

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce



Barbora Novotná

**Vliv sociálních sítí a absence partnera na vznik  
poporodní deprese u matky**

**The influence of social networks and partner absence  
on maternal postpartum depression**

Mgr. Zuzana Štěrbová, PhD.

2024

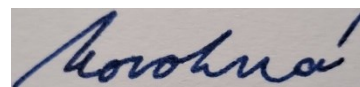
## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala vedoucí mé práce Mgr. Zuzaně Štěrbové, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost, cenné připomínky a ochotu. Dále děkuji své rodině, přátelům a kolegům za podporu, kterou mi během psaní bakalářské práce poskytovali.

## **Prohlášení**

*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.*

Barbora Novotná



V Praze dne 1. 5. 2024

## **Abstrakt**

Poporodní deprese (PPD) významně ovlivňuje nejen matku, ale také jejího potomka a fungování celé její sociální sítě (rodiny či přátel). PPD má celou řadu rizikových faktorů (např. deprese v anamnéze, socioekonomický status, biologické faktory). Jedním z faktorů, kterému byla dosud ve výzkumu věnovaná malá pozornost, je sociální podpora od partnera, rodiny a přátel, která má naopak efekt protektivní. Tato bakalářská práce se zabývá poporodní depresí u žen a vlivem sociálních sítí na její vznik a průběh. Podpora partnera se ukazuje být důležitějším ochranným faktorem než podpora od jiných blízkých ženy. V práci je dále pojednána diskrepance mezi vnímanou a poskytovanou podporou a jejich vliv na PPD. Součástí práce je návrh výzkumu, jehož hlavním cílem je testovat vliv absence partnera a přítomnost dalších blízkých osob na vznik PPD. Otázkou zůstává, zda může negativní efekt absence partnera na rozvoj PPD alespoň do určité míry kompenzovat jiná blízká osoba. V závěru práce jsou shrnuty nejdůležitější poznatky práce a možná směřování pro budoucí výzkum.

**Klíčová slova:** poporodní deprese, partnerský vztah, sociální sítě, sociální podpora

## **Abstract**

Postpartum depression (PPD) significantly affects not only the mother, but also her offspring and the functioning of her entire social network (family or friends). PPD has several risk factors (e.g. history of depression, socioeconomic status, biological factors). One factor that has received little attention in research to date is social support from partners, family and friends, which in turn has a protective effect. This bachelor thesis examines postpartum depression in women and the influence of social networks on its onset and course. Support from the partner appears to be a more important protective factor than support from others close to the woman. The thesis also discusses the discrepancy between perceived and provided support and their influence on PPD. The thesis includes a research proposal, the main aim of which is to test the influence of the absence of a partner and the presence of other close persons on the development of PPD. The question remains whether the negative effect of partner absence on the development of PPD can be compensated for, at least to some extent, by another close person. The paper concludes with a summary of the most important findings of the study and possible directions for future research.

**Key words:** postpartum depression, partner relationship, social networks, social support

## Seznam zkratk

APA	American Psychological Association
DSM-V	Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders 5th edition
EPDS	Edinburská škála poporodní deprese
MDD	Major Depressive Disorder
MKN – 11	11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí
MSPSS	Multidimensional Scale of Perseived Social Support
PPB	Poporodní blues
PPD	Poporodní deprese
RAS	Relationship Assessment Scale

## Obsah

Úvod .....	8
1. Poporodní deprese .....	10
1.1. Projevy poporodní deprese .....	10
1.2. Prevalence poporodní deprese .....	11
1.3. Rizikové faktory poporodní deprese.....	12
1.4. Dopady poporodní deprese .....	15
1.5. Poporodní deprese u mužů (otců).....	16
2. Sociálních sítě.....	17
2.1. Rodinné vztahy .....	18
2.2. Přátelské vztahy .....	19
2.3. Partnerské vztahy.....	20
2.4. Sociální podpora .....	21
2.5. Vliv sociálních sítí na vznik deprese .....	22
3. Sociální sítě a poporodní deprese .....	24
3.1. Vliv podpory od sociální sítě ženy na vznik poporodní deprese.....	24
3.2. Vliv partnera na vznik poporodní deprese.....	27
4. Návrh výzkumu .....	30
4.1. Cíl výzkumu .....	30
4.1.1. Výzkumné otázky a hypotézy .....	30
4.2. Metodika.....	31
4.2.1. Výzkumný soubor .....	31
4.2.2. Měřicí nástroje.....	31
4.3. Proces sběru dat.....	33
5. Diskuze .....	36
Závěr.....	40
Reference .....	42

## Úvod

Těhotenství a mateřství je psychicky náročným obdobím v životě ženy, obzvláště jednání se o ženu prvorodičku (Bjelica et al., 2018). Ta je vystavena zcela novým situacím, které jsou spojené s těhotenstvím porodem a mateřstvím, přičemž u ní dochází k celé řadě emočních, psychických a kognitivních změn (Buckwalter et al., 2001; O'Hara & Wisner, 2014). Těhotenství může ovlivňovat její sebepojetí (Kuřak-Bejda et al., 2024), dochází k viditelným tělesným proměnám (Widen & Gallagher, 2014) a snížení sexuální aktivity (Bartellas et al., 2000). Ženu navíc může provázet strach z průběhu těhotenství a porodu (Alehagen et al., 2001). Nejen samotný porod, ale také těhotenství je velkou zátěží na psychiku ženy (Bjelica et al., 2018). Výkyvy nálad a jejich kolísání v souvislosti s porodem jsou v jisté míře normální a přirozené, způsobené hormonálními změnami v těle ženy (Yim et al., 2015). Je ovšem důležité zaznamenat, kdy toto kolísání přesahuje běžné a přirozené hranice (Šebela et al., 2018). Narození dítěte má významný dopad na partnerský vztah i duševní zdraví obou rodičů (Ansari et al., 2021).

Poporodní deprese (PPD) je jedním z nejčastějších psychických onemocněních po porodu. Dokonce je některými autory považována za nejčastější se vyskytující komplikaci po porodu (Batt et al., 2020; Zhao & Zhang, 2020). Tato porucha negativně ovlivňuje vztah matky s dítětem a následný fyzický i psychický vývoj dítěte (Ansari et al., 2021; Hutchens & Kearney, 2020; Letourneau et al., 2012; O'Hara & Wisner, 2014; Pope & Mazmanian, 2016), častěji se u něj vyskytují problémy v kognitivním, sociálním a emocionálním vývoji a je i u něj vyšší riziko úzkostných poruch a závažných depresí (Goodman & Gotlib, 1999). Negativní účinky poporodní deprese na děti byly navíc pozorovány v průběhu jejich celého života, od kojeneckého věku do dospělosti (Ertel et al., 2011). Je tedy důležité věnovat tomuto onemocnění pozornost a zaměřit se na rizikové faktory, které vedou k jeho vzniku nebo jeho vznik ovlivňují.

V roce 2020 se v České republice 48 799 živě narozených dětí narodilo svobodným matkám, jedná se o 43,3 % z celkového počtu živě narozených dětí (ČSÚ, 2020). Neznamená to však, že by všechny svobodné matky, tedy ženy žijící mimo manželství, neměly partnera. Údaje o otci jsou u dětí narozených v manželství uvedené vždy, což neplatí pro děti narozené mimo manželství, kde tyto údaje uvedené být nemusí. V roce 2020 nebyly údaje o otci uvedeny u 7 883 dětí, tedy 7,2 % z počtu dětí narozených mimo manželství, což je 14, 8 % z celkového počtu živě narozených dětí (ČSÚ, 2020).

Z těchto dat vyplývá, že téměř polovina dětí z celkového počtu narozených dětí v České republice je mimomanželských a u téměř 15 % dětí není po jejich narození uveden jejich otec. Pro výzkum poporodní deprese je proto důležité zaměřit se i na další možné zdroje podpory v rámci sociálních sítí ženy/matky. Mezi členy sociální sítě spadá rodina, přátelé a partner (Thoits, 2011). Na ty se zaměřuje jak literární řešerše této práce, tak empirická část, kde je popsán návrh kvantitativního výzkumu, zaměřující se na vztahy v rámci sociálních sítí, vnímáním poskytované podpory a poporodní deprese u žen.

Cílem této práce je přiblížit a popsat poporodní deprese u žen a vliv sociálních sítí a sociální podpory na vznik depresivní poruchy s následným zaměřením se na poporodní deprese formou literární řešerše. Na základě provedené literární řešerše je pak navržen výzkum, který zkoumá sociální podporu jako možný faktor ovlivňující vznik poporodní deprese. Zde hraje roli přítomnost partnerského vztahu. V první kapitole je popsána poporodní deprese, její diagnostická jednotka, prevalence, projevy, dopady a vliv na potomka. Hlavní důraz je kladen na poporodní deprese u žen, v podkapitole je ovšem zmíněn i její možný výskyt u mužů (Ansari et al., 2021; Paulson & Bazemore, 2010), její prevalence, rizikové faktory a možné dopady. Ve druhé kapitole se práce zaměřuje na popis sociálních sítí. V této práci je pojem sociální sítě pojímán z psychologického hlediska, tedy jako soubor vztahů v životě jedince (Hammer, 1984). Tato kapitola se zaměřuje na popis a definici tohoto pojmu, dále pak na konkrétní popis třech druhů vztahů – rodinných, přátelských a partnerských. Třetí kapitola je zaměřena na sociální sítě a jejich vliv na poporodní deprese.

V empirické části předkládá práce návrh kvantitativního výzkumného projektu. Porovnává dvě skupiny žen: ženy bez partnera a ženy v partnerském vztahu. Cílem je pak porovnat vliv partnera, rodiny, přátel či jiné blízké osoby na vznik poporodní deprese. V práci je citováno dle citační normy APA (American Psychological Association, 2020).

## **1. Poporodní deprese**

Termín poporodní deprese je užíván jako označení pro nepychotickou depresivní epizodu, která začíná v poporodním období nebo do něj zasahuje (O'Hara, 2009). V DSM-V však poporodní deprese konkrétní diagnostickou jednotku nemá. Americkou psychiatrickou asociací (APA) je definována jako výskyt velké depresivní epizody (MDD) do 4 týdnů po porodu (American Psychiatric Association, 2013; O'Hara & Wisner, 2014) a může trvat šest měsíců po porodu (Buist, 2004). Dle autorů výzkumu z roku 2007 však poporodní deprese může přetrvávat až dva roky po porodu (Mayberry et al., 2007).

Dle nové verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) je poporodní deprese zařazena do kategorie 6E20 mezi psychické poruchy anebo poruchy chování spojené s těhotenstvím, porodem nebo šestinedělím, bez psychotických příznaků, tzn. nezahrnuje bludy, halucinace nebo jiné psychotické příznaky. Zahrnuje však významné mentální a behaviorální rysy, nejčastěji depresivní příznaky (World Health Organization, 2019).

### **1.1. Projevy poporodní deprese**

Projevy poporodní deprese se podobají projevům deprese v jiných obdobích života. Zahrnují špatnou náladu, změny chuti k jídlu, denní výkyvy nálad, nekvalitní spánek, špatnou koncentraci a podrážděnost. Rodičky navíc také pociťují vinu kvůli tomu, že nejsou schopné se o svého nově narozeného potomka postarat (Keller & Nesse, 2006). U žen s poporodní depresí můžeme pozorovat únavu, vyčerpání, strach o dítě, úzkost, podrážděnost, beznaděj, plačtivost, myšlenky na smrt, poruchy spánku a nadměrné hubnutí (Dagher & Shenassa, 2012). U ženy s PPD se také mohou objevovat myšlenky na ublížení potomkovi (Hutchens & Kearney, 2020; Pope & Mazmanian, 2016).

Dle diagnostických kritérií DSM-V se mezi základní rysy MDD řadí depresivní nálady a ztráta zájmu nebo potěšení skoro z veškerých činností po dobu minimálně dvou týdnů. Mimo tyto příznaky u sebe musí jedinec zaznamenat také čtyři z těchto příznaků: změna chuti k jídlu, změna hmotnosti, změna spánku, změny psychomotorické aktivity, snížení energie, pocity bezmocnosti nebo viny, potíže s myšlením, soustředěním nebo rozhodováním se, opakované myšlenky na smrt,

sebevražedné myšlenky, plánování sebevraždy a sebevražedné pokusy (American Psychiatric Association, 2013).

## **1.2.Prevalence poporodní deprese**

Prevalence poporodní deprese u žen se pohybuje v rozmezí mezi 10 až 20 % (Hutchens & Kearney, 2020; O'Hara & McCabe, 2013; O'Hara & Wisner, 2014; Shorey et al., 2018). Meta-analýza z roku 2023 však odhaduje vyšší celosvětovou prevalenci PPD na 27,6 % (Al-abri et al., 2023). Odhad prevalence PPD se pohybuje v poměrně širokém rozpětí hodnot, což je patrně ovlivněno kombinací mnoha různých faktorů. K těmto faktorům lze řadit využívání rozdílných diagnostických metod s různě stanovenými cut-off skóry (Lyubenova et al., 2021). Studie, které pro detekci poporodní deprese využívají screeningové metody, udávají vyšší míru prevalence poporodní deprese než studie, které pro detekci poporodní deprese využívají klinické rozhovory (O'Hara & Wisner, 2014; Shorey et al., 2018).

Hahn-Holbrook a kol. (2018) v metaanalýze 291 studií z různých částí světa stanovili souhrnnou prevalenci PPD na 17,7 % (95% IC: 16,6-18,8). Poukazují na rozdílnost prevalence výskytu PPD v jednotlivých státech, ve kterých byla data nasbírána. Těchto 291 studií zahrnovalo soubor 296 284 žen po porodu. Vyšší hodnoty prevalence PPD u žen bylo dosaženo ve státech, které měly vyšší míru příjmové nerovnosti, vyšší počet úmrtí novorozenců a rodičích matek a ve kterých byla na ženy v plodném věku kladena pracovní zátěž vyšší než 40 hodin týdně. Tyto faktory vysvětlovaly 73 % variability odhadů prevalence. Výskyt PPD se ovšem liší i mezi zeměmi, které jsou podobně ekonomicky vyspělé. Záleží totiž na způsobu a míře podpory, kterou stát ženám poskytuje, například skrze placenou rodičovskou dovolenou a dostupnou zdravotní péči. Tyto rozdíly pak mohou vyvolávat vyšší míru prožívaného stresu během těhotenství a následně i rozdílnou míru výskytu depresivních příznaků (Gartstein et al., 2020).

