venkovských oblastech (Mollard et al., 2016).

2.2.3 Porodnické rizikové faktory

Někteří autoři spojují s PPD kromě fyziologických a psychosociálních rizikových faktorů i faktory, jež se vztahují k způsobu porodu. Xu et al. (2017) provedli meta-analýzu 28 studií a došli k závěru, že porod císařským řezem mírně zvyšuje riziko výskytu PPD, přičemž tento vztah zůstal signifikantní i po adjustaci na komplikace v průběhu těhotenství. Autoři této meta-analýzy dále zjistili, že akutní císařský řez je spojován s vyšším rizikem rozvoje PPD než císařský řez plánovaný. Sarah, Forozan a Leila (2017) došli k závěru, že rizikový faktor PPD představuje pouze akutní císařský řez, nikoliv císařský řez plánovaný. Též Eckerdal et al. (2018) ve svém výzkumu našli souvislost mezi akutním císařským řezem a výskytem PPD šest týdnů po porodu, tento vztah ovšem po adjustaci na ostatní významné rizikové faktory již nebyl nadále signifikantní. Oproti tomu další dvě studie nezjistily žádný vztah mezi císařským řezem a následným výskytem PPD (Fiala et al., 2017; Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs, & Anaya, 2018). Tuto nejednotnost výzkumných nálezů se pokusili vysvětlit Houston et al. (2015), kteří došli k závěru, že PPD se častěji objevuje u žen, jež v těhotenství silně preferovaly vaginální porod, avšak rodily císařským řezem, nikoliv však u žen, jež s ohledem na způsob porodu neměly výrazné preference.

Jako další možné rizikové faktory PPD lze uvést multiparitu (Fiala et al., 2017) či předčasný porod (Vigod et al., 2010).

3. Vztah poporodního blues a poporodní deprese

Ačkoliv se řada studií shoduje na tom, že mezi poporodním blues a PPD existuje signifikantně významná souvislost, panuje jistá nejednotnost ohledně charakteru vztahu těchto dvou proměnných. Někteří autoři uvádějí, že pocity smutku a deprese nejsou typickými symptomy poporodního blues, tj. že klinický obraz těchto dvou fenoménů je značně odlišný (Rondón, 2003; Takács et al., 2016). Oproti tomu Sharma a Sharma (2012) zmiňují, že v některých případech poporodní blues může představovat prodromální stádium PPD.

Rondón (2003) ve svém literárním review uvádí, že ženy, u nichž se vyskytly příznaky poporodního blues, lze dělit do dvou skupin. První skupinu představují ženy, u nichž se vyskytují relativně mírné symptomy bez převahy smutku či depresivního ladění, přičemž tyto projevy zpravidla pátý den po porodu začínají pomalu ustupovat, až dojde k jejich vymizení. Druhá skupina je oproti tomu tvořena ženami, jež udávají intenzivnější příznaky s vyšší mírou smutku a kolísavou tendencí a tyto symptomy nevymizí ani dva týdny po porodu. Rizikovitost této druhé skupiny žen dle autora spočívá v tom, že příznaky poporodního blues mohou přejít v PPD. K obdobným závěrům dochází i další studie, která se zaměřila na spojitost mezi poporodním blues a PPD u prvorodiček. Autoři tohoto výzkumu zjišťovali přítomnost poporodního blues u žen pomocí dotazníku Maternity Blues Questionnaire (MBQ) a následně využili Edinburskou škálu postnatální deprese (EPDS) ke screeningu PPD. Studie došla po adjustaci výsledků na věk, rodinný stav a sociální třídu k závěru, že intenzivní forma poporodního blues představuje nezávislý prediktor PPD, jež téměř trojnásobně zvyšuje riziko jejího výskytu (Henshaw, Foreman, & Cox, 2004). Takács et al. (2016) využili ke screeningu poporodního blues a následné PPD též MBQ a EPDS, oproti autorům předchozí studie ovšem použili vyšší hladiny cut-off skóre. Dle výsledků této studie bylo u žen, jež dosáhly v MBQ skóre vyšší než 11 bodů, téměř šestinásobně zvýšené riziko výskytu depresivních symptomů 6 týdnů po porodu. Takács et al. (2016) dále uvádějí, že všech 7 subškál MBQ je schopno samostatně predikovat následný výskyt PPD, přičemž subškála „Sklíčenost“ predikuje PPD nejspolehlivěji.

Signifikantní souvislost mezi poporodním blues a PPD našla též studie, která ke screeningu poporodního blues využila Maternity Blues Scale (MBS). V rámci této studie byla dále zjišťována přítomnost depresivních příznaků v pozdním těhotenství a následně 4 týdny po porodu. Autoři tohoto výzkumu došli k závěru, že ženy, u nichž se vyskytly depresivní příznaky

v pozdním těhotenství, mají 4,5krát vyšší riziko výskytu PPD, a ženy, u nichž byla zaznamenána intenzivní forma poporodního blues mají toto riziko dokonce 5,5krát vyšší (Ishikawa et al., 2011). Rovněž další studie, která zjišťovala přítomnost poporodního blues pomocí MBS, našla silnou pozitivní korelaci mezi intenzitou poporodního blues a následným výskytem PPD, a to i po adjustaci na ostatní významné rizikové faktory (Watanabe et al., 2008).

NÁVRH VÝZKUMNÉHO PROJEKTU

1. Teoretický úvod a cílevýzkumu

Ačkoliv řada výzkumů potvrzuje souvislost mezi poporodním blues a PPD, nebyla dosud provedena studie, která by podrobněji mapovala rozvoj, průběh a návaznost či vzájemnou provázanost těchto poporodních poruch nálady během prvního měsíce po porodu. Většina z existujících studií provedla pouze jedno měření poporodního blues v časném poporodním období a následně administrovala v delším intervalu od porodu dotazník pro screening PPD (Henshaw, Foreman, & Cox, 2004; Takács et al., 2016; Ishikawa et al., 2011).

Několik studií uvádí, že poporodní blues je přechodná porucha, jejíž symptomy samovolně vymizí do 10ti až 14ti dnů od porodu (O'Keane et al., 2011; Harris et al., 1994). Není ale doposud zcela jasné, zda se tento průběh týká jen mírné nebo i intenzivní formy poporodního blues. Další autoři totiž přicházejí se závěrem, že intenzivní forma poporodního blues představuje významný rizikový faktor PPD, jež se vyskytuje v pozdějším poporodním období.

