

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc.Lýdia Pavlúvová

Vybrané rizikové faktory ako prediktory pre vznik úzkosti u tehotných

žien v III. trimestri

Diplomová práca

Vedúci práce: doc. PhDr.Ľudmila Matulníková Ph.D.

Olomouc 2020

Čestne prehlasujem, že som diplomovú prácu vypracovala samostatne a použila som len uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 15. júna 2020

podpis

Pod'akovanie

Ďakujem doc. PhDr.Ludmile Matulníkovej Ph.D. za odborné vedenie, cenné rady a ochotu, ktorú mi počas spracovania diplomovej práce venovala. Ďalej by som chcela poďakovať všetkým hlavne rodine a priateľovi, ktorí ma po celú dobu môjho štúdia s láskou podporovali.

Anotácia

Typ záverečnej práce: Diplomová práca

Téma práce: Úzkosť v tehotenstve

Názov práce : Vybrané rizikové faktory ako prediktory pre vznik úzkosti u tehotných žien v III. trimestri

Názov práce v AJ: Selected risk factors as predictors for anxiety in pregnant women in the third trimester

Dátum zadania: 2019-01-31

Dátum odovzdania: 2020-06-15

VŠ, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci
Fakulta zdravotníckych vied
Ústav porodní asistencie

Autor práce: Bc. Pavlúvová Lýdia

Vedúci práce: doc. PhDr.Ludmila Matulníková Ph.D

Oponent práce:

Abstrakt v SJ

Úvod: Diplomová práca sa zaoberá vplyvom faktorov prostredia a faktorov zo strany matky na výskyte úzkosti u tehotných žien v III. trimestri.

Cieľ: Zistiť, aký podiel majú faktory z prostredia a faktory zo strany matky na zvýšenom výskyte úzkosti u tehotných žien v III. trimestri tehotenstva

Metóda: výskum bol uskutočnený v dvoch súkromných gynekologicko-pôrodných ambulanciách vo Svidníku a v Stropkove. Výskum bol schválený etickou komisiou. Na zber empirických dát bol použitý dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý obsahuje 20 otázok, doplnený štandardizovanou 7-položkovou škálou generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD-7). Dotazník bol distribuovaný celkovo 110 respondentkám, vrátených však bolo 100 dotazníkov, čo predstavovalo 91% návratnosť. Z toho sme však museli vyradiť 4 dotazníky z dôvodu chybného neúplného vyplnenia otázok. Do štatistickej analýzy sme zaradili 96 dotazníkov. Sledovali sme jednotlivé premenné a následne sme ich štatisticky

spracovali a vyhodnotili. Pomocou štatistickej analýzy sme overovali platnosť jednotlivých hypotéz a plnili čiastkové ciele. Jednotlivé čiastkové ciele mali za úlohu zistiť aký vplyv majú sociodemografické faktory, faktory zo strany matky, faktory zo strany prostredia a vplyv procesu pôrodu na zvýšenom výskyte úzkosti v III. trimestri tehotenstva.

Výsledky: Na vyhodnotenie jednotlivých hypotéz boli použité : Študentov t-test, Pearsonov korelačný koeficient, Kolmogorov-Smirnov Test, Kruskal-Wallis Test a Shapiro-Wilk Test. Jednotlivé vzťahy analyzovaných premenných boli zobrazené pomocou tabuliek a grafov. Použitie štatistických metód sa líšili vzhľadom k počtu a typu premenných. Pomocou štatistickej analýzy hypotéz sme preukázali, že neexistuje významný vzťah medzi vekom a vzdelaním a výskytom úzkosti v III. trimestri tehotenstva. Následne sme zisťovali podiel faktorov zo strany matky na výskyt úzkosti a to, plánovanosť/ neplánovanosť tehotenstva, kde sme zistili, že neexistuje štatisticky významný vzťah. Štatisticky významná závislosť bola preukázaná pri komplikáciách v predchádzajúcom tehotenstve a to medzi mierou úzkosti a krvácaním ($p=0,000$), rizikom potratu ($p=0,000$) a rizikom predčasného pôrodu ($p=0,000$) a medzi mierou úzkosti a úmrtím dieťaťa v tehotenstve ($p=0,016$), kde bol preukázaný slabý štatisticky významný vzťah. Zisťovali sme aj štatisticky významný rozdiel v miere úzkosti v III. trimestri na základe jednotlivých dôvodov hodnotenia pôrodu ako rizikového, ktorý vyšiel ako nevýznamný. Ako nevýznamný sa preukázal aj vplyv vzťahových a ekonomických faktorov. V prípade testovania vplyvu priebehu pôrodu na mieru úzkosti, kde sme zisťovali strach z pôrodu, strach z komplikácii pri pôrode a strach zo zdravotníckeho personálu sa preukázal stredne silný vzťah ($r=0,407$) a štatistická významnosť ($p=0,000$). Bolo teda zistené, že čím viac sa ženy obávajú priebehu pôrodu, tým viac prežívajú úzkosť.

Záver: Z nášho uskutočneného výskumu vyplýva, že existujú faktory zo strany matky a z priebehu pôrodu, ktoré ovplyvňujú zvýšený výskyt úzkosti v III. trimestri tehotenstva a môžeme ich označiť za významné. Rovnako sme zistili aj, že niektoré z faktorov nepreukázali štatistickú významnosť. Vzhľadom na väčšiu významnosť niektorých

výsledkov, je potrebné sledovať všetky faktory, ktoré môžu mať značný podiel vo výskyte úzkosti počas III. trimestra tehotenstva.

Abstrakt v AJ

Introduction: The diploma thesis deals with the effects of environmental factors and factors on the part of the mother on the incidence of anxiety in pregnant women in III. trimester.

Aim: To determine the contribution of environmental factors and factors on the part of the mother to the increased incidence of anxiety in pregnant women in III. trimester.

Method: The research was carried out in two private gynecological and obstetric clinics in Svidník and Stropkov. The research was approved by the ethics committee. An original questionnaire containing 20 questions supplemented with a standardized 7-item generalized anxiety disorder scale was used to obtain empirical data. The questionnaire was distributed to 110 respondents, from which 100 were returned, representing a 91% return. Another 4 questionnaires had to be excluded due to incorrect and incomplete filling. Total of 96 questionnaires were included in the statistical analysis. Individual variables were monitored and then statistically processed and evaluated. The validity of individual hypotheses was verified using statistical analysis. Individual objectives were aimed to determine what effect socio-demographic factors, factors on the part of the mother, environmental factors and the impact of the birth process have on the increased incidence of anxiety in III. trimester of pregnancy.

Results: Student's t-test, Pearson correlation coefficient, Kolmogorov-Smirnov test, Kruskal-Wallis test, Shapiro-Wilk test were used to evaluate individual hypotheses. The individual relationships between the analyzed variables were shown using tables and graphs. The use of statistical method varied in accordance with the number and type of variables. Using statistical analysis of hypotheses it was shown that there is no significant relationship between age and education and the incidence of anxiety in III. trimester of pregnancy. Subsequently, the contribution of factors on the part of the mother to the incidence of anxiety was investigated, namely the planning/non-planning of pregnancy, where it was found that there is no statistically significant relationship. Statistically

significant dependence was demonstrated for complications in previous pregnancies between anxiety and bleeding ($p = 0.000$), risk of miscarriage ($p = 0.000$), risk of premature birth ($p = 0.000$) and between anxiety and death of a child during pregnancy ($p = 0.016$), where a weak statistically significant relationship was demonstrated. Also a statistically significant difference in the level of anxiety in III. trimester on the basis of individual reasons for assessing childbirth as risky was found, which turned out to be insignificant. The influence of relational and economic factors also proved to be insignificant. In the case of testing the effect of the course of childbirth on the anxiety rate, where fear of childbirth, fear of complications during childbirth and fear of medical staff was determined, a medium relationship was found ($r = 0.407$) and statistical significance ($p = 0.000$). Therefore it was found that the more women fear the course of childbirth, the more they experience anxiety.

Conclusion: Given research shows that there are factors on the part of the mother and the course of childbirth that affect the increased incidence of anxiety in the III. trimester of pregnancy and can be described as significant. It was also found that some of the factors did not show statistical significance. Due to the greater significance of some of the results, it is necessary to monitor all factors that may have a significant share in the incidence of anxiety during III. trimester of pregnancy.

Kľúčové slová v SJ: úzkosť, tehotenská úzkosť, špecifická tehotenskej úzkosti, psychické zmeny v tehotenstve, prediktory vzniku úzkosti, faktory úzkosti, vplyv úzkosti na matku a plod, úzkosť a pôrod, prenatálne dieťa, stratégia, podpora, pôrodná asistentka

Kľúčové slová v AJ : anxiety, pregnancy anxiety, particularities of pregnancy anxiety, psychological changes during pregnancy, predictors of anxiety, anxiety factors, effect of anxiety on mother and fetus, anxiety and childbirth, prenatal child, strategy, support, midwife.

Rozsah : 116 strán / 5 príloh

Obsah

Úvod.....	10
1 Popis rešeršnej činnosti.....	12
2 Teoretické východiská	14
2.1 Psychické zmeny v tehotenstve	14
2.1.1 Psychické zmeny v I. trimestri	15
2.1.2 Psychické zmeny v II. trimestri.....	16
2.1.3 Psychické zmeny v III. trimestri	17
2.2 Úzkosť v priebehu tehotenstva.....	19
2.2.1 Úzkosť a jej výskyt v tehotenstve	20
2.2.2 Príznaky úzkosti.....	21
2.2.3 Zdroje úzkosti v tehotnosti.....	22
2.2.4 Typy úzkosti v tehotenstve.....	23
2.3 Prediktory pre rozvoj úzkosti v tehotenstve	24
2.3.1 Socio-demografický a ekonomický vplyv	24
2.3.2 Vplyv životných udalostí	25
2.3.3 Súčasné a predchádzajúce komplikácie počas tehotenstva.....	27
2.4 Vplyv úzkosti na matku a plod.....	29
2.4.1 Biologické účinky úzkosti na novorodenca	31
2.4.2 Behaviorálne účinky úzkosti na novorodenca.....	31
2.4.3 Mentálne účinky úzkosti na novorodenca.....	32
2.4.4 Vplyv na priebeh pôrodu.....	32
2.5 Úloha pôrodnej asistentky pri redukcii úzkosti u tehotných žien.....	34
2.5.1 Monitoring tehotných žien s rizikom vzniku úzkosti.....	35
3 Metodológia výskumu.....	38
3.1 Výskumný problém	38
3.2 Výskumné ciele a hypotézy.....	38
3.3 Charakteristika výskumného súboru	40
3.4 Metódy zberu dát.....	40
3.5 Realizácia výskumu.....	41
3.6 Metódy spracovania dát.....	42
4 Výsledky výskumu.....	44

4.1	Sociodemografická charakteristika vzorky	44
4.2	Vyhodnotenie jednotlivých položiek v dotazníku.....	48
4.3	Výsledky štatistického spracovania hypotéz	58
	Diskusia.....	86
	Záver	92
	Zoznam skratiek	103
	Zoznam tabuliek.....	104
	Zoznam grafov	106
	Zoznam príloh	107

Úvod

Tehotenstvo je obdobím v ktorom sa vyskytujú fyziologické, psychické hormonálne a sociálne zmeny, ktoré zvyšujú riziko emočnej senzibility a psychiatrickej morbidity počas tohto obdobia života ženy. Existuje veľa dôvodov, prečo sa problémom duševného zdravia v perinatálnom období v minulosti venovalo oveľa menej pozornosti ako v postnatálnom období. Jedným z nich bola existencia mylnej predstavy, že ženy sú „hormonálne chránené“ pred psychickými poruchami počas tehotenstva. Niektoré ženy tehotenstvo prežívajú a charakterizujú ako obdobie spokojnosti, zdroja šťastia a seberealizácie.

Napriek tomu sa počas tohto obdobia zvýšenej zraniteľnosti však môžu vyskytnúť zmeny v duševnom zdraví a prvotný nástup alebo relaps duševnej choroby. Depresia a úzkosť sú najbežnejšie psychiatrické poruchy počas perinatálneho a postnatálneho obdobia a príznaky sa môžu pohybovať od miernych až po ťažké. Dôkazy z dostupných štúdií naznačujú, že pravdepodobnosť úzkosti počas tehotenstva sa zvyšuje v prípadoch výskytu rizikových faktorov a to: psychiatrickej komorbidity a predchádzajúceho výskytu psychiatrickej poruchy, stresových udalostí, ekonomického znevýhodnenia, anamnézy potratu, perinatálnej straty, predčasného pôrodu alebo skorej popôrodnej straty. Ženy sa navyše môžu zdráhať a obávať zdieľať pocity úzkosti a strachu v dôsledku stigmy spojennej s psychiatrickými poruchami. Zo strany zdravotníckych pracovníkov existuje tendencia zamerať sa skôr na fyzické zdravie matky a plodu než na duševné zdravie. A tým pádom nesprávne zaradiť psychické problémy k hormonálnym zmenám, ktoré sa bežne vyskytujú počas tehotenstva. Zvýšené úzkostné pocity majú nepriaznivý dopad na celkový priebeh gravidity. Zvyšuje sa pravdepodobnosť výskytu nežiaducich komplikácií, akými sú negatívne novorodenecké výsledky akými je napr. nízka pôrodná hmotnosť, nižšie Apgar skóre, taktiež dopad na fyzický a psychický vývoj dieťaťa a pôrodné komplikácie, riziko potratu a predčasného pôrodu. Organizmus matky je pre vyvíjajúci sa plod prvotným domovom a už prenatalne obdobie v lone matky má veľký vplyv pre ďalší jeho vývoj. Keďže výsledky vyhl'adávaných štúdií boli rôzne, cieľom našej práce bolo zamerať sa na niektoré z faktorov a overiť ich v našej vzorke. Cieľom našej práce je zistiť aký podiel majú faktory z prostredia a faktory zo strany matky na zvýšenom výskyte úz-

kosti u tehotných žien v III. trimestri tehotenstva. Text diplomovej práce je členený podľa IMPRAD štruktúry (Introduction, Methods, Results, and Discussion).

Vstupná študijná literatúra:

FEDOR-FREYBERGH, Peter. Prenatálne dieťa. Vyd.1. Trenčín: Vydavateľstvo F, 2013. 63 strán. ISBN 978-80-88952-74-9.

MELLANOVÁ, Alena, ČECHOVÁ, Věra a ROZSYPALOVÁ, Marie. Speciální psychologie. Vyd.5. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. 140 s. ISBN 978-80-7013-559-4.

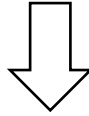
MIDDLETONOVÁ, Kate. Stres. Vyd.1. Bratislava: Ikar, 2012. 176 s. ISBN 978-80-551-2907-5.