Jiná metaanalýza studií zaměřující se na rozdílnost prevalence v závislosti na geografické oblasti, kde byla data sbírána, odhaduje celosvětovou prevalenci poporodní deprese na 17 % (Shorey et al., 2018), tedy obdobně jako předchozí studie (Hahn-Holbrook et al., 2018). V závislosti na oblasti pak uvádí tato studie z roku 2018 nejvyšší prevalenci na Blízkém východě (26 %), Austrálii (21 %), Jižní Americe (19 %), Asii (16 %), Severní Americe (16 %), Africe (11 %) a nejnižší prevalenci uvádí v Evropě

(8 %). Dle autorů mohou tyto rozdíly výskytu PPD ovlivňovat kulturní rozdíly jednotlivých oblastí (Shorey et al., 2018).

V českém prostředí na konci 90. let byla prevalence PPD odhadována na 11,8 % šest týdnů po porodu a na 10 % šest měsíců po porodu. Výzkumným souborem bylo 3 233 žen z Brna a Znojma (Fiala et al., 2017). Aktuální data prevalence PPD pro Českou republiku nejsou k dispozici. Česká studie zabývající se prevalencí psychických onemocnění u žen na mateřské nebo rodičovské dovolené odhaduje prevalenci výskytu psychických onemocnění po porodu na 18 % (Šebela et al., 2021). Jiná česká studie z roku 2022 na souboru 243 žen po porodu ukázala, že u 2,5 % žen byla diagnostikována těžká depresivní porucha a u 13,6 % žen se objevila duševní porucha (Horáková et al., 2022).

### **1.3. Rizikové faktory poporodní deprese**

Poporodní deprese je ovlivněna kombinací psychických, sociálních a biologických faktorů (Šebela et al., 2018). Hlubší pochopení rizikových faktorů poporodní deprese je důležité pro lepší cílení prevence a screening této poruchy (Hutchens & Kearney, 2020). Autoři Hutchens a Kearney (2020) se zaměřili na 21 metaanalýz a systematických článků, které se věnovaly rizikovým faktorům PPD. Za nejčastější rizikové faktory autoři označili tyto: vysoká míra stresu v životě a nedostatek sociální podpory (Beck, 2001; Beck, 1996; Norhayati et al., 2015; O'Hara & Swain, 1996; Robertson et al., 2004; Wilson et al., 1996; Yim et al., 2015), současné zneužívání ženy nebo zneužívání ženy v minulosti (Beydoun et al., 2012; Howard et al., 2013; Ross & Dennis, 2009; Wilson et al., 1996; Wosu et al., 2015; Wu et al., 2012), prenatální deprese (Beck, 2001; Beck, 1996; Norhayati et al. 2015; O'Hara & Swain, 1996; Robertson et al., 2004; Wilson et al., 1996) a nespokojenost v manželském či partnerském vztahu (Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996; Pilkington et al., 2015; Wilson et al., 1996; Yim et al., 2015). Vyšší riziko rozvoje poporodní deprese měly také ženy, u nichž bylo těhotenství neplánované nebo nechtěné (Gastaldon et al., 2022; Hutchens & Kearney, 2020; Zhao & Zhang, 2020).

Dalším rizikovým faktorem, který může ovlivnit vznik poporodní deprese u ženy jsou biologické změny v jejím těle, které ji připravují na těhotenství. Připravují její tělo na vývoj plodu, porod a mateřské chování. Tuto adaptaci umožňují zejména reprodukční hormony (estrogen, progesteron) a stresové hormony (kortikotropin-

uvolňující hormon, kortizol, katecholaminy) (Guintivano et al., 2018; O'Hara & Wisner, 2014; Yim et al., 2015). Před porodem dochází ke zvýšení hladiny výše zmíněných hormonů a po porodu zase k jejich postupnému poklesu. Změny hladiny hormonů mohou u náchylnějších žen vést k deregulaci a následně i ke vzniku depresivních symptomů. Toto tvrzení podporuje také vznik deprese v jiných obdobích života ženy, které jsou taktéž zapříčiněny hormonálními změnami v jejím těle (např. menstruace, puberta nebo menopauza) (Yim et al., 2015). Gastaldon a kol. (2022) ve svém přehledovém článku označují zkušenost ženy s premenstruačním syndromem za nejsilnější prediktor vzniku syndromů poporodní deprese. U žen, které trpěly premenstruačním syndromem bylo dvojnásobně vyšší riziko vzniku poporodní deprese oproti ženám, které se s premenstruačním syndromem nepotýkaly.

Osobní psychiatrická anamnéza před těhotenstvím nebo během něj je výrazným rizikovým faktorem PPD (Al-abri et al., 2023; Batt et al., 2020). Mezi konkrétní psychiatrické poruchy, které mají vliv na vznik poporodní deprese, spadá deprese (MDD v jiných fázích života nebo PPD po předchozím porodu) a úzkostné poruchy (generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, obsedantně kompulzivní porucha a posttraumatická stresová porucha) (Guintivano et al., 2018). Pokud se u žen vyskytuje deprese v anamnéze, je u nich dvojnásobně vyšší riziko rozvoje poporodní deprese šest týdnů po porodu (Fiala et al., 2017). Kettunen a kol. (2014) ve své studii, která je zaměřená na souvislost výskytu PPD s jakoukoli depresivní epizodou v anamnéze, dochází k závěru, že jen u 18,3 % žen s PPD jde o první výskyt depresivní poruchy. Kromě osobní psychiatrické anamnézy hraje také roli rodinná anamnéza poporodní deprese. U žen, které měly diagnostikovanou PPD, se ve větší míře vyskytovala diagnóza poporodní deprese v rodinné anamnéze (u matky, babičky, sestry, tety). To poukazuje na genetickou podmíněnost vzniku PPD (Guintivano et al., 2018; O'Hara & Wisner, 2014).

Prožívání stresové události považují někteří autoři za jeden z předních rizikových faktorů PPD (Al-abri et al., 2023). Yim a kol. (2015) ve svém přehledovém článku poukazují na rozdílnost závěrů jednotlivých studií. Různé druhy stresujících událostí mohou hrát rozdílné role při vzniku PPD a výsledky studií zkoumající rizikové faktory poporodní deprese se mohou lišit podle toho, na které události v životě ženy se zaměřují. Qobadi a kol. (2016) ve své studii na 3 695 ženách odhalili, že mezi nejopakovanější stresory v průběhu těhotenství patřily tyto události: stěhování na nové

místo (32 %), časté hádky s partnerem (27,9 %), onemocnění někoho blízkého (27,2 %), problémy s placením účtů (23 %) a smrt někoho blízkého (21,2 %). Více než polovina žen (52,2 %) uvedla jeden až tři stresující zážitky v průběhu těhotenství a pouze 28,1 % žen neuvedla žádnou stresovou událost během těhotenství. Celková prevalence vzniku poporodní deprese v této studii byla 14,8 %. Prevalence vzniku poporodní deprese u žen, které uvedly nějakou ze stresujících událostí během těhotenství, byla vyšší (18,9 %) než u žen, které neuvedly žádnou stresující událost v průběhu těhotenství (4,9 %).

O'Hara a Wisner (2014) uvádí, že je možné rizikové faktory poporodní deprese rozdělit do tří hlavních kategorií: předchozí zkušenost s duševním onemocněním, životní stres a nekvalitní sociální vztahy. Tyto kategorie rizikových faktorů lze aplikovat i jako rizikové faktory rozvoje depresivní poruchy mimo poporodní období. Toto rozdělení však nezahrnuje rizikové faktory specifické pro PPD. Mezi tyto faktory lze řadit porod císařským řezem, poruchy spánku a jeho snížená kvalita v době po porodu, poporodní anémie, negativní poporodní zkušenosti, porod více dětí najednou, porod předčasně narozeného dítěte nebo porod dítěte s nízkou porodní váhou (Zhao & Zhang, 2020). Porod je pro ženu prvorodičku něčím novým a neznámým, kromě psychické vulnerability je vystavena také možnosti fyzického zranění a v nejhorším případě i možnému riziku smrti (Simkin, 1992). Negativní porodní zkušenost je rizikovým faktorem poporodní deprese. U žen, které rodily císařským řezem, byla vyšší míra vzniku PPD než u žen, které rodily vaginálně (Urbanová et al., 2021; Zhao & Zhang, 2020).

### **1.3.1. Poporodní blues jako rizikový faktor poporodní deprese**

Poporodní blues (PPB), v literatuře se můžeme setkat také s názvy Maternity blues nebo Baby blues (Raboch et al., 2015), je označením pro mírnou a přechodnou poruchu nálady (O'Hara, & Wisner, 2014), během které je zasaženo každodenní fungování matky (Yim et al., 2015). S ohledem na mírnost projevů není PPB zahrnuto v žádném oficiálním diagnostickém systému, což vede k jeho nejednotnému vymezení. Mezi tyto projevy lze řadit podrážděnost, plačtivost, vyčerpání, rychlé změny a střídání nálad, úzkost týkající se rodičovství a poruchy spánku (Kennerley, & Gath, 1989; Ratislavová, 2008). Poporodní blues má mírný klinický průběh, nevyžaduje léčbu a není překážkou pro vytvoření vztahu mezi matkou a dítětem (Takács et al., 2016).

Prevalence výskytu PPB je udávána v širokém rozpětí od 15,3 % (Murata et al., 1998) do 80 % (Nonacs & Cohen, 1998). Důvodem tohoto širokého rozpětí mohou být rozdíly v kritériích pro určení výskytu poporodního blues u matky, kvůli jeho nejednotnému vymezení a možným rozdílům ve skupině měřených žen (Kennerley, 1989). K zaznamenání příznaků dochází nejčastěji ve třetím až pátém dni po porodu. Tyto příznaky následně samovolně odezní do dvou týdnů. Na rozdíl od poporodní deprese se mohou vyskytovat v tomto období i dny, kdy se rodička cítí naprosto v pořádku (American Psychiatric Association, 2013).

Mezi rizika poporodního blues se řadí možný následný přechod této poruchy nálad po porodu do poporodní deprese (Al-abri et al., 2023; Šebela et al., 2018; Zhao & Zhang, 2020). Intenzivní forma poporodního blues je rizikovým faktorem poporodní deprese (Takács et al., 2016; Watanabe et al., 2008). Henshaw a kol. (2004) na základě výsledků své studie dokonce uvádějí, že intenzivní forma poporodního blues téměř trojnásobně zvyšuje riziko výskytu poporodní deprese. Ačkoli tedy poporodní blues nejčastěji sám odezní, je nutné jeho vývoj sledovat pro zamezení rozvinutí závažnější poruchy ve formě poporodní deprese (Šebela et al., 2018).

#### **1.4. Dopady poporodní deprese**

U žen s poporodní depresí se oproti ženám bez poporodní deprese objevuje vyšší míra vnímaného stresu (Wang et al., 2005). Mají více finančních problémů a jsou vystavovány většímu množství negativních událostí v životě. Ženy s PPD nadále popisují vyšší míru sociálních problémů a problémů ve vztazích (Vliegen et al., 2013). Současně však ženy s poporodní depresí vnímají nižší míru sociální podpory od okolí (Wang et al., 2005). Mohou pocítovat vyšší potřebu podpory ze strany svého partnera, který pak také může zastupovat opatrovatelskou roli matky ve vztahu k dítěti (Letourne et al., 2012).

Ženy, kterým byla PPD diagnostikována, se mohou později v životě potýkat s velkou depresivní epizodou (Pope & Mazmanian, 2016). Až ve 40 % případů může také dojít k opakovanému výskytu poporodní deprese v dalším těhotenství (Parise et al., 2021). To může být důvodem změny v plánování dalších těhotenství a negativně ovlivnit chuť pořídit si dalšího potomka. Ženy se mohou ze strachu z opakovaného projevení poporodní deprese rozhodnout další děti nemít a případně volit sterilizaci nebo potrat (Peindl et al., 1995). Poporodní deprese je také úzce spojena se zvýšeným rizikem

sebevraždy matky (Choo et al., 2017). Častěji se u nich vyskytují rizikové formy chování, kterými jsou například myšlenky na sebevraždu nebo jiné formy ublížení sami sobě, například sebepoškození (Pope et al., 2013).

Poporodní deprese má negativní dopad nejen na ženu samotnou, ale také na jejího potomka (Goodman & Gotlib, 1999; O'Higgins et al., 2013). Matky s poporodní depresí mohou vůči svému dítěti pociťovat zlost a být agresivnější. Mohou hůře reagovat na jeho potřeby a selhávat v mateřské roli (Ratislavová, 2008). Mohou vnímat péči o něj jako náročnější (Kumart et al., 1984) a v důsledku se o něj nedostatečně starat (Goodman & Gotlib, 1999; Tarkka et al., 1999). Vykazují také menší citlivost vůči dítěti a tím narušují jejich společnou citovou vazbu. Může tedy dojít k narušení citové vazby matky vůči dítěti, takzvanému bondingu, a citové vazby dítěte vůči matce, takzvanému attachmentu (Letourne et al., 2012; Lilja et al., 2012). PPD u ženy tak může představovat rizikový faktor pro nejistou vazbu mezi matkou a dítětem (Stein et al., 2014). Pro dítě představuje přítomnost PPD u jeho matky riziko zhoršeného vývoje v oblasti fyzického a motorického vývoje (Koutra et al., 2012), kognitivního vývoje (Chen a kol., 2013), sociálního a emočního vývoje. Je u něj také zvýšené riziko rozvoje psychosociální a emočních poruch (Letourneau et al., 2012; Pope & Mazmanian, 2016; Walker a kol., 2013). PPD u matek má negativní vliv na výšku dítěte a jeho přibývání na váze v prvních pěti letech jeho života (Fariás-Antúnez et al., 2018).

### **1.5. Poporodní deprese u mužů (otců)**

Ačkoli se tato práce zaměřuje na PPD u žen, je zde důležité zmínit také možný nástup poporodní deprese u mužů (Letourne et al., 2012). I pro muže je porod jejich partnerky náročnou a stresující událostí, ze které mohou mít strach a obavy. Poporodní deprese se projevuje u 10,4 % mužů v prvním roce po narození dítěte, nejčastěji pak mezi třetím a šestým měsícem (Paulson & Balzamore; 2010). Oproti ženám se tak u mužů projevuje PPD později (Goodman, 2004).