V druhé části této práce je předložen návrh *longitudinálního kvantitativního* výzkumu. Tento výzkum se nejprve zaměřuje na mapování výskytu symptomů, jež jsou připisovány intenzivnímu poporodnímu blues a PPD, a to v rámci několika časových období v průběhu 12 týdnů po porodu. Hlavním cílem této části výzkumu je lépe porozumět průběhu intenzivního poporodního blues a PPD a také vzájemnému vztahu těchto dvou poporodních poruch nálady. Z tohoto cíle lze vyvodit následující výzkumné otázky:

1. Kolik žen má pozitivní screening na intenzivní blues v jednotlivých časových obdobích po porodu?
2. Kolik žen má pozitivní screening na PPD ve jednotlivých časových obdobích po porodu?
3. Jaký je překryv mezi první skupinou žen, jež mají pozitivní screening na intenzivní blues a druhou skupinou žen, jež mají pozitivní screening na PPD v jednotlivých časových obdobích po porodu?

Cílem druhé části výzkumu je zjistit, zda intenzivní poporodní blues a depresivní symptomy v raném poporodním období predikují následný výskyt symptomů PPD. Z tohoto cíle lze vyvodit následující výzkumné hypotézy:

H1: Pozitivní screening na intenzivní poporodní blues 3. den po porodu je statisticky významným prediktorem pozitivního screeningu na PPD 6. týdnů po porodu.

H2: Pozitivní screening na PPD 3. den po porodu je statisticky významným prediktorem pozitivního screeningu na PPD 6. týdnů po porodu.

2. Design výzkumného projektu

Sběr dat proběhne ve spolupráci s porodními asistentkami dvou pražských porodnic, které budou seznámeny s informacemi o výzkumu a jeho záměrech. Těmto zdravotnickým pracovníkům bude poskytnuta finanční kompenzace z grantových prostředků. Porodní asistentky budou oslovovat ženy, které porodí v dané porodnici, a nabízet jim možnost účastnit se ve výzkumu.

Před započítím samotného výzkumu budou respondentky stručně seznámeny s průběhem a záměrem realizované studie písemnou formou a budou mít možnost doptat se porodních asistentek na případně nejasnosti.

Sběr dat proběhne 3, 5, 10 a 14 dnů po porodu a následně 4, 6, a 12 týdnů po porodu. Ve všech těchto 7-mi časových obdobích budou současně administrovány dotazníky MBQ a EPDS. V první fázi výzkumu (třetí den po porodu) bude ženám zároveň předložen krátký dotazník zjišťující vybrané demografické údaje. Sběr dat bude realizován formou online dotazníků, které ženy obdrží prostřednictvím automaticky rozesílaných emailů. Možnou výjimku bude představovat pouze sběr dat 3. den po porodu, kdy část respondentek bude stále hospitalizována v porodnici. Po čas této hospitalizace budou dotazníky administrovány proškolenými porodními asistentkami, a to formou tužka-papír.

3. Výzkumný soubor

Celkově by mělo být do výzkumu zapojeno minimálně 500 rodiček, a to zejména z toho důvodu, že výskyt PPD lze předpokládat pouze u 10-15 % z nich a zároveň s ohledem na longitudinální design studie je nutno počítat s vyšší mírou experimentálního úbytku. Dále je nutno stanovit kritéria pro zařazení do výzkumu. Participantí výzkumu budou ženy ve věkovém rozmezí 18 až 45 let, jež porodily jedno živé a donošené dítě, a jejichž mateřským jazykem je čeština. Kritérium vylučující zařazení do studie bude umístění novorozence či matky na JIP v raném poporodním období. Do statistické analýzy budou následně zahrnuty pouze ty ženy, jež vyplnily všechny položky v sociodemografickém dotazníku.

4. Dotazníkové metody

V rámci výzkumu budou využity dvě screeningové metody a krátký sociodemografický dotazník. První metodou je Maternity Blues Questionnaire (MBQ) (viz kapitola 1.1.1), jež se využívá ke screeningu poporodního blues. Druhým nástrojem je Edinburská škála postnatální deprese EPDS) (viz kapitola 2.1.1), jež primárně slouží ke screeningu PPD. Tyto dvě screeningové metody byly vybrány zejména z důvodu jejich dostupnosti v české verzi, přičemž tyto verze byly zároveň validizovány pro českou populaci žen po porodu. Ačkoliv MBQ slouží primárně ke screeningu poporodního blues a EPDS naopak ke screeningu PPD budou ve všech fázích výzkumu vždy administrovány oba dotazníky. Hodnota cut-off skóru bude u MBQ stanovena na 10/11 bodů. Kritérium pro pozitivní screening na intenzivní blues bude tedy dosažení alespoň 11-ti bodů v MBQ. Hodnota cut-off skóru u EPDS bude stanovena na 12/13 bodů. Kritérium pro pozitivní screening na PPD bude tedy dosažení alespoň 13-ti bodů v EPDS. Míry použitých cut-off skóru vychází ze studie Takács et al. (2016), kteří validizovali dotazník MBQ pro populaci českých žen.

V první fázi výzkumu ženy též vyplní dotazník zjišťující sociodemografické údaje (věk, vzdělání, rodinný stav, parita, pohlaví narozeného dítěte a deprese v anamnéze). Data týkající se průběhu porodu, porodnických komplikací a zdravotního stavu dítěte budou získána ze zdravotnické dokumentace ve spolupráci se zdravotníky z příslušných porodnic.

5. Způsob zpracování dat

V rámci vyhodnocování dat z první části výzkumu budou v tabulkách uvedeny počty žen s intenzivním screeningem na poporodní blues a PPD v jednotlivých časových obdobích po porodu. Dále zde budou pro jednotlivá časová období po porodu uvedeny průměrné hodnoty a směrodatné odchylky skóre v MBQ a EPDS. Následně bude vytvořena další tabulka, jež bude uvádět relativní četnosti jednotlivých položek MBQ a EPDS v jednotlivých časových obdobích po porodu. Na základě těchto výsledků lze zjistit, jaké symptomy se nejčastěji v jednotlivých časových obdobích vyskytují.

