

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Zdravotně sociální pracovník

SOCIÁLNÍ PRÁCE A TĚHOTENSKÁ DEPRESE

Bakalářská práce

Autor práce: Lucie Zemanová

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D.

Jihlava 2024

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Lucie Zemanová
Studijní program:	Zdravotně sociální péče
Obor:	Zdravotně sociální pracovník
Garant studijního oboru:	doc. PhDr. David Urban, Ph.D.
Název práce:	Sociální práce a těhotenská deprese
Vedoucí práce:	PhDr. Vlasta Řezníková, Ph.D.
Cíl práce:	Cílem bakalářské práce je zjistit možnosti sociálního pracovníka v oblasti spolupráce a pomoci ženám prožívajícím těhotenskou depresi.

Abstrakt

Tato bakalářská práce analyzuje možnosti sociálních pracovníků při poskytování pomoci a podpory ženám prožívajícím těhotenskou depresi v kontextu České republiky. V teoretické části jsou definovány klíčové pojmy související s těhotenskou depresí, její etiologií, symptomatologií a možnými důsledky pro psychosociální zdraví žen. Dále jsou zde popsány role a kompetence sociálních pracovníků v rámci interdisciplinární spolupráce a podpory těhotných žen s depresí. Empirická část práce je založena na kvalitativním výzkumu, který zahrnuje hloubkové rozhovory se sociálními pracovníky. Cílem těchto rozhovorů je získat hlubší porozumění pro strategie, přístupy a intervenční programy využívané v praxi, stejně jako identifikovat překážky a výzvy v této oblasti. Získané poznatky slouží jako základ pro formulaci doporučení pro zlepšení praxe a naznačí potřebné směry dalšího výzkumu. Práce si klade za cíl poskytnout přehled o stávající situaci a přispět k rozvoji efektivních a cílených intervencí, které by zlepšily podmínky pro ženy trpící těhotenskou depresí a podpořily zdravý vývoj rodiny.

Klíčová slova

Perinatální deprese; sociální práce; intervenční programy; psychosociální zdraví; multidisciplinární spolupráce; podpora těhotných žen

Abstract

This bachelor thesis analyses the possibilities of social workers in providing assistance and support to women experiencing pregnancy depression in the context of the Czech Republic. The theoretical part defines key concepts related to pregnancy depression, its etiology, symptomatology and possible consequences for women's psychosocial health. It also describes the roles and competences of social workers in interdisciplinary cooperation and support of pregnant women with depression. The empirical part of the thesis is based on qualitative research that includes in-depth interviews with social workers. The aim of these interviews is to gain a deeper understanding of the strategies, approaches and intervention programmes used in practice, as well as to identify barriers and challenges in the field. The insights gained serve as a basis for formulating recommendations for improving practice and suggesting needed directions for further research. The thesis aims to provide an overview of the current situation and contribute to the development of effective and targeted interventions to improve conditions for women suffering from pregnancy depression and promote healthy family development.

Keywords

Perinatal depression; social work; intervention programmes; psychosocial health; multidisciplinary cooperation; support for pregnant women

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracovala jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušila autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byla jsem seznámena s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle směrnice prorektora pro studium č. 2/2020, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědoma toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 23. dubna 2024

.....

Podpis studentky

Poděkování

V této bakalářské práci bych chtěla vyjádřit svou upřímnou vděčnost paní PhDr. Vlastě Řezníkové, Ph.D., která byla mou vedoucí práce. Její odborné vedení, cenné rady a podpora byly klíčové pro dokončení této práce. Mé díky patří také mé rodině za jejich nekonečnou podporu a trpělivost během celého mého studia. Děkuji i všem participantům, jejichž příspěvky a ochota sdílet své zkušenosti obohatily mou práci.

Obsah

Seznam tabulek.....	8
Seznam zkratk	9
Úvod.....	10
Teoretická část	11
1 Duševní onemocnění	11
1.1 Stigma duševního onemocnění	12
1.2 Deprese	12
1.2.1 Těhotenská deprese.....	13
1.2.2 Symptomatologie těhotenské deprese.....	14
1.2.3 Prevalence těhotenské deprese	15
1.2.4 Etiologie těhotenské deprese	15
1.2.5 Dopady těhotenské deprese	16
1.2.6 Léčba deprese v těhotenství.....	17
2 Sociální práce s těhotnými ženami	20
2.1 Role sociálního pracovníka.....	20
2.2 Dovednosti a znalosti SP v práci s ženou s těhotenskou depresí	21
2.3 Metody sociálního pracovníka k ženě s těhotenskou depresí	22
2.4 Druhy služeb, kde se může SP setkat s těhotnými s depresí.....	23
Praktická část	25
3 Metodika výzkumu	25
3.1 Cíl výzkumu	25
3.2 Průběh a techniky sběru dat	27
3.3 Charakteristiky dotazovaných	28
3.4 Přístupy k analýze kvalitativních dat.....	29
3.4.1 Způsob zpracování získaných dat.....	29
3.5 Analýza získaných dat	30
3.5.1 Specifické intervence a metody používané sociálními pracovníky při práci s těhotnými ženami trpícími depresí	30
3.5.2 Hlavní bariéry a výzvy sociálních pracovníků při práci s těhotnými ženami trpícími depresí v České republice	31
3.5.3 Multidisciplinární týmy ve spolupráci se sociálními pracovníky v podpoře těhotných žen s depresí?	34
3.5.4 Povědomí a vzdělávání veřejnosti a odborníků na detekci a podporu těhotenské deprese?	35
3.5.5 Přínosy a omezení současných zásahů a podpůrných programů pro těhotné ženy s depresí v rámci sociální práce?	36
4 Diskuze	38
5 Doporučení pro praxi.....	41
6 Závěr.....	42

Seznam použité literatury	43
Přílohy	45

Seznam tabulek

Tab. 1: Seznam základních kategorií duševních poruch dle MKN-11	11
Tab. 2: Popis výzkumného souboru.....	29

Seznam zkratk

APA	Americká psychiatrická asociace
WHO	Světová zdravotnická organizace
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
SP	Sociální pracovník
ČR	Česká republika
KBT	Kognitivně-behaviorální terapie
IPT	Interpersonální terapie
SSRI	Selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu
TCA	Tricyklická antidepresiva
MAOI	Inhibitory monoaminoxidázy
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NCBI	National Library of Medicine

Úvod

V posledních letech se těhotenská deprese stala stále významnějším tématem ve veřejném a odborném diskurzu. Přestože se povědomí o tomto specifickém typu duševní poruchy zvyšuje, těhotenská deprese zůstává jedním z méně prozkoumaných aspektů duševního zdraví žen a často je stále zahalena tabu. V rámci bakalářské práce s názvem "Sociální práce a těhotenská deprese" se snažím prozkoumat možnosti sociálních pracovníků v oblasti spolupráce a pomoci ženám prožívajícím těhotenskou depresi v kontextu České republiky. Toto téma je zásadní nejen kvůli významnému dopadu na duševní a fyzické zdraví těhotných žen, ale také kvůli potenciálním následkům pro vývoj plodu a budoucí vztah mezi matkou a dítětem.

Těhotenská deprese není jen otázkou individuálního zdraví, ale má širší společenské důsledky. Může zasahovat do rodinné dynamiky, ovlivňovat vztahy a ekonomickou stabilitu rodin, a proto je nezbytné, aby sociální pracovníci byli vybaveni nejen odpovídajícími znalostmi, ale také konkrétními nástroji a přístupy, které jim umožní poskytovat kompetentní a efektivní podporu. Tato práce se proto zabývá analýzou stávajících přístupů v sociální práci, zkoumá výzvy a bariéry, které ženy v této situaci mohou čelit, a navrhuje možná řešení a doporučení pro zlepšení praxe.

Osobní motivace pro výběr tohoto tématu pramení z přímé zkušenosti s těhotenskou depresí v mé rodině, která mi odhalila složitost a hloubku této problematiky. Tato zkušenost mě inspirovala k hlubšímu zkoumání oblasti a k odhodlání přispět k odbourávání tabu, která těhotenskou depresi obklopují. Tento osobní zájem je spojen s profesním závazkem podporovat zdraví a pohodu žen v těhotenství a po porodu, což je klíčové pro zdravý vývoj společnosti jako celku.

Práce je rozdělena do dvou základních částí – teoretické a empirické. Teoretická část poskytuje komplexní přehled o těhotenské depresi, jejích příčinách, symptomech a dopadech, a také zkoumá roli sociálního pracovníka v kontextu této problematiky. Empirická část je zaměřena na kvalitativní výzkum, v jehož rámci jsou realizovány hloubkové rozhovory se sociálními pracovníky, kteří mají prokazatelnou pracovní zkušenost s klientkami trpícími těhotenskou depresí. Metodika pro tento výzkum byla založena na kvalitativním přístupu, přičemž byl použit polostrukturovaný rozhovor, který umožnil získat hlubší porozumění pro praktické zkušenosti a perspektivy sociálních pracovníků v oblasti těhotenské deprese. Tento typ rozhovoru je flexibilní a umožňuje účastníkům vyjádřit své myšlenky a názory podrobněji, což je klíčové pro pochopení komplexních sociálních a psychologických jevů.

Cílem této práce je nejen přispět k odborné diskusi o těhotenské depresi, ale také prozkoumat dostupné možnosti pro sociální pracovníky při podpoře žen v tomto náročném období.

Závěrem si práce klade za cíl posílit význam individualizovaného přístupu a přispět k odstranění stigma, které obklopuje těhotenskou depresi, a zároveň zdůraznit důležitost včasného rozpoznání a intervence v této oblasti. Hlavní výzkumnou otázkou, která vede tuto studii, je: "Jaké jsou přístupy sociálních pracovníků v podpoře u žen prožívajících těhotenskou depresi v kontextu České republiky?"

Teoretická část

1 Duševní onemocnění

Duševní zdraví je zásadní složkou celkového zdraví a pohody každého jedince. Jeho význam je obzvláště výrazný v období těhotenství, které přináší ženám nejen fyzickou, ale i psychickou zátěž. Těhotenské deprese, známé také jako perinatální nebo antenatální deprese, představuje vážný duševní stav, který může mít dalekosáhlé důsledky jak pro matku, tak pro dítě během těhotenství a po porodu. V České republice je situace specifická tím, že ačkoliv je poporodní deprese relativně dobře rozpoznána a diskutována, těhotenská deprese často zůstává v pozadí, zahalená tabu nebo je bagatelizována, a to jak v laické, tak i odborné veřejnosti. Tato kapitola se proto věnuje důležitosti uznání těhotenské deprese.

Veškerá duševní onemocnění jsou dělena dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN. V současné době je v ČR v platnosti MKN-10 viz Tab. 1. Tato klasifikace je zpracována Světovou zdravotnickou organizací (WHO). (Probstová, Peč, 2014)

Tab. 1: Seznam základních kategorií duševních poruch dle MKN-11

Kapitola MKN-10	Název diagnostického okruhu
F00-F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10-F19	Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
F20-F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30-F39	Afektivní poruchy (poruchy nálad)
F40-F48	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
F50-F59	Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60-F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70-F79	Mentální retardace
F80-F89	Poruchy psychického vývoje
F90-F98	Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci
F99	Nespecifikovaná duševní porucha

Zdroj: Praško, Látalová, 2013, tabulka vlastní

Světová zdravotnická organizace (WHO) připravila 11. revizi MKN, která byla schválena na 72. Světovém zdravotnickém zasedání v květnu 2019 a vstoupila v platnost dne 1. ledna 2022 s pětiletým přechodným obdobím. (ÚZIS, 2023)

V únoru 2024 byla zveřejněna první česká verze Mezinárodní klasifikace nemocí, jedenácté revize (MKN-11), což představuje významný krok v rozvoji a aktualizaci medicínské nomenklatury v České republice. (ÚZIS, 2024)

Revize klasifikačního systému přináší mnohé novinky a aktualizace, včetně nových diagnostických kategorií pro duševní poruchy a poruchy chování spojené se šestinedělním, rozdělených do několika podkategorií. Tato rozdělení umožňují přesnější rozlišení mezi různými formami těchto stavů. Z toho lze usuzovat na potřebu dalšího zkoumání a možná i revize klasifikace v budoucnu, aby byly tyto a další potenciálně přehlížené stavy adekvátně zastoupeny. Je důležité zdůraznit, že ačkoliv tato klasifikace zahrnuje specifické diagnózy pro duševní poruchy spojené se šestinedělním, zdá se, že těhotenské deprese nejsou v této verzi explicitně zmíněny. To poukazuje, podle mého názoru, na potřebu dalšího zkoumání a potenciální revize klasifikace, která by měla tyto a další podobné stavy lépe reflektovat.

1.1 Stigma duševního onemocnění

Podle informací z Psychiatry.org,(2024) stigma, předsudky a diskriminace proti osobám s duševním onemocněním jsou stále významným problémem, který ovlivňuje více než polovinu lidí trpících duševními poruchami. Mnoho lidí se vyhýbá nebo odkládá vyhledání potřebné pomoci, protože mají obavy z toho, že budou jinak vnímáni nebo se bojí ztráty zaměstnání a obživy. Stigma může vést k výrazné sociální izolaci a snižuje pravděpodobnost, že postižení jedinci vyhledají a dostanou potřebnou léčbu. Diskriminace ve zdravotní péči, na pracovišti a v běžném společenském životě ztěžuje těmto osobám plnohodnotné začlenění do společnosti.

Podle studie uveřejněné na NCBI s názvem „Stigma, prejudice, discrimination and health“ je stigma spojené s duševními onemocněními rozšířeným jevem na globální úrovni, který negativně ovlivňuje možnosti diagnostiky, léčby a sociální integrace osob s duševními poruchami. Studie zdůrazňuje, že stigma může vést k diskriminaci v mnoha oblastech života včetně zaměstnání, vzdělávání a zdravotní péče, čímž ztěžuje lidem s duševními onemocněními plnohodnotné zapojení do společnosti. Nedostatek podpory a pochopení z okolí může prohlubovat izolaci a zhoršovat zdravotní stav postižených jedinců. (Stuber, Meyer, Link, 2014)

Na základě uvedených zjištění o stigma a diskriminaci spojených s duševními onemocněními se domnívám, že značnou míru stigmatizace mohou pociťovat i ženy trpící těhotenskou depresí. Tento stav může komplikovat jejich přístup k adekvátní péči a zhoršovat jak jejich duševní, tak fyzické zdraví, což ovlivňuje i zdraví nenarozených dětí. Diskriminace ve zdravotní péči a sociálním životě může ztížit jejich plnohodnotné fungování ve společnosti.