Rizikové faktory vzniku PPD u mužů se podobají rizikovým faktorům PPD u žen. Řadí se mezi ně psychické poruchy v minulosti, nechtěné těhotenství jejich partnerky, nespokojenost v partnerství, nižší dosažené vzdělání, vysoká míra vnímaného stresu a stresující životní události, nízká míra sociální podpory a nízká rodičovská self-efficacy (Ansari et al., 2021; Duan et al., 2020; Wang et al., 2021; Yim et al., 2015). Dalším rizikovým faktorem je stres vyvolaný očekáváním společnosti, zvýšením míry

zodpovědnosti a tlakem na muže jako na zaopatřovatele rodiny a stres vyvolaný nespokojeností v manželství (Letourne et al., 2012).

Pokud se PPD vyskytuje u ženy, jedná se o rizikový faktor rozvoje poporodní deprese u jejího partnera (Duan et al., 2020). Dle přehledového článku Goodman (2004) může 24 % až 50 % mužů zažívat poporodní depresi v případě, že toto onemocnění zažívá i jejich partnerka. Označuje tak tento rizikový faktor za nejsilnější prediktor vzniku poporodní deprese u mužů. Vztah mezi vznikem PPD u žen (matek) a PPD u mužů (otců) nelze považovat za kauzální, ovšem provázanost duševního zdraví mezi oběma partnery se zde značně projevuje (Ansari et al., 2021; Goodman 2004).

Muž obvykle po narození svého dítěte vyhledává emoční podporu (Zelkowitz & Milt, 1997), pokud ovšem jeho partnerka má symptomy poporodní deprese, její partner se na ní nemůže plně spolehnout a nalézt tak v ní potřebnou oporu (Goodman 2008). Jednotliví členové rodiny (a tedy i partnerského vztahu) mají vliv na prožívání emocí (Almeida et al., 1999). Výskyt příznaků deprese u jednoho z partnerů snižuje prožívání pozitivních emocí (např. štěstí, radost) u druhého partnera (Thompson & Bolger, 1999).

Jako následek poporodní deprese u mužů je pak popisován negativní vliv na interakci otce s potomkem (Goodman 2008), čímž může dojít k negativním dopadům na zdraví, wellbeing a vývoj potomka v kognitivní, emoční a behaviorální oblasti. Tyto dopady se tedy podobají projevům PPD u žen. Poporodní depresi u mužů, stejně jako u žen, je nutné rozpoznat a snížit její možné dopady na fungování rodiny (Ansari et al., 2021; Letourneau et al., 2012).

## **2. Sociálních sítě**

Tato kapitola se zaměřuje na vliv podpory poskytované sociálními sítěmi. Pojem sociální síť pocházející ze sociologie lze definovat několika způsoby. Emirbayer a Goodwin (1994) jej definují jako skupinu sociálních vztahů nebo sociálních vazeb mezi skupinou aktérů, které je navzájem propojují. Z psychologického hlediska lze pojem sociální síť definovat jako blízké vztahy mezi jednotlivými lidmi (Hammer, 1984). Sociální síť se vyznačují strukturálními vazbami mezi jedincem, který se nachází v centru této sítě, a ostatními jedinci v okolí jeho sítě vazeb (Umberson et al., 2010). Sociální vztahy lze rozlišovat z hlediska jejich struktury, tedy sociální síť, a jejich funkce neboli sociální podporu (House, 1987). Pojem sociální podpora se tedy

týká funkčního obsahu v sociálních vztazích, oproti tomu pojem sociální síť souvisí s formální strukturou sociálních vztahů (tj. velikost, složení a frekvence kontaktu s druhými) (Prince et al., 2007).

Studie zaměřené na zkoumání sociálních sítí se převážně zaměřují na síť sociálních vztahů kolem jednotlivce. Zaměřují se tak na jeho kontakty a vazby a jejich konkrétní charakteristiky (např. blízká vazba, vzdálená vazba, přítel, příbuzný). Oproti tomu studie zaměřené na sociální podporu hodnotí kvalitu a kvantitu těchto vztahů (Smith & Christakis, 2008). Studie sociálních sítí považují vazby samotné za předmět zkoumání, zaměřují se na vzájemné vztahy s explicitním zaměřením na konkrétní síť (Smith & Christakis, 2008). Sociální sítě ovlivňují zdraví jedinců skrze poskytování sociální podpory (jak vnímané, tak i skutečné), sociální vliv (např. normy, sociální kontrola), sociální angažovanost, kontakty mezi lidmi a skrze přístup ke zdrojům (např. informace, materiální zajištění) (Berkman. & Glass, 2000).

Vazby a kontakty mezi lidmi ve společnosti lze dělit na primární a sekundární skupiny. Primární skupiny jsou obvykle malé, neformální, intimní a trvalé. Příkladem mohou být rodinné a příbuzenské vazby nebo přátelské vztahy. Jedná se o osoby, ke kterým jsou jedinci citově poutáni a považují je za důležité nebo ovlivňující jejich život. Sekundární skupiny bývají větší, více formální a jejich členové mohou být méně informovaní o osobních informacích ostatních členů této skupiny. Hranice sekundární skupiny je také více propustná, jednotliví členové ji mohou dle vlastního uvážení a na základě uvážení ostatních členů opouštět a vstupovat do ní (Thoits, 2011).

Sociální vztahy mohou být protektivním nástrojem pro zvládání negativních účinků stresu. Lidé vystavení stresujícím životním událostem se lépe vyrovnávají se stresory, které na ně působí, když jsou podporováni ostatními (Cohen & Wills, 1985). Sociální vztahy zároveň vytvářejí prostředí, ve kterém si lidé mají možnost vytvářet návyky, které pak mohou následně chránit a podporovat jejich zdraví (např. návyk pravidelné návštěvy lékaře). Podporují také pocit sounáležitosti, což může chránit jedince před celkovou psychickou nepohodou (Cohen, 2004; Cohen et al., 2000; Umberson et al., 2010).

## **2.1. Rodinné vztahy**

Jednou z funkcí rodiny je začlenění jedince do rodinné struktury. Poskytnutí jedinci pocitu sounáležitosti, osobní a sociální identity, smyslu a směru života. Druhou funkcí

je zajištění ekonomické podpory, tedy zabezpečení základních lidských potřeb, jakými jsou například potrava, střecha nad hlavou a oblečení. Třetí funkcí je péče, vzdělávání a socializace. Zajištění psychického i fyzického rozvoje jednotlivých členů rodiny (dětí i dospělých) a zvnitřnění sociálních hodnot společnosti. Za čtvrtou funkci lze označit ochranu zranitelnějších členů rodinného soužití. Podpořit a postarat se o mladé, nemocné, nemohoucí a jinak znevýhodněné členy rodiny (Patterson, 2002).

Vztahy s rodinnými příslušníky jsou významné pro duševní pohodu jedince v průběhu celého života (Cohen, 2004). Rodinné vztahy poskytují zdroje, které mohou jedinci napomoci k vyrovnávání se se stresem, pomáhají tvořit zdravé návyky a mohou podporovat zdravější chování (Cohen, 2004). Tyto faktory pak mohou vést k jeho vyšší vnímané pohodě (Thomas et al., 2017). Jedinci, kterým se dostává podpory od jejich rodinných příslušníků, mohou pociťovat větší míru vlastní hodnoty, ta může být zdrojem optimistického náhledu na svět a události v něm a mít tak pozitivní vliv na duševní zdraví (Symister & Friend, 2003). Rodinné vztahy mohou mít na člověka ovšem i negativní dopad. Špatná kvalita vztahů, intenzivní péče o další členy rodiny a rozpad manželství působí jako stresory, které následně mohou negativně ovlivnit duševní pohodu jedince (Thomas et al., 2017).

## **2.2. Přátelské vztahy**

Přátele lze definovat jako osoby, které vyhledáváme a udržujeme s nimi kontakt, máme s nimi navázané citové pouto a sdílíme s nimi své životy. (Dunbar, 2018). Přátelé obvykle sdílí podobné hodnoty a zájmy (Cocking & Kennet, 1998). Stabilita a počet přátelství se v průběhu života mění (Dunbar, 2018). V období mladé dospělosti mají jedinci v průměru širší síť přátel, než ve starší dospělosti (Dunbar, 2018). K úbytku přátel dochází okolo 30. roku jedince. Možným vysvětlením je nárůst pracovních a rodinných povinností, ty snižují čas a emoční kapitál, který by bylo možné přátelům věnovat (Gillespie et al., 2015).

Přátelské vztahy mohou existovat v různých kontextech v průběhu celého života, od útlého dětství ve školce a následně ve škole, na pracovištích, v různých komunitních skupinách, mezi sousedy, ale také v rámci rodinného kruhu. Kvalita a stupeň blízkosti v přátelských vztazích se mohou lišit, může se jednat o různé formy neformálních vztahů od známého až po velmi blízký vztah s jedincem (Demir et al., 2010). Jako kvalitní přátelský vztah lze považovat ten, který zahrnuje vzájemnou podporu druhého,

péči o něj, trávení společného času, intimitu a validizaci druhého (Flannery & Smith, 2017). V přátelství se může nacházet míra blízkosti, která člověku umožňuje odhalit jeho osobní problémy, přání a touhy, ale také vyhledat pomoc nebo radu v případě nějakého problému (Demir et al., 2010).

### **2.3.Partnerské vztahy**

Partnerské vztahy hrají v životě velké části lidí významnou roli a jejich kvalita ovlivňuje duševní zdraví obou partnerů (Kasalová et al., 2020; Whisman & Baucom, 2011). Proto, aby se člověk cítil v partnerském vztahu dobře, je potřeba, aby nabyl pocitu, že mu jeho partner rozumí a má v rámci daného vztahu dostatek příležitostí vyjádřit ústřední aspekty svého vlastního já. Důležité je také aby věřil, že jej partner vnímá a oceňuje (Oishi et al., 2010).

Negativní a nepodporující chování ve vztahu má negativní vliv na duševní zdraví partnerů (Whisman & Baucom, 2011). Problémy ve vztahu mohou být značně stresující, zejména pokud jsou tyto problémy závažné či chronické. Míra přizpůsobení se v manželství vysoce koreluje s mírou vnímaného stresu (Funk & Rogge, 2007). Vzhledem ke skutečnosti, že prožívaný stres souvisí se vznikem psychických problémů a onemocnění, mohou neshody ve vztazích působit jako stresor, který následně zvyšuje pravděpodobnost vzniku problémů s duševním zdravím. Dalším způsobem nahlížení na souvislost mezi psychickým onemocněním a partnerským vztahem je zaměření se na vliv duševního onemocnění jednoho z partnerů na partnerský vztah. Problémy s duševním zdravím mohou zvýšit pravděpodobnost vzniku neshod ve vztahu (Benazon & Coyne, 2000).

Na základě výzkumu provedeném Whismanem (2007) bylo poukázáno, že na manželskou tíseň a neshody ve vztahu má vliv psychiatrické onemocnění jednoho z partnerů. Problémy s duševním zdravím jednoho z partnerů mohou navýšit pravděpodobnost nesouladu ve vztahu. Ačkoli se někteří partneři dobře přizpůsobí nastalým změnám, pro jiné tyto změny, které jsou způsobené problémy s duševním zdravím u jednoho z partnerů, mohou být zdrcující. To může následně vést ke snížení přijímané i nabízené podpory a může dojít též ke zvýšení vzniku konfliktů ve vztahu. Autor také zmiňuje manželskou tíseň v kontextu přibývajících věku. Lidé více cení a vnímají emocionální vztahy s tím, jak stárnou. Uvědomují si čím dál více omezený čas, který jim v životě zbývá (Whisman, 2007).

## 2.4. Sociální podpora

Sociální síť lze považovat za jednu z podmínek k poskytnutí pomoci či podpory (Berkman. & Glass, 2000). Velikost sociální sítě má pozitivní vliv na subjektivně vnímanou osobní pohodu (wellbeing) jedincem (Xing-Min, 2014). Sociální síť jedince tak označuje vztahy, díky kterým se mohou tito lidé dostat k různým zdrojům podpory (např. finanční pomoc, emoční podpora atd.). Pomocí vnímané podpory a podpůrné sociální sítě mohou řešit své problémy, krizové události a situace. Udržovat tak běžný průběh každodenního života (Xing-Min, 2014). Sociální podpora je nejčastěji zprostředkovávána (romantickým/intimním) partnerem, rodinnými příslušníky nebo jinými blízkými lidmi (přáteli, sousedy a kolegy) (Bodenmann & Randall, 2013).

Sociální podporu lze rozlišit na různé druhy dle formy, kterou je poskytována. Například dle českého autora Křivohlavého (2010) rozlišuje sociální podporu na instrumentální (materiální) která spočívá v poskytnutí finančního a materiální podpory. Dále pak na podporu informační, ta započíná už u naslouchání, pochopení a porozumění. Jako třetí druh sociální podpory pak autor uvádí emocionální podporu, která se projevuje poskytnutím a zprostředkováním pozitivních emocí, díky čemuž jedinec získá pocit sounáležitosti a sebevědomí, pocit vlastní hodnoty a sociální soudružnosti, což umožňuje jedinci mít s kým trávit čas a tím i rozptýlit negativní myšlenky a poskytnout tak jistou míru úniku před problémy. Sociální podporu lze označit za potřebu klíčovou nejen pro přežití jedince, ale také pro jeho zdraví a psychickou pohodu. Konkrétně tak lze zmínit potřebu sociálního kontaktu, komunikace, přátelského vztahu, sociálního bezpečí, přijetí, potřebu laskavosti, soucítění, empatie a lásky (Křivohlavý, 2010).

Sociální podporu lze rozdělit také pouze na dva typy. Prvním typem je emoční podpora. Tu lze popsat jako projevy lásky, úcty, empatie, povzbuzení a uznání vůči člověku. Příkladem emocionální podpory je poskytování pozitivní zpětné vazby nebo dávání možnosti mluvit o problému. Druhým typem je podpora instrumentální, ta zahrnuje nabídnutou nebo poskytnutou pomoc při řešení problému. Příkladem instrumentální podpory může být pohlídnání dětí nebo nabídnutí pomoci s pracemi v domácnosti. Lze předpokládat, že instrumentální podpora je tak nejúčinnější při zmírňování stresu (Thoits, 2011). Dle jiných autorů se však z dlouhodobého hlediska jako nejúčinnější ukazuje podpora emocionální (Séguin et al.,1999). Tyto dva typy podpory lze dále rozlišit na podporu přijímanou, zahrnující skutečné poskytnutí

podpory, a podporu vnímanou, tedy přesvědčení jedince, že je pro něj podpora od okolí v případě potřeby k dispozici. Účinky vnímané podpory jsou silnější a trvale příznivé pro duševní zdraví (Thoits, 2011).