Dále bude provedena korelační analýza mezi hodnotami skóre, jež byly dosaženy v MBQ a EPDS, a to zvláště u všech sedmi jednotlivých časových období. Na základě výsledků těchto sedmi korelačních analýz můžeme zjistit v jakém časovém období dochází k největšímu překryvu mezi těmito dvěma metodami.

V rámci vyhodnocování dat z druhé části výzkumu bude též provedena korelační analýza. V souvislosti s první hypotézou bude vypočítán korelační koeficient mezi skóre dosaženými v MBQ (administrace 3. den po porodu) a skóre dosaženými v EPDS (administrace 6 týdnů po porodu). V souvislosti s druhou hypotézou bude vypočítán korelační koeficient mezi skóre dosaženými v EPDS (administrace 3. den po porodu) a skóre dosaženými v EPDS (administrace 6 týdnů po porodu).

Následně lze provést též logistickou regresi, jež umožňuje odhad pravděpodobnosti závisle proměnné na základě hodnot nezávisle proměnné. V případě první stanovené hypotézy bude nezávisle proměnnou představovat výsledek ve screeningu MBQ 3 dny po porodu (11 a více bodů bylo hodnoceno jako pozitivní screening). Závisle proměnná bude výsledek ve screeningu EPDS 6 týdnů po porodu (13 a více bodů bylo hodnoceno jako pozitivní screening). V případě druhé stanovené hypotézy bude nezávisle proměnnou představovat výsledek ve screeningu MBQ 3 dny po porodu (11 a více bodů bude hodnoceno jako pozitivní screening). Závisle proměnná bude výsledek ve screeningu EPDS 6 týdnů po porodu (13 a více bodů bude hodnoceno jako pozitivní screening).

6. Etika navrhovaného výzkumu

Protokol tohoto výzkumu bude nejprve předložen ke schválení „Komisi pro etiku ve výzkumu FF UK“, teprve po jeho případném schválení by došlo k realizaci tohoto výzkumného návrhu. Před započítím sběru dat bude rodičkám sděleno, že účast ve studii je dobrovolná a jejich případné rozhodnutí nezúčastnit se nebude mít žádný vliv na kvalitu poskytované péče. V případě, že ženy projeví zájem o účast ve studii, bude jim poskytnut dostatek informací o průběhu a časové náročnosti studie. Následně budou poučeny také o tom, že kdykoliv v průběhu studie mohou odstoupit. Pokud se ženy rozhodnou zúčastnit studie, bude jim předložen k podepsání informovaný souhlas o účasti ve výzkumu, jehož úkolem bude mimo jiné zaručovat zachování anonymity získaných údajů. Tato anonymita bude následně zajištěna přiděleným identifikačním kódem, pod nímž budou ženy zapojené do studie vedeny. V rámci úvodního sociodemografického dotazníku budou respondentky dotazovány také na to, zda mají zájem obdržet výsledky studie. V případě, že ženy projeví zájem, budou jim následně zaslány informace o výsledcích tohoto výzkumu.

7. Diskuze

Předložený návrh výzkumu má své přednosti i limity. Jednou z hlavních předností je relativně početný výzkumný soubor, jež bude získán za spolupráce s porodními asistentkami. U získaného výzkumného vzorku lze předpokládat heterogenitu a reprezentativnost, přičemž právě tyto jeho charakteristiky nám dovolují zobecnění případných výsledků na širší populaci žen v poporodním období. Jednou z dalších předností je využití longitudinálního přístupu, jež nám umožňuje sledovat, jak se proměňuje struktura symptomů poporodního blues a PPD u jednotlivých žen v průběhu 12-ti týdnů po porodu. Jako pozitivum hodnotím též využití screeningových nástrojů, jež byly validizovány pro populaci českých žen po porodu. Nespornou výhodou navrhovaného výzkumu je též poměrně snadný sběr dat, jež bude realizován formou online dotazníků.

Naopak limitací této studie může být vyšší zátěž pro samotné respondentky, jejichž úkolem bude celkem 7krát v průběhu poporodního období vyplnit oba screeningové dotazníky. Řada studií, jež zkoumá výskyt poporodního blues a následné PPD přitom zpravidla realizuje pouze 2 administrace screeningových dotazníků (Henshaw, Foreman, & Cox, 2004; Takács et al., 2016; Ishikawa et al., 2011). Další omezení, jež souvisí s vyšším počtem administrací screeningových metod a celkově s longitudinálním designem je vysoké riziko experimentálního úbytku. Lze tedy předpokládat, že počet respondentek se bude v rámci jednotlivých časových období výrazně lišit. Tuto tendenci lze pozorovat napříkld ve studii autorů Adewuya a Afolabi (2005).

Jisté limity lze spojovat i s využitím EPDS, jež bude sloužit k identifikaci žen se symptomy PPD. S ohledem na to, že se jedná o screeningovou nikoliv diagnostickou metodu lze dojít pouze k závěru, že identifikované ženy mají v poporodním období depresivní příznaky nikoliv PPD. Norhayati et al. (2015) ve svém systematickém review uvádějí, že screeningové metody mají tendenci poskytovat signifikantně vyšší hodnoty prevalence PPD než diagnostické rozhovory. Fiala et al. (2017) dále uvádějí, že ačkoliv EPDS primárně slouží ke screeningu PPD, může vyšší hodnota skóru v rámci tohoto nástroje poukazovat i na vyšší míru úzkosti, jež nepředstavuje specifický symptom depresivní poruchy. Naopak mezi nepochybné výhody screeningového dotazníku obecně patří možnost získat data od velkého množství respondentů. Dále je též na místě zamyslet se nad úskalím, jež s sebou přináší nejednotný způsob administrace screeningových dotazníků. Lze předpokládat, že

nekonzistentní podmínky související s formou ale i místem administrace mohou mít jistý vliv na výsledky.

Co se týká výzkumného souboru, můžeme jistá omezení spatřovat dokonce i ve vysoké míře již zmiňované heterogenity. Velká variabilita výzkumného vzorku s sebou totiž přináší i velké množství intervenujících proměnných. Za poněkud problematickou intervenující proměnnou lze považovat například jiné psychiatrické onemocnění či vznik depresivní poruchy již v těhotenství, jež přetrvává do poporodního období.