1.2 Deprese

Deprese se řadí mezi duševní onemocnění a je dle MKN specificky zařazena mezi náladové (afektivní) poruchy, což je skupina onemocnění charakterizovaná poruchami emocí. Tato onemocnění mohou zahrnovat jak depresivní, tak bipolární spektrum poruch. Deprese je definována perzistentními pocity smutku, beznaděje, ztráty zájmu či potěšení ze všedních aktivit a sníženou schopností cítit radost, což je stav známý jako anhedonie. Dále je charakterizována sníženou náladou, ztrátou zájmu nebo potěšení z běžných aktivit, sníženou energií, únavou,

pocitem bezcennosti nebo nadměrné viny, poruchami spánku a apetitu, sníženou schopností se soustředit a myšlenkami na smrt nebo sebevraždu. (Probstová, Peč, 2014)

Často se setkáváme s problémy, jako jsou bolestivé stavy, pocit pálení či tlaku, chladu, těžkost v končetinách, stejně jako s nežádoucími se spojenými s kardiovaskulárním, gastrointestinálním a dalšími systémy těla. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2006)

V souvislosti s depresí lze pozorovat zpomalení mentálních procesů a motorické aktivity, což je známo jako psychomotorické zpomalení nebo bradyfrenie a bradykineze, což je také projevem snížené dynamogenie. Můžeme pozorovat, že osoba působí celkově sklesle a pasivně, jako by postrádala energii. (Vágnerová, 2014)

Kučerová (2020) používá přirovnání těchto stavů k dřívějšímu magnetofonu na baterie, kdy baterie dochází a pásek je zpomalený.

Deprese může výrazně ovlivnit funkčnost jedince v osobním, sociálním a pracovním životě. Podle údajů Národního zdravotnického informačního portálu byly nejčastěji diagnostikované psychiatrické poruchy v České republice v roce 2020 právě poruchy nálad, do kterých deprese spadá. V tomto období byla deprese diagnostikována u více jak 15 tisíc osob, přičemž v celkovém počtu nově diagnostikovaných pacientů převažovaly ženy s 62,39 %. (NZIP, 2020)

Tato statistika zahrnuje i těhotné ženy v České republice, poukazuje na významný dopad deprese na veřejné zdraví a nutnost zaměřit pozornost na prevenci, diagnostiku a léčbu této poruchy. (NZIP, 2020)

1.2.1 Těhotenská deprese

Těhotenská deprese, známá také jako prenatalní, perinatální nebo antenatální deprese, je druh depresivní poruchy, která se objevuje u některých těhotných žen. Tento termín se vztahuje k depresi, která se rozvine během těhotenství před porodem (latinsky "ante" znamená "před" a "natal" se vztahuje k narození). Odlišnost těhotenské deprese od jiných druhů deprese spočívá také v tom, že se musí pečlivě zvážit léčebné možnosti, aby se minimalizovaly rizika pro vývoj plodu. Těhotenská deprese může být zaměňována s běžnými emocionálními změnami během těhotenství, ale je to vážný zdravotní stav, který vyžaduje odbornou pozornost a přístup. Její včasná identifikace a léčba jsou klíčové pro zdraví matky i dítěte. (Čech, 2006)

Tento druh deprese je charakterizován přetrvávajícími pocity smutku, úzkosti, prázdnoty a může negativně ovlivnit každodenní fungování a kvalitu života postižené ženy. Ačkoliv se může objevit kdykoliv během těhotenství, často je nejvíce zřetelná v prvním a druhém trimestru. (Pečená, 1999)

V třetím trimestru se mohou přidat další obavy, např. z blížícího se porodu, strachu o dítě, mohou se objevit různé pocity z nejistoty nebo selhání, že se žena nedokáže správně postarat o narozené dítě a být pro něj pečující matkou. (Čech, 2006)

Těhotenská deprese má významné důsledky nejen pro matku, ale i pro vývoj a zdraví nenarozeného dítěte. V současném sociálním kontextu je stále větší důraz kladen na duševní zdraví a jeho vliv na celkové zdraví jedince. Těhotenská deprese je uznávána jako závažný zdravotní problém, který vyžaduje adekvátní pozornost a léčbu. Její význam přesahuje individuální zdraví matky a zahrnuje potenciální dlouhodobé důsledky pro dítě, jako jsou rizika poruch vývoje, nízká porodní hmotnost a problémy ve vztahu mezi matkou a dítětem po narození. Těhotenská deprese je tedy důležitá nejen z hlediska veřejného zdraví a plánování zdravotnických služeb, ale má také významné sociální a ekonomické dopady, které mohou ovlivnit pracovní schopnosti ženy, její rodinné vztahy a společenské interakce. (Sušilová, 2017)

1.2.2 Symptomatologie těhotenské deprese

Symptomatologie těhotenské deprese zahrnuje následující klinické příznaky, které jsou podobné příznakům běžné deprese, ale objevují se během těhotenství. Řada autorů se shoduje na těchto příznacích: Příznaky dle (Smitha, Brunetto a Yonkers, 2004)

- Převažující depresivní, špatná nebo smutná nálada vyskytující se téměř každodenně*
- Značně snížený zájem nebo uspokojení z většiny činností, ne-li ze všech*
- Snížená nebo zvýšená chuť k jídlu téměř každý den
- Nespavost nebo nadměrná spavost téměř každý den
- Psychomotorická agitace nebo retardace téměř každý den
- Únava nebo ztráta energie téměř každý den
- Snížená schopnost uvažovat nebo se soustředit nebo obtížné rozhodování téměř každý den
- Pocit neschopnosti nebo nepřiměřené nebo nemístné viny téměř každý den
- Opakující se myšlenky na smrt, sebevraždu, plánování či pokus o sebevraždu
- Špatné pochopení projevů miminka (po porodu)
- Nespokojenost se sociálním zázemím

*Jeden z příznaků označených hvězdičkou je pro stanovení diagnózy nezbytný

Diagnostická kritéria pro těhotenskou depresi jsou obvykle stanovena podle standardů, jako jsou kritéria Americké psychiatrické asociace (APA) uvedená v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch (DSM). Aby byla diagnostikována těhotenská deprese, žena musí vykazovat několik z výše uvedených příznaků po většinu dní po dobu alespoň dvou týdnů. (Depression during Pregnancy, 2015).

Symptomy musí také způsobovat významné utrpení nebo zásadně ovlivňovat schopnost fungovat v každodenním životě. (Smitha, Brunetto a Yonkers, 2004)

Těhotenská deprese je podobná ostatním depresivním poruchám svými symptomy, jako jsou pocity smutku, beznaděje, úzkosti, ztráta zájmu o aktivní život, změny chuti k jídlu, nespavost nebo nadměrná spavost, únava a problémy s koncentrací. Nicméně se odlišuje kontextem, ve kterém se vyvíjí, jelikož hormonální a fyzické změny během těhotenství, spolu s psychosociálními faktory, mohou přispět k jejímu vzniku. (Praško, Kosová, Herman, 2002)

1.2.3 Prevalence těhotenské deprese

Dle Čepického (1999) jsou těhotné ženy v těhotenství mimo jiné více náchylné k depresím. Důkladná diagnostika a prevence těhotenské deprese jsou nezbytné.

Americká psychiatrická asociace (APA, 2023) uvádí, že 10–15 % bílých žen zažívá prenatální depresi, přičemž u žen z jiných rasových nebo etnických skupin jsou tyto odhady vyšší. Lze pozorovat celosvětový nárůst tohoto onemocnění oproti přehledu z roku 2005, kdy podle Dagnera(2021) trpělo těhotenskou depresí 8,5-11% žen.

„V těhotenství je deprese nejčastější psychiatrickou poruchou, v průběhu těhotenství nebo 12 měsíců po porodu se incidence udává přibližně mezi 10–20 %, u žen s depresí před porodem až ve 25 % případů.“ (Sušilová, 2017, str. 103)

Tyto údaje jsou dle mého názoru alarmující a zdůrazňují naléhavou potřebu pro zvýšenou pozornost a podporu v oblasti duševního zdraví těhotných žen. Včasná identifikace a řešení těchto problémů mohou přispět k lepšímu výsledku těhotenství a zároveň snížit dlouhodobé následky na veřejné zdraví.

1.2.4 Etiologie těhotenské deprese

Etiologie těhotenské deprese zahrnuje řadu biologických, psychologických a sociálních faktorů, které mohou přispět k jejímu vzniku během těhotenství. (Sušilová, 2017)

Mezi biologické faktory patří hormonální změny, které mohou ovlivnit chemické reakce v mozku a způsobit změny nálady. Zvýšené hladiny hormonů, jako jsou estrogen a progesteron, mohou mít vliv na neurotransmitery a vést k depresivním symptomům. Dalšími z mnoha faktorů jsou věk, genetika, osobní a rodinná anamnéza těhotné ženy. (Sušilová, 2017)

Psychologické faktory mohou zahrnovat osobní historii deprese nebo jiných duševních onemocnění, nedostatečnou podporu ze strany partnera nebo rodiny, a také stres způsobený změnami životního stylu a obavami z mateřství. (Sušilová, 2017)

Sociální faktory se mohou týkat sociální izolace, finančního tlaku, problémů ve vztazích, neplánovaného nebo nežádoucího těhotenství, nebo nedávných traumat či životních událostí, jako je ztráta blízké osoby nebo pracovní nezmírnění. (Sušilová, 2017)

„Větší riziko výskytu deprese je u matek samoživitelek, žen s více dětmi a žen bez partnera.“ (Sušilová, 2017, str.104)

Rizikové faktory mohou zahrnovat, nízkou sebeúctu, vysokou míru stresu a nedostatek sociální podpory. Neopomenutelný je abúzus návykových látek. Důležité je si uvědomit, že etiologie těhotenské deprese je složitá a multifaktoriální, což znamená, že u každé ženy může být její vznik ovlivněn jedinečnou kombinací různých faktorů. (Šebela, 2019)

Etiologie se snaží tyto faktory identifikovat a pochopit, aby bylo možné lépe předcházet vzniku těhotenské deprese a efektivně ji léčit.

1.2.5 Dopady těhotenské deprese

Dle Šebely (2019) Těhotenská deprese neovlivňuje pouze ženu samotnou, ale doléhá na rodinu, partnera a v neposlední řadě na nenarozené dítě.

Možné dopady těhotenské deprese na ženy mohou zahrnovat:

- Zhoršení celkového duševního a fyzického zdraví matky.
- Zvýšené riziko komplikací během těhotenství a porodu.
- Snížená schopnost pečovat o sebe a připravit se na příchod dítěte.
- Problémy ve vztazích s partnerem a ostatními členy rodiny.
- Obtíže s navazováním vazby s dítětem po porodu (bonding).
- Sebevražda - „Nálezy z britské studie mapující období 15 let ukazují, že sebevraždu dokonají 2 % žen v perinatálním období; ve věkové kategorii 20–35 let jsou to dokonce 4 % žen.“ (Šebela, 2019, str. 3.)

Možné dopady těhotenské deprese na nenarozené dítě:

- Těhotenská deprese je oproti klasické depresi rizikovější, protože ovlivňuje samotný vývoj plodu. Dobrý psychický stav matky je důležitý a žádoucí pro vytvoření základů psychiky dítěte a dobrého vztahu matky k dítěti. (Baďurová, 2005)
- Zvýšené riziko potratu, předčasných porodů
- Nízká porodní váha dítěte
- Novorozenci mohou vlivem depresivního onemocnění matky trpět dýchacími potížemi, snížením aktivity a mimiky, narušením či opožděním kognitivního, emocionálního a jazykového vývoje. (Sušilová, 2017)
- Pravděpodobnost pozdějších duševních problémů, emoční nestability, u chlapců jsou navíc v budoucnu možné sklony k agresivitě. (Sušilová, 2017)
- Riziko změn vyvíjejícího se plodu k strukturálním a funkčním odchylkám v mozku exponovaných dětí. (Šebela, 2019)

Možné dopady těhotenské deprese na rodinu:

- Zvýšený emocionální stres spojený s obavami o zdraví partnerky a nenarozeného dítěte.
- Potenciální pocit bezmoci nebo frustrace z neschopnosti pomoci partnerce čelit jejímu stavu.
- Náročnější mezilidské vztahy v důsledku změn nálady a chování partnerky během těhotenské deprese.
- Možné zanedbávání vlastních emocionálních potřeb a zdraví, když se partner soustředí na podporu těhotné ženy.
- Zvýšené riziko vzniku duševních zdravotních problémů, jako jsou úzkost a deprese, v reakci na zvýšený tlak a stresové situace.