Dimenze sociální podpory zahrnují subjektivní, objektivní a dostupnou podporu. Subjektivní podpora odráží míru spokojenosti tím, jak je jedinec respektován a podporován. Objektivní podpora zahrnuje praktickou míru podpory, kterou je mu sociální síť schopná poskytnout (finanční zabezpečení, zajištění životních potřeb). Dostupnost podpory se týká její přístupnosti a účinnosti při řešení rozličných událostí v životě jedince (Xie et al., 2009).

### **2.5.Vliv sociálních sítí na vznik deprese**

Sociální podpora je důležitým faktorem, který má vliv na vznik a rozvoj deprese (Thoits, 2011). Vnímanou podporu lze dle některých autorů považovat za důležitější než podporu poskytovanou (Santini et al., 2015). Vnímaná emocionální podpora je podle nich konzistentním ochranným faktorem proti vzniku deprese napříč populací (Santini et al., 2015). Nízká kvalita mezilidských vztahů je naopak rizikovým faktorem vzniku deprese v průběhu celého života (Hammen, 2003). Chronické konflikty a zanedbávání v kontextu blízkých vztahů představují riziko pro zhoršení duševního zdraví (Repetti et al., 2002). Nízká kvalita mezilidských vztahů přispívá k riziku rozvoje deprese, konkrétně u žen to mohou být životní výzvy jako například rozvody nebo manželské obtíže, má-li žena manžela s psychiatrickými poruchami, problematické vztahy s potomky či vysoký výskyt poruch a další události zvyšující osobní míru stresu (Hammen, 2003).

Přátelské, partnerské a rodinné vztahy mohou sloužit jako ochranný faktor, který snižuje riziko rozvoje deprese. Jednotlivé zdroje podpory se ovšem mohou lišit. Almeida a kol. (2011) ve své studii poukazují na skutečnost, že ačkoli přátelské i rodinné vztahy jsou protektivními faktory, podpora ze strany rodiny hraje větší roli (přátelské vztahy: OR 0,48; 95% CI: 0,35-0,65; rodinné vztahy: OR 0,67; 95% CI: 0,52-0,87).

V dospělosti se pak jeví jako výraznější protektivní faktor před vznikem deprese podpora za strany manžela/partnera než rodinných příslušníků (Okun & Keith, 1998; Simon & Barrett, 2010). V tomto období se také jeví jako silnější ochranný faktor emocionální podpora než podpora instrumentální. Emocionální podpora, například mít

možnost někomu se svěřit, může přímo snížit vnímání tíživé situace (Gariépy et al., 2016). Naopak instrumentální podpora, jako například výpomoc s domácími pracemi nebo pomoc v krizové či náročné situaci, prospívá duševnímu zdraví nepřímo tím, že jedinci poskytuje oddech od chronického a akutního stresu (Gariépy et al., 2016).

Lze také poznamenat, že stejně jako nespokojenost ve vztahu může mít vliv na výskyt či přetrvávání psychopatologických příznaků a depresivních syndromů, tak i výskyt deprese u jednoho z partnerů může vést k nespokojenosti ve vztahu (Benazon & Coyne, 2000). Partneri mají totiž schopnost ovlivňovat navzájem své emoce a prožívání (Butler & Randall, 2012). Partner se symptomy deprese může mít potíže odpoutat se od sám sebe a vlastního prožívání, od egocentrického vnímání sebe, a vnímat svého partnera natolik, aby porozuměl i jeho prožívání situace. Má sníženou schopnost soustředit se na jeho myšlenky a pocity, rozumět jim a reagovat na ně. Spojení mezi psychiatrickými poruchami a vztahovou pohodou je tak oboustranné (Bodenmann & Randall, 2013). Neshody v partnerském vztahu mohou být spojeny s psychopatií a vést následně k horším výsledkům při poskytování individuální léčby jednomu z partnerů. Pokud je však intervence zaměřena na oba partnery a dojde k nastavení jasného cíle dané intervence, je léčba psychopatie účinnější a dojde také ke snížení vztahové neshody (Bodenmann & Randall, 2013; Whisman & Baucom, 2011).

Pro snižování deprese u jednoho z partnerů lze využít párovou terapii. Ta dokáže snížit výskyt negativních emocí mezi partnery a tím zmírnit vliv negativních účinků těchto emocí na vznik symptomů deprese a deprese samotné (Butzlaff & Hooley, 1998). Partnerský pár může mít prospěch z tohoto společného přístupu, kdy je každý z partnerů vnímán jako faktor přispívající k zotavovacímu procesu. Role partnera je v terapii často vnímána jako zdroj sociální podpory a ačkoli jsou duševní poruchy nejčastěji považovány za individuální problém, jsou tedy léčeny s pomocí individuálních přístupů, někteří terapeuti partnera do terapeutického procesu zahrnují (Bodenmann & Randall, 2013).

### **3. Sociální síť a poporodní deprese**

Sociální síť jsou důležitým zdrojem podpory (Berkman. & Glass, 2000). Tato kapitola se proto zaměřuje na sociální podporu, kterou poskytuje rodina, přátelé, partner a jiní blízcí lidé. Velké množství studií a literatury se věnuje souvislostem mezi sociální podporou a vznikem poporodní deprese u žen. Na tento faktor lze nahlížet více způsoby. Sociální podpora může působit jako přímý ochranný prvek, který chrání ženu před vznikem poporodních obtíží (Dennis & Ross, 2006). Může se však jednat také o faktor chránící ženu před životním stresem, který sám o sobě je rizikovým faktorem poporodní deprese (Reid & Taylor, 2015).

#### **3.1.Vliv podpory od sociální sítě ženy na vznik poporodní deprese**

Jak již bylo uvedeno výše, těhotenství, porod a poporodní období jsou pro ženu náročná životní období (Bjelica et al., 2018). Může dojít k četným psychickým a fyzickým výzvám a žena tak potřebuje veškerou podporu, kterou jí rodina, blízcí přátelé a zdravotníci mohou poskytnout (Taştan & Demiröz, 2018). Kvalitní sociální vztahy mohou fungovat jako protektivní faktor prostřednictvím toho, že posilují kompetenci a sebevědomí ženy. Podporují její sebedůvěru a chrání ji, jak již zaznělo, před případným stresem každodenního života, který s sebou může neustálá péče o nově narozeného potomka nést (Beck, 2001; Yim et al., 2015). Podpora ženy během porodu a po něm posiluje její pozitivní zkušenost s porodem, její sebevědomí a důvěru v sebe samotnou jako v rodiče (Beck, 2001; Tani & Castagna, 2016; Urbanová et al., 2021). Ukazuje se, že podpora od partnera, přátel a rodiny je významným protektivním faktorem proti PPD, vnímání této podpory se však může lišit na základě rodinné konstelace (tzv. jeli žena vdaná nebo ne) (Reid & Taylor, 2015).

Sociální podpora hraje příznivou roli při snižování rizika vzniku poporodní deprese (Reid & Taylor, 2015; Xie et al., 2009), má také vliv na vnímání stresu a nepříjemných pocitů po porodu (Beck, 2001; O'Hara & Swain 1996; Robertson et al., 2004). Sociální podpora může sama o sobě působit jako protektivní faktor, a snižovat tak riziko vzniku poporodní deprese (Reid & Taylor, 2015). Samotná podpora však nemusí stačit na neutralizaci vlivu negativních stresorů v životě ženy. Na sociální podporu lze nahlížet jako na prvek chránící ženu před stresem, který má vliv na vznik deprese po porodu (Yim et al., 2015). U žen, které vykazují nižší míru sociální podpory je vyšší riziko vzniku poporodní deprese (Beck, 2001; Robertson et al, 2004). Nedostatečná sociální

podpora je tak označována za jeden z rizikových faktorů PPD (Al-abri et al., 2023; Beck, 2001; Zhao & Zhang, 2020, Wang et al., 2005).

Dále je důležité poukázat na rozdíl mezi skutečnou a vnímanou podporou. Pokud vnímá žena nedostatek podpory od okolí, ačkoli tomu tak ve skutečnosti být nemusí, je u ní zvýšené riziko rozvoje poporodní deprese (Yim et al., 2015). Je tedy důležité zmínit, že depresivní jedinci mohou vnímat věci v jejich životě negativněji, a to včetně poskytované sociální podpory od okolí (Robertson et al., 2004). Studie provedená v Polsku (Żyrek et al., 2024) poukázala na to, že vyšší vnímaná dostupná podpora (instrumentální i emocionální), reálně získaná podpora a spokojenost ženy s touto podporou, souvisí s nižším rizikem poporodní deprese. Naopak vyšší riziko PPD souvisí s vyšší potřebou podpory (Żyrek et al., 2024).

Kvalitativní studie vycházející ze vzpomínek žen na depresi v poporodním období poukazuje na rozdílnou potřebu sociální podpory u žen s PPD a bez PPD (Letourneau et al., 2007). Účastnice výzkumu popsaly řadu potřeb (instrumentální, emocionální, afirmační a informační), které byly podobné jako u žen bez PPD. Popsaly však specifické potřeby, které byly spojeny se zkušeností s poporodní depresí. Za nejpodstatnější považovaly instrumentální podporu a informační podporu. Afirmační podporu vnímaly jako nejhodnotnější od někoho, kdo je měl možnost nejlépe pochopit, tedy od jiných matek, které měly s PPD zkušenost. Ženy s PPD potřebovaly někoho, kdo je vyslechl, uznal obtížnost jimi prožívaného období, uklidňoval je, že si jako matky vedou dobře, ujistil je o obvyklosti pocitů, které prožívají, a dal jim naději na možné zlepšení tohoto stavu. Za klíčové zdroje podpory označovaly partnery, rodinu, přátele, jiné matky a poskytovatele zdravotní péče. Studie také poukazuje na důležitost dostupnosti a přístupnosti podpory pro ženy (Letourneau et al., 2007).

Dle australské studie od Webster et al. (2000) ženy, které uvedly nízkou vnímanou podporu v době těhotenství, častěji uváděly horší zdravotní stav během těhotenství a v době po něm než ženy, které vnímaly dobrou a kvalitní sociální podporu od okolí. Ženy s nízkou sociální podporou se pak také později hlásily do prenatální péče a vyhledávaly lékařskou pomoc. Dále byly více depresivní v době po porodu než ženy s podporou od okolí.

Vnímání sociální podpory poskytované od okolí může být také podmíněno kulturně (Klainin & Arthur, 2009). Zatímco studie v provedená v západních kulturách poukazují

na větší individualitu u matky v poporodním období, v asijských kulturách matky více spoléhají na podporu od své matky, partnera a tchýně (Klainin & Arthur, 2009). V některých kulturách, kde rodinám více záleží na pohlaví narozeného dítěte (a příbuzní upřednostňují narození dítěte mužského pohlaví před potomkem ženského pohlaví), je narození dívky spojeno se zvýšeným rizikem vzniku poporodní deprese u ženy (Xie et al., 2009). To je pravděpodobně částečně způsobeno nižší podporou ze strany rodiny (Yim et al., 2015).

Taştan a Demiröz (2018) ve své studii sledovali vliv vnímané podpory od okolí ženy na vznik poporodní deprese s pomocí sebeposuzovací škály na zachycení symptomů poporodní deprese EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) (Cox et al., 1987) a MSPSS (Multidimensional Scale of Perceived Social Support) (Zimet et al., 1988), škály na zaznamenání vnímané sociální podpory od rodiny, přátel a jiných blízkých lidí. Výzkum byl proveden na 110 ženách s průměrným věkem 28,8 let. Mezi těmito dvěma použitými dotazníky byla nalezena negativní korelace, tedy že ženy, u kterých bylo vyšší riziko poporodní deprese dle EPDS, vnímaly nižší míru podpory naměřené na sebeposuzovací škále MSPSS. Obdobné výsledky ukazuje i jiná studie, která byla provedena na 200 matkách ve věku od 18 do 35 let v období mezi čtvrtým a osmým týdnem po porodu a byla u nich zjištěna prevalence poporodní deprese 22 % (Akbari et al., 2020). PPD byla měřena pomocí sebeposuzovací škály EPDS, a i zde byl cut-off skóre 13. Pokud žena v EPDS dosáhla skóre 13 a výše, bylo u ní vyšší riziko vzniku PPD. Pro měření vnímané sociální podpory byl stejně jako u předchozí studie využit dotazník MSPSS. Ze skupiny žen s PPD 73,3 % uvedlo nízkou vnímanou podporu, 27,8 % průměrnou vnímanou podporu a pouze 13,7 % uvedlo vysokou míru vnímané podpory. Oproti tomu ženy, u kterých depresivní symptomy po porodu nebyly zaznamenány, uváděly vysokou míru vnímané podpory (Akbari et al., 2020).

Vznik poporodní deprese může také souviset s počtem blízkých osob, které tuto podporu poskytují. Dle studie Surkan a kol. (2006) u žen, které mají dva a více blízkých přátel nebo příbuzných, je nižší riziko výskytu depresivních symptomů po porodu než u žen, které uváděly nulový počet přátel nebo příbuzných. Ženy, kterým se v době třech týdnů po porodu dostalo emoční podpory od více osob, byly méně ohroženy vznikem depresivních symptomů šest měsíců po porodu (Séguin et al., 1999). Naopak konflikty a neshody ve vztazích mohou vést ke zhoršení stavu duševního zdraví. Další studie ukázala, že počet konfliktů se členy sociální sítě během prvního měsíce po porodu

dlouhodobě ovlivňuje duševní zdraví matky. Matky, které tři týdny po porodu uváděly časté konflikty se členy sociální sítě, byly v šesti měsících po porodu častěji depresivnější (Séguin et al., 1999).