PRAŠKO, Ján, VYSKOČILOVÁ, Jana a PRAŠKOVÁ, Jana. Úzkost a obavy: jak je překonat. Vyd.3. Praha: Portál, 2012. 226 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-986-6.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]. Vyd.1. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

1 Popis rešeršnej činnosti

REŠERŠNÁ STRATÉGIA



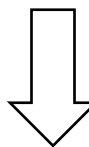
VYHĽADÁVAJÚCE KRITÉRIÁ:

Kľúčové slová v SJ: úzkosť, tehotenská úzkosť, špecifiká tehotenskej úzkosti, psychické zmeny v tehotenstve, prediktory vzniku úzkosti, faktory úzkosti, vplyv úzkosti na matku, úzkosť, pôrod, prenatálne dieťa, novorodenec, identifikácia úzkosti, stratégia, podpora, pôrodná asistentka a mentálne ochorenia

Kľúčové slová v AJ: anxiety, pregnancy anxiety, specifics of pregnancy anxiety, psychological changes in pregnancy, predictors of anxiety, anxiety factors, influence of anxiety on mother, anxiety, childbirth, prenatal child, newborn, identification of anxiety, strategy, support, midwife and mental illness

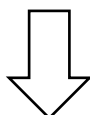
Jazyk: slovenský, český, anglický

Obdobie vyhľadávania : 2010 - 2020

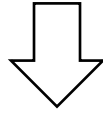


DATABÁZY:

knižnica NCO NZO Brno
Bibliographia medica Čechoslovaca
PUBMED
Medline
EBSCO
Google Scholar

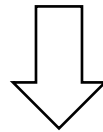


NÁJDENÝCH: 72 článkov



VYRAĎUJÚCE KRITERIÁ:

Duplicitné články, kvalifikačné práce, články nezodpovedajúce téme



PRE TVORBU PREHLADU PUBLIKOVANÝCH POZNATKOV BOLO

POUŽITÝCH: celkom 42 zdrojov

Google scholar- 6 článkov

PubMed -18 článkov

EBSCO- 5 článkov

Knižnica NCO NZO Brno-13 publikácií

Ďalej boli použité Príručky pre perinatálne mentálne zdravie NICO a SA

Pre vypracovanie teoretickej časti boli použité, mimo časové kritérium 3 knihy z roku 2004, 2007 a 2008

2 Teoretické východiská

2.1 Psychické zmeny v tehotenstve

Obdobie tehotenstva predstavuje pre ženu jednu z vývojových kríz v jej živote. Je to obdobie výrazných zmien, kedy sa osoba nachádza medzi tým, čím bola, a tým čím sa má stať. Dôležitý význam v tehotenstve zastávajú okrem telesných zmien aj zmeny psychické. Psychické zmeny počas tehotenstva môžu byť spojené s pozitívnym i negatívnym emočným prežívaním (Roztočil,2017). Zo psychologického hľadiska tehotenstvo mení niektoré charakteristiky osobnosti ženy. Psychické zmeny spojené s tehotenstvom majú vplyv na zmeny vo vývoji ženskej osobnosti a sexualite. Žena si utvára vlastnú podobu seba ako budúcej matky. Priebeh tehotenstva nemožno oddeliť od celkového príbehu života ženy (Geisel,2014).

Tehotenstvo rovnako aj popôrodné obdobie je veľmi významnou vývojovou udalosťou v živote každej ženy. Je to obdobie vyrovnávania sa so zásadnými životnými zmenami. Psychické zmeny a ich rozvoj sú z veľkej časti dané osobnosťou tehotnej ženy, jej vekom, postojom, pripravenosťou na novú rolu, rolu matky (Ratislavová,2008). Táto fáza vyrovnávania sa so zmenami môže viesť k pocitom stratenia, zmätku, úzkosti, bezmocnosti. Na druhej strane môže viesť k pocitom nostalgie za spôsobom predošlého života, ktorý sa už nedá vrátiť (Roztočil,2017).

Každá žena prežíva toto obdobie svojho života rozdielne. Na prežívanie môže mať vplyv zdravotný stav dieťaťa, prijatie dieťaťa v danom okamihu. Na druhej strane sociálna situácia rodiny, jej podpora a finančné zabezpečenie, to sú základné faktory, ktoré môžu ovplyvniť duševnú vyrovnanosť gravidnej ženy. Tehotenstvo pre ženu predstavuje veľmi veľkú a silnú emocionálnu záležitosť (Gregora, 2011). Napriek pozitívnemu postojú a situácii, kedy bola gravidita chcená a vytúžená, a to do akej miery sa tieto zmeny u gravidnej ženy prejavia, závisí na osobnosti tehotnej ženy a na už spomínanom vplyve okolia (Slezáková et al.,2017). So zmenou fyzického vzhľadu sa postupne mení aj jej rebríček hodnôt. Žena nezodpovedá len sama za seba, ale predovšetkým za správny vývoj svojho budúceho dieťaťa (Gregora, 2011).Gravidná žena sa učí a adaptuje na novú

životnú rolu, v ktorej je potrebné modifikovať staré modely správania niektoré úplne opustiť, reorganizovať a uviesť celkom nové nepoznané typy správania (Slezáková et al.,2017) Autor Roztočil et al. (2017) poukazuje na dôležitosť akceptácie okolia na zmeny, ktoré nová rola v živote ženy prináša. Ako uvádza autor Fedor-Freybergh (2013) tehotenstvo spolu s pubertou a menopauzou predstavuje rovnako dôležitý psychosomatický krok v živote ženy. Obdobie gravidity vníma ako krízové obdobie počas ktorého tehotná žena prekonáva tri dôležité zmeny v jej živote a to : nový vzťah k dieťaťu ako k individuálnej osobnosti, zmena role voči partnerovi, ktorý je otcom dieťaťa a v neposlednom rade zmena role voči vlastnej matke, pre ktorú už nebude malou dcérou, ale sama sa stane matkou. Táto fáza nevyrovnanosti a ambivalencie vedie k rôznym pocitom stratenosti, úzkosti, zmätku a bezmocnosti. Ženy častejšie pociťujú nostalgiu za starým spôsobom života (Slezáková et al.,2017).

Tehotenstvo môžeme posudzovať a hodnotiť zo somatického, ako aj psychologického aspektu, ktoré sa mení v nadväznosti na trimestre.

2.1.1 Psychické zmeny v I. trimestri

Prvý trimester tehotenstva je charakteristický prijatím, respektíve neprijatím tohto vývojového obdobia v živote ženy. Na začiatku gravidity je tehotná žena zameraná sama na seba, je skôr introvertná, pozoruje vlastné telo a snaží sa zistiť, či je skutočne tehotná. Sú prítomné afektívne prejavy ako: neistota, rozladenosť, náladovosť (Roztočil,2017). V období zistenia gravidity prenatalne dieťa neprezentuje žiadnu aktivitu, jeho existencia je pre ženu iba tušená. Prenatálne dieťa sa stáva objektom jej prianí a predstav (Vágnerová,2007).

Prvé tri mesiace tehotenstva sú charakteristické určitou rozladenosťou a náladovosťou. To všetko pramení z neistoty a typickej otázky: „Čo bude?“. Zvlášť u tehotných žien po umelom oplodnení a predchádzajúcich potratoch aj opakovaných je v tomto období psychická záťaž ešte väčšia. Tento strach má pôvod v predchádzajúcom potrate alebo obáv z predchádzajúceho negatívneho zážitku (Čermáková,2017). Pre tehotenstvo je typická pocitová ambivalencia. Výraznejšie zmeny sa objavujú v oblasti emocionálnej lability-stability. Emocionálna labilita znamená intenzívnejšie prežívanie

objektívne rovnakých podnetov alebo rýchlo meniace sa zmeny v kvalite emócií napr. kl'ud-vzrušenie, smiech-plač, radosť-smútok, ľahostajnosť-hyperaktivita a podobne. Pocitová ambivalencia je daná dramatickými zmenami v endokrinnom systéme, hladiny hormónov sú mnohonásobne vyššie ako tomu bolo pred otehotnením. Emocionálna labilita je výraznejšia v prvom a poslednom trimestri. Druhý trimester sa vyznačuje pocitovou stabilitou (Mellanová et al.,2014).

Ako uvádza autorka Ratislavová (2008) žena sa postupne zmieruje s faktom, že v nej rastúci plod zmení jej celý doterajší spôsob života. Ak je tehotnou ženou mladá nevydatá žena a jej tehotenstvo nebolo plánované, rieši ako túto rozhodujúcu zmenu v jej živote oznámi rodičom. Väčšina nepľnoletých dievčat sa obáva negatívnej reakcie od rodičov. Tehotné ženy sú obzvlášť citlivé na reakcie svojich partnerov na ich tehotenské problémy. Taktiež sú citlivé na to, do akej miery sú partnermi podporované. V priebehu tehotenstva sa často u žien manifestujú latentné a nevyriešené konflikty, ktoré nesúvisia s tehotenstvom, ale siahajú ďaleko do života ženy a graviditou sú iba aktualizované. Toto obdobie dáva jedinečnú možnosť budúcim matkám riešiť tieto problémy s pomocou pôrodnej asistentky alebo psychológa, a tým uľahčiť vnímanie psychických zmien spôsobených tehotenstvom (Bašková.2015).

2.1.2 Psychické zmeny v II. trimestri

Ďalším nemenej dôležitým psychologickým míľnikom druhého trimestra gravidity sú pohyby plodu. Po tejto skúsenosti si žena plne uvedomuje existenciu plodu. Tehotná žena sa cíti dobre a snaží sa rôznymi spôsobmi podporovať úspešný priebeh tehotenstva. Úlohou tejto fázy je prijatie dieťaťa ženou ako nezávislého a samostatného jedinca (Roztočil,2017). Druhý trimester na rozdiel od prvého predstavuje už pokojnejšie obdobie v ktorom sa väčšina žien cíti dobre. Na veľké zmeny prvého trimestra je tehotná žena už adaptovaná, pôrod je ešte v nedohľadne a telesné ťažkosti sú znesiteľné (Hudáková a Kopáčiková,2017). Gravidnej žene sa zreteľne zväčšuje brucho, teší sa z obrazu dieťaťa na ultrazvukovom vyšetrení. Postupne, ale isto sa protichodné pocity z prvého trimestra menia v pozitívne. Aktivita a cvičenie sú príznačné pre ženy, ktoré

nemajú žiadne tehotenské ťažkosti. Úspešný priebeh tehotenstva sa snažia podporiť zdravým životným štýlom. Druhý trimester prináša predovšetkým väčšiu psychickú pohodu a pozitívne zážitky z tehotenstva (Ratislavová,2008). Tieto zmeny spôsobuje postupné vyrovňavanie hladín hormónov, čo má za následok menej časté výkyvy nálad. Budúca matka sa učí dieťa vnímať, rozpráva sa s ním, spieva mu, hladí ho cez brucho a predstavuje si čo robí a ako vlastne vyzerá (Čermáková,2017). Niektoré ženy však môžu zažívať obavy z predčasného pôrodu, poškodenia plodu a podobne. Ide predovšetkým o ženy, ktoré majú negatívnu skúsenosť z predošlého tehotenstva, alebo ženy, ktoré trpia zdravotnými problémami. Pre toto obdobie je príznačné začlenenie sa do skupiny tehotných žien. V týchto skupinách sa ženy môžu podeliť so svojimi pocitmi a plánmi, ale aj obavami. Konzultácia svojho stavu s blízkymi osobami, ktoré už rodili ako napríklad s kamarátkou a matkou prinášajú povzbudzujúce, ale aj znepokojujúce informácie (Ratislavová,2008).

2.1.3 Psychické zmeny v III. trimestri

Ako uvádza Roztočil (2017) hranica medzi druhým a tretím trimestrom v psychologickom ponímaní na jednej strane predstavuje obavy ženy z predčasného pôrodu, a na strane druhej paradoxne obdobie, kedy by už chcela porodiť čo najskôr. Tehotenstvo sa stáva nepohodlným. Niektoré ženy sú natoľko netrpezlivé a nemôžu sa dočkať kedy už budú mať pôrod za sebou a s ním zmiznú všetky somatické ťažkosti spôsobené tehotenstvom. Iné ženy sa cítia celkovo dobre, nie sú obmedzované veľkými telesnými ťažkosťami, tešia sa na príchod bábätka a na prvé stretnutie s ním. Ambivalencia v pocitoch spôsobuje, že tretí trimester je ženami prežívaný vcelku rozdielne (Hudáková a Kopáčiková,2017).Tehotná žena sa v treťom trimestri sústreďí na rodinu a prostredie do ktorého sa dieťa narodí. Toto obdobie je známe ako obdobie „stavania hniezda“. Povinnosti súvisiace so zamestnaním a záujmové činnosti tehotnej sa odložia na obdobie po pôrode (Mellanová et al.,2014). Súčasťou tohto časového úseku sú silné protichodné pocity, pocity zraniteľnosti, obavy o tehotenstvo. V tejto fáze sa viac ako kedy predtým zvyšuje strach z pôrodu s blížiacim sa termínom pôrodu. Na druhej strane sa tehotenstvo stáva čoraz viac nepríjemným a myšlienky ženy smerujú k jeho ukončeniu. Dôležitou súčasťou ukončenia tehotenstva je príprava na pôrod a stotožnenie

sa s existenciou nového jedinca už mimo organizmus matky (Roztočil,2017). S prípravou na pôrod a šestonedelie ženy často mávajú strach z bolesti pri pôrode, straty sebakontroly pred úplne cudzími ľuďmi, z osobného zlyhania, z nemocničného prostredia, z komplikácií pri pôrode, epiziotómie, ochorenia alebo postihnutia dieťaťa, z novej role matky a v neposlednom rade aj straty atraktivity po pôrode (Hudáková a Kopáčiková,2017). V posledných mesiacoch sa môžu dostaviť poruchy spánku, problémy so zaspávaním, častejšie prebúdzanie sa zo spánku. Vyvolávatel'mi tohto diskomfortu sú hlavne pohyby plodu, pocity nepohodlia zo zväčšeného brucha alebo sny. Začínajú sa objavovať čoraz viac intenzívnejšie myšlienky na pôrod, či ho žena zvládne, či je schopná sa vyrovnat' s bolesťami pri pôrode. Typickými sú otázky ohľadom prenatálneho dieťaťa. Obavy, či sa narodí živé a či je všetko v poriadku. Strach začína naberať reálnu podobu aj v podobe nezvládnutia starostlivosti o dieťa po narodení. Žena v III. trimestri má strach, že zlyhá ako rodička a v neposlednom rade ako matka. Tieto obavy sa často odzrkadľujú aj do snov. Sny môžu naberať až hororový charakter, kedy je popisované koľko nôh a akú tvár malo dieťa a akým divotvorným a neuveriteľným spôsobom prišlo na svet a ako sa ku nemu po narodení matka správala. Sny často vyjadrujú pocity s ktorými sa žena nedokáže vyrovnat'. Zlé sny nie sú ničím výnimočným a nemali by sa brať príliš vážne. Určite by sny takého charakteru nemali vyvolať stavy úzkosti a ustráchanosti (Čermáková,2017).

Nakoniec sa III. trimester vyznačuje obavami a strachom, že žena alebo aj jej dieťa môžu zomrieť. Skreslené vnímanie reality ženou, vyvoláva iracionálnu vieru a obavy z niečoho mystického a magického. Toto myslenie nastane vtedy, keď je osoba presvedčená, že jej myšlienky, slová alebo činy by mohli nejakým spôsobom spôsobiť alebo naopak zabrániť konkrétnemu výsledku spôsobom, ktorý odporuje normálnym zákonom príčiny a následku. To všetko zapríčiňuje úpadok ženského libida (Bjelica et al.,2018). Tehotenstvo sa môže stať významným zdrojom úzkosti, ktorá býva spájaná s úzkostnými stavmi a nepohodou. Nasledujúce obdobie po pôrode je rizikové pre vznik alebo už zhoršenie existujúcich úzkostných porúch (Bašková,2015).