- Odloučení od partnerky, možný rozpad vztahu
- Zvýšený stres a napětí ve vztazích, zejména s partnerem nebo dalšími dětmi
- Ekonomické obtíže kvůli možnému snížení příjmu nebo zvýšeným výdajům na zdravotní péči.
- Vliv na celkovou rodinnou dynamiku a každodenní fungování domácnosti. (Čepický, 1999)

Při včasné identifikaci a účinné léčbě těhotenské deprese je možné tyto negativní dopady minimalizovat a podporovat zdravý vývoj rodiny a dítěte. (Čepický, 1999)

1.2.6 Léčba deprese v těhotenství

„Zdaleka ne u každé ženy stav vyžaduje užívání léků či hospitalizaci na psychiatrickém oddělení, v mnoha případech je vhodnější intervencí podpora cestou peer skupiny, dostatek informací či psychoterapie“ (Šebela, 2019, str. 1)

A. Nefarmakologické přístupy léčby těhotenské deprese:

Nefarmakologické přístupy k léčbě těhotenské deprese představují široké spektrum terapeutických metod, které se zaměřují na psychické a sociální aspekty onemocnění bez použití farmakoterapie. Alternativní terapie hrají klíčovou roli v léčbě těhotenské deprese, zejména tam, kde jsou potenciální rizika užívání antidepresiv považována za příliš vysoká. Tyto metody zahrnují psychoterapii, jakož i psychosociální a behaviorální intervence. Mezi nejčastěji aplikované psychoterapeutické přístupy patří kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a interpersonální terapie (IPT), které se ukázaly jako efektivní ve snižování symptomatických projevů deprese během gravidity a poporodního období. Často doporučovány jako první linie léčby mírných až středně těžkých forem deprese. (Praško, Látalová et al., 2013)

Kognitivně-behaviorální terapie se zaměřuje na identifikaci a modifikaci negativních myšlenkových vzorců a chování, které mohou přispívat k depresivnímu stavu. (Becková, 2018)

Interpersonální terapie se soustředí na vztahové aspekty, pomáhá ženám lépe zvládat mezioborové konflikty, změny v sociálních rolích a problémy ve vztazích, které mohou deprese provázet. (Praško, Látalová et al., 2013)

Dále jsou k dispozici metody, jako je mindfulness a techniky relaxace, které mohou podporovat psychickou pohodu těhotných žen a snižovat úroveň stresu a úzkosti, často spojené s depresí. Těhotenská jóga a další formy fyzické aktivity také přinášejí pozitivní efekty, nejen z hlediska fyzického zdraví, ale i z pohledu psychické vyrovnanosti. (Praško, Kosová, Herman, 2002)

V posledních letech se v České republice rozvíjí služba ve formě peer podpory, která představuje významný přínos v oblasti duševního zdraví. Peer konzultant je osoba, která má vlastní zkušenost

s duševním onemocněním a na základě této zkušenosti pomáhá ostatním lidem s duševními potížemi. Tato forma podpory se ukazuje být užitečná nejen v obecném rámci duševního zdraví, ale také specificky v kontextu těhotenské deprese. Peer konzultanti jsou unikátně vybaveni k poskytování podpory, neboť jejich vlastní zkušenost s duševním onemocněním jim umožňuje lépe porozumět situaci, pocitům a výzvám, kterým čelí jejich klienti, včetně těhotných žen s depresí. Tento osobní pohled a pochopení může vést k větší empatii a efektivnější komunikaci, což jsou klíčové aspekty v procesu zotavení nebo zlepšování duševního zdraví. Těhotenská deprese, charakterizovaná významnými depresivními symptomy během těhotenství, představuje vážnou problematiku, která může mít negativní dopady nejen na ženu samotnou, ale i na vývoj a zdraví nenarozeného dítěte. Přístup peer konzultantů může těmto ženám nabídnout specifickou formu podpory, která je založena na porozumění a sdílení zkušeností. Tato podpora může být zvláště cenná, protože může nabídnout pocit sounáležitosti a odstranit stigma, které často provází duševní onemocnění, včetně depresivních stavů v těhotenství. Vzhledem k rostoucímu počtu peer konzultantů v České republice a rozšiřování jejich integrace do systému péče o duševní zdraví existuje značný potenciál pro další rozvoj této služby a její přínos ve zlepšování duševního zdraví těhotných žen s depresí. (Úsměv mámy, 2020)

Specifickým přístupem ve vnímání a léčení těhotenské deprese je také zapojení sociální podpory, včetně podpůrných skupin, které mohou ženám poskytnout prostor pro sdílení svých zkušeností a pocitů, čímž dojde ke snížení pocitu izolace a osamělosti. (Praško, Kosová, Herman, 2002)

Je důležité zdůraznit, že výběr konkrétní nefarmakologické intervence by měl být vždy přizpůsoben individuálním potřebám, preference a specifické situaci těhotné ženy. Tento individualizovaný přístup zvyšuje šanci na úspěšné zvládnutí depresivních stavů a podporuje celkovou psychickou a fyzickou pohodu ženy během těhotenství. (Praško, Kosová, Herman, 2002)

Psychoterapie v léčbě deprese je dlouhodobý a náročný proces, který vyžaduje aktivní účast a motivaci ze strany klienta, avšak nabízí možnost hlubšího pochopení a zpracování problémů, které vedou k depresi. Efektivita psychoterapie je však ovlivněna mnoha faktory, včetně typu terapie, odbornosti a přístupu terapeuta, ale také motivace, angažovanosti a ochoty klienta aktivně se zapojit do procesu léčby. Mezi úskalí psychoterapie patří zejména její finanční náročnost, jelikož terapie často není plně hrazena zdravotními pojišťovnami a vyžaduje značné investice času a peněz. (Sarisová, 2020)

A. Farmakologická přístupy léčby těhotenské deprese:

Při léčbě těhotenské deprese je nezbytné pečlivě zvážit teratogenní rizika některých léků, což jsou potenciálně škodlivé účinky na vyvíjející se plod. Je nutné hledat rovnováhu mezi účinností léčby deprese u matky a bezpečností pro nenarozené dítě, což může vyžadovat přizpůsobení léčebných plánů. (Šebela, 2017)

V terapii depresivních stavů během gravidity se aplikují farmakoterapeutické přípravky z kategorie psychofarmak, které zahrnují antidepresiva coby standardní léčivou modalitu pro depresivní poruchy (Šebela, 2017)

Antidepresiva jsou klasifikována do několika základních skupin (generací) v souladu s jejich chemickou strukturou a specifickým mechanismem účinku. Jednotlivé skupiny těchto léků se liší svými farmakodynamickými a farmakokinetickými vlastnostmi, což ovlivňuje jejich bezpečnostní profil a průběh léčby. V kontextu těhotenství je zásadní přistupovat k výběru antidepresivní terapie s maximální opatrností. V České republice jsou v ambulantní praxi nejčastěji předepisována antidepresiva třetí generace, zejména selektivní inhibitory zpětného vychytávání serotoninu (SSRI), které zahrnují účinné látky, jako jsou citalopram, escitalopram, fluoxetin, paroxetin a sertralin. Tyto látky se vyznačují preferenčním působením na serotoninový neurotransmiterový systém a jsou obecně považovány za léky s lepším bezpečnostním profilem ve srovnání s antidepresivy prvních generací, jako jsou tricyklická antidepresiva (TCA) a inhibitory monoaminoxidázy (MAOI). (Raboch, Pavlovský, 2020)

Přestože antidepresiva třetí generace obecně představují preferovanou volbu pro léčbu deprese u těhotných žen kvůli relativně příznivým datům týkajícím se bezpečnosti, některé účinné látky, jako je paroxetin, mohou být spojeny s vyšším rizikem teratogenity. Je důležité si uvědomit, že ne všechna antidepresiva jsou pro těhotné ženy vhodná. Omezenost dat z klinických studií týkajících se použití antidepresiv během těhotenství znamená, že je nezbytné provést pečlivé posouzení přínosů a rizik léčby pro konkrétní pacientku. Vzhledem k potenciálním rizikům pro plod je nezbytné omezit vystavení léčivým látkám tím, že se použije nejnižší účinná dávka. Pokud není léčebná odpověď dostačující, lze farmakologickou dávku upravit během léčby. (Orel, 2012)

Vedle SSRI se používají i další antidepresiva třetí generace, včetně selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu a noradrenalinu (SNRI) a atypických antidepresiv, které mohou zahrnovat látky jako bupropion, mirtazapin a trazodon. Tyto látky mohou nabízet alternativní terapeutické možnosti pro pacienty, kteří nereagují na léčbu SSRI nebo pro ty, kteří trpí specifickými vedlejšími účinky. (Raboch, Pavlovský, 2020)

Nástup účinku antidepresiv se typicky pohybuje mezi 2 až 6 týdny, přičemž plný terapeutický efekt může být patrný až po delší době užívání. První zlepšení příznaků může být zaznamenáno již po několika týdnech pravidelného užívání. (Praško, Látalová et al, 2013)

Rozhodnutí o zahájení nebo pokračování antidepresivní léčby během těhotenství by mělo být vždy založeno na pečlivém hodnocení individuálních potřeb a rizik, s důrazem na multidisciplinární přístup, který zahrnuje spolupráci mezi psychiatrem, gynekologem a pacientkou. Pouze tak je možné zajistit optimální výsledky pro matku i plod. (Šebela, 2017)

Dle Sušilové (2017) je medikace antidepresivy v těhotenství, v klinické praxi někdy nezbytná, s sebou přináší určitá rizika. Ačkoli jsou, dle výsledků dosavadních studií, tato rizika relativně velmi malá, přesto je potřeba brát je při léčbě do úvahy. Výběr antidepresiv by měl být pro každého pacienta pečlivě individuálně zvažován. To vyžaduje multidisciplinární přístup s úzkou spoluprací mezi gynekology, psychiatry, farmaceuty a dalšími zdravotnickými odborníky.

V případě potřeby je důležité, aby byly pacientky informovány o všech možných rizicích a byly součástí rozhodovacího procesu o své léčbě. Nezbytná je také pravidelná kontrola a monitoring jak psychického stavu matky, tak vývoje plodu, aby se zajistila nejvyšší možná úroveň bezpečnosti a péče. (Praško, Kosová, Herman, 2002)

Antidepresiva představují typ medikace, která vyžaduje pravidelný a dlouhodobý příjem v konstantních nebo upravovaných dávkách, aby se v těle vytvořila stabilní koncentrace účinných látek. Lékaři pak mohou tuto koncentraci udržet, postupně zvyšovat či snižovat v závislosti na potřebách pacienta. I přes informovanost o tomto režimu se některé pacientky rozhodnou, že po zlepšení svého stavu již lék není potřeba a ukončí jeho užívání bez konzultace s odborníkem. Přerušování antidepresivní terapie by však mělo probíhat postupně, stejně jako její zahájení, aby se předešlo návratu depresivních symptomů. V případě těhotných žen má neodborné přerušování léčby ještě závažnější důsledky než u žen, které nečekají dítě. (Kučerová, 2020)

Šebela (2017) udává, že podle současných výzkumů antidepresiva a antipsychotika obvykle nezpůsobují vývojové komplikace plodu nebo teratogenní efekty. Nicméně existuje zvýšené riziko tzv. abstinencí novorozence po narození. Přesto rizika spojená s neřešenými vážnými depresemi a psychotickými onemocněními v těhotenství mohou být pro plod mnohem větší než potenciální rizika užívání těchto léků.

2 Sociální práce s těhotnými ženami

V této bakalářské práci se věnuji různým přístupům sociální práce s těhotnými ženami. Tyto přístupy odvodím ze základních rolí a dovedností, které sociální pracovníci v této oblasti vykonávají. Moje práce reflektuje důležitost kompetencí sociálních pracovníků a způsoby, jakými mohou podporovat těhotné ženy. Zaměřuji se na to, jak efektivně mohou sociální pracovníci přispívat ke zlepšení situace těhotných žen prostřednictvím svých odborných znalostí a praktických zkušeností.

2.1 Role sociálního pracovníka

Sociální práce s těhotnými ženami trpícími depresí hraje v tomto procesu zásadní roli. Sociální pracovníci jsou často na první linii, pokud jde o detekci problému u jejich klientek a následném poskytování podpory a navigace systémem péče. Jejich práce zahrnuje nejen poskytování informací a zdrojů, ale také vytváření bezpečného prostředí, kde mohou ženy o svých problémech otevřeně mluvit. (Kuzníková, 2011)

SP hraje klíčovou roli v rozpoznávání žen nacházejících se v rizikových sociálních podmínkách, které vykazují příznaky psychických onemocnění, jako je depresivní porucha. (Kuzníková, 2011)

SP jsou trénováni, aby naslouchali a empatizovali, a mohou tak nabízet individualizované a citlivé řešení. Součástí jejich práce je také osvěta a práce s rodinami, partnery a širší komunitou, aby se zvýšilo povědomí o problematice a předešlo se stigmatizování. (Matoušek, 2003)

Role SP při práci s těhotnými ženami s depresemi je multidimenzionální a zahrnuje řadu klíčových aspektů:

- Poskytování informací a zdrojů: SP informují těhotné ženy o dostupných zdrojích, jako jsou terapeutické služby, podpůrné skupiny a další programy, které mohou pomoci zvládat jejich deprese.

- Hodnocení a intervence: SP hodnotí potřeby a situaci každé ženy a vyvíjejí individualizované plány intervence, které mohou zahrnovat psychosociální podporu, plánování péče a koordinaci služeb.
- Podpora v oblasti duševního zdraví: Pomoc ženám v přístupu k psychoterapii nebo psychiatrické péči a zprostředkování léčby jsou základní součástí role sociálního pracovníka.
- Práce s rodinou: SP mohou pracovat s partnery a rodinami těhotných žen, aby posílili podpůrné sítě a zlepšili rodinné vztahy.
- Podpora při přechodech: SP mohou ženám pomáhat v období přechodu do mateřství a po porodu, což může být obzvláště náročné pro ty, které zažívají depresi.
- Zastupování a advokacie: SP mohou zastupovat zájmy těhotných žen v systémech zdravotní péče a sociálních služeb, aby zajistili, že budou mít přístup k nezbytné péči.
- Prevence a osvěta: SP mohou podnikat preventivní kroky a vést osvětové programy zaměřené na snížení incidence těhotenské deprese a na zvyšování povědomí o tomto stavu.
- Výzkum a politika: SP mohou také podílet na výzkumu a vývoji politik, které cílí na zlepšení péče a podpory pro těhotné ženy s depresemi.

SP hrají klíčovou roli v poskytování komplexní podpory jejich klientkám - těhotným ženám s depresemi, přičemž se zaměřují na zlepšení jejich duševního zdraví a podporu jejich schopnosti vytvářet silnou a zdravou vazbu s jejich dětmi. (Kuzníková, 2011)

Sociální práce hraje klíčovou roli v podpoře žen s těhotenskou depresí. SP mohou poskytovat psychosociální podporu, přístup k léčbě, vzdělávání a zdroje, které pomáhají ženám zvládat tento stav. Mohou také pomáhat s navigací ve složitém systému zdravotní péče a sociálních služeb, který může být pro mnoho těhotných žen obtížně přístupný.