### **3.2.Vliv partnera na vznik poporodní deprese**

Vztah s partnerem může pomoci zmírňovat stres z péče o potomka a snížit tak hladinu stresu, kterou matka prožívá (Robertson et al. 2004). Má-li žena podporu ve svém partnerovi, může to na ní mít pozitivní vliv po porodu a působit tak jako protektivní faktor vůči rozvoji PPD (Kızılırmak et al., 2020; Yim et al., 2015). Jedná o konzistentní a významný ochranný faktor před vznikem poporodní deprese (Dennis & Ross, 2006; Dennis & Letourne, 2007). I v případech, kdy žena trpěla depresí v průběhu těhotenství, se díky podpůrné roli partnera podařilo minimalizovat tyto depresivní symptomy v postnatálním období (Edwards et al., 2012). Deprese v průběhu těhotenství se totiž projevuje jako jeden z výrazných rizikových faktorů vzniku poporodní deprese (Milgrom et al., 2008; Rich-Edwards et al., 2006). V případě rozvinuté PPD u ženy, jí může pomoci přítomnost podporujícího partnera/manžela, který poskytuje emocionální podporu a pomáhá ženě příznaky PPD zvládat (Letourne, 2007).

Pokud se ženě nedostává podpory od partnera/manžela během doby po porodu, je u ní větší pravděpodobnost vzniku poporodní deprese (Denis & Ross, 2006). Dle studie z roku 2014, která byla provedena na 450 ženách, které byly téměř všechny vdané (99 %), byla prevalence PPD 17,8 %. Nepodporující partner byl druhým nejsilnějším rizikovým faktorem vzniku poporodní deprese (OR = 2,5) hned po nejsilnějším rizikovém faktoru PPD, kterým byla poporodní deprese v rodinné anamnéze (OR = 3,1) (Alasoom & Koura, 2014).

Vyšší riziko rozvoje symptomů PPD se objevuje u žen, které nežijí v manželství nebo žijí bez partnera (Shorey et al., 2018). Podpora ženy ze strany partnera má větší vliv na ochranu proti depresi u vdaných žen ve srovnání s vlivem podpory od přátel a rodiny. U svobodných žen je partnerská podpora stejně významná, jako podpora od přátel a rodiny. Dle této studie měly ženy v manželském svazku větší prospěch a více vnímaly podporu ze strany přátel a rodiny než ženy, které v manželském svazku nebyly (Reid & Taylor, 2015). Svobodné ženy uvádějí celkově nižší průměrnou podporu. To může podle autorů vysvětlovat, že svobodné ženy mohou vnímat nižší míru podpory a méně častý kontakt s rodinou, přáteli nebo partnerem ve srovnání s vdanými ženami

(Reid & Taylor, 2015). Dle některých autorů ženy, které žijí v manželském svazku nebo ve společném soužití s partnerem, mají méně příznaků PPD nebo nižší riziko rozvoje PPD ve srovnání s ženami, které žijí odděleně od svého partnera nebo během těhotenství partnerský vztah nemají (Yim et al., 2015). Studie provedené na specifických skupinách žen však tvrdí, že by na manželském statusu nezáleželo, vyvracejí. Pro ženy menšinového etnického původu nebo z nižší socioekonomické vrstvy byl manželský status ochranným faktorem (Segre et al., 2007).

Dle studie zaměřené na prediktory poporodní deprese byla u žen vyšší kvalita vztahu spojena s nižší pravděpodobností výskytu deprese v prvním roce po porodu (Akincigil et al., 2010). Tato studie zachytila ve vztahu tři faktory, které hrají roli. Prvním hlediskem je nechtěné těhotenství. Pokud otec dítěte s těhotenstvím své partnerky nesouhlasil, byla u žen větší pravděpodobnost rozvinutí deprese. Dalším hlediskem byla emoční podpora ženy. Pokud ženy tuto podporu vnímaly jako dostatečnou, měly nižší riziko, že se i u nich deprese objeví. Posledním zmíněným hlediskem byl výskyt domácího násilí/zneužívání ze strany partnera (Akincigil et al., 2010). Celá řada studií ukázala, že násilí ze strany partnera působí u ženy jako rizikový faktor poporodní deprese (Dennis & Ross, 2006; Kızılırmak et al., 2020; Paulson, 2020). Může se jednat o stresor, který je důsledkem výjimečné situace (Turner & Avison, 2003) nebo se jedná o chronický stresor ve vztahu (Adkins & Dush, 2010). Toto násilí se mnohdy v době těhotenství a porodu stupňuje a má tak významný dopad na vznik depresivních symptom (Gustafsson & Cox, 2012). Psychické, fyzické a sexuální násilí ze strany partnera před porodem i po porodu je tedy silným rizikovým faktorem poporodní deprese (Paulson, 2020).

Nedostatek sociální podpory od partnera, či jiných blízkých osob způsobuje vyšší riziko rozvoje poporodní deprese u matek ve srovnání s těmi, kterým se podpory od partnera a jiných blízkých dostává (Akbari et al., 2020). Některé studie poukazují pouze na nedostatek podpory od partnera jako na rizikový faktor vzniku PPD (Dennis & Ross, 2006), jiné jako rizikový faktor uvádějí nedostatek sociální podpory od partnera i od jiných blízkých osob (Dennis & Letourneau, 2007). Dle jiné studie, která analyzovala interakci mezi nedostatkem podpory ze strany partnera a podpory ze strany ostatních jako rizikový faktor pro PPD, bylo zjištěno, že matky, které mají podporu od druhých, ale nemají podporu partnera jsou rizikovou skupinou s možným výskytem PPD. Důvodem proč právě podpora ze strany partnera má vliv na vznik PPD může dle autorů

být faktor vyššího stresu v nukleární rodině (tzv. soužití muže, ženy a dětí), ve kterých partner působí jako podpůrný prvek pro svou partnerku (Yamada et al., 2020).

## **4. Návrh výzkumu**

### **4.1.Cíl výzkumu**

Cílem navrhovaného výzkumu je testovat, zda je rozdílné riziko rozvoje poporodní deprese u žen bez partnera a žen v partnerském vztahu a zda absenci partnerského vztahu mohou alespoň do určité míry substituovat rodinné či přátelské vztahy. Dále jsme se zaměřili na otázku, jakou roli v riziku vzniku PPD hraje partnerská spokojenost. Dosavadní výzkumy poukazují na sociální podporu ve vztazích jako na faktor hrající roli při vzniku poporodní deprese, ale také při jejich následné léčbě (Whisman & Baucom, 2011).

#### **4.1.1. Výzkumné otázky a hypotézy**

Výzkumná otázka 1:

Je u žen bez partnera vyšší riziko vzniku PPD než u žen s partnerem?

H1: Ženy bez partnera mají vyšší riziko vzniku PPD než ženy s partnerem.

Výzkumná otázka 2:

Je u žen s nižší partnerskou spokojeností vyšší riziko vzniku PPD než u žen s vyšší partnerskou spokojeností v partnerském vztahu?

H2: Partnerská spokojenost negativně koreluje s PPD.

Výzkumná otázka 3:

Dokáže absenci partnerského vztahu kompenzovat vztah s jinou blízkou osobou (rodina, přátelé, jiná blízká osoba) a působit tak jako ochranný faktor vzniku PPD?

H3: U žen bez partnera bude vysoká sociální podpora za strany rodiny negativně korelovat s PPD.

H4: U žen bez partnera bude vysoká sociální podpora ze strany přátel negativně korelovat s PPD.

## **4.2. Metodika**

### **4.2.1. Výzkumný soubor**

Vstupními kritérii pro zařazení žen do studie by byl věk od 18 do 35 let, období po porodu 4-8 týdnů (Akbari et al., 2020), dále by ženy měly být prvorodičkami bez deprese v anamnéze, které porodily živé a donošené dítě, tj. porod byl ukončen nejdříve v 37. týdnu těhotenství. Mezi další kritéria řadíme přirozený porod bez následných komplikací. Pro účely výzkumu bude třeba získat dvě obdobně velké skupiny žen, jedna skupina žen s partnerem a druhá bez partnera. Nebude rozlišováno, zda mají partneři manželský status nebo ne. Důležitá bude dlouhodobost vztahu. Časové ohraničení partnerského vztahu a rozdělení na krátkodobý a dlouhodobý je subjektivní a mohlo by dojít k rozdílným interpretacím, budu proto vycházet z definice Perrett a kol. (2002), kteří vnímají dlouhodobý vztah jako typ vztahu, se kterým jedinci dlouhodobě počítají a mají v něm určitou perspektivu do budoucna. Pojem dlouhodobý vztah tak bude v rámci dotazníků ženám s pomocí této definice vysvětlen, aby došlo k zamezení rozdílného vnímání tohoto pojmu a možnosti rozdílné interpretace u jednotlivých žen. Na základě power analýzy v G\*Power je minimální počet participantek ve výzkumu u *t*-testu pro dva nezávislé výběry pro detekci střední síly efektu  $d = 0.5$  při hladině významnosti  $\alpha = 0.05$  je požadovaná velikost vzorku stanovena na 146 žen celkově, tedy na 73 žen v každé skupině. Vzhledem k absenci konkrétních informací o velikosti efektu pro námi navrhované dotazníkové a testové metody v dostupné literatuře byl pro analýzu zvolen právě střední efekt, čímž se vyvarujeme předpokladu příliš nízkého nebo příliš vysokého efektu.

### **4.2.2. Měřicí nástroje**

V první části výzkumu ženy vyplní dotazník zaměřený na sociodemografické údaje, v němž budou zjišťovány následující údaje: věk, nejvyšší dosažené vzdělání, pohlaví narozeného dítěte, výskyt deprese v osobní či rodinné anamnéze a zda se žena nachází v partnerském vztahu nebo je bez partnera.

K mapování depresivních příznaků po porodu bude využit standardizovaný dotazník Edinburská škála poporodní deprese (EPDS) (Cox et al., 1987). Jedná se o sebe posuzovací škálu využívanou pro screening PPD (Cox et al., 1987). Tato škála se skládá z deseti položek a odpovědi na ně jsou zaznamenávány na čtyřbodové stupnici: Ano, většinu času (3 body); Ano, častěji než jindy (2 body); Ano, ale jen výjimečně (1 bod); Ne, nikdy (0 bodů). Žena má odpověď vybírat dle toho, která z možností vyjadřuje

nejlépe stav, jak se cítila v posledním týdnu. Celkový skór se pohybuje od 0 do 30. Čím vyšší je naměřený skór, tím vyšší je riziko výskytu poporodní deprese. Pokud je naměřený celkový skór u ženy vyšší než 13, je vysoké riziko poporodní deprese a je proto vhodné provést psychiatrické vyšetření pro bližší určení stavu, ve kterém se matka po porodu nachází (Šebela et al., 2018). Využívaný bude tedy cut-off skór 13, tzv. pokud bude žena na základě vyplnění EPDS mít skór vyšší než 13, bude zařazena do skupiny žen se symptomy PPD (Akbari et al., 2020). Pro distribuci bude použita její česká verze (Břicháček, 2000), která vykazuje dobrou vnitřní konzistenci (Horáková et al., 2022).

K měření partnerské spokojenosti bude využit dotazník Relationship Assessment Scale (RAS) (Hendrick et al., 1998). Dotazník je složen ze sedmi otázek, na které respondent odpovídá na pětibodové Likertově škále, kdy hodnota 1 je nízká spokojenost a 5 je vysoká spokojenost. Celkový naměřený skór se pohybuje od 7 do 35, vyšší naměřený skór indikuje vyšší míru partnerské spokojenosti. Vykazuje vysokou vnitřní konzistenci. Tato metoda není omezená pouze na měření spokojenosti u sezdáných párů, lze ji aplikovat na různé typy partnerských vztahů (Vaughn & Baier, 1999). V práci bude využita česká verze tohoto dotazníku, která byla použita ve studii reliability a konstruktové validity této metody (Kvardová et al., 2019).

Jako dotazník pro měření spokojenosti v rodinných/přátelských vztazích bude použit Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) (Zimet et al., 1988). Jedná se o 12položkový nástroj, který zachycuje vnímání podpory z následujících třech zdrojů: rodina, přátelé a jiné blízké osoby. Odpovědi na jednotlivé položky jsou zaznamenávány na sedmibodové Likertově škále, kdy 1 znamená velice silně nesouhlasím a 7 velice silně souhlasím, prostřední hodnota 4 je označením pro neutrální vnímání položky. Součet jednotlivých položek a vydělení počtem položek dává dohromady celkový skór. Vysoké skóre naznačuje, že vnímaná sociální podpora je vysoká, naopak nízké skóre poukazuje na vnímání sociální podpory jako nízké. Dotazník se skládá ze tří subškál: podpora od rodiny, podpora od přátel a podpora od jiného blízkého. Každé subškála má zastoupení čtyř položek na základě, který lze zjistit vnímanou podporu dané subškály. Tyto subškály lze rozdělit dle zdrojů podpory (rodiny, přátelé, jiná blízká osoba). Skór u jednotlivých subškál se tak pohybuje mezi hodnotami 4–28. Celkový skór se pak pohybuje mezi 12 a 84 (Zimet et al., 1988). Hodnota mezi 12–48 poukazuje na nízkou sociální podporu, 29–68 střední sociální

podporu a hodnota mezi 69–84 na vysokou sociální podporu (Taştan & Demiröz, 2018). Pro přeložení tohoto dotazníku bude využit zpětný překlad z anglického jazyka do českého.

#### **4.3. Proces sběru dat**

Informace o možnosti účasti na výzkumu bude nabízena s pomocí online platformy. Ženy budou oslovovány prostřednictvím sociálních sítí ve skupinách pro účastníky ve výzkumu, skupinách zaměřených na téma těhotenství a mateřství a skupinách či portálech určených pro ženy (např. mimibazar.cz, emimino.cz, modrýkonik.cz, facebookové skupiny). Dále bude využita metoda sněhové koule. Důležitým krokem bude oslovení projektu Perinatal.cz, který rozšiřuje v České republice povědomí o psychických obtížích spojených s perinatálním obdobím, s cílem případné spolupráce a pomoci při sběru dat od žen s PPD. Dotazníky budou ženy vyplňovat prostřednictvím platformy FormR. U dotazníků RAS a MSPSS bude využit pro přeložení zpětný překlad z anglického jazyka do českého. Ženy budou dotazníky vyplňovat v randomizovaném pořadí. Ženy v partnerském vztahu vyplní všechny dotazníky (MSPSS, RAS a EPDS). Ženy bez partnera vyplní dotazníky MSPSS a EPDS. Pokud žena nebude v partnerském vztahu, bude mít možnost místo dotazníku RAS zakliknout možnost, že se momentálně v dlouhodobém vztahu nenachází. Dotazníky se jim zobrací v randomizovaném pořadí. Respondentky si před započítím vyplňování dotazníků přečtou informovaný souhlas, kde se dozví podmínky a přibližnou časovou délku vyplňování dotazníků, výzkumný cíl, stručný popis dotazníků a co zkoumají a svá práva, například že mohou od výzkumu kdykoli odstoupit. Po prostudování zakliknou souhlas s výše zmíněnými informacemi. Po vyplnění dotazníků dostanou ženy informaci o existenci podpůrné webové stránky [www.perinatal.cz](http://www.perinatal.cz), která vznikla za podpory Národního ústavu duševního. Účast na výzkumu bude dobrovolná a ženy budou mít možnost kdykoli od výzkumu odstoupit.