V rámci dalšího výzkumu by mohlo být využito jiných screeningových, resp. diagnostických nástrojů k identifikaci žen s PPD, případně by se tento výzkum mohl zaměřit na další významné prediktory PDD. Dále by též mohlo být užitečné pokusit se o jasnější vymezení syndromu poporodního blues.

Závěr

Předložená bakalářská práce měla dva hlavní cíle: zmapovat rizikové faktory a možnosti diagnostiky poporodního blues a PPD a následně navrhnout výzkum dílčího aspektu této problematiky.

V rámci literárně přehledové části byly shrnuty poznatky týkající se rizikových faktorů a možností screeningu a diagnostiky poporodního blues a PPD. V souvislosti s vymezením těchto poporodních poruch nálady byla uvedena jejich prevalence, symptomatologie a počátek nástupu. Na základě poznatků z této oblasti lze konstatovat následující:

- Vymezení poporodního blues a celkově poporodního období je značně nejednotné, což patrně přispívá k rozporuplnosti výsledků výzkumných studií, jež se zaměřují na rizikové faktory a míru prevalence poporodních poruch nálady.
- Studie zabývající se problematikou poporodního blues a PPD využívají k identifikaci těchto poruch celou řadu nástrojů. V případě poporodního blues je nejčastěji využívanou sebesposuzovací škálou MBQ. V případě PPD patří mezi nejčastěji využívané metody též sebesposuzovací škály, a to zejména EPDS, PDSS či BDI. Pouze malá část studií využívá ke stanovení diagnózy PPD strukturované klinické rozhovory (Norhayati et al., 2015).
- Screening antenatální deprese a poporodního blues umožňuje včasnou identifikaci žen s vysokým rizikem rozvoje PPD.
- PPD zůstává i přes její relativně vysokou míru prevalence často nediodagnostikována a v důsledku toho též neléčena.
- Poporodní blues a PPD jsou multifaktoriálně podmíněné poruchy nálady, k jejich rozvoji současně přispívají biologické, psychosociální a porodnické rizikové faktory.
- Ačkoliv lze pozorovat jisté odlišnosti ve struktuře poporodního blues a PPD, je patrné, že intenzivní poporodní blues a PPD mají do značné míry podobné rizikové faktory.

- Mezi nejvýznamnější rizikové faktory obou poporodních poruch nálady lze řadit depresivní poruchu v osobní anamnéze, nižší míru sociální opory a též nižší míru spokojenosti v partnerském vztahu.
- Výskyt intenzivního poporodního blues výrazně zvyšuje riziko následné PPD.

Ve druhé části práce byl navržen kvantitativní výzkum, jenž se nejprve zaměřil na mapování výskytu symptomů, jež jsou připisovány intenzivnímu poporodnímu blues a PPD, a to v průběhu 12 týdnů po porodu. V rámci druhé části výzkumu byla prověřována schopnost intenzivního poporodního blues a schopnost pozitivního screeningu na PPD v raném poporodním období predikovat pozitivní screening na PPD 6 týdnů po porodu. Navrhovaná studie by mohla přinést nové poznatky o prevalenci, průběhu a vzájemném vztahu poporodního blues a PPD. Dále lze předpokládat, že výsledky tohoto výzkumu by mohly poukázat na význam screeningu poporodního blues či screeningu PPD v raném poporodním období, a to v souvislosti s prevencí PPD v pozdním porodním období.

Seznam použité literatury

Abbasi, S., Chuang, C., Dagher, R., Zhu, J., & Kjerulff, K. (2013). Unintended Pregnancy and Postpartum Depression Among First-Time Mothers. *Journal of Women's Health, 19*(5), 412-416.

Adewuya, A. O. (2005). The maternity blues in Western Nigerian women: prevalence and risk factors. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 193*(4), 1522-1525.

Adewuya, A., & Afolabi, O. (2005). The course of anxiety and depressive symptoms in Nigerian postpartum women. *Archives of Women's Mental Health, 8*(4), 257-259.

Akincigil, A., Munch, S., & Niemczyk, K. (2010). Predictors of Maternal Depression in the First Year Postpartum: Marital Status and Mediating Role of Relationship Quality. *Social Work in Health Care, 49*(3), 227-244.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.

Aswathi, A., Rajendiren, S., Nimesh, A., Philip, R., Kattimani, S., & Jayalakshmi, D. (2015). High serum testosterone levels during postpartum period are associated with postpartum depression. *Asian Journal of Psychiatry, 17*, 85-88.

Atkinson, L., Paglia, A., Coolbear, J., Niccols, A., Parker, K. C., & Guger, S. (2000). Attachment security: a meta-analysis of maternal mental health correlates. *Clinical Psychology Review, 20*(8), 1019-1040.

Azorin, J., Angst, J., Gamma, A., Bowden, C., Perugi, G., Vieta, E., et al. (2012). Identifying features of bipolarity in patients with first-episode postpartum depression: Findings from the international BRIDGE study. *Journal of Affective Disorders, 136*(3), 710-715.

Bartlová, P. (2007). Některé aspekty identity matky. *Československá psychologie, 51*(3). 301-311.

Beck, C., & Gable, R. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: development and psychometric testing. *Nursing Research, 49*(5), 272-82.

- Beck, C., & Gable, R. (2001). Further validation of the postpartum depression screening scale. *Nursing Research, 50*(3), 155-164.
- Bennett, H., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., & Einarson, T. (2004). Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review. *Obstetrics & Gynecology, 103*(4), 698-709.
- Bergant, A. M., Heim, K., Ulmer, H., & Illmensee, K. (1999). Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *The Journal of Psychosomatic Research, 46*, 391-394.
- Bloch, M., Daly, R., & Rubinow, D. (2003). *Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. Comprehensive Psychiatry, 44*(3), 234-246.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorders, 88*(1), 9-18.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2006). Risk factors for early postpartum depressive symptoms. *General Hospital Psychiatry, 28*, 3-8.
- Boyd, R. C., Le, H. N., & Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of Women's Mental Health, 8*, 141-153.
- Brunton, R., Dryer, R., Saliba, A., & Kohlhoff, J. (2015). Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *Journal of Affective Disorders, 176*, 24-34.
- Břicháček, V. (2000). *Edinburghská škála postnatální deprese: ověření v České republice*. Praha: Iga MZ ČR.
- Condon, J. T., & Watson, T. L. (1987). The maternity blues: exploration of a psychological hypothesis. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 76*, 164-171.
- Coo, S., Milgrom, J., Kuppens, P., Cox, P., & Trinder, J. (2014). Exploring the association between maternal mood and self-reports of sleep during the perinatal period. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 43*, 465-477.
- Cox, J., & Holden, J. (2003). *Perinatal mental health: a guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. London: Gaskell.