Ako už bolo spomenuté vyššie tehotenstvo by malo byť posudzované komplexne, ako bio-psychosociálny fenomén. Každá gravidita je sprevádzaná emocionálnymi, psychologickými a kognitívnymi zmenami (Grochová, 2018).

2.2 Úzkosť v priebehu tehotenstva

Ako bolo už spomínané v predchádzajúcich kapitolách, pre tehotenstvo je príznačná pocitová ambivalencia. V gravidite sa strieda radostná nálada na jednej strane, pocity šťastia so strachom a úzkosťou na strane druhej. Mnohí autori sa domnievajú, že negatívne emócie prevládajú nad tými pozitívnymi. Práve strach a úzkosť patria medzi najčastejšie emócie počas tehotenstva (Mellanová et al.,2014). S väčšou rezervou môžeme povedať, že emócie sú „korením života“. S vylúčením emócií by všetko bolo jednofarbné a uniformné. Pracovali by sme bez chyby, nikdy by sme na nič nezabudli. V živote prežívame pocity príjemné no aj tie, ktoré sú menej príjemné. Tieto pocity stoja proti sebe, ale sú svojou neodmysliteľnou súčasťou. Negatívne emócie nás zvyknú bolieť, častokrát nám môžu dať aj niečo dobrého. Úzkosť, smútok a neistota nám pomáhajú uvedomiť si naše priority (Skutilová,2016).

Ako uvádza Praško et al. (2012) úzkosť má pre fungovanie organizmu adaptívnu funkciu. Mobilizuje energiu, vyostre zmysly, pomáha organizmu ubrániť sa, vyhnúť sa alebo utiecť pred nebezpečenstvom. Mierne obavy a úzkosť sú úplne normálne a sprevádzajú v živote každého. Sú užitočné a dôležité dokonca zlepšujú výkon. Ak sa úzkosť objavuje príliš často a trvá príliš dlho a jej intenzita je vo vzťahu k situácii, ktorá ju spustila príliš veľká alebo sa objavila v nevhodnej situácii, túto úzkosť považujeme za patologickú. Patologická úzkosť sa môže nekontrovateľne šíriť a hoci si to tehotná žena nemusí uvedomovať, ochudobňuje jej život. Spúšťač úzkosti môže narastať a čoraz viac ovplyvňovať jej život. Gravidná žena môže byť úzkosťou celkom ochromená. Častokrát môže prerásť až do silnej fobie, ktorá je už nekontrovateľná (Middletonová,2012). Úzkosť možno definovať ako najtypickejšiu emóciu ľudí s nadmernými starosťami a obavami. Na rozdiel od strachu, ktorý človeka vyburcuje k úteku, úzkosť vedie iba k strnulosti. Trvalý pocit psychického napätia, akési očakávanie niečoho zlého nepríjemného, ale bez presnej identifikácie. Úzkosť možno definovať aj ako strach, ktorý nemá objekt (Praško et al.,2012). Táto emócia ako uvádza autorka Middletonová (2012)

spúšťa hormóny a chemické reakcie a preto úzko súvisí aj so stresom. Úzkosť je veľmi silná a nepríjemná emócia. Môže mať jasný zdroj a spúšťač. Zdrojom úzkosti je „stav najhoršieho scenára“, ktorý predstavuje to, čoho sa najviac obávame, bojíme chceme aby sa to nestalo a snažíme sa tomu zabrániť. Základným prvkom úzkosti je neistota. Úzkosť pociťujeme lebo máme hrôzu z niečoho, čo by sa mohlo stať. V gravidite sa strach môže vzťahovať k výsledku nejakého vyšetrenia alebo pôrodu. Úzkosť je spojená s neistotou. V porovnaní so strachom je táto emócia horšie znesiteľná, je omnoho difúznejšia, trvá dlhšie a je vnímaná ako veľmi nepríjemný stav (Skutilová,2016).

2.2.1 Úzkosť a jej výskyt v tehotenstve

U gravidných žien sa nie ojedinele stretávame s úzkosťami, utrápenosťou, depresiami častou náladovosťou a typickým strachom. Na začiatku gravidity býva manifestácia úzkosti najväčšia, kedy sa žena obáva o jej priebeh a na konci, kedy sa začína zaoberať otázkami o starostlivosť a výchovu dieťaťa po pôrode (Hudáková a Kopáčiková,2017). Poruchy úzkosti sú častým javom v tehotenstve. Každodenné starosti a miernu úzkosť pociťuje viac ako 50% tehotných žien, plne rozvinutá úzkostná porucha predstavuje riziko pre matku aj pre plod a zvyšuje riziko popôrodnej depresie (Avnibarron a Wiegartz, 2011). Približne 30% žien sa počas svojho života stretne s nejakou formou úzkostnej poruchy. Obdobie tehotenstva a obdobie po pôrode je jedným zo zlomových rizikových období v živote ženy pre prvotný výskyt úzkostnej poruchy alebo zhoršenie už diagnostikovanej úzkosti (Talová et al.,2014). Trvalé zmeny v živote ženy a zodpovednosť spojená s existenciou prenatálneho dieťaťa spôsobuje veľa psychických konfliktov v priebehu tehotenstva. Avšak u niektorých žien sú tieto pocity viac intenzívnejšie a vedú k úzkostným poruchám počas celého tehotenstva až po jeho ukončenie. V dôsledku týchto dôležitých elementov, tehotenstvo v negatívnom zmysle slova poskytuje unikátnu možnosť vzniku úzkosti a depresie. Úzkosť a depresia sú považované za najbežnejšie vyskytujúce sa mentálne poruchy v tehotenstve (Nekoe a Zarei,2015). Výskum autorov Khalesi a Bokaie (2018) popisuje, že úzkostné poruchy sú v perinatálnom období častejšie ako depresívne poruchy. Úzkosť špecifická pre tehotenstvo je definovaná ako duševný stav tehotnej ženy, ktorej obavy sú špecifické pre samotné tehotenstvo. Sú to obavy týkajúce sa tehotenstva, pôrodu a zdravia dieťaťa.

Pokiaľ tehotná žena pociťovala strach z nejakého dôvodu v predchádzajúcom tehotenstve. Napríklad úzkosť z hroziaceho spontánneho potratu, krvácania, patologického výsledku vyšetrenia alebo z pôrodu môže byť táto úzkosť s najväčšou pravdepodobnosťou znovu objavená i v jej ďalšej gravidite, aj keď všetko prebieha v úplnom poriadku. Na rozvoj a prežívanie úzkosti a strachu počas tehotenstva majú vplyv aj osobnostné faktory gravidnej ženy (Skutilová, 2016).

Vplyv faktorov osobnosti tehotnej ženy na výskyt úzkosti možno rozdeliť na :

- Iritabilitu a aktuálnu rozladenosť tehotnej
- Predchádzajúcu skúsenosť s daným problémom alebo pocitom
- Sebazpozorovanie -introspekciu
- Vplyv tehotenstva ako vývojového obdobia
- Pocit neistoty z neznáma

2.2.2 Príznaky úzkosti

Kľúčovým momentom úzkosti je uvedomenie si tehotnej ženy, že je pod vplyvom tejto emócie, keďže ide aj o telesný stav. Gravidné ženy si často nesprávne vysvetľujú svoje telesné príznaky. Zrýchlený tep alebo zrýchlené dýchanie je typické pre úzkostné stavy taktiež aj rýchle a plytké dýchanie. Ďalej sa objavujú vlastné príznaky ako prudko bijúce srdce. Následkom zrýchleného dýchania sa menia hladiny kyslíka a kysličníka uhličitého a na rad prídu závrate, trpnutie prstov na rukách aj nohách, ba dokonca aj bolesti na hrudníku. Ak si tehotná žena neuvedomí, že spúšťačom týchto prejavov je úzkosť vyvolá to v nej strach a začne sa obávať že je chorá, že jej hrozí skolabovanie, infarkt a podobne. Strachom sa úzkosť ešte znásobí a tehotná žena sa začne potiť a ovládne ju panika (Middletonová, 2012). Vyhodnocovanie miery úzkosti v období gravidity môže byť sťažené somatickými problémami, ktoré sú pre tehotenstvo príznačné. Budúce matky často trpia poruchami spánku, nauzeou, zvracaním, únavou, iritabilitou a fyziologickým prírastkom na váhe. Príznaky úzkosti u tehotnej ženy, tak môžu byť príznakmi typickými pre tehotenstvo úplne prekryté (Talová et al.,2014). Ako bude tehotná žena zvládať strach a úzkosť závisí od viacerých premenných. Jej predstavy

a spomienky majú vplyv na zvládanie strachu a úzkosti v rôznych situáciách. Osobnosť tehotnej ženy predstavuje dôležitú a neoddeliteľnú súčasť v predikcii, zvládaní a vyrovnávaní negatívnej emócie ktorou úzkosť rozhodne je (Skutilová,2016).

2.2.3 Zdroje úzkosti v tehotnosti

Tehotenská úzkosť sa vyznačuje úzkosťou súvisiacou s tehotenstvom vrátane pôrodu, zdravia plodu alebo dieťaťa, zdravia matky, dostupnosti a kvality zdrojov zdravotnej starostlivosti, ale aj schopnosti matky postarať sa o dieťa. Je to odlišný a zreteľný jav od všeobecnej úzkosti. Úzkosť súvisiaca s tehotenstvom má silné korelácie s predčasným pôrodom (Wall et al.,2018). Tehotenská úzkosť má svoje typické črty - špecifiká, ktoré ju od všeobecnej úzkosti odlišujú. Podľa autorky Mellanovej et al. (2014) má tehotenská úzkosť radu dôvodov z ktorých najčastejšie sú : obavy o seba, o tehotenstvo a jeho priebeh, no najmä obavy z pôrodu. Naskytujú sa otázky typu: Zvládnem to ? Prežijem to ? Obavy o seba sú rozšírené obavami o dieťa, jeho zdravie a vývin. Vtláčajú sa otázky typu: Je bábätko vôbec zdravé? Nenarodí sa postihnuté? Je všetko tak, ako má byť ? Ďalšou typickou starosťou je obava z nezvládnutia rodičovskej role. Tehotnú ženu prepadajú myšlienky a otázky či bude dobrou matkou, či sociálne a ekonomické podmienky v rodine sú dostatočne dobré pre zdravý vývoj jej dieťaťa.

V neposlednom rade a najzávažnejšou je úzkosť definovaná ako psychiatrická. Tento typ býva diagnostikovaný u žien, ktoré majú dispozíciu k psychiatrickému ochoreniu, a to je manifestované stresom z gravidity alebo pôrodu. Autori Avni-Barron a Wiegartz (2011) poukazujú na prevalenciu antenatálnej generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD), ktorá je najvyššia a to 8.5% až 10.5% nasleduje panická porucha s 1.4% až 5.2%, obsesívno-kompulzívna porucha (OCD) v 1.2% až 5.2% a posttraumatická stresová porucha v 3% výskytu. Generalizovaná úzkostná porucha je charakteristická neistotou a presvedčením o užitočnosti prehnaných starostí. Spoločne to vedie k charakteristickému znaku GAD a to: starosti o budúcnosť.

2.2.4 Typy úzkosti v tehotenstve

Úzkosť ako taká, sa u prvorodičiek prejavuje problémami s akceptáciou ženskej role, manželskými/partnerskými problémami, poruchami spánku, ale aj ambivalentnými negatívnymi pocitmi voči deťom všeobecne. Významnú úlohu zohráva strach z pôrodu a pôrodnej bolesti, materská separačná úzkosť a až fóbicke vyhýbanie sa dieťaťu (Bašková,2015). Ako bolo spomenuté už vyššie aj tehotenstvo samé môže predstavovať zdroj úzkosti. Autorka Ratislavová (2008) rozdeľuje úzkosť v tehotenstve na 3 typy a to :

- Hysterickú (zameraná na okolie) žena nadobúda pocit konkurencie voči iným ženám a svojej matke
- Narcistickú (zameraná na seba) úzkosť zo straty mladistvého vzhľadu a fyzických zmien
- Úzkosť spôsobenú obrovským strachom o dieťa alebo strachom o vlastný život

Ďalšími príčinami úzkosti tehotných žien, ktoré boli vyšetrené pre obavy z pôrodu sú : nedôvera v zdravotnícky personál (73%), strach z vlastnej neschopnosti (65%), strach z vlastnej smrti alebo zo smrti dieťaťa (55%), strach z neznesiteľnej bolesti (44%) a strach zo sebaovládania pri pôrode (43%)(Bašková,2015). Ak sa tehotná žena ocitne v splete myšlienok, emócií, telesných pocitov a správania, a jedno zhoršuje druhé, tak sa tehotná žena ocitla v tzv. bludnom kruhu. Tak ako aj každá reakcia musí mať svoju akciu, tak aj každý „bludný kruh“ má svoj spúšťač. Autor Praško et al. (in Skutilová,2016) popisuje najčastejšie oblasti v ktorých spúšťač pôsobí a to:

- Situačné premenné – v dobe tehotenstva ich predstavujú screeningové vyšetrenia, kontrola v poradni
- Správanie
- Myšlienky – premýšľanie o vyšetreniach, nadmerné rozmýšľanie nad výbavou detskej izbičky a vecí potrebných pre dieťa. Pre ženu, ktorá sa z akéhokoľvek dôvodu o tehotenstvo obáva, môžu byť spúšťačom myšlienky rôzneho charakteru.
- Emócie

- Interpersonálne vplyvy – inak nazývané aj modifikujúce vplyvy. Obavy o tehotenstvo a jeho priebeh sa zhoršujú napr. s kontaktom so ženou, ktorá práve potratila, alebo prežila nepríjemnú situáciu.
- Fyziologické premenné – bolesť, pobolievanie v podbrušku, mierne špinenie, slabosť, nevoľnosť a iné telesné pocity môžu byť taktiež výrazným spúšťáčom.

2.3 Prediktory pre rozvoj úzkosti v tehotenstve

Prenatálna úzkosť a strach z pôrodu negatívne ovplyvňujú zdravie matky a plodu. Socioekonomické a tehotenské faktory môžu ovplyvniť prenatálny distress a strach z pôrodu. Počas tohto obdobia sa ženy obávajú svojich existujúcich zdravotných problémov, fyzických príznakov, telesných zmien, pôrodu a zdravia novonarodeného dieťaťa. Niektoré ženy sa ľahko prispôbia týmto zmenám, zatiaľ čo iné sa nemusia vyrovnáť s novými stresormi a môžu mať psychologické problémy (Kabukcu et al., 2019). Psychologický stres, ktorý zahŕňa úzkosť môže byť vyvolaný viacerými faktormi-spúšťáčmi. Deprivácia tzv. „basic needs“ emocionálnej, sociálno-ekonomickej istoty vedie k existenčným poruchám identifikácie a sebarealizácie, nedostatku informácií. Tieto prediktory predstavujú často spúšťacie momenty (Fedor-Freybergh, 2013). Okrem genetickej citlivosti a zvýšenej zraniteľnosti spôsobenej hormónmi sú u niektorých žien zmena role z dcéry na matku a spoločenské očakávania kľúčovými faktormi pri vývoji prenatálnej úzkosti. Tieto faktory môžu prebudiť bolestivé spomienky, dokonca aj u žien bez anamnézy úzkosti (Avni-Barron a Wiegartz, 2011).