#### **4.4. Statistická analýza**

Pro zpracování dat bude využit statistický software Jamovi a pro utřídění dat Microsoft Excel. Předem bude s pomocí statistických testů a grafů (např. test multikolinearity, test homoskedasticity) ověřeno naplnění předpokladů pro další analýzu dat. Pokud dojde k porušení předpokladů jednotlivých statistických metod, budou využity neparametrické metody, případně provedeny potřebné úpravy a transformace. Výsledky budou hodnoceny při intervalu spolehlivosti 95 %. Za statisticky významné budou považovány

výsledky dosahující hladiny významnosti  $p < 0,05$ . Kategorická data budou popsána absolutní a relativní četností. U spojitých proměnných budou zjištěny průměry, které budou doplněny o standartní odchylku. U deskriptivní statistiky bude nadále zaznamenán průměrný věk rodiček, zda se nachází v partnerském vztahu nebo ne, pohlaví narozených dětí, nejvyšší dosažené vzdělání a výskyt deprese v anamnéze.

H1: Ženy bez partnera mají vyšší riziko vzniku PPD než ženy s partnerem.

Pro statistickou analýzu bude využit  $t$ -test pro dva nezávislé výběry, kde porovnáme hodnotu EPDS skupiny žen s partnerem a hodnotu EPDS skupiny žen bez partnera.

H2: Partnerská spokojenost negativně koreluje s PPD.

Pro statistickou analýzu druhé hypotézy bude využita bivariátní korelace skóru RAS a EPDS.

H3: U žen bez partnera bude vysoká sociální podpora ze strany rodiny negativně korelovat s PPD.

H4: U žen bez partnera bude vysoká sociální podpora ze strany přátel negativně korelovat s PPD.

Pro testování třetí a čtvrté hypotézy bude použita lineární regrese. Závislá proměnná bude EPDS a nezávislé proměnné subškály MSPSS.

#### **4.5. Etika výzkumu**

Účastnice budou seznámeny s jednotlivými položkami obsaženými v informovaném souhlasu před vyplněním online dotazníků. Zakliknou souhlas s těmito informacemi, bez tohoto kroku nebude možné online dotazníky spustit a vyplnit. Součástí informovaného souhlasu bude stručný popis projektu, představení dotazníků a co zkoumají, cíle výzkumu a také následný průběh účasti na studii a jeho časová náročnost. Budou seznámeny se skutečností, že jejich účast na výzkumu je dobrovolná, bezplatná, anonymní a bez nároku na finanční odměnu. Kdykoli během vyplňování bude možné svou účast ukončit a její data nebudou použita. Součástí poskytnutých informací bude také část týkající se souhlasu se zpracováním a analýzou dat v rámci projektu. Ženám také budou poskytnuty informace ohledně kontaktů na krizové linky v České republice,

odkaz na webové stránky [www.perinatal.cz](http://www.perinatal.cz). Účast žen na výzkumu bude dobrovolná a bez nároku na finanční odměnu.

Od participantek nebudou sbírány jejich identifikační údaje, které by je s jejich daty spojovaly. Data budou bezpečně uložena v zaheslovaném počítači s antivirovou ochranou. Přístup k nim budou mít pouze výzkumníci participující na projektu a data budou využívána pouze pro výzkumné účely. Po vyplnění požadovaných údajů a dotazníkových položek, bude respondentkám umožněno přidat případné otázky, připomínky a poznámky k výzkumu. Ženám bude nabídnuto, že jim po ukončení výzkumu, budou zaslány výsledky studie.

Před samotným začátkem sběru dat bude předložena žádost o schválení etického přístupu výzkumného projektu Komisi pro etiku ve výzkumu na Filozofické fakultě Karlovy Univerzity.

## 5. Diskuze

Cílem této práce bylo popsat vliv sociálních sítí a sociální podpory na vznik poporodní deprese u žen na základě literární rešerše. V literárně přehledové části práce byla popsána deprese v poporodním období u žen a vymezena její klasifikace v diagnostických manuálech. V americkém manuálu DSM-V nemá vlastní diagnostickou jednotku a je označována jako velká depresivní epizoda v poporodním období (American Psychiatric Association, 2013). Oproti tomu v manuálu MKN-11 diagnostickou jednotku má (6E20) a je řazena mezi poruchy chování spojené s těhotenstvím a porodem bez psychotických příznaků (World Health Organization, 2019). Projevy poporodní deprese jsou podobné projevům deprese v jiných životních obdobích (Keller & Nesse, 2006), u žen se však také mohou vyskytnout myšlenky spojené s jejich potomkem, může to být strach o něj (Dagher & Shenassa, 2012) nebo i myšlenky na to mu ublížit (Hutchens & Kearney, 2020), mohou pociťovat vinu, že nejsou schopné se o potomka postarat (Keller & Nesse, 2006).

Z dosavadních studií je patrné, že existuje celá řada možných rizikových faktorů vzniku poporodní deprese (Guintivano et al., 2018, Kettunen et al., 2014, Oobandi et al., 2016, Urbanová et al., 2021). Za rizikové faktory studie označují například psychiatrické poruchy (Guintivano et al., 2018), biologické změny v těle ženy (Guintivano et al., 2018), poporodní blues (Takács et al., 2016) přítomnost stresorů v období těhotenství (Oobari et al., 2016), negativní porodní zkušenost (Urbanová et al., 2021; Zhao & Zhang, 2020) a nedostatek sociální podpory (Dennis & Letourneau, 2007). Tato práce se konkrétně zaměřuje na poslední zmíněný rizikový faktor, tedy na sociální podporu. Vzhledem k tomu, že vztahy a sociální podpora hrají významnou roli v každodenním životě, je důležité se zaměřovat na vnímanou sociální podporu u jedinců, kteří jsou vystaveni velké životní zátěži (Almeida et al., 2011; Thoits, 2011). Vliv sociální podpory na vznik poporodní deprese je ovšem do určité míry kulturně podmíněný. V západních kulturách jsou matky více osamostatněné, naopak v asijských zemích se s příchodem potomka na svět pojí mnohé rituály, které zahrnují také péči o matku od jejích blízkých (Klainin & Arthur, 2009). Dalším kulturním rozdílem pak je možné upřednostňování narození dítěte určitého pohlaví (Xie et al., 2009).

Ačkoli se množství autorů věnuje poporodní depresi u žen, v práci byl popsán také její možný výskyt u mužů (otců dítěte). Pokud jejich partnerka trpí PPD je i u nich vyšší riziko vzniku této poruchy (Duan et al., 2020). To může mít následně vliv na partnerský

vztah, neboť příznaky deprese u jednoho z partnerů negativně ovlivňují druhého partnera (Thompson & Bolger, 1999).

Nedostatek podpory od partnera může souviset s poporodní depresí u ženy (Dennis & Ross, 2006). Jiná studie toto tvrzení rozšiřuje a poukazuje i na nedostatek podpory od jiných blízkých jako na rizikový faktor vzniku PPD (Dennis & Letourneau, 2007). Je však malé množství studií, které by přímo porovnávaly vliv partnerské podpory a podpory od jiných blízkých. Například japonská studie tuto analýzu provedla a poukázala na rizikový faktor nedostatečné podpory partnera i v případě, že žena má podporu od jiných blízkých. Autoři pak nabádají k většímu počtu studií zaměřujících se na tuto problematiku a na mechanismy, které mají vliv na vztah mezi nedostatkem podpory ze strany partnera a PPD (Yamada et al., 2020).

Navrhovaný výzkum se pokusí poskytnout údaje o vlivu partnera a sociálních sítí (rodina, přátelé) na vznik PPD u žen v českém prostředí, a jaký vliv má na její vznik partnerská spokojenost ve vztahu. Bude se snažit zjistit, zda nízká partnerská spokojenost ženy ve vztahu souvisí se zvýšeným rizikem výskytu symptomů poporodní deprese. V neposlední řadě se bude snažit výzkum porovnat průměrný výskyt symptomů PPD u žen s partnerem a žen bez partnera. Dále se pokusí zjistit, jaký vliv mají sociální sítě na vznik PPD u žen bez partnera.

Jako limitaci lze uvést využití sebesposuzovací škály EPDS, která je využívána jako screeningová metoda a nikoli diagnostický nástroj. Vyšší skóre v EPDS může poukazovat na vyšší míru úzkosti, ta však není specifickým symptomem depresivní poruchy (Fiala et al., 2017). Roli zde také může hrát nejednotnost administrace dotazníků, podmínky související s místem a formou administrace dotazníků mohou mít negativní vliv na jejich výsledek. Za výhodu využití dotazníkových metod lze však považovat možnost získání dat od velkého množství respondentů bez velké časové náročnosti sběru dat.

Výzkumný soubor může taktéž přinést jistá omezení. Ta mohou spočívat v nedostatečné variabilitě vzorku. Dalším limitem je sběr dat v online prostředí, kdy je možné že respondentky budou během vyplňování dotazníku vyrušeny okolními vlivy, například pláčem potomka, partnerem či jinými členy společné domácnosti. Na druhou stranu přítomnost členů domácnosti může sloužit jako zástupný prvek v péči o potomka a umožnit tak ženě, aby vyplnila svědomitě dotazníky v klidném prostředí a bez

vyrušení. Jelikož budou dotazníky šířeny online prostorem (zasíláním skrze email), bude třeba aby pro jejich vyplnění měla daná žena k dispozici elektronické zařízení s možností připojení k internetu, tím dojde k nezapojení žen, které nemají možnost si tyto podmínky zajistit.

I přes výše zmíněné limity navrhovaného výzkumu ho lze považovat za přínosný, jelikož jeho závěry pomohou rozšířit poznatky týkající se vlivu sociální podpory a přítomnosti partnera na vznik poporodní deprese u žen v českém prostředí. Navrhovaný výzkum by mohl přinést data o vlivu absence partnera na vznik poporodní deprese. Zda ženy, které žijí v partnerském vztahu mají nižší riziko vzniku poporodní deprese a zda je možné, aby partnerský vztah nahradil vztah s jinou blízkou osobou (rodina, přátelé). Navrhovaný výzkum by také mohl přinést poznatky o tom, zda pokud žijí ženy v partnerském vztahu, tak zda při vzniku poporodní deprese hraje roli partnerská spokojenost či nikoli. Tyto informace by následně mohly sloužit pro informování veřejnosti a podpořit tak primární prevenci poporodní deprese.

Již existují metody primární prevence, které se pokouší předejít vzniku poporodní deprese. Informují těhotné ženy a jejich partnery o zdravém životním stylu, rodičovství a rozpoznání příznaků narušení duševního zdraví. Mezi tyto edukační portály o duševním zdraví spadají internetové portály, přednášky, informace z médií a mobilní aplikace (Kogito). Další formou primární prevence je informování odborníků, kteří přicházejí do styku s těhotnými ženami, tedy gynekologů, pediatrů, porodní asistentek a zdravotních sester (Šebela et al., 2019).

Ačkoli současné výzkumy přinášejí mnoho poznatků o PPD, stále se nabízí rozšířit tyto poznatky o nové a podrobnější informace. Pro budoucí výzkum by mohlo být zajímavé a přínosné, zaměřit se na vliv různých typů heterosexuálních vztahů na vznik poporodní deprese. Zaměřit se tak například na rozdíl rozvoje PPD u žen v polyamorním vztahu a monogamním vztahu, na vliv nevěry jednoho z partnerů na vliv vzniku PPD u žen nebo na vliv umělého otěhotnění na vznik PPD. Realizovat by se měly zejména longitudinální výzkumy, díky kterým by bylo možné popsat postupný vývoj vnímané sociální podpory a její proměny v průběhu těhotenství a v období po něm. Longitudinální výzkumy by tak umožnily analýzu vývoje partnerských, rodinných a přátelských vztahů a vztahů s jinými blízkými lidmi. Kvalitativní longitudinální studie by umožnily detailnější popis spokojenosti v daných vztazích a vliv na rozrůstání se

sociální sítě nebo snižování počtu vztahů v období během těhotenství a po porodu. Bylo by možné se tak zaměřit i na postupný vývoj rozšiřující se či zmenšující se sociální sítě ženy v době před otěhotněním, v průběhu těhotenství a v době po něm. I v tomto případě by bylo dobré využít longitudinální formu studie, kdy by byly po předem určenou dobu sledovány změny v sociálních vztazích a velikosti sociální sítě ženy.

## **Závěr**

Cílem této práce bylo popsat vliv sociálních sítí a sociální podpory poskytované sociálními sítěmi na vznik poporodní deprese u ženy. V teoretické části práce byla na základě literární rešerše popsána poporodní deprese u žen, její prevalence, rizikové faktory a dopady. Ačkoli je práce zaměřena na poporodní deprese u žen, byl také popsán možný výskyt PPD u mužů (Goodman, 2008). Druhá část práce se zaměřila na stručný popis sociálních sítí a jejich vliv na sociální podporu. V této části byla více věnována pozornost vazbám v rámci primárních vztahů, tedy rodinným, přátelským a partnerským vztahům (Thoits, 2011). Ve třetí části práce byl popsán vliv sociálních sítí a sociální podpory na vznik poporodní deprese. Bylo zde rozpracováno, kdy mohou sociální sítě působit jako rizikový a kdy jako protektivní faktor (Yim et al., 2015). Na základě těchto poznatků byl poté navržen výzkumu, který by tuto problematiku mohl zkoumat a přinést výsledky o vlivu absence partnera na vznik PPD u žen v České republice.