- Cox, J., Holden, J., & Sagovsky, R. (1987). Detection of Postnatal Depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782-786.
- Denis, A., Ponsin, M., & Callahan, S. (2012). The relationship between maternal self-esteem, maternal competence, infant temperament and post-partum blues. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *30*(4), 388-397.
- Dennis, C. (2004). Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale?. *Journal of Affective Disorders*, *78*(2), 163-169.
- Dennis, C., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum Depression Help-Seeking Barriers and Maternal Treatment Preferences: A Qualitative Systematic Review. *Birth*, *33*(4), 323-331.
- Dias, C., & Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, *171*, 142-154.
- Doornbos, B., Fekkes, D., Tanke, M. A., de Jonge, P., & Korf, J. (2008). Sequential serotonin and noradrenalin associated processes involved in postpartum blues. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *32*, 1320-1325.
- Dubber, S., Reck, C., Müller, M., & Gawlik, S. (2014). Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal–fetal bonding during pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, *18*, 187-195.
- Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
- Eckerdal, P., Georgakis, M., Wikstrom, A., Hogberg, U., Skalkidou, A., & Kollia, N. (2018). Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *97*(3), 301-311.
- Edhborg, M. (2008). Comparisons of different instruments to measure blues and to predict depressive symptoms 2 months postpartum: a study of new mothers and fathers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *22*, 186-195.

- Edhborg, M., Matthiesen, A. S., Lundh, W., & Widström, A. M. (2005). Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum: A study of new mothers and fathers. *Archives of Women's Mental Health, 8*(4), 221-231.
- Ehlert, U., Patalla, U., Kirschbaum, C., Piedmont, E., & Hellhammer, D. H. (1990). Postpartum blues: salivary cortisol and psychological factors. *The Journal of Psychosomatic Research, 34*, 319-325.
- Escriba-Aguir, V., & Artazcoz, L. (2011). Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health, 65*(4), 320-326.
- Faisal-Cury, A., Menezes, P. R., Tedesco, J. J. A., Kahalle, S., & Zugaib, M. (2008). Maternity "Blues": Prevalence and Risk Factors. *The Spanish Journal of Psychology, 11*(2), 593-599.
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., Vigod, S., & Dennis, C. (2015). Prevalence of postpartum depression among immigrant women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research, 70*, 67-82.
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal Depression and Anxiety Across the Postpartum Year and Infant Social Engagement, Fear Regulation, and Stress Reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 48*(9), 919-927.
- Fiala, A., Švancara, J., Klánová, J., & Kašpárek, T. (2017). Sociodemographic and delivery risk factors for developing postpartum depression in a sample of 3233 mothers from the Czech ELSPAC study. *BMC Psychiatry, 17*(1). Retrieved from <http://www.bmcpsychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-017-1261-y>
- Gjerdingen, D., Crow, S., McGovern, P., Miner, M., & Center, B. (2009). Postpartum Depression Screening at Well-Child Visits: Validity of a 2-Question Screen and the PHQ-9. *The Annals of Family Medicine, 7*(1), 63-70.
- Glangeaud-Freudenthal, N. M. C., Crost, M., & Kaminski, M. (1999). Severe post-delivery blues: associated factors. *Archives of Women's Mental Health, 2*, 37-44.
- Goker, A., Yanikkerem, E., Demet, M., Dikayak, S., Yildirim, Y., & Koyuncu, F. (2012). Postpartum Depression: Is Mode of Delivery a Risk Factor? *ISRN Obstetrics and Gynecology, 2012*, 1-6.

- Gonidakis, F., Rabavilas, A. D., Varsou, E., Kreatses, G., & Christodoulou, G. N. (2007). Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. *The Journal of Affective Disorders, 99*, 107-115.
- Grussu, P., & Quatraro, R. M. (2009). Prevalence and risk factors for a high level of postnatal depression symptomatology in Italian women: A sample drawn from antenatal classes. *European Psychiatry, 24*(5), 327-333.
- Grussu, P., & Quatraro, R. M. (2013). Maternity blues in Italian primipara women: symptoms and mood states in the first fifteen days after childbirth. *Health Care for Women International, 34*(7), 556-576.
- Guo, N., Robakis, T., Miller, C., & Butwick, A. (2018). Prevalence of Depression Among Women of Reproductive Age in the United States. *Obstetrics & Gynecology, 131*(4), 671-679.
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Frontiers in Psychiatry, 8*(248). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5799244/>
- Handley, S. L., Dunn, T. L., Waldron, G., & Baker, J. M. (1980). Tryptophan, cortisol and puerperal mood. *The British Journal of Psychiatry, 136*, 498-508.
- Hannah, P., Adams, D., Lee, A., Glover, V., & Sandler, M. (1992). Links between early postpartum mood and post-natal depression. *The British Journal of Psychiatry, 160*, 777-780.
- Hapgood, C. C., Elkind, G. S., & Wright, J. W. (1988). Maternity blues: phenomena and relationship to later post partum depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 22*, 299-306.
- Harris, B., Lovett, L., Newcombe, R., Walker, R., & Riad-Fahmy, D. (1994). Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *British Medical Journal, 308*, 949-953.
- Henshaw, C., Foreman, D., & Cox, J. (2004). Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 25*, 267-272.