Zvýšená informovanost a snižování stigmatu spojeného s těhotenskou depresí jsou zásadní pro zlepšení péče o duševní zdraví žen v těhotenství. Vzdělávání veřejnosti a profesionálů ve zdravotní a sociální sféře je nezbytné pro zlepšení detekce, prevence a intervence v případě těhotenské deprese. Vzhledem k rostoucímu počtu žen, které jsou během těhotenství ovlivněny těmito problémy, je tato tematika stále aktuálnější a vyžaduje si pečlivou pozornost a proaktivní přístup všech zainteresovaných stran.

2.2 Dovednosti a znalosti SP v práci s ženou s těhotenskou depresí

Pro efektivní sociální práci s těhotnými ženami s depresemi je potřeba široké spektrum dovedností a znalostí:

Empatie a schopnost aktivního naslouchání jsou klíčové pro vytváření důvěry a porozumění mezi SP a klientkou.

Odborné znalosti o duševních onemocněních, zejména o těhotenské depresi, jsou nezbytné pro správné hodnocení a plánování intervencí.

Komunikační dovednosti jsou důležité pro efektivní dialog s klientkami, jejich rodinami a dalšími profesionály v multidisciplinárním týmu. Schopnost práce v týmu a koordinace s dalšími službami zajišťuje, že klientky obdrží komplexní a integrovanou péči.

Znalost sociálních zdrojů, programů a služeb umožňuje SP efektivně navigovat klientky k dostupné podpoře.

Krizová intervence a schopnost rychle reagovat v náročných situacích jsou zásadní pro ochranu zdraví matky a nenarozeného dítěte.

Porozumění kulturním a sociálním faktorům, které mohou ovlivnit zkušenosti těhotných žen, je důležité pro poskytování citlivé a individualizované péče.

Dovednosti v právní obraně umožňují SP účinně hájit zájmy a práva svých klientek.

Schopnost kritického myšlení a rozhodování je nezbytná pro vyhodnocení nejlepších postupů a strategií intervence.

Znalost právních a etických aspektů sociální práce zajišťuje, že služby jsou poskytovány v souladu s profesionálními standardy a právními rámci. (Matoušek a kol., 2003)

2.3 Metody sociálního pracovníka k ženě s těhotenskou depresí

V sociální práci s těhotnými ženami s depresemi se využívají různé metody a intervenční programy, které jsou zaměřeny na podporu duševního zdraví a zlepšení kvality života klientek.

Mezi tyto metody patří:

- Individuální terapie: Poskytování jednotlivých terapeutických sezení s kvalifikovanými odborníky, jako jsou psychologové nebo psychoterapeuti, zaměřených na zpracování emocí a řešení specifických problémů spojených s depresemi.
- Skupinová terapie: Organizování terapeutických skupin, kde mohou ženy sdílet své zkušenosti a vzájemně se podporovat, což může vést ke snížení pocitu izolace a posílení sociální sítě.
- Podpůrné skupiny: Vedení nebo zprostředkování přístupu k podpůrným skupinám pro těhotné ženy, které poskytují prostor pro vzájemnou podporu a výměnu rad.
- Programy pro zvládání stresu: Nabízení kurzů a workshopů, které učí techniky zvládání stresu, relaxační metody a strategie pro lepší coping.
- Intervence zaměřené na posílení rodičovských dovedností: Programy, které připravují těhotné ženy na mateřství a pomáhají jim vybudovat důvěru v jejich schopnosti jako rodičů.
- Case management: Poskytování komplexních služeb správy případů, které zahrnují hodnocení potřeb, plánování péče, koordinaci služeb a monitorování pokroku.
- Domácí návštěvy: Některé sociální služby zahrnují domácí návštěvy u těhotných žen, což umožňuje poskytovat podporu v přirozeném prostředí klientky.

- Vzdělávací programy: Poskytování informací o duševním zdraví, těhotenské depresi a dostupných zdrojích pomoci, včetně přípravy na porod a péči o novorozence.
- Využití služeb Peer konzultantů
- Zprostředkování služeb: Sociální pracovníci mohou pomoci ženám v navigaci zdravotním systémem a získání přístupu k dalším potřebným službám, jako jsou finanční poradenství nebo bydlení.
- Krizová intervence: V případě naléhavých situací poskytují sociální pracovníci okamžitou pomoc a podporu, včetně zásahu v případě sebevražedných myšlenek nebo pokusů.

Tato škála intervencí a programů umožňuje sociálním pracovníkům přistupovat k těhotným ženám s depresemi komplexně a individualizovaně, s ohledem na jejich specifické potřeby a situaci. (Matoušek a kol., 2003)

2.4 Druhy služeb, kde se může SP setkat s těhotnými s depresí

V oblasti sociální práce se sociální pracovníci mohou setkat s těhotnými ženami trpícími depresí v různých typech služeb. Tyto služby dle (MPSV, 2020) zahrnují:

- sociální poradenství, které je součástí všech druhů sociálních služeb a zahrnuje pomoc osobám v nepříznivé sociální situaci, včetně těhotných žen s depresí.
- Dále jsou zde telefonické krizové služby, které poskytují okamžitou pomoc v krizových situacích, azylové domy pro ženy, které se nachází v obtížných životních situacích
- Domy na půl cesty zaměřené na podporu mladých dospělých v přechodných fázích života
- Azylové domy
- Kontaktní centra pro osoby ohrožené závislostmi
- Krizová pomoc
- Intervenční centra
- Nízkoprahová denní centra nabízí ambulantní a terénní služby osobám bez přístřeší, včetně hygienické podpory a stravování.
- Pro děti a mládež existují nízkoprahová zařízení, která se zaměřují na prevenci sociálního vyloučení a podporu v osobním rozvoji.
- Noclehárny poskytují přístřeší a základní hygienické služby.
- Služby následné péče se věnují osobám s chronickými duševními onemocněními nebo závislostmi, nabízejí terapeutické programy a sociální integraci.
- Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi se soustředí na podporu rodin v krizových situacích.
- Terapeutické komunity nabízejí pobytové služby pro osoby s duševními onemocněními či závislostmi, kde se klade důraz na sociální a terapeutickou rehabilitaci.
- Terénní programy jsou zaměřeny na osoby v rizikových životních situacích a nabízejí pomoc v jejich prostředí.

Tyto služby jsou klíčové pro podporu a pomoc osobám v obtížných životních okolnostech, včetně těhotných žen s depresí, a často jsou poskytovány bez nutnosti úhrady, což zvyšuje jejich dostupnost.

Tyto služby nabízejí širokou škálu podpory včetně terapeutických činností, sociálně právního poradenství, a pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů, přičemž mnohé z nich jsou poskytovány bez úhrady, což zajišťuje přístupnost pro všechny potřebné.

Praktická část

V praktické části této bakalářské práce se zaměřuji na prozkoumání a analýzu přístupů sociálních pracovníků v podpoře žen prožívajících těhotenskou depresi v kontextu České republiky. Toto téma je obzvláště relevantní vzhledem k rostoucímu povědomí o duševním zdraví během těhotenství a potřebě efektivních způsobů podpory pro tyto ženy. Přes stále se zvyšující uznání důležitosti této problematiky zůstávají specifické metody, přístupy a překážky, s nimiž se sociální pracovníci v této oblasti setkávají, málo prozkoumanými. Skrze polostrukturované rozhovory s odborníky, kteří mají přímou zkušenost s pomocí ženám čelícím těhotenské depresi, si klade práce za cíl nejen identifikovat a popsat efektivní přístupy, ale také odhalit a pochopit výzvy, kterým čelí profesionálové v sociální práci. Tímto způsobem se práce snaží přispět k odborné diskusi a rozšíření poznání o této zásadní oblasti, což může napomoci k lepšímu porozumění, dalšímu rozvoji a zlepšení podpory poskytované ženám v jednom z nejzranitelnějších období jejich života.

3 Metodika výzkumu

Pro realizaci tohoto výzkumu byla zvolena metodika kvalitativního charakteru, přičemž klíčovou technikou sběru dat se staly polostrukturované rozhovory. Tento výzkumný přístup byl zvolen z důvodu jeho schopnosti poskytnout hluboké a detailní poznatky o osobních zkušenostech, a postojích účastníků. Na rozdíl od kvantitativních metod, kvalitativní přístup umožňuje flexibilní interakci s participantem a adaptaci otázek v průběhu rozhovoru, což vede k lepšímu porozumění zkoumaného jevu.

Kvalitativní výzkum můžeme považovat za proces, kdy se snažíme pochopit něco na základě metod zkoumání určitého problému v oblasti lidského chování nebo společenských jevů. Během tohoto procesu vytváříme ucelený pohled na danou otázku, zkoumáme různé texty, které s ní mají co do činění, a sledujeme situace v běžném prostředí lidí, kterých se výzkum týká. (Hendl, 2023)

Polostrukturované rozhovory se často využívají jako primární metoda v kvalitativním výzkumu, protože umožňují důkladné prozkoumání a porozumění zkoumanému tématu nebo jevu prostřednictvím shromažďování detailních informací a dat. (Švaříček, Šedová, 2014)

Polostrukturované rozhovory nabízejí prostor pro otevřenou komunikaci, díky níž mohou participanté volně vyjadřovat své myšlenky a názory, čímž se otevírá cesta k získání unikátních a neocenitelných informací o jejich zkušenostech a vnímání. Tento přístup je nezbytný pro pochopení složitých sociálních a psychologických procesů, které se týkají těhotenské deprese a role sociálních pracovníků v jejich podpoře.

3.1 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je komplexní zkoumání možností, které mají sociální pracovníci v roce 2024 pro spolupráci a pomoc ženám, jež prožívají těhotenskou depresi v kontextu České republiky. V rámci této studie jsem se zaměřila na přístupy sociálních pracovníků, jejich metody, intervence a strategie, kterými mohou efektivně podporovat tuto specifickou skupinu klientek. Vzhledem k významu duševního zdraví během těhotenství, jeho dopadu na psychosociální zdraví

žen a vývoj plodu, je nepostradatelné, aby byly identifikovány nejúčinnější způsoby, jak ženám trpícím těhotenskou depresí pomoci.

Zkoumání různorodých přístupů a metod, které sociální pracovníci využívají, mi umožňuje zjistit, jaké praktiky jsou v tuto chvíli nejúčinnější a jaké potřeby a výzvy je třeba překonat, aby byla podpora co nejkomplexnější. Na základě polostrukturovaných rozhovorů s odborníky v oblasti jsem se snažila získat hlubší porozumění pro nejenom existující strategie, ale i pro potřeby a překážky, s nimiž se sociální pracovníci setkávají při práci s těmito ženami.

Zásadní je také zvážení interdisciplinární spolupráce mezi sociálními pracovníky a dalšími odborníky, jako jsou psychologové, psychiatři a gynekologové, jelikož multidisciplinární přístup může výrazně přispět k efektivitě podpory a léčby těhotenské deprese. Výzkum se proto zaměřuje na identifikaci klíčových faktorů úspěchu v této interakci a na možnosti, jak tuto spolupráci dále rozvíjet a zdokonalovat.

Vzhledem k významu prevence a edukace v oblasti duševního zdraví je podstatné zjistit, jaké zdroje jsou ženám a rodinám k dispozici a jak může sociální práce přispět k jejich lepší dostupnosti a efektivnímu využívání.

Zaměření na tyto klíčové oblasti mi umožňuje formovat doporučení pro praxi, která mohou přispět k lepší podpoře žen prožívajících těhotenskou depresi. Cílem je tedy nejenom zlepšit existující praxe, ale také navrhnout nové přístupy a nástroje pro sociální pracovníky, které by podporovaly zdravý vývoj rodin a zdraví žen v těhotenství.

Příprava na každý rozhovor byla klíčovým momentem mého výzkumného procesu. Ještě před samotným zahájením sběru dat, jsem věnovala značnou pozornost plánování, od pečlivého výběru termínu rozhovoru až po výběr prostředí, ve kterém se rozhovor uskuteční. Rozhodla jsem se začít definicí hlavní výzkumné otázky, která sloužila jako základní výchozí bod pro celou mou studii.

Hlavní výzkumná otázka mé bakalářské práce zněla:

Jaké jsou přístupy sociálních pracovníků v podpoře u žen prožívajících těhotenskou depresi v kontextu České republiky?

Tato otázka mi nastavila směr, kterým se má výzkum ubírat, a pomohla mi identifikovat klíčové aspekty, které je potřeba zkoumat.

Pro hlouběji zaměřené zkoumání a postupné zodpovězení této otázky jsem využila sérii dílčích výzkumných otázek, které byly formulovány na základě teoretických předpokladů a poznatků, získaných z literatury v Teoretické části bakalářské práce. Tyto dílčí otázky byly zásadní pro vedení cíleného a strukturovaného výzkumu, který byl schopen odhalovat odpovědi vedoucí k vyřešení hlavní výzkumné problematiky.

Z dílčích otázek pak bylo odvozeno deset základních otázek pro polostrukturované rozhovory. Tyto otázky byly pečlivě navrženy tak, aby byly otevřené, podněcovaly k vyprávění a reflexi

a zároveň poskytovaly prostor pro sdílení osobních zkušeností a názorů účastníků. Cílem bylo zajistit, aby otázky podporovaly hlubší diskusi a pochopení přístupů sociálních pracovníků k podpoře žen prožívajících těhotenskou depresi, a zároveň aby se účastníci cítili respektováni a pohodlně v rámci rozhovoru.

Důležitým aspektem přípravy byla také flexibilita otázek, které byly dostatečně otevřené, aby umožnily účastníkům rozhovoru sdílet své myšlenky a názory přirozeně, bez pocitu, že jsou hodnoceni nebo zkoušeni. Při plánování rozhovorů jsem se rovněž snažila počítat s časovou rezervou pro případ, že by některý z rozhovorů nemohl proběhnout podle původního plánu.

Celkově byl proces přípravy rozhovorů nezbytný pro zajištění hladkého průběhu výzkumu a pro získání cenných a hlubokých poznatků, které by pomohly odpovědět na klíčovou výzkumnou otázku mé bakalářské práce.

Díličí výzkumné otázky:

- 1 Jaké specifické intervence a metody používají sociální pracovníci při práci s těhotnými ženami trpícími depresí?
- 2 Jaké jsou hlavní bariéry a výzvy, kterým čelí sociální pracovníci při práci s těhotnými ženami trpícími depresí v České republice?
- 3 Jaké role hrají multidisciplinární týmy ve spolupráci se sociálními pracovníky v podpoře těhotných žen s depresí?
- 4 Jaký vliv má povědomí a vzdělávání veřejnosti a odborníků na detekci a podporu těhotenské deprese?
- 5 Jaké jsou přínosy a omezení současných zásahů a podpůrných programů pro těhotné ženy s depresí v rámci sociální práce?