2.3.1 Socio-demografický a ekonomický vplyv

Jedným z prediktorov, ktorý môže ovplyvniť prežívanie materstva sú sociálne a ekonomické podmienky rodiny v ktorej sa budúca matka nachádza. Nevyhovujúca bytová a ekonomická situácia bola v minulosti najčastejšie uvádzaná v žiadosti o interrupciu. Zatiaľčo súčasná prax ukazuje, že sociálne podmienky sú najmenej dôležitým faktorom, ktorý ovplyvňuje psychiku tehotnej ženy (Mellanová et al., 2014). Ako vo svojom výskume uvádza autor Rubertsson et al. (2014) ďalším prediktorom je vek.

Ženy mladšie ako 25 rokov mali zvýšené riziko symptómov úzkosti. Taktiež ženy, ktorých najvyššie dosiahnuté vzdelanie bolo stredoškolské, boli nezamestnané alebo fajčili pred tehotenstvom mali významne zvýšené riziko symptómov úzkosti. Nevynímajúc ženy v domácnosti (Balestrieri et al., 2012). Mnohé štúdie tiež ukázali, že fajčenie pred alebo počas tehotenstva predikuje úzkosť a depresiu počas tehotenstva, aj keď nie vždy je jasné, či fajčenie zvyšuje riziko úzkosti alebo depresie, alebo či sú úzkosť a depresia spojené s nezdravým správaním, ako je fajčenie (Biaggi et al., 2015). Ako popisujú autorky Hudáková a Kopáčiková (2017) psychika tehotnej ženy môže byť ovplyvnená aj zmenou jej sociálneho postavenia. Tehotenstvom sa stáva ekonomicky nesebestačná a závislá na manželovi/partnerovi. Ženy pre ktoré kariéra predstavuje dôležitú a neoddeliteľnú súčasť ich života môžu svoje tehotenstvo a pôrod brať ako obeť. Tieto ženy často majú strach zo straty pracovného postavenia. Ďalšia štúdia autora Alipour et al. (2018) poukazuje na skutočnosť, že zamestnané ženy s vyšším vzdelaním mali nižšie riziko duševných problémov počas tehotenstva. A preto zamestnanosť a finančná nezávislosť pôsobí ako protektívny faktor. Zvyšuje participáciu žien na spoločenských aktivitách a tým pádom zlepšuje duševné zdravie tehotných žien.

2.3.2 Vplyv životných udalostí

Tehotenstvo je samo osebe dobre známym obdobím stresu z dôvodu mnohých zjavných a potenciálnych zmien a výziev. Ako uvádza Biaggi et al. (2015) stresové zážitky sa môžu líšiť od miernych po ťažké, tiež v závislosti od vnímania stresu a schopnosti vyrovnať sa s ním. Napriek tomu veľmi stresujúce skúsenosti, ako je smrť alebo choroba príbuzného, rozpad vzťahu, strata zamestnania, sťahovanie, napadnutie alebo znásilnenie, môžu u väčšiny jedincov vyvolať depresívne a úzkostné symptómy alebo poruchy. Výskyt jednej alebo viacerých stresových udalostí môže potom viesť k zvýšeniu pravdepodobnosti, že matky a otcovia zažijú psychologické ťažkosti alebo poruchy duševného zdravia.

Nedostatočná sociálna podpora je ďalším faktorom, ktorý je silne spojený so zvýšeným rizikom prenatálnej úzkosti a depresie. Sociálna podpora je viacrozmerný pojem a zahŕňa informačnú podporu (informácie a rady), praktickú podporu (praktickú pomoc) a emocionálnu podporu (prejav starostlivosti a úcty). Objektívne hodnotenie prijatej sociálnej podpory môže byť náročné, pretože sa zistilo, že depresívne ženy majú tendenciu cítiť sa menej podporované, ako objektívne sú (Biaggi et al, 2015). V tehotenstve je nesmierne dôležitý vplyv sociálnej podpory. Zverenie sa so svojimi obavami a myšlienkami niekomu, komu tehotné ženy dôverujú a od koho môžu očakávať pomoc. Ďalším problém predstavuje izolácia ženy pred okolím. Tiesnivé pocity a strach sa touto ignoráciou nevyriešia (Čermáková, 2017).

Mnohé štúdie uvádzajú, že nedostatok partnerskej podpory a sociálnej podpory je dôležitým rizikovým faktorom pre prenatálnu úzkosť a depresiu. V štúdiu autora Marchesi et al. (2014) sa strata podpory manželom a sociálnej podpory ako takej, ukázala ako dôležitý rizikový faktor prenatálnej úzkosti a depresie. Taktiež štúdia autora Nasreen et al. (2011) ukazuje, že problematický a nedostatočný vzťah s partnerom bol identifikovaný ako rizikový faktor nástupu úzkosti a depresie počas tehotenstva. Štúdia publikovaná autorom Alipour et al. (2018) ukázala vplyv kvality vzťahu a manželského uspokojenia na problémy s duševným zdravím. Ženy, ktorých manželia akceptovali ich tehotenstvo a pociťovali ich podporu mali lepší stav duševného zdravia ako ženy, ktoré nemali tak kvalitný partnerský vzťah. Aj autorky Hudáková a Kopáčiková (2017) poukazujú na dôležitosť pozitívneho vzťahu medzi partnermi. A to hlavne túžba muža po rodine, prežívanie tehotenstva so ženou pozornosť a pocit bezpečia a istoty pôsobia ako protektívny faktor.

Vystavenie tak nepriaznivým a stigmatizujúcim životným situáciám ako je domáce násilie, emocionálne, fyzické alebo sexuálne zneužitie má jednoznačne značný vplyv na duševné zdravie ženy v perinatálnom období. Viaceré štúdie zistili, že expozícia domácemu násiliu pred tehotenstvom alebo počas neho hlavne, ak sa ho dopúšťa partner tehotnej ženy je rizikovým faktorom rozvoja prenatálnej úzkosti ale aj depresie (Biaggi et

al.,2015). Štúdia autora Martini et al. (2015) zistila, že vystavenie traumatickým sexuálnym zážitkom je konkrétne spojené s prenatálnou úzkosťou, a nie s depresiou.

2.3.3 Súčasné a predchádzajúce komplikácie počas tehotenstva

Predchádzajúca pozitívna psychiatrická anamnéza úzkosti alebo aj depresie pred tehotenstvom má značný vplyv na zvýšené riziko úzkosti počas tehotenstva a znovu prinavrátanie tohto ochorenia. Príznaky úzkosti počas tehotenstva u tehotných žien zvýšili mieru strachu z prirodzeného vaginálneho pôrodu negatívne sa zvýšili aj preferencie cisárskeho rezu (Rubertsson et al.,2014). Autor Yusuff et al. (2015) poukazuje na koreláciu medzi úzkosťou a depresiou popisuje, že ženy, ktoré mali skúsenosť s prenatálnou úzkosťou majú 3-krát vyššie riziko, že budú trpieť depresiou počas tehotenstva.

Autorka Mellanová et al.,(2014) vo svojej publikácii zdôrazňuje 4 základné postoje k dieťaťu. Podľa toho, či je nenarodené dieťa plánované/neplánované, chcené/nechcené. Neplánované tehotenstvo bolo uvedené v štúdiu autorov Bayrampour.McDonald a Tough (2015) ako významný prediktor zvyšujúcej sa tehotenskej úzkosti. Autor Kubacku et al.,(2019) vo svojej štúdiu zistil, že túžba po súčasnom tehotenstve súvisí so strachom z pôrodu. Inými slovami ženy, ktoré plánovali otehotnenie, mali menší strach z pôrodu ako ženy s neplánovaným / nežiaducim tehotenstvom. Ženy, ktoré pociťujú ambivalenciu k aktuálnemu tehotenstvu sa často cítia preťažené, tehotenstvo vnímajú ako odcudzenie a plod je neúmyselne vnímaný ako niečo deštruktívne, nepriateľské a stáva sa cudzím telesom, ktoré musí byť vypudené (Fedor-Freybergh,2013). V prehľade autora Alipour et al.(2018) sa uvádza zvýšený výskyt duševných problémov, vrátane anxiety u žien, ktoré mali nechcené tehotenstvo.

Úzkosť a strach sú zvládané rôzne a v rôznych situáciách. Táto emócia je ovplyvňovaná našimi predstavami alebo spomienkami. Je utváraná našou osobnosťou, a to predchádzajúcou skúsenosťou s daným pocitom alebo problémom. Ako sme už vyššie spomínali, ak gravidná žena pociťovala strach a úzkosť v predošlej gravidite, tak s veľkou pravdepodobnosťou sa úzkosť a strach objavia aj v tej súčasnej (Skutilová,2016). Taktiež aj faktor ako parita má neodmysliteľný súvis s prežívaním úzkosti. Prvorodičky majú

tendenciu cítiť viac strachu z neznámeho stavu, zatiaľ čo viac rodičky môžu mať z predchádzajúceho pôrodu extrémne traumatickú skúsenosť, ktorá im spôsobuje intenzívny strach a úzkosť. Predchádzajúce štúdie preukázali silné spojenie medzi minulými skúsenosťami s pôrodom a strachom z pôrodu pri nasledujúcich tehotenstvách (Kubacku et al.,2019). V štúdií, kde sa sledovali tri skupiny tehotných žien, prvorodičky, tehotné s predchádzajúcim komplikovaným pôrodom a tehotné s nekomplikovaným pôrodom sa výsledky líšili len v jednom kritériu, a to strachu zo smrti. Práve u žien so skúsenosťou komplikovaného predchádzajúceho pôrodu sa strach zo smrti vyskytoval častejšie (Bašková,2015). V systematickom prehľade autora Alipour et al. (2018) sa uvádza, že zlý duševný stav zdravia matky súvisel s predošlou anamnézou neplodnosti. Taktiež poukazuje na anamnézu predošlých potratov a jej rozporuplné vnímanie, kde sa v 3 štúdiách ukázal významný vzťah medzi anamnézou predošlých potratov, zatiaľ čo 3 štúdie nezistili žiadny význam vzťah.

Samotná skúsenosť perinatálnej straty je pre všetky ženy psychickou traumou a s vysokou pravdepodobnosťou im táto spomienka zostane po celý zvyšok života (Kaspárková a Bužgová,2013). Aj napriek nejednotnosti v názoroch o vhodnom postupe pri perinatálnej strate sa zdá, že dať matke možnosť vidieť a držať mŕtve dieťa býva spájaná s menšími príznakmi úzkosti a depresie. Hoci tento priaznivý účinok nemusí pretrvávať až do nasledujúceho tehotenstva (Cacciatore,2013). Je známe, že perinatálna strata v krátkodobom horizonte ovplyvňuje duševné zdravie žien so zvýšeným rizikom úzkosti, depresie. Aj keď príznaky úzkosti a depresie u niektorých žien pretrvávajú, u iných sa znižujú v priebehu prvých dvoch rokoch po strate. Udáva sa, že približne 50% párov sa pustí do nového tehotenstva v priebehu jedného roka. Následné tehotenstvo je pre ženu považované za veľký emocionálny stresor, ktorý môže narušiť normálny priebeh smútku po strate dieťaťa. Niektoré štúdie naznačujú, že ženy sú náchylnejšie na úzkosť, depresiu a posttraumatický stres, ak sa splodenie nového potomka objaví skôr ako 12 mesiacov po perinatálnej strate. Udáva sa, že gestačný vek v čase perinatálnej straty môže ovplyvniť stupeň psychologického utrpenia. Fázy reakcie smútenia môžu byť silnejšie u žien so stratami v III. trimestri (Gravensteen et al., 2018). Tehotné ženy po perinatálnej strate vyžadujú špecifický prístup poskytovateľov zdravotnej starostlivosti. Významná je

jej kontinuita a následnosť, začína obdobím perinatálnej straty pokračuje prípravou na tehotenstvo, pôrod a šestonedelie (Kaspárková, Bužgová,2013).

2.4 Vplyv úzkosti na matku a plod

Stáletia skúseností našich mám a prababičiek sú skumulované v prísloviach, v praktických radách a postupoch. Rady boli rôzneho charakteru „ak budeš plakať, budeš mať uplakané dieťa“ alebo „musíš sa smiať a pozeráť len na pekné veci“. Z pôrodnicko-gynekologickej praxe vieme, že dobrý psychický stav gravidnej a rodiacej ženy má značný vplyv na fyziologický priebeh tehotenstva, ale aj na priebeh pôrodu a psychosomatiku dieťaťa (Mellanová et al.,2014). Vzťah medzi matkou a dieťaťom nevzniká až momentom pôrodu. Tehotenstvo nie je len biologické utváranie dieťaťa, ale zároveň aj obdobím v ktorom matka rozvíja pripravenosť a celkovú schopnosť postarať sa o svoje dieťa (Geisel,2014). Prenatálna fáza v živote každého jedinca zohráva najdôležitejšiu a najrozhodnejšiu úlohu pre jeho celý budúci život, tak z psychologického, ako aj fyziologického pohľadu (Fedor-Freybergh,2013). Prítomnosť psychickej nepohody v tehotenstve, či príznaky psychickej poruchy môžu mať vplyv na vývoj dieťaťa. Popisujú sa tri možné dôvody a to : priamy efekt na dieťa, ktoré je exponované psychickému ochoreniu matky, nepriamy dopad matkinho ochorenia na medziludské vzťahy a prítomnosť problematiky bežne spojovanej s psychickým ochorením (Talová et al.,2014).

V súčasnosti je známe, že hormóny, ktoré sú vyplavované pri stresovej reakcii akou je napríklad úzkosť sa dostávajú cez placentu do krvného obehu plodu. Pre nenarodené dieťa a jeho ďalší vývin má význam, či sa s týmito hormónami stretáva často alebo iba výnimočne (Mellanová et al.,2014). Neliečená, významná a pretrvávajúca prenatálna úzkosť vystavuje plod prebytočným glukokortikoidom, čo môže ovplyvniť citlivosť plodu na pretrvávajúce neuroendokrinné zmeny (Avni-Barron a Wiegartz 2011). Hormóny vyvolávajúce stres, hlavne kortizol vylučovaný vo veľkom množstve, bráni rastu nenarodeného dieťaťa (Geisel.,2014). Ďalšou schopnosťou tohto hormónu je, že prepína systém matky a plodu z fázy rastu do fázy obrany a to vedie k menšej veľkosti nenarodeného dieťaťa. Hladina kortizolu zohráva dôležitú regulačnú úlohu pri vývoji časti

obličiek nefrónov. Nadbytočné množstvo kortizolu od vystresovanej matky pôsobí na modifikáciu nefrónov plodu (Hudáková a Kopáčiková,2017). Okrem toho, že úzkosť počas tehotenstva môže spôsobiť vážne následky u matky v podobe predčasného pôrodu, u plodu môže spôsobiť nízku pôrodnú hmotnosť, fetálny distress a vývoj niektorých novorodeneckých abnormalít ako je napríklad stenóza pyloru (Nekoe, Zarei,2015).