- Houston, K., Kaimal, A., Nakagawa, S., Gregorich, S., Yee, L., & Kuppermann, M. (2015). Mode of delivery and postpartum depression: the role of patient preferences. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *212*(2), 229-229.
- Chatzicharalampous, C., Rizos, D., Pliatsika, P., Leonardou, A., Hasiakos, D., Zervas, I., et al. (2011). Reproductive hormones and postpartum mood disturbances in Greek women. *Gynecological Endocrinology*, *27*, 543-550.
- Cheng, C., Walker, L., & Chu, T. (2013). Physical Conditions and Depressive Symptoms of Chinese Postpartum Mothers in the United States and Taiwan. *Health Care for Women International*, *34*(7), 539-555.
- Choi, H., Yamashita, T., Wada, Y., Narumoto, J., Nanri, H., Fujimori, A., et al. (2010). Factors associated with postpartum depression and abusive behavior in mothers with infants. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *64*(2), 120-127.
- Iliadis, S., Koulouris, P., Gingnell, M., Sylvén, S., Sundström-Poromaa, I., Ekselius, L., et al. (2015). Personality and risk for postpartum depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, *18*(3), 539-546.
- Ishikawa, N., Goto, S., Murase, S., Kanai, A., Masuda, T., Aleksic, B., et al. (2011). Prospective study of maternal depressive symptomatology among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Research*, *71*(4), 264-269.
- Ismail R. I. (2006). Ante partum depression and husband's mental problem increased risk maternity blues. *Medical Journal of Indonesia*, *15*, 74-80.
- Kendell, R. E., Mackenzie, W., West, C., & Cox, J. L. (1984). Day-to-day mood changes after childbirth: further data. *The British Journal of Psychiatry*, *145*, 620-625.
- Kendell, R. E., McGuire, R. J., Connor, Y., & Cox, J. L. (1981). Mood changes in the first three weeks after childbirth. *The Journal of Affective Disorders*, *3*, 317-326.
- Kennerley, H., & Gath, D. (1989a). Maternity blues. I. Detection and measurements by questionnaire. *The British Journal of Psychiatry*, *155*, 356-362.
- Kennerley, H., & Gath, D. (1989b). Maternity blues. III. Associations with obstetric, psychological, and psychiatric factors. *The British Journal of Psychiatry*, *155*, 367-373.

- Kettunen, P., & Hintikka, J. (2017). Psychosocial risk factors and treatment of new onset and recurrent depression during the post-partum period. *Nordic Journal of Psychiatry*, 71(5), 355-361.
- Kettunen, P., Koistinen, E., & Hintikka, J. (2014). Is postpartum depression a homogenous disorder: time of onset, severity, symptoms and hopelessness in relation to the course of depression. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(1). Retrieved from <http://www.bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-014-0402-2>
- Lazar, I. (2005). Poporodná deprezia. *Slovenská gynekológia a porodníctví*, 12, 26-31.
- Lee, A., Lam, S., Sze Mun Lau, S., Chong, C., Chui, H., & Fong, D. (2007). Prevalence, Course, and Risk Factors for Antenatal Anxiety and Depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1102-1112.
- Maliszewska, K., Świątkowska-Freund, M., Bidzan, M., & Preis, K. (2016). Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekologia Polska*, 87(6), 442-447.
- Manian, N., Schmidt, E., Bornstein, M., & Martinez, P. (2013). Factor structure and clinical utility of BDI-II factor scores in postpartum women. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 259-268.
- Manjunath, N. G., Venkatesh, G., & Rajanna (2011). Postpartum Blues is Common in Socially and Economically Insecure Mothers. *Indian Journal of Community Medicine*, 36(3), 231-233.
- Massey, S., Schuette, S., Pournajafi-Nazarloo, H., Wisner, K., & Carter, C. (2016). Interaction of oxytocin level and past depression may predict postpartum depressive symptom severity. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 799-808.
- Milgrom, J., Gemmill, A., Bilszta, J., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., et al. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1-2), 147-157.
- Mohr, P. (2015). Poporodní psychické poruchy. In Takács, L., Sobotková, D., & Šulová, L. (Eds.), *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace* (s. 75-101). Praha: Grada.

- Mollard, E., Hudson, D., Ford, A., & Pullen, C. (2016). An Integrative Review of Postpartum Depression in Rural U.S. Communities. *Archives of Psychiatric Nursing, 30*(3), 418-424.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T., Pedersen, C., Mors, O., & Mortensen, P. (2006). New Parents and Mental Disorders. *JAMA, 296*(21), 2582-2589.
- Munk-Olsen, T., Laursen, T.M., Meltzer-Brody, S., Mortensen, P.B., & Jones I. (2012). Psychiatric Disorders With Postpartum Onset. *Archives of General Psychiatry, 69*(4), 428-434.
- Murata, A., Nadaoka, T., Morioka, Y., Oiji, A., & Saito, H. (1998). Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecologic and Obstetric Investigation, 46*, 99-104.
- Myers, E.R., Aubuchon-Endsley, N., Bastian, L.A., Gierisch, J.M., Kemper, A.R., Swamy, G.K., et al. (2013). *Efficacy and safety of screening for postpartum depression*. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Nonacs, R., & Cohen, L. S. (1998). Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *The Journal of Clinical Psychiatry, 59*(2), 34-40.
- Norhayati, M., Nik Hazlina, N., Asrenee, A., & Wan Emilin, W. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *Journal of Affective Disorders, 175*, 34-52.
- O'Keane, V., Lightman, S., Patrick, K., Marsh, M., Papadopoulos, A. S., Pawlby, S., et al. (2011). Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis during the early puerperium may be related to the postpartum 'blues'. *Journal of Neuroendocrinology, 23*, 1149-1155.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*(1), 379-407.
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28*(1), 3-12.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Wright, E. J. (1991). Prospective Study of Postpartum Blues Biologic and Psychosocial Factors. *Archives of General Psychiatry, 48*(9), 801-806.