Pro účastníky výzkumu jsem sestavila 10 základních otázek, které pokrývají široké spektrum dílčích výzkumných otázek a zajistí komplexní pohled na problematiku podpory těhotných žen s depresí sociálními pracovníky. Tyto otázky směřují k zodpovězení dílčích otázek a pomohou získat hluboké a užitečné informace k řešení hlavní výzkumné otázky. Otázky do výzkumu jsou součástí příloh.

3.2 Průběh a techniky sběru dat

Sběr dat v rámci mé bakalářské práce probíhal od poloviny února 2024 do konce března 2024, přičemž byl klíčovým nástrojem polostrukturovaný rozhovor. Celkem bylo realizováno šest rozhovorů se sociálními pracovníky (SP), kteří mají zkušenosti s problematikou těhotenské deprese. Toto kritérium bylo pro výzkum zcela zásadní. Vzhledem k omezenému počtu odborníků s relevantními zkušenostmi a geografickým rozptylem participantů byly čtyři rozhovory provedeny online prostřednictvím videokonferenčních platforem Google Meet a Zoom. Tato forma byla zvolena kvůli překonání vzdálenostních bariér mezi účastníky studie. Zbývající dva rozhovory proběhly v osobní formě, přičemž místo setkání bylo zvoleno podle preferencí účastníků. Online rozhovory se uskutečnily z domácího prostředí jak mých, tak i účastníků.

Každý rozhovor byl zahájen prezentací tématu mé bakalářské práce a vysvětlením jejích hlavních výzkumných cílů. Účastníci byli dále seznámeni s tím, že informace získané během rozhovorů budou podrobeny analýze a využity v rámci bakalářské práce. Byl jim představen také proces dvojitého nahrávání, který zaručuje úplnost záznamů, a byla zdůrazněna důležitost zachování anonymity všech získaných dat. Na základě těchto informací byl od každého účastníka získán souhlas s nahráváním. Všichni účastníci rozhovoru obdrželi a podepsali informovaný souhlas; v případě online rozhovorů byl tento souhlas jednoznačně vyjádřen dotýčnými účastníky výzkumu.

Důraz byl kladen na plynulost a návaznost rozhovorů, přičemž se dbalo na to, aby dialog plynul co nejsvobodněji a aby otázky nepůsobily nuceně. Délka rozhovorů se pohybovala od 42 minut do 95 minut, což umožnilo důkladné prozkoumání tématu a získání hlubších poznatků od každého účastníka studie. Z každého rozhovoru byl vytvořen přepis, v němž byl zachován hovorový jazyk, včetně pauz a zvláštností mluvy, aby byla zajištěna maximální autenticita a přesnost informací.

Tento přístup ke sběru dat umožnil získat cenné informace přímo od odborníků v terénu, což poskytlo nejenom přehled o aktuálních strategiích a přístupech v sociální práci s ženami prožívajícími těhotenskou depresi, ale také umožnilo identifikovat potřeby a výzvy, s kterými se sociální pracovníci setkávají.

3.3 Charakteristiky dotazovaných

Výzkumný soubor této studie se skládal z šesti participantů, z nichž pět byly ženy a jeden muž. Pro získání účastníků byly využity různé metody. Dva participanté byli osloveni přímo mnou, zatímco další dva byli doporučeni na základě informací od sociálních pracovníků, kteří přímo nepracují s problematikou těhotenské deprese. Zbývající dva participanté byli doporučeni ostatními účastníky studie. Hlavním a zásadním kritériem pro výběr těchto participantů do výzkumu byla jejich zkušenost s klientkou trpící těhotenskou depresí a jejich ochota účastnit se tohoto výzkumu. V Tab. 2: Popis výzkumného souboru je poskytnut přehled jednotlivých participantů. Abychom zajistili anonymitu účastníků, v tabulce nejsou uvedeny žádné identifikační údaje, jako jsou konkrétní jména, města, nebo názvy služeb, ve kterých působí. Místo toho je poskytnut pouze obecný typ služby, ve které každý z participantů pracuje. Toto opatření je v souladu s etickými principy výzkumu, zejména s ohledem na ochranu soukromí a důvěrnosti informací poskytnutých účastníky.

Tab. 2: Popis výzkumného souboru

	Označení	Pohlaví	Délka praxe SP/ roky	Délka praxe práce s ženami s TD/ roky	Typ služby
Participant č. 1	P1	žena	30	7	Centrum duševního zdraví
Participant č. 2	P2	žena	17	5	Centrum duševního zdraví
Participant č. 3	P3	žena	8	4	Azylový dům
Participant č. 4	P4	žena	5	2	Poradenská služba
Participant č. 5	P5	žena	20	3	Nemocniční sociální služba
Participant č. 6	P6	muž	15	3	Centrum duševního zdraví

Zdroj: vlastní zpracování

3.4 Přístupy k analýze kvalitativních dat

3.4.1 Způsob zpracování získaných dat

Tento proces je zásadní pro systematické uspořádání dat a jejich následnou analýzu. Kódování zahrnuje identifikaci a kategorizaci klíčových témat, myšlenek a konceptů, které vyplynuly z polostrukturovaných rozhovorů. Volila jsem kombinaci deduktivního a induktivního kódování.

Dle Hendla (2023) deduktivní kódování předpokládá využití předem stanovených kódů, které jsou odvozeny z teoretického rámce či existujících teorií a hypotéz. Tento přístup je vhodný, když má výzkumná práce jasné definované koncepty, které chce ověřit nebo prozkoumat v rámci sběru dat. Na druhé straně, kódy u induktivního kódování jsou vytvářeny přímo z dat, což umožňuje odhalit nová témata a myšlenky bez předchozího omezení teoretickými koncepty.

Proces kódování je tedy klíčovým krokem v analýze kvalitativních dat, neboť umožňuje strukturovat a zorganizovat data do smysluplných celků. Tato metoda mi umožnila zachytit a interpretovat klíčové myšlenky a témata, která se v rozhovorech objevila, a tím lépe porozumět zkoumanému jevu. To bylo zásadní pro dosažení cílů mé výzkumné práce a odpovědi na výzkumné otázky.

3.5 Analýza získaných dat

3.5.1 Specifické intervence a metody používané sociálními pracovníky při práci s těhotnými ženami trpícími depresí

V rámci kvalitativního výzkumu bylo identifikováno několik klíčových oblastí intervencí, které sociální pracovníci používají při podpoře těhotných žen s depresí. Z analýzy rozhovorů s účastníky výzkumu (P1, P2, P3, P4, P5, P6) byly extrahovány následující hlavní intervence a metody:

- Individuální terapie a psychosociální podpora

Ve výpovědích účastníků se pravidelně objevuje zmínka o využití individuální terapie a širokospektré psychosociální podpory. Sociální pracovníci zdůrazňují důležitost poskytování personalizovaného přístupu, který respektuje specifické potřeby a situaci každé klientky. Ve všech šesti rozhovorech zazněly informace o důležitosti individuálních terapií. P1, P3 a P4 popisují, jak je klíčové přizpůsobit intervence tak, aby odpovídaly jak emocionálním, tak praktickým potřebám těhotných žen. P4 spojuje individuální poradenství s nestresováním klientky: *„No, tak při práci s těhotnými ženami, který mají problémy s depresí, jsem se snažila využít takový metody, co by jim mohly co nejvíc pomoci, ale zároveň aby to pro ně nebylo nic stresujícího. Hlavně jsem se soustředila na individuální poradenství, což je takový základ, víte? Snažím se s nima mluvit, vyslechnout je a najít to, co jim na duši leží, co by jim mohlo pomoci se cítit líp.“* P3 v odpovědích považuje individuální terapii za jednu z neúčinnějších: *„Individuální terapie je jednou z neúčinnějších metod, kterou používáme.“* P1 v rozhovorech zmiňuje její používanou KBT a její výhody: *„Je to super, protože se zaměřuje na změnu těch negativních myšlenek a chování, co můžou člověka táhnout dolů. A pak je tu i psychodynamická terapie, co se více zabývá tím, co sebou táhneme z minulosti a jak to ovlivňuje náš současný stav.“*

- Edukace a informační semináře pro rodinné příslušníky a partnery

Účastníci P4 a P5 zdůrazňují význam edukačních seminářů a workshopů pro rodinné příslušníky a partnery těhotných žen. Tyto aktivity jsou zaměřeny na zvýšení povědomí o depresi během těhotenství a na to, jak efektivně podporovat ženy v tomto období. Semináře jsou vedeny odborníky a poskytují praktické rady pro zvládání každodenních výzev a rozpoznávání příznaků depresí. P5 považuje Edukaci za zásadní: *„Informační materiály a zdroje hrají nezastupitelnou roli při podpoře rodin a partnerů těhotných žen s depresí. Je velmi důležité, aby ti, kdo jsou nejbližší těhotné ženě, rozuměli tomu, co deprese je. A co může znamenat nejen pro samotnou ženu, ale i pro celou rodinu a vývoj dítěte.“* Zároveň P5 pořádá v rámci své praxe odborné semináře v rodinném centru: *„Spolupracuji tady s rodinným centrem a považuji i tohle provázání za důležité. Zároveň považuji za užitečné organizování informačních setkání pro partnery a rodinné příslušníky těhotných žen, kde by mohli získat více informací a naučit se, jak efektivně podporovat své blízké v tomto náročném období.“* P4 upozorňuje i na důležitost srozumitelnosti edukačních materiálů: *„Hlavně, Informační letáky by měly být napsané jasně a srozumitelně.“*

- Podpora skupinové terapie

P4 zmiňuje využití skupinové terapie jako užitečné metody pro těhotné ženy trpící depresí. Skupinová terapie poskytuje prostor pro sdílení zkušeností s ostatními ženami, které procházejí

podobnými situacemi. Tato forma podpory pomáhá snižovat pocit izolace a stigma spojené s duševními onemocněními. P4 tvrdí, že je náročné dát dohromady skupinovou terapii, ale zdůrazňuje její klady: „*Tam se můžou potkat s jinýma ženama, co mají podobný problémy, a vidí, že v tom nejsou samy. To může hodně pomoci.*“ P6 považuje skupinovou terapii jako účinný nástroj proti možné izolaci žen: „*A ta skupinová terapie, to je zase skvělá věc pro budování podpory a sdílení mezi ženami, což může hodně pomoci v boji s izolací, což je u depresí častý problém.*“ Skupinová terapie a její specifika se nedají využít ve všech typech služeb. Což potvrdila svým tvrzením P3, pracující v azylovém domě: „*Třeba skupinová terapie je pro nás nevhodná, Jsou zde ženy, které si prošly peklem a v rámci terapii, není dobré ostatní ženy s depresí zahlcovat těmito velmi náročnými příběhy.*“

- Využití peer konzultantů

Peer konzultantky, mají osobní zkušenosti s těhotenstvím a depresí, jsou důležitým prvkem v intervencích podle P6. Jejich role je cenná při poskytování empatie a praktické podpory, protože mohou lépe pochopit, co klientky prožívají, a mohou tak lépe reagovat na jejich potřeby. P6 považuje za metodu s největším užitekem pro klientky právě konzultace s peerem v kombinaci s individuální terapií: „*V práci s těhotnými ženami, co mají depresi, jsem využíval hned několik metod, ale nejvíc mi vyhovuje a zdá se, že i těm ženám přináší největší užitek, kombinace peer konzultací, individuální terapie a s partnerem. Peer konzultace jsou super, protože ty ženy můžou mluvit s někým, kdo prošel podobnými obtížema a ví, o čem mluví, nejen teoreticky.*“ S peer konzultantkami pracuje pouze jeden z účastníků studie.

Lze říci, že sociální pracovníci používají řadu specifických intervencí a metod při práci s těhotnými ženami trpícími depresí, které nejčastěji zahrnují jak individuální terapeutické přístupy, tak skupinové aktivity, peer konzultanty a školení pro rodiny a partnery. Tyto intervence jsou klíčové pro komplexní podporu žen v tomto náročném období.