Existuje tiež dostatok dôkazov o tom, že stres, ktorý existuje počas tehotenstva, môže mať negatívny vplyv na zdravie matky, plodu a novorodenca. Mnohé štúdie ukázali, že ak je tehotná žena počas tehotenstva depresívna, úzkostlivá alebo zúfalá, existuje zvýšené riziko, že jej dieťa bude mať emocionálne problémy, príznaky poruchy hyperaktivity alebo zhoršený kognitívny vývoj (Kabukcu et al.,2019). Chronický stres a úzkosť u matky vedie k zvýšenej tvorbe adrenalínu, a to vyúsťuje do hypertenzie v cievach. V najhoršom prípade môže dôjsť k poruche utero-placentárnej jednotky, infarktu, ktorý je spôsobený hypoxiou placenty a placentárnou ischémiou. Táto situácia má značný vplyv na dieťa, od potlačenia jeho rastu až po abort alebo intrauterinnú smrť. Je dokázané, že matky, ktoré sú počas tehotenstva dlhodobo vystavené psychologickému stresu, alebo prejavujú náchylnosť k depresii a úzkosti sú rizikové a ich tehotenstvo môže byť ukončené spontánnym potratom alebo môže byť ohrozené insuficienciou cervixu (Fedor-Freybergh,2013).

V systematickom prehľade autorka Talová et al. (2014) poukazuje na efekt akútnych odpovedí na stres a materskú úzkosť v súvislosti so psychologickou odpoveďou plodu v podobe srdcovej frekvencie. Tehotné ženy, ktorých plody sa dostali do stresovej situácie v priebehu 3. trimestra s vysokou mierou úzkosti, vykazovali vyššiu srdcovú frekvenciu. Taktiež je popisovaný vplyv negatívnych emócií, ako aj úzkosti matiek v 1.trimestri, ktorý predikuje nízky srdcový tonus a zároveň vysoké Apgar skóre v 5. minúte po pôrode. Ako popisujú autorky Kaspárková a Bužgová (2013) vo svojej publikácii, že negatívne emócie matky môžu ovplyvniť gestačnú dĺžku tehotenstva a pôrodnú hmotnosť novorodenca. Najsilnejší účinok majú špecifické úzkosti vrátane obáv matky z nedostatočného prospievania plodu. Bolo preukázané, že tehotenská úzkosť má vplyv na nárast arteriálnej rezistencie, čo spôsobuje pokles krvného prietoku u plodu. Vysoká hladina prenatalného stresu je tiež spojená s rizikom potratu a predčasného

pôrodu. Prenatálny stres má vplyv nielen na fyzický vývoj dojčiat, ale ovplyvňuje dieťa až do jeho desiatich rokov.

2.4.1 Biologické účinky úzkosti na novorodenca

V systematickom prehľade autora Shahhosseini et al. (2015) sa uvádza významný vplyv materskej úzkosti na pôrodnú váhu novorodenca. Niektoré štúdie popisujú existenciu významného vzťahu medzi dĺžkou novorodenca a úzkosťou matky. U matiek s vysokou úrovňou úzkosti je pôrodná dĺžka kratšia ako pôrodná dĺžka u matiek bez úzkosti. Na druhej strane niektoré štúdie nepopisujú signifikantný rozdiel medzi rastovou restrikciou, Apgar skóre, pôrodnou hmotnosťou a pôrodnou dĺžkou, obvodom hlavy u anxiózných žien a nonanxiózných žien. Ďalšími zdravotnými problémami spojenými s úzkosťou počas tehotenstva sú zvýšené abnormality, akými sú napr. rásžtep pery alebo podnebia.

2.4.2 Behaviorálne účinky úzkosti na novorodenca

Stres v tehotenstve má priamy vplyv na vývoj správania potomka. Mnoho štúdií naznačuje, že deti, ktorých matky v tehotenstve trpia úzkosťami sú vystavené vyšším hladinám kortikosteroidom, ktoré u novorodencov môžu pretrvávať aj po pôrode. Zmeny neuroendokrinnnej osi sprostredkované napr. úrovňou sociálnej podpory môžu mať dopad na vývoj plodu a jeho rast, hlavne s prihliadnutím k neskoršej reaktivite na stres a k rozvoju psychických ochorení (Talová et al., 2014). Výsledky naratívneho prehľadu autora Shahhosseini et al. (2015) ukazujú, že úzkosť počas tehotenstva môže viesť k predĺženému plaču v novorodeneckom období, podráždenosti a nepokoju, k individuálnym rozdielom v reakcii na stresové životné udalosti a k slabej interakcii medzi matkou a dieťaťom. Ďalším účinkom úzkosti matky na plod je negatívny vplyv na rast a vývoj nervového systému detí. Tento problém súvisí s negatívnymi dôsledkami na správanie vrátane reakcií dojčiat na normálne a štandardné zvuky v prvých deviatich mesiacoch života dieťaťa, ktoré sú dráždivejšie a nervóznejšie.

2.4.3 Mentálne účinky úzkosti na novorodenca

Podľa výsledkov systematického prehľadu autora Shahhosseini et al. (2015) má vysoká miera materskej úzkosti významný vzťah k duševným poruchám, emočným problémom, nedostatku koncentrácie a hyperaktivity a zhoršeného kognitívneho vývinu novorodenca. Štúdia autora Ibaneza et al. (2015) našla silné významné súvislosti medzi materskou prenatálnou úzkosťou a horším kognitívnym vývojom detí vo veku 2 a 3 rokov. Antenatálna depresia matky samostatne, prekvapivo nebola spojená s horším vývojom dieťaťa, avšak jej spojenie s prenatálnou úzkosťou už predstavovalo horší kognitívny vývoj u dieťaťa. Je známe, že zvýšené stresové hormóny, ako je kortikotropín, najmä kortizol a androgény, ktoré vyvolávajú úzkosť, by mohli viesť ku už spomínaným kognitívnym zmenám, zmenám vo vývoji jazyka, schopnosti klasifikovať obsah a reč u dievčat. Zvýšenie týchto hormónov má výrazný vzťah aj s perzistenciou a zvýšenou opatrnosťou u predškolských chlapcov (Shahhosseini et al.2015). Mnohé tzv. idiopatické narušené vývojové procesy, autistické prejavy, zmiešané schizo-depresívne príznaky, psychomotorické poruchy majú pôvod v prenatálnej poruche dyády medzi matkou a dieťaťom. Pôvod neuróz je v detstve a detstvo sa začína už v matkinom lone (Fedor-Freybergh,2013). V rozsiahlej kohortovej štúdii autor Loomans et al. (2011) poukazuje na predpôrodnú úzkosť matiek a s tým súvisiace problémy v správaní, problémy v oblasti vzťahov a emócií, poruchy pozornosti a hyperaktivitou u detí v neskoršom detstve. Deťom, ktorých matky boli vystavené silnému psychickému stresu, chronickému strachu a úzkosti počas gravidity sa vo vyšších percentách prejavujú ťažkosti ako retardácia v časnom psychomotorickom vývoji, neskôr problémy pri socializácii a formovaní charakteru jedinca (Fedor-Freybergh,2013).Vo väčšine prípadov postihnutých detí, deti netrpia žiadnou geneticky podmienenou vadou ale ich handicap býva spôsobený významnými udalosťami počas tehotenstva a pôrodu (Geisel,2014).

2.4.4 Vplyv na priebeh pôrodu

Už v útlom veku si každá žena na základe rodových stereotypov utvára vlastné scenáre pohlavného styku, tehotenstva a pôrodu. Role sú v týchto situáciách pridelované podľa momentálnych vedomostí a predstáv. Vytváranie väzby počas tehotenstva a pôrodu

je ovplyvnené sexuálnou prehistóriou každej rodičky, v ktorej hlavnú rolu zastáva vlastná matka, od ktorej žena získava prvotnú skúsenosť s láskou (Geisel.,2014). Deprivácia tak dôležitej emócie ako je láska môže spôsobiť fatálny problém, problém v podobe úzkosti. Úzkosť v tehotenstve, strach z bolesti a utrpenia a pôrodu komplikuje približne 20% všetkých tehotenstiev v ekonomicky rozvinutých krajinách (Raudenská et al.,2014). Tretí trimester gravidity je viac sústredený na pôrod v ktorom sú sformované psychické zmeny nakumulované počas celej gravidity a ukončenie tehotenstva pôrodom sa pre tieto ženy môže zdať ako proces nad ktorým nebudú mať kontrolu (Nekoee a Zarei,2015). V systematickom prehľade autora Dinga et al. (2014) úzkosť matiek počas tehotenstva bola signifikantne spojená so zvýšeným rizikom predčasného pôrodu a nízkou pôrodnou váhou. Úzkosť a strach patria medzi negatívne emocionálne javy, predstavujúce závažný psychologický problém. Tento problém výrazne zasahuje do priebehu pôrodu a negatívnym charakterom ovplyvňuje správanie rodičky na pôrodnej sále (Bašková, 2015).

Určitá miera úzkosti počas pôrodu predurčuje lepšiu toleranciu bolesti kvôli uvoľňovaniu endogénnych opioidov, ale zvýšená úzkosť súvisí so zvýšenou bolestivosťou. Ženy s iracionálnym strachom z pôrodnej bolesti vykazujú vo všeobecnosti nižšiu toleranciu k bolesti (Takács et al.,2015). Tieto psychické faktory majú za následok, že rodička prežíva aj podprahové impulzy ako silnú a intenzívnu bolesť. Zvýšené obavy a strach z jednotlivých pôrodných zákrokov a obavy o zdravotný stav dieťaťa zvyšujú citlivosť na bolestivý podnet a znižujú schopnosť tolerancie. Okrem toho tieto faktory majú vplyv na pokles prietoku krvi v maternici, znižujú kontrakčnú činnosť a tiež spôsobia uvoľnenie svalstva (Bašková,2015).

Strach a úzkosť spôsobujú vylučovanie katecholamínov, ktoré spôsobujú dlhotrvajúce a neúčinné pôrodné bolesti, nesprávnu funkciu svalov matrice a v konečnom dôsledku podráždenosť rodičky. Okrem toho zvýšená úzkosť tehotnej ženy spôsobuje negatívne vnímanie pôrodu, zbytočné prehnane obavy z pôrodu, ale aj z role matky. Obmedzenie spolupráce a aktivity rodičky pri pôrode zbytočne vedie k vykonaniu cisárskeho rezu (Nekoee, Zarei,2015). Správanie zamerané na vyhýbanie sa bolesti je spojené s úzkosťou. U úzkostných žien sa častejšie objavuje požiadavka na epidurálnu

analgéziu a cisársky rez. Strach a úzkosť tiež vyvolávajú napätie svalstva a zosilňujú prežívanie bolesti. Tieto ženy udávajú vyššiu intenzitu bolesti a strachu z nej a oveľa horšie spolupracujú so zdravotníckym personálom počas pôrodu. Spúšťačmi úzkosti v období pôrodu môžu byť konflikty v tehotenstve, sociálna a finančná neistota, ale aj nedostatočná informovanosť o tomto deji (Takács et al.,2015). Práce publikované v oblasti tejto problematiky nezistili priamu súvislosť vo vzťahu medzi úzkosťou a predčasným a indukovaným pôrodom a anestéziou v I. a II. dobe pôrodnej. Na druhej strane iné štúdie poukazujú na strach z pôrodu v III. trimestri, kde sa významne ukázalo riziko následného akútneho pôrodu sekciou. Psychoterapeutická podpora žien, ktoré sa obávajú pôrodu môže naopak znížiť počet pôrodov cisárskym rezom až o 50% (Bašková,2015).

2.5 Úloha pôrodnej asistentky pri redukcii úzkosti u tehotných žien

Tzv. preventívna starostlivosť o tehotné ženy, ktorá začala v 20.storočí na význam psychickej vyrovnanosti u tehotnej ženy akosi pozabudla. Preventívna starostlivosť sa premenila skôr v hľadanie malých odchýlok vo vývoji. Lekári sa sústreďia na vznik nových potencionálnych problémov. Zodpovedná budúca matka musí dodržať všetky termíny prehliadok, no častokrát opúšťa ordináciu nešťastná a znepokojená. Negatívne povedané informácie sprevádzajú ženu počas celého tehotenstva. Sú živiteľom negatívnych emócií, akou je úzkosť. Hovorí sa o tzv. nocebo-efektu. Nocebo znamená z latinského „budem škodiť“ na rozdiel od placebo „budem ukl'udňovať“(Geisel.,2014). Ako bolo už vyššie spomínané odhaduje sa, že u 15–25% žien sa počas tehotenstva a prvého roku po pôrode objaví závažný problém duševného zdravia. Preto, sa zdôrazňuje dôležitosť hodnotenia tehotných žien z hľadiska psychosociálnych rizikových faktorov a pre zdravotníckych pracovníkov dôležitosť informácií a vzdelávania týkajúceho sa hodnotenia problémov duševného zdravia a možných rizík (Mccauley et al.,2011).

Prenatálna fáza života dáva neopakovateľnú a ojedinelú príležitosť primárnej prevencie ochorení vo všetkých sférach jednotného ľudského organizmu a jeho sociálneho prostredia. Taktiež dáva možnosť zaistenia optimálneho vývoja telesného, duševného

a sociálneho zdravia jedinca (Bašková., 2015). V kurzoch predpôrodnej prípravy budúce rodičky diskutujú o svojich pocitoch a obavách s cieľom zredukovať negatívne vplyvy. Je nutné vziať do úvahy, že v rámci účinnej prevencie je vypočutie tehotných žien a rodičiek významné a kľúčové. Dôležitosť sa prikladá emocionálnej podpore a zároveň v priestore vyjadriť sa, podeliť sa s úvahami, obavami a sťažnosťami. Dlhoročná prax pôrodných asistentiek - lektoriek predpôrodných kurzov je neoceniteľným prínosom (Geisel.,2014). Tým, že priznávame tehotným ženám a prenatalnému dieťaťu vysokú zodpovednosť a kompetencie, pôrodné asistentky nesmú u nich na druhej strane vyvolať potencionálne alebo skutočné pocity viny. Úlohou pôrodnej asistentky ako poradkyne je informovať matku o jej kreatívnych možnostiach v spoluutváraní optimálneho tehotenstva a súčasne jej umožniť tolerantný pohľad na vlastnú situáciu. Postoj ku vlastnej situácii, ktorá môže predstavovať emočne psychické a sociálne ekonomické problémy. Tehotenstvo je zakaždým dynamický proces konštantne meniacich sa emócií, postojov a tiež intelektuálnych hodnôt ženy (Bašková,2015). Je potrebné si uvedomiť, že rozsah a prevalencia úzkostných porúch (vrátane generalizovanej úzkostnej poruchy, obsedantno-kompulzívnej poruchy, panickej poruchy, fóbie, posttraumatickej stresovej poruchy a sociálnej úzkostnej poruchy) a depresie sú počas tehotenstva a po narodení nedostatočne rozpoznávané (Howard et al.,2014).