- Okano, T., & Nomura, J. (1992). Endocrine study of the maternity blues. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 16, 921-932.
- Parker, G., Hegarty, B., Paterson, A., Hadzi-Pavlovic, D., Granville-Smith, I., & Gokiert, A. (2015). Predictors of post-natal depression are shaped distinctly by the measure of 'depression'. *Journal of Affective Disorders*, 173, 239-244.
- Patel, M., Bailey, R. K., Jabeen, S., Ali, S., Barker, N. C., & Osiezagha, K. (2012). Postpartum depression: a review. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*, 23(2), 534-542.
- Pavlovský, P. (2012). *Soudní psychiatrie a psychologie*. Praha: Grada.
- Pitt, B. (1973). Maternity Blues. *The British Journal of Psychiatry*, 122, 431-433.
- Pop, V. J. M., Truijens, S. E. M., Spek, V., Wijnen, H. A., van Son, M. J. M., & Bergink, B. (2015). A new concept of maternity blues: Is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms?. *Journal of Affective Disorders*, 177, 74-79.
- Pope, C., Mazmanian, D., Bédard, M. & Sharma, V. (2016). Breastfeeding and postpartum depression: Assessing the influence of breastfeeding intention and other risk factors. *Journal of Affective Disorders*, 200, 45-50.
- Praško, J. (2002). Psychoterapie poporodních depresí. *Psychiatrie: časopis pro moderní psychiatrii*, 6(2), 39-44.
- Quintero, J., Rojo, S. F., Mora, F., Félix, M. & Chapela, E. (2014). Postpartum Emotional Psychopathological Outcomes. *The European journal of general practice*. 2(4). Retrieved from <http://www.researchgate.net/publication/264555287>
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Ratislavová, K. (2008). *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area.
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 113, 77-87.
- Reifsnider, E., Flowers, J., Todd, M., Bever Babendure, J., & Moramarco, M. (2016). The Relationship Among Breastfeeding, Postpartum Depression, and Postpartum Weight in

Mexican American Women. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(6), 760-771.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289-295.

Romero-Gutiérrez, G., Dueñas-de la Rosa, E. M., Regalado-Cedillo, C. A., & Ponce-Ponce de León, A. L. (2010). Prevalence of maternal sadness and its associated factors. *Ginecología Y Obstetricia De Mexico*, 78, 53-57.

Rondón, M. B. (2003). Maternity blues: cross-cultural variations and emotional changes. *Primary Care Update for Obstetrics and Gynecology*, 10(4), 167-171.

Roztočil, A. et al. (2008). *Moderní porodnictví*. Praha: Grada Publishing.

Sadat, Z., Kafaei Atrian, M., Masoudi Alavi, N., Abbaszadeh, F., Karimian, Z., & Taherian, A. (2014). Effect of mode of delivery on postpartum depression in Iranian women. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 40(1), 172-177.

Sakumoto, K., Masamoto, H., & Kanazawa, K. (2002). Post-partum maternity 'blues' as a reflection of newborn nursing care in Japan. *The International Journal of Gynecology & Obstetric*, 78(1), 25-30.

Sarah, S., Forozan, S., & Leila, D. (2017). The relationship between model of delivery and postpartum depression. *Annals of Tropical Medicine and Public Health*, 10(4), 874-877.

Scrandis, D., Sheikh, T., Niazi, R., Tonelli, L., & Postolache, T. (2007). Depression after Delivery: Risk Factors, Diagnostic and Therapeutic Considerations. *The Scientific World Journal*, 7, 1670-1680.

Séjourné, N., Denis, A., Theux, G., & Chabrol, H. (2008). The role of some psychological, psychosocial and obstetrical factors in the intensity of postpartum blues. *L'encéphale*, 34(2), 179-182.

Seth, S., Lewis, A. J., & Galbally, M. (2016). Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(124). Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27245670>

Sharma, V., & Sharma, P. (2012). Postpartum Depression: Diagnostic and Treatment Issues. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 34(5), 436-442.

Siu, B., Leung, S., Ip, P., Hung, S., & O'Hara, M. (2012). Antenatal risk factors for postnatal depression: a prospective study of chinese women at maternal and child health centres. *BMC Psychiatry*, 12(1). Retrieved from http://www.researchgate.net/publication/221902659_Antenatal_risk_factors_for_postnatal_depression_a_prospective_study_of_Chinese_women_at_maternal_and_child_health_centres

Skrundz, M., Bolten, M., Nast, I., Hellhammer, D., & Meinlschmidt, G. (2011). Plasma Oxytocin Concentration during Pregnancy is associated with Development of Postpartum Depression. *Neuropsychopharmacology*, 36(9), 1886-1893.

Stein, G. S. (1980). The pattern of mental change and body weight change in the first postpartum week. *The Journal of Psychosomatic Research*, 24(3-4), 165-171.

Stuebe, A., Grewen, K., & Meltzer-Brody, S. (2013). Association Between Maternal Mood and Oxytocin Response to Breastfeeding. *Journal of Women's Health*, 22(4), 352-361.

Sylvén, S. M., Papadopoulos, F. C., Mpazakidis, V., Ekselius, L., Sundström-Poromaa, I., & Skalkidou, A. (2011). Newborn gender as a predictor of postpartum mood disturbances in a sample of Swedish women. *Archives of Women's Mental Health*, 14, 195-201.

Sylvén, S., Thomopoulos, T., Kollia, N., Jonsson, M., & Skalkidou, A. (2017). Correlates of postpartum depression in first time mothers without previous psychiatric contact. *European Psychiatry*, 40, 4-12.

Takács, L., Smolík, F., Mlíková Seidlerová, J., Čepický P., & Hoskovcová, S. (2016). Poporodní blues – česká adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire“. *Česká gynekologie*, 81(5), 355-368.

Takahashi, Y., & Tamakoshi, K. (2014). Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya Journal of Medical Science*, 76, 129-138.

Teissèdre, F., & Chabrol, H. (2004). Detecting Women at Risk for Postnatal Depression Using the Edinburgh Postnatal Depression Scale at 2 to 3 Days Postpartum. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(1), 51-54.

- Underwood, L., Waldie, K., D'Souza, S., Peterson, E., & Morton, S. (2016). A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health, 19*(5), 711-720.
- Verkerk, G., Denollet, J., Van Heck, G., Van Son, M., & Pop, V. (2005). Personality Factors as Determinants of Depression in Postpartum Women: A Prospective 1-Year Follow-up Study. *Psychosomatic Medicine, 67*(4), 632-637.
- Vesga-López, O., Blanco, C., Keyes, K., Olfson, M., Grant, B., & Hasin, D. (2008). Psychiatric Disorders in Pregnant and Postpartum Women in the United States. *Archives of General Psychiatry, 65*(7), 805-815.
- Vigod, S., Villegas, L., Dennis, C., & Ross, L. (2010). Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 117*(5), 540-550.
- Watanabe, M., Wada, K., Sakata, Y., Aratake, Y., Kato, N., Ohta, H., et al. (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 29*, 206-212.
- WHO. (2013) *Mezinárodní klasifikace nemocí: Instrukční příručka*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. Retrieved from http://www.uzis.cz/system/files/mkn-tabelarni-cast_1-1-2013.pdf
- Wilkie, G., & Shapiro, C. M. (1992). Sleep deprivation and the postnatal blues. *The Journal of Psychosomatic Research, 36*, 309-316.
- Wisner, K., Sit, D., McShea, M., Rizzo, D., Zoretich, R., & Hughes, C. (2013). Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings. *JAMA Psychiatry, 70*(5), 490-498.
- Xu, H., Ding, Y., Ma, Y., Xin, X., & Zhang, D. (2017). Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 97*, 118-126.
- Yim, I., Tanner Stapleton, L., Guardino, C., Hahn-Holbrook, J., & Dunkel Schetter, C. (2015). Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic Review and Call for Integration. *Annual Review of Clinical Psychology, 11*(1), 99-137.