Empirická část práce se zaměřila na návrh výzkumu, jehož cílem bylo testovat vliv absence partnera na vznik depresivních symptomů a poporodní deprese u ženy po porodu. Byly zkoumány dvě skupiny žen. Jedna skupina bez partnera a druhá skupina žen s partnerem. Výzkum se zaměřuje na to, jaký vliv má nepřítomnost partnera na vznik poporodní deprese u ženy a zda se jeho nepřítomnost může považovat za rizikový faktor poporodní deprese. Do výzkumu také byla zahrnuta možnost rodinných příslušníků, přátel a jiných blízkých osob, kde budu zkoumat, zda vztah s rodinou, přáteli či jinou blízkou osobou může působit jako protektivní faktor v případě nepřítomnosti partnera. Závěry navrhovaného výzkumu by bylo možné využít pro ucelení poznatků v této problematice. Pochopení a upřesnění vlivu sociálních vazeb na poporodní deprese může být nápomocné pro primární preventivní programy, které mají za úkol informovat a edukovat ženy o možném riziku vzniku duševních komplikací po porodu. Zvýšení kvality vztahů a navýšení sociální podpory těhotné ženy a matky čerstvě po porodu by mohlo pozitivně ovlivnit její následné vyrovnávání se s porodem a napomocť k navázání vztahu s potomkem. Je považováno za důležité edukovat ženy o možném vzniku poporodních psychických problémů. Připravit je na jejich možné projevy a informovat je o rizikových faktorech, které jejich vznik ovlivňují, aby bylo možné se těmito faktorům pokusit předejít a snížit tím riziko rozvoje psychických obtíží

po porodu. Dále by bylo možné využít výsledky jako podklad k dalšímu zkoumání v oblasti duševních obtíží po porodu.

## Reference

- Adkins, K. S., & Dush, C. M. K. (2010). The mental health of mothers in and after violent and controlling unions. *Social Science Research, 39*(6), 925–937. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2010.06.013>
- Akbari, V., Rahmatinejad, P., Shater, M. M., Vahedian, M., & Khalajinia, Z. (2020). Investigation of the relationship of perceived social support and spiritual well-being with postpartum depression. *Journal of Education and Health Promotion, 9*(1), 174. [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_56\\_20](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_56_20)
- Akincigil, A., Munch, S., & Niemczyk, K. C. (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. <https://doi.org/10.1080/00981380903213055>
- Al-Abri, K., Edge, D., & Armitage, C. J. (2023). Prevalence and correlates of perinatal depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 58*(11), 1581–1590. <https://doi.org/10.1007/s00127-022-02386-9>
- Alasoom, L. I., & Koura, M. (2014). Predictors of postpartum depression in the eastern province capital of Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care, 3*(2), 146. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.137654>
- Alehagen, S., Wijma, K., & Wijma, B. (2001). Fear during labor. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica, 80*(4), 315. <https://doi.org/10.1080/j.1600-0412.2001.080004315.x>
- Almeida, J., Subramanian, S. V., Kawachi, I., & Molnar, B. E. (2009). Is blood thicker than water? Social support, depression and the modifying role of ethnicity/nativity status. *Journal of Epidemiology and Community Health, 65*(1), 51–56. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.092213>
- Ansari, N. S., Shah, J., Dennis, C., & Shah, P. S. (2021). Risk factors for postpartum depressive symptoms among fathers: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica, 100*(7), 1186–1199. <https://doi.org/10.1111/aogs.14109>
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- Bartellas, E., Crane, J., Daley, M., Bennett, K., & Hutchens, D. (2000). Sexuality and sexual activity in pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *107*(8), 964–968. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb10397.x>
- Batt, M. M., Duffy, K. A., Novick, A. M., Metcalf, C. A., & Epperson, C. N. (2020). Is postpartum depression different from depression occurring outside of the perinatal period? A review of the evidence. *Focus*, *18*(2), 106–119. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190045>
- Beck, C. T. (1996). A Meta-Analysis of Predictors of Postpartum Depression. *Nursing Research*, *45*(5), 297–303. <https://doi.org/10.1097/00006199-199609000-00008>
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression. *Nursing Research*, *50*(5), 275–285. <https://doi.org/10.1097/00006199-200109000-00004>
- Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology*, *14*(1), 71–79. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.14.1.71>
- Berkman LF, Glass T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In Berkman, L. F., & Kawachi, I. (2000). In *Social Integration, Social Networks, Social Support, and Health*. Oxford University Press, Incorporated, pp. 137–173
- Bjelica, A., Četković, N., Trinić-Pjević, A., & Mladenović-Segedi, L. (2018). The phenomenon of pregnancy — a psychological view. *Ginekologia Polska*, *89*(2), 102–106. <https://doi.org/10.5603/gp.a2018.0017>
- Bodenmann, G., & Randall, A. K. (2013). Close relationships in psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *26*(5), 464–467. <https://doi.org/10.1097/ycp.0b013e3283642de7>
- Břicháček, V. (2000). Edinburhská škála postnatální deprese: ověření v České republice. Praha: Iga MZ ČR.
- Buckwalter, J. G., Buckwalter, D. K., Bluestein, B. W., & Stanczyk, F. Z. (2001). Chapter 22 Pregnancy and postpartum: changes in cognition and mood. In *Progress in Brain Research* (pp. 303–319). [https://doi.org/10.1016/s0079-6123\(01\)33023-6](https://doi.org/10.1016/s0079-6123(01)33023-6)
- Buist, A. (2004). Book review: Perinatal Mental Health: A Guide to the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *38*(3), 178. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01330.x>

- Butler, E. A., & Randall, A. K. (2012). Emotional coregulation in close relationships. *Emotion Review*, 5(2), 202–210. <https://doi.org/10.1177/1754073912451630>
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 547. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.6.547>
- Cocking, D., & Kennett, J. (1998). Friendship and the Self. *Ethics*, 108(3), 502-527.
- Cohen, S. (2004). Social relationships and health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.59.8.676>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cohen, S., Gottlieb, B. H., & Underwood, L. G. (2000). Social relationships and health. In *Oxford University Press eBooks* (pp. 3–26). <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195126709.003.0001>
- 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(6), 782-786. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
- Dagher, R. K., & Shenassa, E. D. (2012). Prenatal health behaviors and postpartum depression: is there an association? *Archives of Women's Mental Health*, 15(1), 31–37. <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0252-0>
- Demir, M., Özen, A., Doğan, A., Bilyk, N., & Tyrell, F. A. (2010). I Matter to My Friend, Therefore I am Happy: Friendship, Mattering, and Happiness. *Journal of Happiness Studies*, 12(6), 983–1005. <https://doi.org/10.1007/s10902-010-9240-8>
- Dennis, C., & Letourneau, N. (2007). Global and relationship-specific perceptions of support and the development of postpartum depressive symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(5), 389–395. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0172-5>
- Dennis, C., & Ross, L. E. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588–599. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04059.x>
- Duan, Z., Wang, Y., Jiang, P., Wilson, A., Guo, Y., Lv, Y., Yang, X., Yu, R., Wang, S., Wu, Z., Xia, M., Wang, G., Tao, Y., Xiao-Hong, L., Ma, L., Shen, H., Sun, J., Deng, W., Yong, Y., & Chen, R. (2020). Postpartum depression in mothers and

- fathers: a structural equation model. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-03228-9>
- Dunbar, R. I. M. (2018). The Anatomy of Friendship. *Trends in Cognitive Sciences*, 22(1), 32–51. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2017.10.004>
- Edwards, R. C., Thullen, M., Isarowong, N., Shiu, C. S., Henson, L., & Hans, S. L. (2012). Supportive relationships and the trajectory of depressive symptoms among young, African American mothers. *Journal of Family Psychology*, 26(4), 585–594. <https://doi.org/10.1037/a0029053>
- Emirbayer, M., & Goodwin, J. (1994). Network Analysis, Culture, and the Problem of Agency. *The American journal of sociology*, 99(6), 1411-1454.  
<https://doi.org/10.1086/230450>
- Ertel, K. A., Rich-Edwards, J. W., & Koenen, K. C. (2011). Maternal Depression in the United States: Nationally Representative rates and risks. *Journal of Womens Health*, 20(11), 1609–1617. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2657>
- Farías-Antúnez, S., Xavier, M. O., & Santos, I. S. (2018). Effect of maternal postpartum depression on offspring's growth. *Journal of Affective Disorders*, 228, 143–152.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.013>
- 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 ELSPEC study. *BMC Psychiatry*, 17(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12888-017-1261-y>
- Flannery, K. M., & Smith, R. L. (2017). Are Peer Status, Friendship Quality, and Friendship Stability Equivalent Markers of Social Competence? *Adolescent Research Review*, 2(4), 331–340. <https://doi.org/10.1007/s40894-016-0042-z>
- Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology*, 21(4), 572–583.  
<https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.4.572>
- Gariépy, G., Honkaniemi, H., & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 284–293.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>
- Gartstein, M. A., Erickson, N. L., Cooijmans, K. H. M., Hancock, G. R., Zijlmans, M. A., & De Weerth, C. (2020). Is prenatal maternal distress context-dependent?

- Comparing United States and the Netherlands. *Journal of Affective Disorders*, 260, 710–715. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.09.048>
- Gastaldon, C., Solmi, M., Correll, C. U., Barbui, C., & Schoretsanitis, G. (2022). Risk factors of postpartum depression and depressive symptoms: umbrella review of current evidence from systematic reviews and meta-analyses of observational studies. *The British Journal of Psychiatry*, 221(4), 591–602. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.222>
- Gillespie, B. J., Lever, J., Frederick, D., & Royce, T. (2015). Close adult friendships, gender, and the life cycle. *Journal of Social and Personal Relationships*, 32(6), 709–736. <https://doi.org/10.1177/0265407514546977>
- Goodman, J. H. (2008). Influences of maternal postpartum depression on fathers and on father-infant interaction. *Infant mental health journal*, 29(6), 624–643. <https://doi.org/10.1002/imhj.20199>
- Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: A developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological Review*, 106(3), 458–490. <https://doi.org/10.1037/0033-295x.106.3.458>
- Guintivano, J., Manuck, T. A., & Meltzer-Brody, S. (2018). Predictors of Postpartum Depression: A Comprehensive review of the last decade of evidence. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 61(3), 591–603. <https://doi.org/10.1097/grf.0000000000000368>
- Gustafsson, H., & Cox, M. J. (2012). Relations among intimate partner violence, maternal depressive symptoms, and maternal parenting behaviors. *Journal of Marriage and Family*, 74(5), 1005–1020. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2012.01010.x>
- 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. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00248>
- Hammen, C. (2003). Social stress and women's risk for recurrent depression. *Archives of Women's Mental Health*, 6(1), 9–13. <https://doi.org/10.1007/s00737-002-0160-4>
- Hammer, M. (1984). Explorations into the meaning of social network interview data. *Social Networks*, 6(4), 341–371. [https://doi.org/10.1016/0378-8733\(84\)90008-x](https://doi.org/10.1016/0378-8733(84)90008-x)

- Hendrick, S. S., Dicke, A., & Hendrick, C. (1998). The Relationship Assessment Scale. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(1), 137–142. <https://doi.org/10.1177/0265407598151009>
- Horáková, A., Kosová, E., Švancer, P., Marciánová, V., Koliba, P., & Šebela, A. (2022). Accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in screening for major depressive disorder and other psychiatric disorders in women towards the end of their puerperium. *Ceská Gynekologie / Česká LéKarská Spolecnost J. Ev. Purkyne*, 87(1), 19–26. <https://doi.org/10.48095/cccg202219>
- House, J. S. (1987). Social support and social structure. *Sociological Forum*, 2(1), 135–146. <https://doi.org/10.1007/bf01107897>
- Howard, L. M., Oram, S., Galley, H. F., Trevillion, K., & Feder, G. (2013). Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Medicine*, 10(5), e1001452. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452>
- Hutchens, B. F., & Kearney, J. (2020). Risk Factors for Postpartum Depression: An Umbrella 75 Review. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 65(1), 96–108. <https://doi.org/10.1111/jmwh.13067>
- Chen, H., Hwang, F. M., Wang, K. L., Chen, C. J., Lai, J. C., & Chien, L. Y. (2013). A structural model of the influence of immigrant mothers' depressive symptoms and home environment on their children's early developmental outcomes in Taiwan. *Research in Nursing & Health*, 36(6), 603–611. <https://doi.org/10.1002/nur.21566>
- Choo, C. C., Harris, K. M., Chew, P. K. H., & Ho, R. (2017). What predicts medical lethality of suicide attempts in Asian youths? *Asian Journal of Psychiatry*, 29, 136–141. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.05.008>
- Kasalová, P., Praško, J., Ocisková, M., Vaněk, J., Holubová, M., Grambal, A., Hodný, F., Bundárová, L., Nesnídal, V., Zmeškalová, D., & Kolek, A. (2020). Partners' relationship and depression. *Psychiatrie Pro Praxi*, 21(2), 90–95. <https://doi.org/10.36290/psy.2020.016>
- Keller, M. C., & Nesse, R. M. (2006). The evolutionary significance of depressive symptoms: Different adverse situations lead to different depressive symptom patterns. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(2), 316–330. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.2.316>

- Kennerley, H., & Gath, D. (1989). Maternity blues. *The British Journal of Psychiatry*, 155(3), 356–362. <https://doi.org/10.1192/bjp.155.3.356>
- 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). <https://doi.org/10.1186/s12884-014-0402-2>
- Kızıllırmak, A., Calpbinici, P., Tabakan, G., & Kartal, B. (2020). Correlation between postpartum depression and spousal support and factors affecting postpartum depression. *Health Care for Women International*, 42(12), 1325–1339. <https://doi.org/10.1080/07399332.2020.1764562>
- Klainin, P., & Arthur, D. (2009). Postpartum depression in Asian cultures: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1355–1373. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.02.012>
- Koutra, K., Chatzi, L., Bagkeris, M., Vassilaki, M., Bitsios, P., & Kogevinas, M. (2012). Antenatal and postnatal maternal mental health as determinants of infant neurodevelopment at 18 months of age in a mother–child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(8), 1335–1345. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0636-0> .
- Křivohlavý, J. (2010). Pozitivní psychologie (Vyd. 2). Portál.
- Kuřak-Bejda, A., Avcı, İ. A., Eren, D. Ç., Kourkouta, L., Tsaloglidou, A., Κουκουρίκος, K., Shpakou, A., Khvoryk, N., Hutsikava, L., & Waszkiewicz, N. (2024). Impact of Pregnancy on Self-Efficacy and Personal Competence in the Context of Risk of Depression, Mental Health Status, and Satisfaction with Life. *Journal of Clinical Medicine*, 13(2), 533. <https://doi.org/10.3390/jcm13020533>
- Kumar, R., & Robson, K. M. (1984). A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *British journal of psychiatry*, 144(1), 35-47. <https://doi.org/10.1192/bjp.144.1.35>
- Kvardová, N., Radimecká, M., Drápalová, M., & Širůček, J. (2019). Reliabilita a konstruktová validita metody Relationship Assessment Scale. TESTFÓRUM, 7(12), 17–29. <https://doi.org/10.5817/TF2019-12-12123>
- Letourneau, N., Dennis, C., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P. D., Este, D., & Watson, W. J. (2012). Postpartum Depression is a Family Affair: Addressing the Impact on Mothers, Fathers, and