2.5.1 Monitoring tehotných žien s rizikom vzniku úzkosti

Autor Howard et al. (2014) vypracoval odporúčania pre zdravotníckych pracovníkov v ktorom zdôrazňuje rozpoznávanie rizikových žien, ktoré majú problém s duševným zdravím, alebo sa obávajú, že by mohli mať problém so zdravím. Upozorňuje že ženy pri primárnom kontakte so zdravotníckym pracovníkom môžu mať:

- nechotu odhaliť alebo prediskutovať svoj problém z dôvodu strachu stigmy ich negatívneho vnímania ako matky, alebo strach, že by im bolo ich dieťa odňaté
- zdráhajú sa zapojiť do liečby alebo majú ťažkosti so zapojením sa do liečby z dôvodu vyhýbania sa spojeným s ich duševným zdravím alebo závislosťou od alkoholu alebo drog

Prenatálne psychosociálne hodnotenie tehotných žien sa považuje za dôležitú úlohu pôrodných asistentiek. K súčasným odporúčaniam vládnych politik týkajúcich sa

posúdenia pôrodnou asistentkou všetkých prenatalných a postnatálnych žien, no najmä žien so zaťažou anamnézou duševných chorôb. Ich posúdenie zamerané na psychiatrickú anamnézu a rodinnú anamnézu duševných porúch zohráva dôležitú úlohu pri prvotnom posúdení stavu pacientky (Mccauley et al.,2011).Posúdenie a diagnostika na podozrenie problému duševného zdravia pre tehotenstvo a postnatálne obdobie by malo zahŕňať :

- anamnézu akéhokoľvek problému duševného zdravia, vrátane tehotenstva/postnatálneho obdobia
- fyzickú pohodu (vrátane hmotnosti, fajčenia, výživy a úrovni aktivity) a históriu akéhokoľvek fyzického zdravotného problému
- abúzus alkoholu a drog
- postoj ženy k tehotenstvu vrátane popierania tehotenstva
- skúsenosti ženy s doterajším tehotenstvom akékoľvek problémy jej a plodu
- vzťah matka-dieťa
- akékoľvek minulé alebo súčasné liečenie problému duševného zdravia a
- kvalita medziľudských vzťahov, sociálne siete
- životné podmienky a sociálna izolácia
- rodinná anamnéza (príbuzný prvého stupňa s problémom duševného zdravia)
- domáce násilie a zneužívanie, sexuálne zneužívanie, trauma z detstva, týranie
- bývanie, zamestnanosť, ekonomický a prísťahovalecký status
- zodpovednosť za starostlivosť o ostatné deti alebo dospelých (Howard et al.,2014)

Ženy s vážnym duševným ochorením absolvujú návštevu prenatalnej starostlivosti v neskoršej fáze tehotenstva pretože sa obávajú, že sa stretnú so stigmou a skresleným úsudkom zdravotníckych pracovníkov. Z týchto dôvodov musia odborníci v oblasti duševného zdravia a hlavne pôrodné asistentky poskytovať primeranú starostlivosť citlivú pre ženy. Citlivý prístup zameraný na starostlivosť o tehotné ženy umožňuje pôrodným asistentkám a lekárom zvážiť individuálne okolnosti každej ženy a zohľadniť jej vlastnú osobnú históriu. Takýto prístup umožňuje tehotnej žene rozvíjať dôveru v jej

poskytovateľoch starostlivosti a zároveň prispievať a podieľať sa na rozhodnutiach týkajúcich sa jej starostlivosti(Mccauley et al.,2011).

Pôrodná asistentka má zásadný vplyv na primárny kontakt s tehotnou ženou. Diskutujte so ženou o možnom vplyve psychosociálnych rizikových faktorov na jej duševné zdravie a poskytuje informácie o dostupnej pomoci. Poskytuje ženám v perinatálnom období poradenstvo v otázkach životného štýlu a spánku, ako aj pomoc pri plánovaní toho, ako možno tieto rady začleniť do ich každodenných aktivít počas tohto obdobia. So súhlasom ženy pôrodná asistentka poskytuje informácie a zapája aj ostatných významných blízkych členov rodiny o emočnom zdraví tehotnej a starostlivosti počas perinatálneho obdobia (Anxiety and Depression in the Perinatal Period, 2019).

Autor Simpson et al. (2014) vo svojej štúdií zdôrazňuje, že počas perinatálneho obdobia je často náročnejšie rozlíšiť medzi depresiou a úzkosťou. Autor vo svojej štúdií skúma psychometrické vlastnosti škály Generalized Anxiety Disordred 7-item scale (GAD-7) ako skriningového nástroja pre generalizovanú úzkostnú poruchu u tehotných žien a žien po pôrode v porovnaní s EPDS (Edinburgská škála popôrodnej depresie). Ako sme už vyššie spomínali približne 24,1% tehotných žien trpí najmenej jednou úzkostnou poruchou, 8,5% žien trpí konkrétne generalizovanou úzkostnou poruchou (GAD). V porovnaní s EPDS škála GAD-7 vykazovala väčšiu presnosť a špecifickosť a predstavovala klinicky užitočnú škálu detekcie generalizovanej úzkostnej poruchy u perinatálnych žien.

3 Metodológia výskumu

Základným východiskom pre stanovenie výskumu boli najnovšie teoretické poznatky a výsledky súčasného poznania v tejto skúmanej oblasti. Empirická časť dotazníkového šetrenia je zameraná na identifikáciu vybraných rizikových faktorov ako prediktorov na vznik úzkosti u tehotných žien v III. trimestri. Podľa dostupných štúdií je potvrdený vplyv rozličných prediktorov na vznik úzkosti u tehotných žien v III. trimestri.

3.1 Výskumný problém

Na základe teoretických poznatkov z jednotlivých štúdií bol definovaný výskumný problém, ktorého súčasťou sú premenné, ktoré budú predmetom skúmania nášho výskumu. Pre zvolenú prácu sme si stanovili nasledovný výskumný problém : Do akej miery majú faktory prostredia a faktory zo strany matky vplyv na výskyt úzkosti u tehotných žien v III. trimestri.

3.2 Výskumné ciele a hypotézy

Na základe vedomostí súčasného stavu poznania sme si stanovili hlavný cieľ práce, z ktorého sme definovali čiastkové ciele.

Hlavným cieľom výskumného projektu bolo: Zistiť, aký podiel majú faktory z prostredia a faktory zo strany matky na zvýšený výskyt úzkosti u tehotných žien v III. trimestri tehotenstva

- **Čiastkový cieľ 1:** Zistiť aký vplyv majú sociodemografické faktory na zvýšený výskyt úzkosti v III. trimestri tehotenstva
- **Čiastkový cieľ 2:** Zistiť aký vplyv majú faktory zo strany matky na zvýšenom výskyte úzkosti v III. trimestri tehotenstva.
- **Čiastkový cieľ 3:** Zistiť aký vplyv majú faktory prostredia vplyv na zvýšenom výskyte úzkosti v III. trimestri tehotenstva.
- **Čiastkový cieľ 4:** Zistiť, aký vplyv má proces pôrodu na zvýšenom výskyte úzkosti v III. trimestri tehotenstva.

Pre splnenie cieľov sme si zadefinovali nasledovné premenné:

- Sociodemografické indikátory, ktoré sme sledovali boli: vek, stav, vzdelanie, zamestnanie, bydlisko, parita, gravidita
- Indikátory sledované zo strany matky boli: ochorenia /zranenia v tehotnosti, porucha placenty-krvácanie, užívanie liekov, vyšetrenia SONO, riziko predčasného ukončenia tehotnosti, riziko potratu, plánované tehotenstvo, úmrtie dieťaťa v predchádzajúcej tehotnosti a po pôrode, vysoký krvný tlak, gestačný diabetes mellitus, duševné problémy, abúzy ako fajčenie a užívanie alkoholu
- Indikátory, ktoré sme sledovali z prostredia boli: zmeny v práci, v rodine, ekonomické a vzťahové problémy
- Indikátory procesu pôrodu boli: strach zo zdravotníckeho personálu, strach z pôrodu, strach z komplikácií pri pôrode

Na základe stanovených indikátorov sme formulovali nasledovné hypotézy:

H1: Zvýšený výskyt úzkosti u rodičiek v treťom trimestri je viacej závislý na ich veku ako na vzdelaní

H2: Ženy, ktoré plánovali tehotenstvo vykazovali nižší výskyt úzkosti v tehotnosti ako tie ženy, ktoré tehotenstvo neplánovali.

H3: Ženy, ktoré mali komplikácie v predošlej gravidite vykazovali vyššiu mieru úzkosti v tehotnosti v treťom trimestri ako ženy, ktoré nemali v predchádzajúcej gravidite komplikácie

H4: Ženy, ktoré mali rizikovú graviditu vykazovali vyššiu mieru úzkosti v treťom trimestri ako ženy s fyziologickým tehotenstvom.

H5: Vzťahové faktory mali vo väčšej miere vplyv na zvýšenom výskyte úzkosti u tehotných žien v treťom trimestri ako ekonomické faktory.

H6: Ženy, ktoré majú strach z priebehu pôrodu majú vyššiu mieru úzkosti v treťom trimestri ako tie ženy, ktoré nevykazujú strach z priebehu pôrodu.

3.3 Charakteristika výskumného súboru

Výber vzorky respondentiek bol zámerný. Výskumnú vzorku tvorili respondentky - tehotné ženy v III. trimestri tehotenstva (od 28. t.t. do 40. t.t.) dispenzarizované v dvoch súkromných gynekologicko-pôrodných ambulanciách MUDr. Františka Krul'a vo Svidníku a v Stropkove. Respondentky boli inštruované o tom, ako odpovedať na otázky v dotazníku. Boli im poskytnuté informácie o dobrovoľnej účasti a anonymite. Anonymita bola zachovaná pri distribúcii dotazníkov následne pri ich spracovaní a interpretácii. Respondentky boli súčasne informované o ochrane osobných údajov a to v súlade so zákonom o ochrane osobných údajov č. 18/2018 Z. z. a to vrátane nariadenia EÚ 2016/679. Súčasťou každého dotazníka bol informovaný súhlas s dotazníkovým výskumom. Respondentky, ktoré s výskumom nesúhlasili, boli vyradené z výskumu. Respondentka, ktorá vyjadrila súhlas s účasťou na dotazníkovom šetrení a tiež so zberom údajov a ich spracovaním, bola vždy oboznámená s obsahom a účelom dotazníka. Pri vyplňaní dotazníka sme vytvorili časový priestor pre dotazy. Účastníčky tohto výskumného šetrenia sme vybrali podľa nasledujúcich kritérií: zaraďovacích kritérií: ženy v III. trimestri tehotenstva (28. t.t. – 40. t. t.), ženy ktoré nemali psychiatrickú diagnózu v anamnéze, dispenzarizované v súkromnej gynekologicko-pôrodnickej ambulancii, informovaný súhlas respondentiek so zaradením do štúdie.

Naopak boli stanovené aj tzv. vyrad'ovacie kritériá. V prípade, že žena spĺňala aspoň jedno kritérium, musela byť z dotazníkového šetrenia vyradená. Vyrad'ovacie kritériá boli nasledujúce: tehotné ženy v I. a II. trimestri tehotenstva, psychiatrická diagnóza v anamnéze, užívanie antidepresív.

3.4 Metódy zberu dát

Empirické dáta k výskumnému šetreniu boli zbierané pomocou dotazníka vlastnej konštrukcie a štandardizovanej 7-položkovej škály Generalized Anxiety Disorder 7-item scale (GAD-7) vyplnili ženy, počas kontroly v prenatálnej poradni, v gynekologicko-pôrodných ambulanciách. Pred zahájením výskumného šetrenia sme oslovili majiteľa

a lekára tohto zariadenia a podali žiadosť na schválenie realizácie tohto výskumu. Žiadosť bola písomne schválená. Súčasťou všetkých dotazníkov bol aj informovaný súhlas žien s účasťou na výskumnom projekte. Ženy boli dostatočne informované pokynmi a inštrukciami k vyplňaniu dotazníka a pri jednotlivých otázkach boli v zátvorke kurzívou napísané inštrukcie k vyplňaniu danej otázky. Empirické údaje boli následne kategorizované a analyzované. Distribuovaných bolo celkom 110 dotazníkov. Vrátených bolo 100 dotazníkov, čo predstavovalo 91% návratnosť.

V prípade nevyplnenia dotazníka podľa pokynov musel byť dotazník vyradený. Výsledne sme teda pracovali s 96 dotazníkmi. Celkovo ženy odpovedali na 20 otázok vlastnej konštrukcie a 7 otázok škály Generalized Anxiety Disorder 7-item scale. Dotazník obsahoval otvorené, výberové, škálové, dichotomické, polytomické otázky a Likertovu hodnotiacu škálu. Respondentky odpovedali na škále, ktorej rozsah stupnice bol od 1 (v najmenšej miere) do 5 (v najväčšej miere), pričom inštrukcie k hodnoteniu boli modifikované podľa typu otázky. Rozsah stupnice odráža preferencie žien u jednotlivých položiek. Po ukončení zberu dát nasledovalo ich spracovanie a vyhodnotenie stanovených cieľov a hypotéz.

3.5 Realizácia výskumu

K vyriešeniu výskumu bolo potrebné splniť jednotlivé kroky výskumu. V rámci koncepcnej fázy sme sa zamerali na rešeršnú činnosť, prieskum dostupnej literatúry a vymedzenie výskumného problému a cieľov. Nasledovala fáza plánovania, ktorou súčasťou bol výber metódy pre kvantitatívny výskum. Následne sme si stanovili kritériá pre výber respondentov a na organizáciu zberu dát. Po časovom harmonograme zberu dát, nasledovala príprava získaných dát k analýze. V rámci analytickej fázy boli empirické dáta spracované prostredníctvom štatistického programu SPSS 22.0. a Microsoft Excel. Samotnému výskumu predchádzala žiadosť o súhlas Etickej komisie Fakulty zdravotníckych vied Univerzity Palackého v Olomouci. K výskumu sme získali súhlasné stanovisko. Pri výskumnom šetrení boli dodržané etické aspekty citovania, všetky použité zdroje boli citované podľa noriem ČSN ISO 690. V priebehu celého výskumného šetrenia boli zachované všetky etické zásady štúdie. Princíp objektívnosti a pravdivosti -

všetky fakty sú predložené, žiadne získané údaje nie sú zamlčané, selektívne vynechané alebo zámerne zmenené. Ďalším etickým aspektom je princíp osobnej poctivosti a čestnosti – v práci sú uvedené všetky použité a citované zdroje. Ďalej princíp originality, ktorého cieľom je priniesť nové poznania a zistenia, ktoré môžu prispieť ku skorému odhaleniu úzkosti v III. trimestri tehotenstva pomocou vybraných rizikových faktorov (Vévodová a Ivanová,2015).

Zber empirických dát bol realizovaný v čase od 1. 11. 2019 – 31. 3. 2020. Dotazníky papierovej formy sme osobne a v spolupráci s pôrodnými asistentkami pracujúcimi v gynekologicko-pôrodných ambulanciách distribuovali v dvoch gynekologických ambulanciách (Svidník 1 ambulancia, Stropkov 1 ambulancia) v čase prenatalných kontrol. Výber ambulancií bol realizovaný podľa dostupných možností a tiež na základe súhlasu lekárov - gynekológov v jednotlivých gynekologických ambulanciách a ochoty spolupráce pôrodných asistentiek.

3.6 Metódy spracovania dát

V úvodnej fáze sme každý dotazník označili identifikačným číslom a všetky získané údaje prepísali zakódované v číslach do tabuľky v programe Microsoft Excel. Pred samotným testovaním sme si určili závislé a nezávislé premenné, ktoré boli následne testované v hypotézach. Nasledujúce metódy štatistického spracovania dát boli pred ich samotným spracovaním predmetom samoštúdia. V jednotlivých otázkach sme sledovali nami stanovené premenné a následne sme získané dáta vyhodnotili a štatisticky spracovali v programe Excel a v štatistickom programe SPSS 22.00. V úvode sme na spracovanie dát použili tzv. deskriptívnu štatistiku, pomocou, ktorej sme získali základné charakteristiky a to :

- Aritmetický priemer
- Smerodajnú odchýlku
- Medián, modus, minimum, maximum
- Relatívnu a absolútnu početnosť

Následne boli pomocou štatistického programu SPSS 22.00 vyhodnotené hypotézy pomocou štatistických nástrojov a to :

- Študentov t-test
- Pearsonov korelačný koeficient
- Kolmogorov-Smirnov Test
- Kruskal-Wallis Test, Shapiro-Wilk Test

Metódy štatistických nástrojov vyhodnocovania hypotéz boli vybrané podľa vzťahu a typu jednotlivých premenných.