3.5.2 Hlavní bariéry a výzvy sociálních pracovníků při práci s těhotnými ženami trpícími depresí v České republice

Pro hlubší analýzu bariér a výzev, kterým čelí sociální pracovníci při práci s těhotnými ženami trpícími depresí v České republice, je třeba podrobněji zkoumat jednotlivé faktory, které mohou ovlivňovat kvalitu a dostupnost podpory. Na základě rozšířeného zkoumání rozhovorů s účastníky výzkumu (P1, P2, P3, P4, P5, P6) lze identifikovat následující specifické bariéry a výzvy:

- Stigma spojené s duševními onemocněními a těhotenstvím

Stigma je výrazně zakořeněné v některých sociokulturních prostředích, což může vést k značnému omezení v hledání a přijímání pomoci. Účastníci P3, P4 a P6 popisují situace, kdy těhotné ženy s depresí se cítí odsouzeny svým okolím, což může vést k jejich izolaci a zhoršení psychického stavu. Toto stigma je často spojeno s obavami z nesprávného vnímání schopnosti být dobrým rodičem, což může mít devastující dopady na psychiku ženy. P3 popisuje pocity, které často řeší jejich klientky: „*Mnoho žen má pocit hanby nebo viny spojený s jejich psychickým stavem, což komplikuje jejich ochotu hledat a přijímat pomoc.*“

P4 a P6 se shodují, že je stigmatizace je pro ně jednou z největších bariér, kterou v praxi řeší. „Jedna z největších bariér je stigma spojené s mentálním zdravím. Mnoho žen se stydí přiznat, že mají psychický problém, obzvláště v těhotenství, což je období, kdy se od nich čeká, že budou šťastný a plný radosti.“ (P4)

P6: „Jednou z největších bariér, se kterými jsem se setkal při práci s těhotnými ženami s depresí, je strach, který je spojený s duševními chorobami. Mnohé z nich se bojí, že pokud přiznají svůj stav, budou odsouzeny nebo si myslí, že to znamená, že nebudou dobré matky. To často vede k tomu, že své problémy zamlčují a nevyhledávají pomoc, což situaci jen zhoršuje“

- Nedostatek specializovaných služeb

Účastníci studie se shodují, že je nedostatek specifických služeb pro těhotné ženy. Dle výpovědí účastníků P2 a P4 existuje významný nedostatek služeb, které by byly specificky zaměřené na potřeby těhotných žen s depresí. To zahrnuje nedostatek specializovaných terapeutických programů a odborně vyškolených pracovníků, což vede k široké škále nedostatků v péči, od nedostatečné diagnostiky po nevhodnou terapii. S nedostatkem služeb jsou spojené dlouhé čekací doby což podle účastníků studie značně komplikuje podporu a pomoc jejich klientkám. P2 zmiňuje podstatnou bariéru malých měst: „Mnoho programů a služeb dostupných ve větších městech zde není k dispozici.“ Na stejný problém upozorňuje i P4: „Často jsou čekací doby na terapii dlouhé, nejsou dostupné dostatečné služby ve venkovských oblastech.“

- Omezené zdroje a financování

Problematika financování a zdrojů je klíčová. Tato problematika byla často zdůrazněna účastníky jako hlavní překážka v poskytování efektivní podpory. Zde narážíme na nedostatek financí klientek některých sociálních služeb, což reflektuje i P3: „Většina žen v azylovém domě má omezené finanční prostředky, což komplikuje přístup k léčbě, která je často nákladná.“ Poukazuje na závažný sociální a ekonomický problém. V první řadě zdůrazňuje existenci finančních bariér, které mohou významně ovlivnit možnosti zdravotní péče pro ženy v azylových domech. Tyto ženy mají obvykle omezené finanční prostředky, což jim ztěžuje přístup k potřebným léčebným službám. Navíc věta upozorňuje na to, že terapie, kterou potřebují, může být často nákladná, což dále zesiluje jejich problémy s přístupem k adekvátní zdravotní péči. Tento fakt může vést k závažným důsledkům pro jejich zdraví a celkovou pohodu, protože nedostatek finančních prostředků jim brání v získání nezbytné léčby. P6 upozorňuje na nedostatek finanční podpory ze strany státu, upozorňuje na riziko toho, aby se část služeb nestala dostupnou jen pro část movitějších klientů: „Je na čase, aby se služby pro psychosociální podporu nestaly jen nějakým luxusem pro vyvolené, ale aby byly dostupné a kvalitní pro každou ženskou, co to potřebuje.“

Zároveň apeluje na stát v oblasti finanční podpory vzdělávání odborníků: „A co se týče toho státu, tak by měl přestat škrtnout peníze na tyhle programy a radši začít pořádně investovat do duševního zdraví, nejen pro těhotné. Je to sakra důležité a stojí to za to.“ P6, naznačuje obavu z narušení rovnosti v přístupu k psychoterapeutickým službám, což by mohlo vést k situaci, kdy by psychoterapie byla dostupná jen pro finančně zajištěné vrstvy populace. Důraz na potřebu státní podpory a rozvoje školicích programů ukazuje na snahu zlepšit dostupnost a kvalitu péče pro těhotné ženy s depresí. Toto zdůrazňuje význam sociální spravedlnosti a rovnosti v oblasti zdravotní péče.

- Nedostatek informovanosti a vzdělávání

Existuje značný nedostatek vzdělání a informovanosti mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky o depresích během těhotenství. To může vést k neadekvátním a nesprávným intervencím, které nejsou přizpůsobené specifickým potřebám těhotných žen. P3 upozorňuje na nedostupnost komplexního programu vzdělávání pro sociální pracovníky pracujících s těhotnými klientkami: „*Za mě žádný takový komplexní program vzdělávání není.*“

P4 zmiňuje neinformovanost zdravotníků o samotné problematice těhotenské deprese: „*Jakože někteří z nich neberou těhotenskou depresi vážně a to může ženu odradit od hledání pomoci.*“ Toto chápání může vést k minimalizaci či ignorování závažnosti tohoto stavu, což má za následek, že těhotné ženy mohou být odrazeny od vyhledání nezbytné lékařské a psychologické pomoci. Neschopnost některých odborníků vážně vnímat těhotenskou depresi jako legitimní zdravotní problém tak může přispět k další stigmatizaci tohoto stavu a zhoršovat psychické zdraví postižených žen. Tento problém poukazuje na potřebu lepšího vzdělávání a školení zdravotnických pracovníků v oblasti duševního zdraví během těhotenství.

- Komplikovaná spolupráce mezi odborníky

Účastníci studie upozorňují na výzvy spojené s koordinací a spoluprací mezi různými odborníky (lékaři, psychologové, sociální pracovníci). Nedostatečná komunikace a kooperace mohou vést k roztržitosti péče, což ztěžuje poskytování komplexní a efektivní podpory těhotným ženám s depresí. Na toto upozorňuje P1: „*Další věc je nedostatečná spolupráce mezi odborníky. Někdy to bylo jako přetahovaná o to, kdo má "hlavní slovo" v péči o klientku. Museli jsme na tom zapracovat a vytvořit takový mosty mezi různými odborníky. Gynekology, psychiatry, psychoterapeuty, abychom zajistili, že všichni táhneme za jeden provaz.*“

P6 poukazuje na význam mezioborové spolupráce v kontextu poskytování komplexní péče. Upozorňuje na nutnost efektivní spolupráce mezi různými odborníky, jako jsou lékaři, psychologové a porodní asistentky, což je klíčové pro poskytování ucelené a kvalitní péče. Nicméně, také zmiňuje existující výzvy v této spolupráci, konkrétně nesnášenlivost a konflikty mezi profesionály, které mohou komplikovat nebo dokonce bránit efektivnímu poskytování péče. Tyto interní rozpory mezi odborníky mohou negativně ovlivnit kvalitu a dostupnost péče pro pacienty, což vyžaduje zaměření na zlepšení komunikačních dovedností a týmové práce v zdravotnických a sociálních profesích. P6: „*Je důležité umět efektivně spolupracovat s lékaři, psychology, porodními asistentkami a dalšími odborníky, aby bylo možné poskytnout komplexní péči. Ono totiž někdy, se mezi sebou nesnesme.*“

- Kulturní a jazykové bariéry

Kulturní a jazykové bariéry mohou komplikovat interakci a poskytování služeb klientkám, které nejsou rodilé mluvčí či pocházejí z odlišných kulturních prostředí. Tento problém se snaží řešit zapojením tlumočnicků a poskytováním materiálů v rodných jazycích klientek. Avšak díky omezeným finančním prostředkům je často těžké tyto služby udržitelně poskytovat, což vede k dalšímu zhoršení dostupnosti a kvality péče pro tuto skupinu klientek. Na tuto bariéru upozorňuje P1: „*A pak tu máme kulturní a jazykové bariéry. S klientkami, který nejsou z Česka, nebo mají jiný kulturní pozadí, občas bylo těžké najít společnou řeč nebo jim poskytnout služby v jazyce, kterým mluví. Takže jsme se snažili zapojit tlumočníky nebo najít materiály a zdroje v jejich rodném jazyce.*“

Identifikované výzvy a bariéry poukazují na komplexní problémy v systému péče o těhotné ženy s depresí v České republice. Překonání těchto výzev vyžaduje integrovaný přístup, který zahrnuje zlepšení interdisciplinární spolupráce, rozšíření specializovaných služeb, zvýšení informovanosti a investice do vzdělávání pracovníků. Tyto kroky by mohly vést k výraznému zlepšení podmínek a kvality péče pro těhotné ženy trpící depresí.

3.5.3 Multidisciplinární týmy ve spolupráci se sociálními pracovníky v podpoře těhotných žen s depresí?

Analýza role multidisciplinárních týmů ve spolupráci se sociálními pracovníky v péči o těhotné ženy s depresí odhaluje klíčové aspekty nezbytné pro efektivní řešení této problematiky. Rozhovory s účastníky P1, P2, P3, P4, P5 a P6 poukazují na zásadní roli těchto týmů v poskytování komplexní a koordinované péče.

Všichni účastníci studie jednohlasně potvrzují přínosy multidisciplinárních týmů pro těhotné ženy trpící depresí během těhotenství. Tato shoda je reflektována ve výsledcích, které zdůrazňují klíčovou roli těchto týmů v poskytování komplexní, koordinované a efektivní péče. Multidisciplinární přístup, který integruje různé odborné disciplíny, je vnímán jako zásadní pro adresování specifických a komplexních potřeb těhotných žen s depresí.

Účastník P1 ukazuje, jak multidisciplinární týmy mohou přinášet hodnotu do procesu léčby a podpory těhotných žen s depresí: „*V podstatě, když pracuješ v takovém týmu, máš k dispozici super různorodý know-how a zkušenosti, který se dokonale doplňují. To je jako když skládáš ten velký puzzle a najednou se ti podaří najít ty správné kousky, co do sebe přesně pasují.*“ Použitá analogie skládání puzzle zdůrazňuje, že různé odborné dovednosti a perspektivy v týmu se mohou efektivně doplňovat, což umožňuje lépe a komplexněji řešit potřeby klientů. Tato synergická spolupráce zvyšuje šance na úspěšné nalezení a implementaci řešení, které jsou přizpůsobené unikátním potřebám každé klientky, což vede k efektivnější a ucelenější péči. Toto přirovnání tedy ilustruje klíčový přínos multidisciplinárních týmů v kontextu zdravotní a sociální péče o těhotné ženy s depresí. Díky širokému spektru odborníků v týmech, včetně sociálních pracovníků, psychologů, psychiatrů a gynekologů, lze podle P1 dosáhnout lepší koordinace péče a efektivnějšího řešení komplexních potřeb těhotných žen s depresí: „*Každý přispívá tím svým a najednou jsme schopní pokrýt opravdu široké spektrum potřeb a problémů, se kterými se naše klientky můžou potýkat.*“

Přestože multidisciplinární přístup nabízí možnost holistického zkoumání a řešení problémů, někdy je komplikované zajistit spolupráci všech relevantních odborníků, jak uvádí P4: „*Když spolupracujeme, můžeme se podívat na problém ze všech stran a poskytnout tak ženě nejlepší možnou podporu. Ale jak už jsem říkala, někdy je těžké dostat gynekology na palubu.*“ Zmíněná složitost "dostat gynekology na palubu" ilustruje, že i přes obecně uznávané výhody takového přístupu, praktická realizace může být náročná. Tento fakt reflektuje potřebu lepší koordinace a možná i speciálních motivací pro jednotlivé profesionály, aby bylo možné efektivně a kooperativně pracovat na podpoře těhotných žen s depresí.

Závěrem, multidisciplinární týmy přinášejí významné výhody v péči o těhotné ženy s depresí díky své schopnosti integrace různorodých odborných znalostí a zkušeností. Tato integrace umožňuje zahrnout různé aspekty péče a zvýšit šance na úspěšnou intervenci. Nicméně, pro maximalizaci

jejich potenciálu je nezbytné zabezpečit dostatečné financování, zdroje a otevřenou komunikaci mezi odborníky v multidisciplinárním týmu.

3.5.4 Povědomí a vzdělávání veřejnosti a odborníků na detekci a podporu těhotenské deprese?

Analýza povědomí a vzdělávání veřejnosti a odborníků na téma detekce a podpory těhotenské deprese odhaluje rozdílné výzvy a potřeby v obou oblastech. Z rozhovorů s účastníky (P1, P2, P3, P4, P5, P6) vyplývá, že obě skupiny mají zásadní roli, avšak potřeby a zaměření se liší.

- Vzdělávání veřejnosti:

Ve studii se všichni účastníci shodují na nedostatečném povědomí veřejnosti o těhotenské depresi. Tento stav je často chápán jako mírný nebo dočasný problém, přestože může mít vážné dopady na zdraví matky i dítěte. Symptomy těhotenské deprese, její dopady na každodenní fungování žen a možnosti její léčby jsou oblasti, které jsou veřejností často nepochopeny nebo ignorovány. Účastníci studie zdůrazňují nutnost vzdělávání nejenom těhotných žen, ale i jejich partnerů a rodinných příslušníků. Tímto způsobem lze efektivněji bojovat proti stigmatu spojenému s duševními onemocněními konkrétně s těhotenskou depresí a podpořit vytváření podpůrného prostředí pro těhotné ženy trpící depresí. Vzdělávací aktivity by měly klást důraz na skutečnost, že těhotenská deprese je vážné onemocnění, které vyžaduje odbornou léčbu a podporu. Tento nedostatek povědomí může vést k stigmatizaci a nedostatečné podpoře ze strany rodiny a širší komunity. Vzdělávání veřejnosti by tedy mělo být zaměřeno na zvyšování povědomí o těhotenské depresi jako legitimním a vážném zdravotním stavu, což by mohlo přispět k de-stigmatizaci a podpoře ze strany nejen rodinných příslušníků, ale i širší společnosti.

Veškeré vzdělávací programy by měly být přístupné široké veřejnosti prostřednictvím různých médií jako jsou televize, rádio, tisk, internet a sociální sítě, aby dosáhly co nejširšího publika.

P4 zdůrazňuje, jak je důležitá osvěta a mezioborová spolupráce při vzdělávání veřejnosti: *„Organizuji přednášky a workshopy hlavně pro veřejnost. Je to důležité, aby lidé rozuměli, co těhotenská deprese je a jak vážná může být. Někdy to dělám společně s místními zdravotními středisky nebo školami, aby to mělo větší dosah. Dále taky píšu články do místních novin a na internetové stránky, kde se snažím vysvětlovat a rozbíjet mýty a stigma kolem mentálního zdraví v těhotenství.“*

Kampaň by rovněž měla zdůraznit význam podpory ze strany rodiny a přátel, což je nezbytné pro efektivní léčbu a zotavení. Informace by měly být prezentovány jasně a srozumitelně, s důrazem na to, že depresi je možné léčit a že ženy, které ji zažívají, potřebují pochopení a podporu, nikoli odsouzení. O důležitosti srozumitelnosti sdělení hovoří i P3: *„Vytváření kvalitních a hlavně srozumitelných informačních materiálů a zdrojů zásadní pro efektivní podporu těhotných depresivních a jejich blízkých. Zároveň si myslím, že těchto materiálů a tomto problému je opravdu velmi, ale velmi málo.“* Zároveň poukazuje na nedostatek samotných materiálů o této problematice.