Přílohy

1. Česká verze dotazníku MBQ

Následující otázky se týkají toho, jak se cítíte právě dnes. Pokud s daným tvrzením souhlasíte, zakroužkujte prosím ANO. Pokud s daným tvrzením nesouhlasíte, zakroužkujte prosím NE.

Je mi do pláče.	Ano	Ne	Myslím na to, co špatného by mě mohlo potkat.	Ano	Ne
Jsem skleslá.	Ano	Ne	Jsem podrážděná.	Ano	Ne
Prožívám úzkost.	Ano	Ne	Jsem smutná.	Ano	Ne
Přemáhají mě moje emoce.	Ano	Ne	Jsem sebelítostivá.	Ano	Ne
Jsem unavená.	Ano	Ne	Pláču a nejsem schopná přestat.	Ano	Ne
Jsem zapomnětlivá a cítím se zmateně.	Ano	Ne	Prožívám nadšení.	Ano	Ne
Jsem náladová.	Ano	Ne	Jsem šťastná.	Ano	Ne
Dokážu se soustředit.	Ano	Ne	Připadám si bezmocná.	Ano	Ne
Mám jasnou hlavu.	Ano	Ne	Nemám chuť dávat najevo svoje pocity.	Ano	Ne
Cítím se plná života.	Ano	Ne	Nejraději bych se s nikým nestýkala.	Ano	Ne

Mám pocit vnitřního napětí.	Ano	Ne	Jsem citově otupělá, nic necítím.	Ano	Ne
Jsem neklidná.	Ano	Ne	Připadám si opuštěná.	Ano	Ne
Jsem přecitlivělá.	Ano	Ne	Pocit'uji vztek a zlost.	Ano	Ne
Mám výkyvy nálady.	Ano	Ne	Špatně spím.	Ano	Ne
Mám pocit jistoty a sebedůvěry.	Ano	Ne	Snadno se rozčílím.	Ano	Ne
Cítím se vnitřně uvolněná.	Ano	Ne	Jsem vyčerpaná.	Ano	Ne
Jsem klidná.	Ano	Ne			

2. Česká verze dotazníku EPDS

Následující otázky se týkají Vaší nálady během **POSLEDNÍHO TÝDNE** (neodpovídejte prosím jen podle toho, jak se cítíte dnes). Svou odpověď označte křížkem.

<p>Byla jsem schopná se smát a vidět věci i z veselé stránky</p>	<p>Věci mi přerůstaly přes hlavu a nestačila jsem na ně</p>
<p><input type="checkbox"/> Stejně jako dříve</p> <p><input type="checkbox"/> Ne tak často jako dříve</p> <p><input type="checkbox"/> Rozhodně ne tak často jako dříve</p> <p><input type="checkbox"/> Vůbec ne</p>	<p><input type="checkbox"/> Ano, většinou</p> <p><input type="checkbox"/> Ano, někdy</p> <p><input type="checkbox"/> Zcela výjimečně</p> <p><input type="checkbox"/> Ne, vůbec ne</p>
<p>S radostí jsem se těšila na příští věci</p>	<p>Byla jsem tak nešťastná, že jsem měla potíže se spánkem</p>
<p><input type="checkbox"/> Stejně jako dříve</p> <p><input type="checkbox"/> Poněkud méně než dříve</p> <p><input type="checkbox"/> Rozhodně méně než dříve</p> <p><input type="checkbox"/> Vůbec ne</p>	<p><input type="checkbox"/> Ano, většinou</p> <p><input type="checkbox"/> Někdy</p> <p><input type="checkbox"/> Ne moc často</p> <p><input type="checkbox"/> Ne, vůbec ne</p>
<p>Zbytečně jsem si vyčítala, když se něco nedařilo</p>	<p>Bylo mi smutno nebo mizerně</p>
<p><input type="checkbox"/> Ano, většinou</p> <p><input type="checkbox"/> Ano, někdy</p> <p><input type="checkbox"/> Ne moc často</p> <p><input type="checkbox"/> Ne, nikdy</p>	<p><input type="checkbox"/> Ano, většinou</p> <p><input type="checkbox"/> Ano, dost často</p> <p><input type="checkbox"/> Ne moc často</p> <p><input type="checkbox"/> Ne, vůbec ne</p>
<p>Cítila jsem úzkost nebo jsem měla strach bez přiměřeného důvodu</p>	<p>Byla jsem tak nešťastná, že jsem plakala</p>
<p><input type="checkbox"/> Ano, hodně</p> <p><input type="checkbox"/> Ano, někdy</p> <p><input type="checkbox"/> Ne, moc ne</p> <p><input type="checkbox"/> Ne, vůbec ne</p>	<p><input type="checkbox"/> Ano, většinou</p> <p><input type="checkbox"/> Ano, dost často</p> <p><input type="checkbox"/> Jen zřídka</p> <p><input type="checkbox"/> Ne, nikdy</p>
<p>Měla jsem strach nebo pocit paniky bez přiměřeného důvodu</p>	<p>Napadaly mě myšlenky, že si něco udělám</p>

<input type="checkbox"/> Ano, hodně	<input type="checkbox"/> Ano, dost často
<input type="checkbox"/> Ano, někdy	<input type="checkbox"/> Někdy
<input type="checkbox"/> Ne, moc ne	<input type="checkbox"/> Sotvakdy
<input type="checkbox"/> Ne, nikdy	<input type="checkbox"/> Nikdy