4 Výsledky výskumu

V nasledujúcej kapitole sú popísané tri oblasti výskumu. V prvej oblasti sa zaoberáme analýzou sociodemografických indikátorov. Druhá oblasť obsahuje výsledky prieskumu, v ktorých sú zahrnuté indikátory zo strany matky, indikátory zo strany prostredia a indikátory procesu pôrodu. Tretia oblasť sa zaoberá testovaním jednotlivých hypotéz. Výsledky sú spracované do tabuliek a grafov.

4.1 Sociodemografická charakteristika vzorky

Výsledný súbor tvorilo 96 respondentiek.

Otázka 1: Vek

Tabuľka 1 Vekové kategórie

Vek	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť v %
Do 29 rokov	53	55
Nad 30 rokov	43	45
Σ spolu	96	100

Tabuľka 2 Vek

Vek	Priemer	Medián	Maximum	Minimum	Smerodajná odchýlka
	28,42	29	39	17	5,520

Tabuľka 1 znázorňuje absolútnu početnosť a relatívnu početnosť respondentiek, ktoré sme rozdelili do dvoch skupín a to : respondentky do 29 roku života a respondentky nad 30 rokov. Skupina respondentiek do 29 rokov, predstavovala 55% (n=53) výskumnej vzorky a skupina respondentiek nad 30 rokov, predstavovala 45% (n=43).

Tabuľka 2 znázorňuje priemer, strednú hodnotu (medián), maximum, minimum a smerodajnú odchýlku veku respondentiek. Najstaršia žena výskumnej vzorky mala 39 rokov a najmladšia 17 rokov. Priemer všetkých žien, ktoré sa participovali na výskume

bol 28,42. Stredná hodnota veku žien bola 29 rokov a smerodajná odchýlka predstavovala 5,520.

Otázka 2: Stav

Tabuľka 3 Stav

Stav	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť v %
Vydatá	62	65
Slobodná s partnerom	33	34
Slobodná bez partnera	1	1
Rozvedená	0	0
∑ spolu	96	100

Tabuľka 3 znázorňuje absolútnu a relatívnu početnosť stavu respondentiek v 4 skupinách a to: vydatá, slobodná s partnerom, slobodná bez partnera a rozvedená. Z celkového počtu respondentiek, tvorilo najpočetnejšiu skupinu ženy, ktoré boli vydaté 65% (n=62). Druhou najpočetnejšou skupinou boli ženy, ktoré uviedli stav slobodná s partnerom, ich podiel bol 34% (n=33) z celkového počtu respondentiek. Stav slobodná bez partnera uviedla iba jedna respondentka, ktorá tvorila 1% (n=1) z celkového počtu. Stav rozvedená neuviedla žiadna z respondentiek.

Otázka 3 : Vzdelanie

Tabuľka 4 Vzdelanie

Vzdelanie	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť v %
Základné	17	18
Stredoškolské	38	39
Vysokoškolské	41	43
∑ spolu	96	100

Tabuľka 4 zobrazuje absolútnu a relatívnu početnosť jednotlivých úrovní vzdelania u žien. Z celkového počtu respondentiek tvorili najpočetnejšiu skupinu ženy s vysokoškolským vzdelaním 43% (n=41), druhou najpočetnejšou skupinou boli ženy so

stredoškolským vzdelaním a to v 39% (n=38), najmenej zastúpené boli respondentky so základným vzdelaním a to v 18% (n=17).

Otázka 4 : Práca

Tabuľka 5 Práca

Práca	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť v %
Zamestnaná	59	62
Nezamestnaná	34	35
Študentka	3	3
Σ spolu	96	100

Tabuľka 5 znázorňuje prácu výskumného súboru. znázorňuje absolútnu a relatívnu početnosť troch skupín : zamestnaná, nezamestnaná a študentka. Z celkového počtu sledovaného výskumného súboru najpočetnejšiu skupiny tvorili respondentky, ktoré boli zamestnané a to v 62% (n=59), ďalej nasledovali respondentky, ktoré boli nezamestnané a to v 35% (n=34). Najmenšiu skupinu tvorili študentky s 3% (n=3).

Otázka 5 : Bydlisko

Tabuľka 6 Bydlisko

Bydlisko	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť v %
Mesto	51	53
Vidiak	45	47
Σ spolu	96	100

Tabuľka 6 ukazuje, že respondentky boli vo väčšej miere zastúpené v meste a to v 53% (n=51) ako na vidieku a to v 47% (n=4).

Otázka 8 : V ktorom týždni tehotnosti ste práve teraz ?

Tabuľka 7 Týždeň tehotnosti

Týždeň tehotenstva	Priemer	Medián	Maximum	Minimum	Smerodajná odchýlka
	33,29	33	39	28	2,96

Tabuľka 7 znázorňuje priemer, strednú hodnotu (medián), maximum, minimum a smerodajnú odchýlku týždňa tehotnosti, v ktorom sa respondentky práve nachádzali. Priemerný týždeň tehotenstva v sledovanej výskumnej vzorke bol 33,29, stredná hodnota(medián) bola 33, maximum 39, minimum 28 a smerodajná odchýlka 2,96.

Otázka 9: Koľký krát ste tehotná ? („otehotnela som, ale neporodila“)

Tabuľka 8 Gravidita

Gravidita	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť v %
Prvý krát	53	55
Druhý krát	31	32
Tri a viac krát	12	13
∑ spolu	96	100

V tabuľke 7 bolo z celkového počtu respondentiek najviac prvorodičiek a to v 55%(53), nasledovali druhorodičky a to v 32% (n=31) a respondentky, ktoré boli tri a viac krát tehotné v 13% (n=12).

Otázka 10 : Koľko krát ste rodili ? („znamená to, že som aj porodila“)

Tabuľka 9 Parita

Parita	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť v %
Jeden krát	28	29
Dva krát	7	7
Tri a viac krát	0	0
Nerodila som ešte	61	64
∑ spolu	96	100

V tabuľke 8 je znázornená parita respondentiek. Z celkového počtu respondentiek najpočetnejšiu skupinu respondentiek tvorili nulipary a to v 64% (n=61), druhou najpočetnejšou skupinou boli primipary a to v 29 % (n=28), nasledovali sekundipary v 7% (n=7), multipary sa v sledovanej vzorke nevyskytovali.

4.2 Vyhodnotenie jednotlivých položiek v dotazníku

Indikátory, ktoré sme hodnotili zo strany matky boli: ochorenia/zranenia v tehotnosti, poruchy placenty-krvácanie, užívanie liekov, vyšetrenie SONO, riziko predčasného ukončenia tehotnosti, riziko potratu, plánovanie tehotenstva, úmrtie dieťaťa v predchádzajúcej tehotnosti a po pôrode, vysoký krvný tlak, gestačný diabetes mellitus, duševné problémy, fajčenie a užívanie alkoholu. Dané indikátory sa spracovali v otázkach č. 6, 7, 11, 12, 13, 14 a 15.

Otázka 6: Ste fajčiarka ?

Tabuľka 10 Abúzus fajčenie

Ste fajčiarka	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť v %
Áno	16	17
Nie	80	83
∑ spolu	96	100

V nami sledovanom výskumnom súbore bolo najviac respondentiek nefajčiarok v 83% (n=80) a respondentiek, ktoré fajčili bolo 17% (n=16).

Otázka 7: Do akej miery ste v tehotenstve požívali niektoré z uvedených alkoholických nápojov ?

Tabuľka 11 Abúzus alkohol

Položka		Miera požívania					Priemer
		1	2	3	4	5	
Pivo	abs.	87	8	1	0	0	1,10
	%	91	8	1	0	0	
Víno	abs.	76	20	0	0	0	1,21
	%	79	21	0	0	0	
Likér	abs.	94	1	1	0	0	1,03
	%	98	1	1	0	0	
Koňak	abs.	95	1	0	0	0	1,01
	%	99	1	0	0	0	
Tvrдый alkohol	abs.	96	0	0	0	0	1
	%	100	0	0	0	0	

V tabuľke 11 sú znázornené jednotlivé druhy alkoholických nápojov, kde pri každom druhu alkoholického nápoja je uvádzaná miera požívania na základe Likertovej škály od 1 do 5. Na škále, na stupnici 1 vyjadruje odpoveď najmenšiu mieru požívania a 5 najväčšiu mieru požívania. V tabuľke sú vypočítané priemery, relatívna a absolútna početnosť. Podľa aritmetického priemeru respondentky v najväčšej miere požívali víno a to v priemere 1,21. Ďalším alkoholickým nápojom bolo pivo, v priemere 1,10. Ďalej nasledoval likér s priemerom 1,03 a koňak s priemerom 1,01. Najmenej požívaným druhom alkoholického nápoja bol tvrdý alkohol v priemere 1.

Otázka 11 : Napíšte prosím, je Vaše súčasné tehotenstvo plánované ?

Tabuľka 12 Plánované tehotenstvo

Plánované tehotenstvo	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť v %
Áno	72	75
Nie	24	25
∑ spolu	96	100

Tabuľka 12 zobrazuje či bola tehotnosť plánovaná alebo neplánovaná. V nami sledovanej výskumnej vzorke sme zistili, že väčšina a to 75% (n=72) respondentiek svoje tehotenstvo plánovali a 25 % (n=24) svoje tehotenstvo neplánovalo.

Otázka 12 : Napíšte prosím, je Vaše súčasné tehotenstvo výsledkom ?

Tabuľka 13 Spôsob počatia

Spôsob počatia	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť v %
Prirodzené spontánne otehotnenie	89	93
Umelé oplodnenie (tzv.IVF)	7	7
∑ spolu	96	100

Tabuľka 13 znázorňuje absolútnu a relatívnu početnosť spôsobov počatia u respondentiek. Väčšina respondentiek uviedla, že ich súčasné tehotenstvo je výsledkom prirodzeného spontánneho otehotnenia a to v 93% (n=89), zvyšných 7% (n=7) respondentiek uviedlo, že ich súčasné tehotenstvo je výsledkom umelého oplodnenia (tzv. IVF)

Otázka 13 : Posúdil pôrodník lekár, Vaše súčasné tehotenstvo ako rizikové ? *Na nasledujúcu otázku odpovedajú len tie respondentky, ktoré odpovedali na predošlú otázku áno.*

Tabuľka 14 Rizikovosť tehotenstva

Rizikovosť tehotenstva	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť v %
Áno	25	26
Nie	71	74
∑ spolu	96	100

Tabuľka 14 znázorňuje absolútnu a relatívnu početnosť výskytu rizikových tehotenstiev u respondentiek. Vo väčšine na túto otázku respondentky odpovedali záporne a to v 74% (n=71). Posúdenie rizikového tehotenstva uviedlo 26% (n=25) respondentiek v nami sledovanom výskumnom súbore.

Otázka 14 : Označte prosím, aký je dôvod prečo je Vaša tehotnosť hodnotená ako riziková ? (Odpovedajte pri každej položke)

Tabuľka 15 Dôvody rizikovosti tehotenstva

Dôvod		Dôvod rizikového tehotenstva		
		ÁNO	NIE	Spolu
Vysoký krvný tlak	abs.	5	20	25
	%	20	80	100
Porucha placenty	abs.	16	9	25
	%	60	40	100
Riziko potratu	abs.	18	7	25
	%	72	28	100
Riziko predčasného pôrodu	abs.	19	6	25
	%	76	24	100
Dlhodobé užívanie liekov	abs.	0	25	25
	%	0	100	100
Výsledok ultrazvuku	abs.	4	21	25
	%	16	84	100

Tabuľka 15 obsahuje absolútnu a relatívnu početnosť jednotlivých dôvodov pre ktoré bolo tehotenstvo označené ako rizikové. Keďže táto otázka nadväzovala na predchádzajúcu (otázku č.13), túto otázku vyplnilo 26% (n=25) respondentiek. Ako najčastejší dôvod rizikovosti tehotenstva bol respondentkami uvádzaný dôvod riziko predčasného pôrodu a to v 76% (n=19). Druhým najčastejším dôvodom bolo riziko potratu a to v 72% (n=18). Dôvod porucha placenty a s ňou spojené krvácanie uviedlo 60% (n=16) respondentiek.

Otázka 15 : V akej miere sa u Vás vyskytli nasledujúce komplikácie v predchádzajúcej tehotnosti ? (odpovedajte prosím, pri každej položke, kde „1“ znamená v najmenšej miere a „5“ vo veľkej miere)

Tabuľka 16 Komplikácie predchádzajúceho tehotenstva

Komplikácie		Miera výskytu					Priemer
		1	2	3	4	5	
Vysoký krvný tlak	abs.	35	3	0	3	2	1,47
	%	81	7	0	7	5	
Krvácanie	abs.	20	11	4	3	5	2,12
	%	47	26	9	7	12	
Riziko potratu	abs.	21	10	4	4	4	2,07
	%	49	23	9	9	9	
Riziko predčasného pôrodu	abs.	24	9	4	2	4	1,91
	%	56	21	9	5	9	
Gestačný diabetes mellitus	abs.	43	0	0	0	0	1
	%	100	0	0	0	0	
Úmrtie dieťaťa v tehotnosti / pôrode	abs.	35	3	1	3	1	1,42
	%	81	7	2	7	2	
Duševné problémy	abs.	36	5	2	0	0	1,21
	%	84	12	5	0	0	

Tabuľka 16 znázorňuje relatívnu a absolútnu početnosť položiek otázky, ktorá sa zaoberala výskytom komplikácií v predchádzajúcej tehotnosti. Z celého výskumného súboru na túto otázku mohli odpovedať iba tie respondentky, ktoré boli multigravidné a to činí 45% (n=43). Podľa aritmetického priemeru najviac multigravidných respondentiek uviedlo krvácanie ako komplikáciu predchádzajúceho tehotenstva v priemere 2,12. Ďalšou komplikáciou bolo respondentkami uvedené riziko potratu a to v priemere 2,07, riziko predčasného pôrodu v priemere 1,91. Nasledoval vysoký krvný tlak s priemerom 1,47, úmrtie dieťaťa v tehotnosti / pôrode s priemerom 1,42. Duševné problémy boli respondentkami uvádzané v priemere 1,21. Gestačný diabetes mellitus bol respondentkami uvádzaný v priemere 1.

Otázka 16 : Do akej miery Vás počas tehotenstva ovplyvnili nasledujúce životné udalosti? (Odpovedajte prosím, pri každej položke, kde „1“ znamená v najmenšej miere a „5“ vo veľkej miere)

Tabuľka 17 Vplyv životných udalostí

Životné udalosti		Miera ovplyvnenia					Priemer
		1	2	3	4	5	
Choroba/zranenie	abs.	78	10	7	1	0	1,28
	%	81	10	7	1	0	
Zmeny v práci	abs.	55	26	9	6	0	1,65
	%	57	27	9	6	0	
Zmeny vo vzťahu	abs.	84	5	3	4	0	1,24
	%	88	5	3	4	0	
Problémy v rodine	abs.	78	10	2	5	1	1,34
	%	81	10	2	5	1	
Vážne ekonomické problémy	abs.	41	40	8	6	1	1,81
	%	43	42	8	6	1	

Tabuľka 17 znázorňuje priemer, absolútnu a relatívnu početnosť položiek danej otázky. Podľa aritmetického priemeru respondentky najčastejšie uvádzali vplyv vážnych ekonomických problémov a to v priemere 1,81. Ďalším významným vplyvom boli respondentkami uvádzané zmeny v práci a to v priemere 1,65. Nasledovali problémy v rodine a to v priemere 1,34, vplyv choroby/zranenia 1,28 a najmenej uvádzaným vplyvom boli zmeny vo vzťahu a to v priemere 1,24.