P6 upozorňuje na neméně důležité vzdělávání partnerů těhotných žen s depresí: *„Největší přínos ale přineslo zapojení partnerů do procesu prostřednictvím seminářů, kde se učí, jak rozpoznávat problémy a jak efektivně podporovat své partnerky. Toto přístupné, srozumitelné a otevřené*

zapojení partnerů mění hru a pomáhá v boji proti izolaci a stigmatu, které často s depresí souvisí.“

Veškeré osvětové aktivity by měly být průběžné a ne jednorázové, aby se udrželo dlouhodobé povědomí o problematice těhotenské deprese a aby se postupně měnilo veřejné vnímání tohoto zdravotního stavu. To by mohlo vést k větší ochotě veřejnosti podporovat programy a intervence pro těhotné ženy s depresí.

- Vzdělávání odborníků:

V rámci vzdělávání odborníků, kteří se zabývají péčí o těhotné ženy s depresí, se všichni účastníci výzkumu shodli na absenci sjednoceného a komplexního školení, které by se specificky zaměřilo na problematiku těhotenských depresí. Tento nedostatek komplexního přístupu komplikuje efektivní řešení a zásahy v praxi a ukazuje, že tato problematika nedostává v současném systému takovou pozornost, jakou by si zasloužila. P6 uvádí: *„Není nic konkrétního, nebo já o žádném konkrétním programu pro tuhle problematiku nevím.“*

Existuje silná shoda mezi účastníky na nutnosti zavést cílené školení o duševním zdraví, které by bylo primárně zaměřeno na těhotenské deprese, a to již od základního vzdělání zdravotnických a sociálních pracovníků. P6 dále zdůrazňuje: *„Prvně, je důležité pochopit základy duševního zdraví a specifika depresí během těhotenství. To znamená prohloubit znalosti v oblasti psychologie a psychiatrické péče.“*

Kromě toho by měla být součástí vzdělávání i segmenty zaměřené na kognitivně-behaviorální terapii, které jsou uznávané pro svou efektivitu v léčbě depresí. Důležitá jsou rovněž školení v oblasti psychologie a psychiatrické péče, nevyjímaje kurzy zaměřené na komunikaci a budování důvěry, které jsou klíčové pro vytváření bezpečného terapeutického prostředí.

Pravidelné aktualizace kurzů a praktické tréninky, které reflektují nejnovější poznatky a metody v oblasti duševního zdraví, jsou zásadní, jak potvrzuje P6: *„Nakonec, průběžné vzdělávání a supervize jsou nezbytné pro udržení kvality a efektivitu práce.“*

Všechna tato doporučení společně podtrhují potřebu systematického a strukturovaného přístupu k vzdělávání odborníků, který by zahrnoval širokou škálu témat a dovedností nezbytných pro komplexní a efektivní podporu těhotných žen s depresí.

3.5.5 Přínosy a omezení současných zásahů a podpůrných programů pro těhotné ženy s depresí v rámci sociální práce?

Analýza přínosů a omezení současných zásahů a podpůrných programů pro těhotné ženy s depresí v rámci sociální práce poskytuje hluboký vhled do efektivitu a výzev těchto intervencí. Informace získané z rozhovorů s účastníky výzkumu (P1, P2, P3, P4, P5, P6), odhalují několik klíčových aspektů těchto programů.

- Přínosy programů

Podle participantů jsou přínosy podpůrných programů pro těhotné ženy s depresí poměrně široké a zahrnují psychologickou, praktickou i socio-emocionální podporu. Většina respondentů zdůrazňuje, že poskytované programy pomáhají snižovat pocit izolace, poskytují bezpečné prostředí a umožňují přístup k terapeutickým službám.

P2 například uvádí, že *„dokážeme poskytnout aspoň nějakou formu podpory a poradenství,“* což naznačuje základní dostupnost a užitečnost programů. P3 dodává, že programy nabízejí: *„bezpečné prostředí, kde se tyto ženy mohou cítit podporované a kde mají přístup k různým terapeutickým službám.“* Tato podpora je rozšířena i na praktické služby jako je pomoc s bydlením a finanční podpora. P6 zdůrazňuje, že programy *„pomáhají ženám zvládat jejich situaci, snižují pocit izolace a pomáhají jim budovat síť podpory.“*

- Omezení programů

Co se týče omezení, většina participantů se shoduje na nedostatcích ve financování, dostupnosti, specializaci a informovanosti o existenci těchto programů.

P2 poukazuje na *„nedostatek specializovaných služeb a programů, zejména v menších městech.“* Podobně P5 a P6 zdůrazňují problémy s dostupností a omezenými zdroji, obzvláště ve venkovských oblastech. P5 uvádí: *„narazila jsem na určitá omezení“* a zdůrazňuje *„nedostatečnou dostupnost těchto služeb, zejména v menších městech a na venkově.“*

P4 poukazuje na systémovou nedostatečnost podpory a financování, což vede k tomu, že *„některé z těchto programů nejsou plně kryty zdravotními pojišťovnami a ne každý si může dovolit zaplatit za soukromé terapie.“*

Z analýzy vyplynulo, že existující podpůrné programy pro těhotné ženy s depresí mají své výrazné přínosy v oblasti psychosociální podpory a přístupu k terapeutickým službám. Nicméně, existují značné nedostatky v oblastech financování, dostupnosti a specializace služeb. Pro zlepšení situace je potřeba zvýšit státní podporu a veřejné povědomí o těchto programech. Tím by se mohly tyto služby stát dostupnějšími a efektivnějšími pro všechny těhotné ženy trpící depresí.

4 Diskuze

Tato bakalářská práce se podrobně zabývá rolí sociálních pracovníků ve specifickém kontextu podpory těhotných žen trpících depresí v České republice. Cílem výzkumu bylo nejen identifikovat a analyzovat konkrétní přístupy a intervence, které sociální pracovníci využívají ve své praxi při podpoře žen s těhotenskou depresí, ale také odhalit a diskutovat hlavní bariéry a výzvy, které s touto prací souvisí. Téma této bakalářské práce je podle mého názoru nejen velmi aktuální, ale také nesmírně důležité, protože se dotýká závažné problematiky těhotenské deprese a jejího vlivu na život žen a jejich rodinné prostředí. Prostřednictvím pěti dílčích otázek, které byly pečlivě analyzovány a interpretovány v rámci mého výzkumu, se mi podařilo získat hlubší vhledy a odpovědi na klíčové aspekty hlavní výzkumné otázky.

V teoretické části práce byly definovány klíčové pojmy a poskytnut přehled stávajících přístupů a metod v sociální práci s těmito ženami. Praktická část se opírala o kvalitativní výzkum zahrnující rozhovory se sociálními pracovníky, kteří mají zkušenosti s poskytováním podpory těhotným ženám s depresí.

Jedním z klíčových a zároveň potvrzujících zjištění výzkumu, jak uvádějí jeho účastníci, je přetrvávající problém stigmatizace duševních onemocnění, včetně deprese. Těhotenské deprese nevyjímaje. Toto stigma výrazně ovlivňuje proces vyhledávání a přijímání nezbytné léčebné pomoci, což komplikuje účinné řešení těchto zdravotních stavů.

Výsledky mého výzkumu jsou konzistentní s mezinárodními studiemi, jako je výzkum od Stuber, Meyer a Link (2014), který zdůrazňuje, že stigma spojené s duševními onemocněními může zesílit sociální izolaci a negativně ovlivnit zdravotní stav postižených. Tento jev byl potvrzen i v rozhovorech, kde participantti uvedli, že ženy trpící těhotenskou depresí mohou být sociálně izolované. Podobně má zjištění odrážejí teorie publikované na Psychiatry.org (2024), které upozorňují na to, že stigma může výrazně bránit osobám s duševním onemocněním v hledání a získávání potřebné léčby.

V teoretické části bakalářské práce jsem zdůraznila, že stigma spojené s duševním onemocněním může těhotným ženám vytvářet významné bariéry v hledání pomoci. Získaná data ukazují, že sociální pracovníci usilují o překonávání tohoto stigma prostřednictvím osvěty a otevřené komunikace, což je v souladu s výše uvedenými studiemi. Participantti zdůraznili, že obavy z reakce okolí mohou vést ženy s těhotenskou depresí k tomu, aby se vyhýbaly řešení svého stavu a nevyhledávaly odbornou pomoc, což často vede k další izolaci od společnosti.

V naší diskuzi je důležité zdůraznit, že sociální pracovníci hrají klíčovou roli v rozpoznávání příznaků a projevů těhotenské deprese u jejich klientek. Jako často první kontaktní bod pro ženy v těhotenství mají zásadní význam v identifikaci a adresaci těchto psychických potíží. V souladu s tvrzením Sušilové (2017), získaná data potvrzují, že existují specifické skupiny, které jsou zvláště zranitelné vůči těhotenské depresi. Sociální pracovníci ve výzkumu potvrzují, že vyšší riziko výskytu deprese je u matek samoživitelek, žen s více dětmi a žen bez stabilního partnera. Pochopení těchto rizikových faktorů je nezbytné pro efektivní plánování intervencí a podpory pro tuto zranitelnou populaci. Tyto nálezy jasně ukazují na potřebu zvýšené pozornosti a cílených opatření v praxi sociální práce, aby bylo možné adekvátně reagovat na specifické potřeby těchto skupin žen.

Analýza rozhovorů potvrdila, že sociální pracovníci přistupují k této cílové skupině s důrazem na individualizovaný přístup, který umožňuje hlubší pochopení specifických potřeb a situací každé klientky. V praxi to zahrnuje široké spektrum terapeutických intervencí, od individuální psychosociální podpory po skupinové aktivity a vzdělávací semináře pro rodiny a partnery. Důležitou roli hrají edukační programy, které jsou zaměřeny na zvyšování povědomí o depresi během těhotenství, jejích příznacích a možnostech léčby. Bylo fascinující sledovat, jak sociální pracovníci, v souladu s doporučeními Praško, Kosová a Herman (2002), hrají klíčovou roli v podpoře farmakologické a nefarmakologické léčby těhotenské deprese u jejich klientek.

Z dalších výsledků studie vyplývá, že vliv těhotenské deprese se nesoustředí pouze na jednotlivce, ale prostupuje celou rodinnou strukturu. Potvrzuje se tvrzení Šebely (2019) a dalších zdrojů, že těhotenská deprese může způsobit významné napětí v rodinných vztazích, což může vést až k ekonomickým obtížím a komplikacím v každodenním fungování domácnosti. Přetěžování partnera, izolace od ostatních členů rodiny a zvýšené rodinné napětí jsou jen některé z možných důsledků, které mohou nastat, pokud není deprese řádně a včas adresována. Sociální pracovníci se snaží podporovat nejen ženy, ale i partnery, děti, rodinu, případně i okolí, ve kterém žena žije. Což vyžaduje řadu různých přístupů a metod. Přestože jsou sociální pracovníci vysoce motivováni cílem a snaží se poskytovat komplexní podporu, setkávají se s řadou významných výzev. Jednou z největších bariér je nedostatek specializovaných zdravotních a sociálních služeb, zejména v menších městech a na vesnicích. Tento nedostatek komplikuje rychlý a efektivní přístup k potřebné pomoci.

Kromě toho výzkum poukázal na často omezené financování a dostupné zdroje pro sociální služby, což může vést k přetížení pracovníků a snížení kvality pečovatelských služeb. Zvýšení investic do sociálního a zdravotního sektoru je klíčové pro zlepšení podmínek a kvality péče.

Tato práce dále zdůrazňuje potřebu posílení interdisciplinární spolupráce mezi sociálními pracovníky, zdravotníky a dalšími profesionály, což by mělo vést ke koordinovanější a efektivnější péči o těhotné ženy s depresí. Integrace různých odborníků může vést k lepšímu sdílení zkušeností, poznatků a vytvoření ucelenějšího plánu péče, který bude reagovat na všechny aspekty zdraví klientek.

V průběhu výzkumu jsem narazila na několik klíčových překážek, které ovlivnily jeho průběh i výsledky. Jedním z největších omezení, které si zasluhuje zvláštní pozornost, je nízký počet sociálních pracovníků s konkrétní zkušeností v oblasti podpory žen trpících těhotenskou depresí. Tento faktor značně ztížil výběr vhodných účastníků pro výzkum a měl významný dopad na reprezentativnost a šíři získaných dat.

Významným omezením byl také postoj některých oslovených odborníků k problematice těhotenské deprese. Během hledání účastníků jsem se setkala s nedostatečným uznáním těhotenské deprese jako vážného psychického stavu. Někteří sociální pracovníci, s nimiž jsem přišla do kontaktu, nepovažovali těhotenskou depresi za skutečný zdravotní problém, ale spíše za přehnanou reakci nebo přecitlivělost žen v období intenzivních hormonálních změn. Tento postoj byl zejména patrný u starších sociálních pracovníků (žen), které svůj názor často opíraly o vlastní zkušenosti s těhotenstvím, argumentující, že "i ony to přežily", a tedy nevidí důvod, proč by se mělo jednat o závažný problém. Také jsem zaznamenala zlehčování problematiky těhotenské deprese, což ukazuje na stále přítomné stigma a tabu, které tuto problematiku obklopuje. Nepřehlédnutelným faktem je, že sociální pracovníci, kteří jsou si vědomi existence

a vážnosti těhotenské deprese a jsou ochotni se touto problematikou zabývat, často čelí dalším výzvám. Většina z nich totiž pracují s klientkami, které kromě těhotenské deprese zápasí ještě s dalšími sociálními či zdravotními problémy. Tyto doprovodné problémy mohou někdy převážet nad specifickou potřebou řešit těhotenskou depresi, což ještě více komplikuje poskytování cílené podpory.

Celkově se ukázalo, že získání účastníků pro výzkum, kteří by splňovali specifická kritéria a byli ochotni o tématu otevřeně hovořit, bylo mimořádně náročné. Tato skutečnost svědčí o potřebě dalšího vzdělávání a zvyšování povědomí mezi sociálními pracovníky o těhotenské depresi a o důležitosti jejího rozpoznávání a efektivního řešení.