- Children. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(7), 445–457.  
<https://doi.org/10.3109/01612840.2012.673054>
- Letourneau, N., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Hegadoren, K., Dennis, C., Rinaldi, C. M., & Stoppard, J. M. (2007). Canadian mothers' perceived support needs during postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(5), 441–449. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00174.x>
- Lilja, G., Edhborg, M., & Nissen, E. (2012). Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 245–253.  
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00925.x>
- Lyubenova, A., Neupane, D., Levis, B., Wu, Y., Sun, Y., He, C., Krishnan, A., Bhandari, P. M., Negeri, Z., Imran, M., Rice, D. B., Azar, M., Chiovitti, M. J., Saadat, N., Riehm, K. E., Boruff, J. T., Ioannidis, J. P. A., Cuijpers, P., Gilbody, S., ... Thombs, B. D. (2021). Depression prevalence based on the Edinburgh Postnatal Depression Scale compared to Structured Clinical Interview for DSM Disorders classification: Systematic review and individual participant data meta-analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 30(1).  
<https://doi.org/10.1002/mpr.1860>
- Mayberry, L. J., Horowitz, J. A., & Declercq, E. (2007). Depression symptom prevalence and demographic risk factors among U.S. women during the first 2 years postpartum. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 36(6), 542–549. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00191.x>
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1–2), 147–157.  
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
- Murata, A., Nadaoka, T., Morioka, Y., Oiji, A., & Saito, H. (1998). Prevalence and background factors of maternity blues. *Gynecologic and Obstetric Investigation*, 46(2), 99–104. <https://doi.org/10.1159/000010011>
- Nonacs, R., & Cohen, L. S. (1998). Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(2), 34–40.
- Norhayati, M. N., Hussain, N. H. N., Asrenee, A. R., & Emilin, W. W. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review.

*Journal of Affective Disorders*, 175, 34–52.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.041>

- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1258–1269. <https://doi.org/10.1002/jclp.20644>
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum Depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9(1), 379–407. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression—a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37–54. <https://doi.org/10.3109/09540269609037816>
- O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research in Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002>
- O'Higgins, M., Roberts, I. S. J., Glover, V., & Taylor, A. (2013). Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Archives of Women's Mental Health*, 16(5), 381–389. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0354-y>
- Oishi, S., Krochik, M., & Akimoto, S. A. (2010). Felt Understanding as a Bridge between Close Relationships and Subjective Well-Being: Antecedents and Consequences Across Individuals and Cultures. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(6), 403–416. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00264.x>
- Okun, M. A., & Keith, V. M. (1998). Effects of Positive and Negative Social Exchanges with Various Sources on Depressive Symptoms in Younger and Older Adults. *The Journals of Gerontology: Series B*, 53B(1), P4–P20. <https://doi.org/10.1093/geronb/53b.1.p4>
- Parise, D. C., Gilman, C., Petrilli, M. A., & Malaspina, D. (2021). Childbirth pain and postpartum depression: Does labor epidural analgesia decrease this risk? *Journal of Pain Research*, 14(718), 1925–1933. <https://doi.org/10.2147/JPR.S305485>
- Patterson, J. M. (2002). Integrating Family resilience and Family Stress Theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 349–360. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00349.x>

- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression. *JAMA*, 303(19), 1961. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.605>
- Paulson, J. L. (2020). Intimate Partner Violence and Perinatal Post-Traumatic Stress and Depression Symptoms: A Systematic Review of findings in Longitudinal studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(3), 733–747. <https://doi.org/10.1177/1524838020976098>
- Peindl, K., Zolnik, E. J., Wisner, K. L., & Hanusa, B. H. (1995). Effects of postpartum psychiatric illnesses on family planning. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 25(3), 291–300. <https://doi.org/10.2190/qd56-6dfm-elde-vvkr>
- Perrett, D. I., Penton-Voak, I., Little, A. C., Tiddeman, B., Burt, D. M., Schmidt, N., Oxley, R., Kinloch, N., & Barrett, L. (2002). Facial attractiveness judgements reflect learning of parental age characteristics. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, 269(1494), 873–880. <https://doi.org/10.1098/rspb.2002.1971>
- Pilkington, P. D., Milne, L., Cairns, K., Lewis, J. J., & Whelan, T. A. (2015). Modifiable partner factors associated with perinatal depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 178, 165–180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.02.023>
- Pomáháme ženám, které zažívají psychosociální stres v těhotenství nebo po porodu | *Perinatal*. (n.d.). <https://perinatal.cz/>
- Pope, C. J., & Mazmanian, D. (2016). Breastfeeding and postpartum depression: An overview and methodological recommendations for future research. *Depression Research and Treatment*, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/4765310>
- Pope, C. J., Xie, B., Sharma, V., & Campbell, M. K. (2013). A prospective study of thoughts of self-harm and suicidal ideation during the postpartum period in women with mood disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 16(6), 483–488. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0370-y>
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *The Lancet*, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(07)61238-0)
- Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). (2020b). In *American Psychological Association eBooks*. <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

- Qobadi, M., Collier, C., & Zhang, L. (2016). The Effect of Stressful Life Events on Postpartum Depression: Findings from the 2009–2011 Mississippi Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Maternal and Child Health Journal*, 20(S1), 164–172. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2028-7>
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Hogrefe – Testcentrum.
- Ratislavová, K. (2008). Aplikovaná psychologie porodnictví. Praha: Reklamní atelier Area
- Reid, K., & Taylor, M. G. (2015). Social support, stress, and maternal postpartum depression: A comparison of supportive relationships. *Social Science Research*, 54, 246–262. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2015.08.009>
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330–366. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.128.2.330>
- Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H., & Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(3), 221–227. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.039370>
- Robertson, E., Grace, S. L., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, 26(4), 289–295. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006>
- Ross, L. E., & Dennis, C. (2009). The Prevalence of Postpartum Depression among Women with Substance Use, an Abuse History, or Chronic Illness: A Systematic Review. *Journal of Womens Health*, 18(4), 475–486. <https://doi.org/10.1089/jwh.2008.0953>
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 175, 53–65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049>
- Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(4), 316–321. <https://doi.org/10.1007/s00127-007-0168-1>

- Séguin, L., Potvin, L., St-Denis, M., & Loiselle, J. (1999). Depressive symptoms in the late postpartum among low socioeconomic status women. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 26(3), 157–163. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.1999.00157.x>
- Shorey, S., Chee, C., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
- Simkin, P. (1992). Just Another Day in a Woman's Life? Part 11: Nature and consistency of women's Long-Term Memories of their first birth experiences. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 19(2), 64–81. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.1992.tb00382.x>
- Simon, R. W., & Barrett, A. E. (2010). Nonmarital romantic relationships and mental health in early adulthood. *Journal of Health and Social Behavior*, 51(2), 168–182. <https://doi.org/10.1177/0022146510372343>
- Smith, K. P., & Christakis, N. A. (2008). Social networks and health. *Annual Review of Sociology*, 34(1), 405–429. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.34.040507.134601>
- Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., Howard, L. M., & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800–1819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61277-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61277-0)
- Surkan, P. J., Peterson, K. E., Hughes, M. D., & Gottlieb, B. (2006). The role of social networks and support in Postpartum Women's Depression: a multiethnic urban sample. *Maternal and Child Health Journal*, 10(4), 375–383. <https://doi.org/10.1007/s10995-005-0056-9>
- Symister, P., & Friend, R. (2003). The influence of social support and problematic support on optimism and depression in chronic illness: A prospective study evaluating self-esteem as a mediator. *Health Psychology*, 22(2), 123–129. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.22.2.123>
- Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2018). Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. January
- Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2019). Postpartum mental disorders: specifics and pharmacotherapy. Part One: depression, anxiety disorders, sleep disorders, and

- ADHD. *Psychiatrie Pro Praxi*, 20(1), 21–25.  
<https://doi.org/10.36290/psy.2019.005>
- Šebela, A., Hanka, J., & Mohr, P. (2019). Postpartum mental disorders: specifics and pharmacotherapy. Part Two. *Psychiatrie pro praxi*, 20(2), 82-85.  
<https://doi.org/10.36290/psy.2019.018>
- 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.
- Tani, F., & Castagna, V. (2016). Maternal social support, quality of birth experience, and post-partum depression in primiparous women. *Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*, 30(6), 689–692.  
<https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1182980>
- Tarkka, M., Paunonen, M., & Laippala, P. (1999). Social Support Provided by Public Health Nurses and the Coping of First-Time Mothers with Child Care. *Public Health Nursing*, 16(2), 114–119. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.1999.00114.x>
- Taştan, K., & Demiröz, H. P. (2018). The effects of perceived social support on postpartum depression. *Journal of Surgery and Medicine*.  
<https://doi.org/10.28982/josam.433898>
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145–161.  
<https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Thomas, P. A., Liu, H., & Umberson, D. (2017). Family Relationships and Well-Being. *Innovation in Aging*, 1(3). <https://doi.org/10.1093/geroni/igx025>
- Thompson, A., & Bolger, N. (1999). Emotional Transmission in Couples Under Stress. *Journal of marriage and family*, 61(1), 38-48.  
<https://doi.org/10.2307/353881>
- Turner, R. J., & Avison, W. R. (2003). Status Variations in stress exposure: Implications for the interpretation of research on race, socioeconomic status, and gender. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(4), 488.  
<https://doi.org/10.2307/1519795>
- Umberson, D., Crosnoe, R., & Reczek, C. (2010). Social relationships and health behavior across the life course. *Annual Review of Sociology*, 36(1), 139–157.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-120011>

- Urbanová, E., Škodová, Z., & Bašková, M. (2021). The Association between Birth Satisfaction and the Risk of Postpartum Depression. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10458. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910458>
- ÚŘAD, Č. S. (2020). *Porodnost*. Český statistický úřad. <https://www.czso.cz/documents/10180/142755448/1300692104.pdf/6e64632d-2119-4515-b812-430b904ec56e?version=1.1>
- Vaughn, M. J., & Baier, M. E. M. (1999). Reliability and validity of the relationship assessment scale. *American Journal of Family Therapy*, 27(2), 137–147. <https://doi.org/10.1080/019261899262023>
- Vliegen, N., Casalin, S., Luyten, P., Docx, R., Lenaerts, M., Tang, E., & Kempke, S. (2013). Hospitalization-Based Treatment for Postpartum Depressed Mothers and their Babies: Rationale, Principles, and Preliminary Follow-Up data. *Psychiatry MMC*, 76(2), 150–168. <https://doi.org/10.1521/psyc.2013.76.2.150>
- Wang, D., Li, Y., Qiu, D., & Xiao, S. (2021). Factors Influencing Paternal Postpartum Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders*, 293, 51–63. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.05.088>
- Wang, S., Chen, C., Chin, C., & Lee, S. (2005). Impact of postpartum depression on the Mother-Infant couple. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 32(1), 39–44. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00335.x>
- Watanabe, M., Wada, K., Sakata, Y., Aratake, Y., Kato, N., Ohta, H., & Tanaka, K. (2008). Maternity blues as predictor of postpartum depression: A prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(3), 211–217. <https://doi.org/10.1080/01674820801990577>
- Webster, J., Linnane, J., Dibley, L. M., Hinson, J., Starrenburg, S. E., & Roberts, J. A. (2000). Measuring social support in pregnancy: Can it be simple and meaningful? *Birth: Issues in Perinatal Care*, 27(2), 97–101. <https://doi.org/10.1046/j.1523-536x.2000.00097.x>
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 638–643. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.116.3.638>
- Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2011). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 4–13. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0107-2>

- Widen, E. M., & Gallagher, D. (2014). Body composition changes in pregnancy: measurement, predictors and outcomes. *European Journal of Clinical Nutrition*, 68(6), 643–652. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2014.40>
- Wilson, L., Reid, A., Midmer, D., Biringer, A., Carroll, J. C., & Stewart, D. E. (1996). Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *PubMed*, 154(6), 785–799. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8634957>
- World Health Organization (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.). <https://icd.who.int/>
- Wosu, A. C., Gelaye, B., & Williams, M. A. (2015). History of childhood sexual abuse and risk of prenatal and postpartum depression or depressive symptoms: an epidemiologic review. *Archives of Women's Mental Health*, 18(5), 659–671. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0533-0>
- Xie, R., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of Epidemiology*, 19(9), 637–643. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.03.008>
- Xing-Min, W. (2014). Subjective well-being associated with size of social network and social support of elderly. *Journal of Health Psychology*, 21(6), 1037–1042. <https://doi.org/10.1177/1359105314544136>
- Yamada, A., Isumi, A., & Fujiwara, T. (2020). Association between Lack of Social Support from Partner or Others and Postpartum Depression among Japanese Mothers: A Population-Based Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4270. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124270>
- Yim, I. S., Stapleton, L. R. T., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J., & Schetter, C. D. (2015). Biological and Psychosocial Predictors of Postpartum Depression: Systematic review and Call for integration. *Annual Review of Clinical Psychology*, 11(1), 99–137. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426>
- Zelkowitz, P., & Milet, T. H. (1997). Stress and support as related to postpartum paternal mental health and perceptions of the infant: Depression. *Infant mental health journal*, 18(4), 424-435
- Zhao, X., & Zhang, Z. (2020). Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102353. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102353>

- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2)
- Żyrek, J., Klimek, M., Apanasewicz, A., Ciochoń, A., Danel, D., Marcinkowska, U. M., Mijas, M., Ziomkiewicz, A., & Galbarczyk, A. (2024). Social support during pregnancy and the risk of postpartum depression in Polish women: A prospective study. *Scientific Reports*, 14(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-024-57477-1>