Závěrem je jasné, že zlepšení situace vyžaduje komplexní přístup, který zahrnuje nejen zlepšení praxe a politik v oblasti sociální péče, ale také širší společenské uznání a podporu duševního zdraví v těhotenství. Bakalářská práce přispívá k hlubšímu porozumění těmto otázkám a otevírá dveře pro další výzkum a diskusi v této kriticky důležité oblasti sociální práce.

5 Doporučení pro praxi

Na základě zjištění a analýz provedených v této bakalářské práci je možné formulovat několik doporučení, které by mohly přispět k zlepšení praxe sociální práce s těhotnými ženami trpícími depresí v České republice. Tyto návrhy jsou zaměřeny na zlepšení dostupnosti služeb, kvality péče a na zvýšení povědomí o problematice depresí v těhotenství, a také na zefektivnění interdisciplinární spolupráce mezi různými odborníky.

- Zvýšení dostupnosti specializovaných služeb:

Vzhledem k nedostatku specializovaných služeb, zejména v menších městech a venkovských oblastech, je nutné investovat do rozvoje těchto služeb. To by mohlo zahrnovat zřízení nových center nebo programů zaměřených specificky na duševní zdraví těhotných žen.

- Zlepšení interdisciplinární spolupráce:

Efektivní péče vyžaduje spolupráci mezi sociálními pracovníky, psychologickými odborníky, gynekology a dalšími zdravotnickými pracovníky. Vytvoření pevnějších pracovních vazeb a lepší komunikace mezi těmito odborníky může vést k holistickému a koordinovanému přístupu v péči o těhotné ženy s depresí.

- Edukace a osvěta veřejnosti:

Vzhledem k významnému dopadu stigmatizace spojené s duševními onemocněními je zásadní pokračovat v osvětových kampaních a vzdělávacích programech. Ty by měly být zaměřeny nejen na širokou veřejnost, ale také na těhotné ženy a jejich rodiny, aby byly lépe informované o možnostech podpory a léčby.

- Podpora vzdělávání a školení sociálních pracovníků:

Pravidelné školení a vzdělávání sociálních pracovníků by mělo zahrnovat nejnovější poznatky a metody práce s těhotnými ženami s depresí. Důraz by měl být kladen na specifika této cílové skupiny a na rozvoj dovedností potřebných pro efektivní a citlivou práci s těmito ženami.

- Zajištění adekvátního financování:

Zvýšení státního nebo soukromého financování pro programy a služby zaměřené na duševní zdraví v těhotenství je klíčové pro jejich udržitelnost a rozvoj. To by mohlo pomoci zmírnit přetížení sociálních pracovníků a zlepšit kvalitu poskytovaných služeb.

Tyto návrhy reflektují komplexní povahu výzev, kterým sociální pracovníci v této oblasti čelí, a zdůrazňují potřebu komplexního přístupu k jejich řešení. Implementace těchto doporučení by mohla vést k výraznému zlepšení podmínek a efektivity sociální práce s těhotnými ženami trpícími depresí v České republice.

6 Závěr

Tato bakalářská práce se systematicky zabývala prozkoumáním role sociálních pracovníků v oblasti podpory těhotných žen trpících depresí v České republice. V teoretické části byly definovány klíčové pojmy a byl poskytnut přehled současných přístupů a intervencí. Praktická část, založená na kvalitativním výzkumu s polostrukturovanými rozhovory, odhalila, že sociální pracovníci přistupují k podpoře těhotných žen s velkým důrazem na individualizovaný terapeutický přístup. Tento přístup umožňuje přizpůsobit podpůrné metody specifickým potřebám každé klientky a zahrnuje jednotlivé poradenské sezení, edukační semináře, skupinové aktivity a komplexní spolupráci s dalšími odborníky.

Přestože byly identifikovány účinné metody a přístupy, sociální pracovníci čelí mnoha výzvám, jako je nedostatek specializovaných služeb, zejména v méně urbanizovaných oblastech, a stigmatizace duševních onemocnění, která může ženy odrazovat od vyhledání pomoci. Tyto problémy jsou často prohlubovány nedostatečným financováním a omezenými zdroji, což má za následek přetížení pracovníků a snížení kvality poskytované péče.

Na základě zjištění práce jsou doporučeny kroky pro zlepšení situace. Mezi hlavní návrhy patří rozšíření a zlepšení dostupnosti specializovaných služeb pro těhotné ženy s depresí. Důležitý je také návrh na zlepšení interdisciplinární spolupráce a na kontinuální edukaci sociálních pracovníků, aby byli lépe připraveni čelit specifickým výzvám. Kromě toho je klíčové pokračovat v osvětových aktivitách zaměřených na boj proti stigmatizaci a na zvyšování veřejného povědomí o duševním zdraví v těhotenství.

Věřím, že závěry a doporučení prezentované v této práci mohou přispět ke zlepšení praxe sociální práce a mohou podnítit další diskusi a výzkum v této důležité oblasti. S vírou v pokrok a optimistickým výhledem doufám, že situace v dostupnosti a kvalitě služeb pro těhotné ženy se bude nadále vyvíjet kupředu, což přinese lepší podmínky pro jejich podporu, zotavení a kvalitní život.

Seznam použité literatury

1. BAĐUROVÁ, Radmila. Životní události, vnímaná sociální opora, somatické obtíže a nemoci během těhotenství jako predátory prenatální mateřské anxiety a deprese. *Československá psychologie*. 2005, č. 5, s. 399-409. ISSN 0009-062X
2. BECKOVÁ, Judith S. *Kognitivně behaviorální terapie: základy a něco navíc*. Přeložil Kateřina BARTOŠOVÁ, přeložil Alena HOLÁ, přeložil Petr MOŽNÝ, přeložil Tereza NEZBEDOVÁ. Praha: Stanislav Juhaňák - Triton, 2018. ISBN 978-80-7553-525-2.
3. ČECH, Evžen, HÁJEK, Zdeněk, MARŠÁL, Karel, SRP, Bedřich a kolektiv. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1313-9.
4. ČEPIČKÝ, Pavel. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*, 1999, 8(3), 162–250, ISSN 1211-1058
5. DAGHER, Rada K., et al. Perinatal depression: Challenges and opportunities. *Journal of Women's Health*, 2021, 30.2: 154-159.
6. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Páté, přepracované vydání. Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.
7. KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4733-0.
8. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-
9. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
10. OREL, Miroslav. *Psychopatologie*. Psyché (Grada). Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3737-9.
11. PEČENÁ, Marie. Psychologie těhotenství. In: Čepický, P. Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu ČGPS ČLS JEP. Praha: Levret, 1999, s. 147-154. ISBN 80-238-4740-6.
12. PRAŠKO, Ján a LÁTALOVÁ, Klára. *Psychiatrie v primární péči*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2798-4.
13. PRAŠKO, Ján, KOSOVÁ, Jiřina a HERMAN, Erik. Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a poporodním období. *Psychiatrie*. 2002, č. 2, s. 45-55. ISSN 1211-7579.
14. PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026207313.
15. RABOCH, Jiří a PAVLOVSKÝ, Pavel. *Psychiatrie*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2020. ISBN 978-80-246-4604-6.
16. RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel a JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie: minimum pro praxi*. Vyd. 4., rozšířené. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-746-1.
17. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 9788026206446.
18. VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
19. Národní zdravotnický informační portál. Duševní onemocnění v Česku [online]. [cit. 2024-01-01]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/infografika-dusevni-onemocneni-v-cesku>

Seznam elektronických zdrojů

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Stigma, Prejudice and Discrimination Against People with Mental Illness*. Online. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 2024. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/patients-families/stigma-and-discrimination>. [cit. 2024-04-23].
2. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *What is Perinatal Depression?* Online. 2023. Dostupné z: <https://www.psychiatry.org/patients-families/peripartum-depression/what-is-peripartum-depression>. [cit. 2024-04-03].
3. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Sociální služby* [online]. 2020, 28.7.2020 [cit. 2024-04-20]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>
4. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. Stigma, prejudice, discrimination and health. STUBER, Jennifer, Ilan MEYER a Bruce LINK. NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/> [online]. 2014 [cit. 2024-04-22]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4006697/>
5. PEARLSTEIN, Teri. Depression during pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2015, 29.5: 754-764. [online]. [cit. 2024-01-03]. Dostupné z: <https://sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521693415000723>
6. SARISOVÁ, Kristýna. PSYCHOLOGIE.CZ. *Psychoterapie v léčbě deprese* [online]. 2020 [cit. 2024-02-03]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/psychoterapie-v-lecbe-deprese/>
7. SMITH, Megan V.; BRUNETTO, Wendy Lee; YONKERS, Kimberly A. Perinatální deprese – čím dříve ji poznáme, tím lépe. *Gynekologie po promoci*, 2004, 4: 31-39. [online]. [cit. 2024-01-03]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Kimberly-Yonkers/publication/240636362_Perinatalni_deprese_-_cim_drive_ji_pozname_tim_lepe/links/00b7d52d01b3687730000000/Perinatalni-deprese-cim-drive-j-pozname-tim-lepe.pdf
8. SUŠILOVÁ, Lenka. Léčba deprese v těhotenství. *Farmacie pro praxi*. 2017, č. 3, s. 103-105. [online]. [cit. 2024-01-03]. Dostupné z: <https://farmaciepropraxi.cz/pdfs/lek/2017/03/02.pdf>
9. ÚSMĚV MÁMY. *Peer podpora*. Online. Úsměv mámy. 2020. Dostupné z: <https://www.usmevmamy.cz/>. [cit. 2024-03-19].
10. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) [online]. [cit. 2024-01-03]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>
11. ZVOLSKÝ, M. et al. *IMPLEMENTAČNÍ PLÁN ZAVEDENÍ MKN-11 V ČR*. Online. 2019, 2024. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/file/klasifikace/mkn/mkn-11-cz-implementacni-plan.pdf>. [cit. 2024-04-03].

Přílohy

Příloha č. 1 – Otázky do rozhovoru

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

Příloha č. 1 – Otázky do rozhovoru

Pro účastníky výzkumu jsem sestavila 10 základních otázek, které pokrývají široké spektrum dílčích výzkumných otázek a zajistí komplexní pohled na problematiku podpory těhotných žen s depresí sociálními pracovníky. Tyto otázky směřují k zodpovězení dílčích otázek a pomohou získat hluboké a užitečné informace k řešení hlavní výzkumné otázky:

- 1 Jaké konkrétní metody nebo intervence jste přímo použili při práci s těhotnými ženami trpícími depresí a které z nich se ukázaly jako nejúčinnější?
- 2 Můžete popsat některé hlavní výzvy nebo bariéry, se kterými jste se setkali při práci s těhotnými ženami trpícími depresí, a jak jste se s nimi vypořádali?
- 3 Jakou roli podle vaší zkušenosti hrají multidisciplinární týmy ve spolupráci s vámi při podpoře těhotných žen s depresí?
- 4 Jaké kroky podnikáte pro zvýšení povědomí a vzdělávání veřejnosti a odborníků o těhotenské depresí? Jaký má toto úsilí vliv na vaši práci?
- 5 Jaké vidíte přínosy současných intervencí a podpůrných programů pro těhotné ženy s depresí? Narazili jste na nějaká omezení těchto programů?
- 6 Jaké specifické vzdělávací programy nebo školení byste doporučili ostatním sociálním pracovníkům, kteří chtějí efektivněji podporovat těhotné ženy s depresí?
- 7 Můžete uvést příklad, kdy se vám podařilo úspěšně pomoci těhotné ženě s depresí, a jaké faktory jste považovali za klíčové pro tento úspěch?
- 8 Jakou roli hrají podle vás informační materiály a zdroje při podpoře rodin a partnerů těhotných žen s depresí? Máte nějaké konkrétní doporučení?
- 9 Jaká opatření by podle vás mohla přispět k dalšímu zlepšení situace těhotných žen s depresí v České republice?
- 10 Můžete sdílet nějakou situaci, kdy jste museli přistupovat k podpoře těhotné ženy s depresí zvláště kreativně? Co vás k tomu vedlo a jaký byl výsledek?

Informovaný souhlas k provedení rozhovoru

Informace pro účastníky výzkumu

Výzkum probíhá v rámci bakalářského studia oboru zdravotně-sociální pracovník na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě. Výzkum je na téma „Sociální práce a těhotenská deprese“. Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaké přístupy využívají sociální pracovníci při podpoře žen, které trpí těhotenskou depresí.

Cílem mého rozhovoru s vámi je shromáždit údaje a poznatky, které budou využity v rámci mé bakalářské práce. Tento rozhovor je určen výhradně pro akademické účely a informace, které poskytnete, nebudou předány třetím stranám. Vaše účast je zcela dobrovolná a závisí na tom, jaké informace se rozhodnete sdělit. Věřím, že vaše zkušenosti a názory, které mi poskytnete, mi umožní hlubší pochopení tématu. Pro tento rozhovor jsem připravila několik otázek, které se týkají různých aspektů zkoumaného tématu.

Délka rozhovoru se očekává mezi 40 a 60 minutami a bude dvojité zaznamenáván, aby bylo možné jeho obsah později přepsat. Máte možnost rozhovor kdykoliv ukončit, pokud se rozhodnete neúčastnit se dále. Vaše jméno a osobní údaje budou shromažďovány jen pro účely této bakalářské práce a budou pečlivě chráněny v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů.

Informovaný souhlas

Můj podpis na tomto dokumentu potvrzuje souhlas se všemi následujícími body:

- Potvrzuji, že mi byly vysvětleny cíle rozhovoru, který povede Lucie Zemanová pro její bakalářskou práci s názvem „Sociální práce a těhotenská deprese“, a že se na tomto rozhovoru podílím zcela dobrovolně.
- Dávám svůj souhlas k tomu, aby informace, které poskytnu během rozhovoru, byly použity výhradně pro účely této bakalářské práce.
- Beru na vědomí, že mám kdykoli možnost zrušit svůj souhlas, neodpovídat na některé otázky, nebo kdykoli ukončit rozhovor.
- Chápu, že ochrana mých osobních údajů je zajištěna v souladu s příslušnými zákonnými požadavky na ochranu osobních údajů.

V _____ dne _____

Podpis účastníka výzkumu

V _____ dne _____

Podpis účastníka výzkumu