Otázka 17 : Napíšte prosím, do akej miery sa u Vás vyskytli nasledujúce pocity v priebehu tehotnosti. (Odpovedajte prosím, pri každej položke, kde „1“ znamená v najmenšej miere a „5“ vo veľkej miere)

Tabuľka 18 Pocity v priebehu tehotnosti

Pocity		Miera výskytu					Priemer
		1	2	3	4	5	
Obavy zo starostlivosti o dieťa po pôrode	abs.	28	31	25	8	4	2,26
	%	29	32	26	8	4	
Obavy z plnenia materskej role	abs.	30	29	28	8	1	2,18
	%	31	30	29	8	1	
Strach zo zdravotníckeho personálu	abs.	53	13	16	12	2	1,93
	%	55	14	17	13	2	
Strach z pôrodu	abs.	5	15	39	20	17	3,30
	%	5	16	41	21	18	
Strach z komplikácií pri pôrode	abs.	15	18	34	18	11	2,92
	%	16	19	35	19	11	
Obavy, že mi nebude mať kto po pôrode doma pomôcť	abs.	45	29	12	9	1	1,88
	%	47	30	13	9	1	
Obavy z izolácie po príchode domov	abs.	51	23	11	9	2	1,83
	%	53	24	11	9	2	
Pocit neistoty pri starostlivosti o dieťa	abs.	37	29	19	9	2	2,06
	%	39	30	20	9	2	

Tabuľka 18 znázorňuje pocity respondentiek v priebehu tehotnosti. Najviac respondentiek pociťovalo strach z pôrodu a to v priemere 3,30. V značnej miere respondentky pociťovali strach z komplikácií pri pôrode a to v priemere 2,92. Ďalším boli obavy zo starostlivosti o dieťa po pôrode v priemere 2,26 , z plnenia materskej role v priemere 2,18, pocitov neistoty pri starostlivosti o dieťa v priemere 2,06. Strach zo zdravotníckeho personálu pociťovalo v priemere 1,93 respondentiek. Obavy, že mi nebude mať kto po pôrode doma pomôcť pociťovalo v priemere 1,88 a obavy z izolácie po príchode domov uviedli v priemere 1,83 respondentiek.

Otázka 18 : Napíšte prosím, ako plánujete rodiť? (Vyberte jednu odpoveď, s ktorou sa stotožňujete)

Tabuľka 19 Spôsob pôrodu

Spôsob pôrodu	Absolútna početnosť	Relatívna početnosť v %
Vaginálny pôrod	53	55
Vaginálny pôrod s epidurálnou analgéziou	32	33
Cisársky rez	11	11
Σ spolu	96	100

Tabuľka 19 zobrazuje absolútnu a relatívnu početnosť spôsobu pôrodu s ktorým sa respondentky stotožňovali. Väčšina respondentiek uviedla, že sa stotožňujú s vaginálnym spôsobom pôrodu a to v 55% (n=53), zvyšných 33% (n=32) s vaginálnym pôrodom s epidurálnou analgéziou a iba 11 % respondentiek (n=11) by zvolilo cisársky rez ako plánovaný spôsob pôrodu.

Otázka 19 : Napíšte prosím, do akej miery Vám pri predchádzajúcej tehotnosti poskytovali podporu a pomoc po príchode z nemocnice domov, nasledujúce osoby. (Odpovedajte prosím, pri každej položke, kde „1“ znamená v najmenej miere a „5“ vo veľkej miere)

Tabuľka 20 Podpora pri predchádzajúcom tehotenstve

Osoby		Miera poskytnutia pomoci					Priemer
		1	2	3	4	5	
Manžel / partner	abs	0	1	1	3	30	4,77
	%	0	3	3	9	86	
Príbuzní	abs	16	3	3	6	7	2,57
	%	46	9	9	17	20	
Vlastní rodičia	abs	2	0	8	12	13	3,97
	%	6	0	23	34	37	
Rodičia manžela/partnera	abs	6	4	15	7	3	2,91
	%	17	11	43	20	9	
Kamarátka	abs	29	3	1	2	0	1,31
	%	83	9	3	6	0	
Nikto	abs	31	1	2	0	1	1,26
	%	89	3	6	0	3	

Tabuľka 20 znázorňuje relatívnu a absolútnu početnosť danej otázky. Podľa aritmetického priemeru respondentkám pri predchádzajúcej tehotnosti v najväčšej miere poskytovali podporu a pomoc manžel /partner a to v priemere 4,77. Ďalšou podporou boli vlastní rodičia s priemerom 3,97. Nasledovali rodičia partnera /manžela s priemerom 2,91. Príbuzní poskytovali respondentkám podporu a pomoc v priemere 2,57. Respondentky uviedli podporu a pomoc od kamarátky v priemere 1,31.

Otázka 20 : Napíšte prosím, kto Vám bude pomáhať po príchode z nemocnice domov, pri starostlivosti o dieťa. *(Odpovedajte prosím, pri každej položke)*

Tabuľka 21 Pomoc so starostlivosťou o dieťa

Položka		Pomoc so starostlivosťou o dieťa		
		ÁNO	NIE	Spolu
Manžel/partner	abs.	94	2	96
	%	98	2	100
Príbuzní	abs.	27	69	96
	%	28	72	100
Vlastní rodičia	abs.	68	28	96
	%	71	29	100
Rodičia manžela/partnera	abs.	43	53	96
	%	45	55	100
Kamarátka	abs.	11	85	96
	%	11	89	100
Nikto	abs.	3	93	96
	%	3	97	100

Tabuľka 21 zobrazuje početnosť odpovedí ÁNO/NIE na danú otázku. Respondentky najčastejšie odpovedali kladne na túto otázku manžel/ partner a to v 98% (n=94). Druhou kladnou najčastejšou odpoveďou boli respondentkami uvádzaní vlastní rodičia a to v 71%(n=68). Nasledovali rodičia manžela a to v 45%(n=43), príbuzní 28% (n=27) a kamarátka v 11%(n=11).

Súčasťou nášho dotazníka bola aj 7-položková štandardizovaná škála generalizovanej úzkostnej poruchy (GAD-7). V ktorej respondentky odpovedali na otázku : Ako často Vás počas uplynulých 14 dní trápila niektorá z nasledujúcich ťažkostí? Pri každej zo siedmich položiek si respondentky vyberali z možností „vôbec nie“ čo predstavovalo „0“ ďalej „niektoré dni“ čo predstavovalo číslo „1“, viac než polovicu dní predstavovalo číslo „2“ a možnosť „takmer každý deň“ čo predstavovalo číslo „3“.

Tabuľka 22 Škála GAD-7

GAD 7 škála		Miera poskytnutia pomoci			
		Vôbec nie (0)	Niektoré dni(1)	Viac než polovicu dní (2)	Takmer každý deň (3)
Nervozita, úzkosť, pocit že ste v koncoch s nervami	abs	47	46	3	0
	%	49	48	3	0
Neschopnosť prestať si robiť starosti alebo dostať ich pod kontrolu	abs	39	48	8	1
	%	41	50	8	1
Prehnané starosti o rôzne veci	abs	38	40	18	0
	%	40	42	19	0
Ťažkosti s uvoľnením sa	abs	44	49	3	0
	%	46	51	3	0
Taký nepokoj, až bolo ťažké zostať pokojne sedieť	abs	64	29	3	0
	%	67	30	3	0
Lahko ste sa rozčúlili alebo podráždili	abs	24	41	29	2
	%	25	43	30	2
Strach ako keby sa malo prihodiť niečo hrozné	abs	36	46	14	0
	%	38	48	15	0

4.3 Výsledky štatistického spracovania hypotéz

Čiastkový cieľ 1: Zistiť aký vplyv majú sociodemografické faktory na zvýšený výskyt úzkosti v III. trimestri tehotenstva

V rámci 1 čiastkového cieľa bola stanovená hypotéza :

Hypotéza H1 : „Zvýšený výskyt úzkosti u rodičiek v treťom trimestri je viacej závislý na ich veku ako na vzdelaní“

Na splnenie tohto čiastkového cieľa a pre vyhodnotenie stanovenej hypotézy sme pracovali s údajmi, získaných z dotazníkových otázok č. 1, č.3 a GAD-škály.

Pozorované nezávislé premenné :

vek respondentiek (otázka č.1), ktorý bol následne pre ďalšie štatistické spracovanie dát zakódovaný ako číslo

vzdelanie respondentiek (otázka č.3), ktoré bolo následne pre ďalšie štatistické spracovanie dát zakódované do troch skupín (1=základné vzdelanie, 2=stredoškolské vzdelanie, 3=vysokoškolské vzdelanie)

miera úzkosti (GAD-škála)

1.závislosť veku na výskyte úzkosti v III. trimestri tehotenstva

Pre správny výber testu, ktorým budeme testovať hypotézu 1 je potrebné otestovať normalitu rozloženia premenných, ktoré budú zastúpené vo vzorke. Pre zistenie poznatku o normálnosti alebo nenormálnosti rozloženia dát potrebných pre následné overovanie hypotézy 1 a na základe veľkosti vzorky, sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality.

Tabuľka 23 Test normality veku a GAD

Test normality				
		Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
	Vek	,086	96	,079
	Miera úzkosti (GAD)	,139	96	,000

Keďže sme zistili pri teste normality uvedenom v tabuľke 23, že dáta nemajú normálne rozloženie, pre testovanie závislosti veku na výskyte úzkosti sme použili neparametrické testy.

Pri testovaní sme sa snažili zistiť, či existuje štatisticky významný vzťah medzi mierou úzkosti rodičiek v treťom trimestri a vekom respondentiek. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení povahy premenných použili neparametrický Spearmanov korelačný test.

Tabuľka 24 Spearmanov test(vek a GAD)

Spearmanov korelačný test		
Vek * Miera úzkosti (GAD)		
Spearman's rho	Correlation Coefficient	,147
	Sig. (2-tailed)	,153
	N	96

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 24 môžeme konštatovať, že medzi vekom a mierou úzkosti u rodičiek v treťom trimestri neexistuje žiadny štatisticky významný vzťah. V našom prípade je hodnota 0,147 a to znamená žiadny vzťah. Následne sa pozrieme aj na Sig. (2-tailed), ktoré nám potvrdzuje štatistickú nevýznamnosť, keďže je hodnota väčšia ako 0,05.

2.závislosť vzdelania na výskyte úzkosti v III. trimestri tehotenstva

Tabuľka 25 Test normality (vzdelanie)

Test normality			
Vzdelanie	Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.
Základné	,902	17	,074
Stredné	,890	38	,001
Vysokoškolské	,930	41	,015

Keďže sme zistili pri teste normality uvedenom v tabuľke 25, že dáta nemajú normálne rozloženie, pre testovanie závislosti vzdelania na výskyte úzkosti sme použili neparametrické testy.

Pri testovaní sme sa snažili zistiť, či existuje štatisticky významný vzťah medzi mierou úzkosti rodičiek v treťom trimestri a vzdelaním respondentiek. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení povahy premenných použili neparametrický test Kruskal-Wallis Test.

Tabuľka 26 Miera úzkosti GAD (RANKY)

Miera úzkosti (GAD) - RANKY			
Vzdelanie	N	Mean Rank	
GAD	Základné	17	52,97
	Stredoškolské	38	45,03
	Vysokoškolské	41	49,87
	Spolu	96	

Tabuľka 27Kruskal-Wallis test -vzdelanie a GAD

Kruskal-Wallis Test	
	Miera úzkosti (GAD)
Kruskal-Wallis H	1,142
Df	2
Asymp. Sig.	,565

Na základe výsledkov z tabuľky 26 a 27 môžeme skonštatovať, že medzi ženami, ktoré mali rozdielne vzdelanie neexistuje štatisticky významný rozdiel v miere úzkosti prežívanej v III. trimestri tehotenstva. V našom prípade je hodnota Asymp.Sig 0,565 , a teda vieme, že medzi skupinami nie je štatisticky významný rozdiel.

Kedže predchádzajúce testy nepreukázali významnú štatistickú závislosť (Asymp.Sig >0.05), hypotéza „**H1** Zvýšený výskyt úzkosti u rodičiek v treťom trimestri je viacej závislý na ich veku ako na vzdelaní“ sa nepotvrdila.

Čiastový cieľ 2: Zistiť aký vplyv majú faktory zo strany matky na zvýšenom výskyte úzkosti v III. trimestri tehotenstva.

V rámci 2 čiastkového cieľa boli stanovené hypotézy :

H2: Ženy, ktoré plánovali tehotenstvo vykazovali nižšiu mieru úzkosti v tehotnosti ako tie ženy, ktoré tehotenstvo neplánovali.

H3: Ženy, ktoré mali komplikácie v predošlej gravidite vykazovali vyššiu mieru úzkosti v tehotnosti v treťom trimestri ako ženy, ktoré nemali v predchádzajúcej gravidite komplikácie

H4: Ženy, ktoré mali rizikovú graviditu vykazovali vyššiu mieru úzkosti v treťom trimestri ako ženy s fyziologickým tehotenstvom.

Na splnenie tohto čiastkového cieľa a pre vyhodnotenie hypotézy H2 sme pracovali s údajmi, získaných z dotazníkových otázok č. 11 a GAD-škály.

Pozorované nezávislé premenné :

plánované tehotenstvo (otázka č.11), ktoré bolo následne pre ďalšie štatistické spracovanie dát zakódované (1=áno,0=nie)

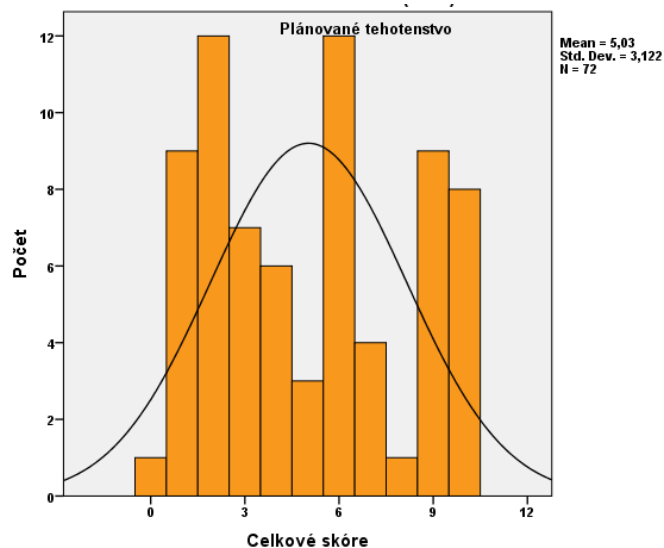
miera úzkosti (GAD-škála)

1.Závislosť plánovaného/neplánovaného tehotenstva na výskyte úzkosti v III. trimestri tehotenstva.

Tabuľka 28 Plánované tehotenstvo a GAD

Miera úzkosti (GAD)	
Plánované tehotenstvo: Áno	
N	72
Priemer	5,03
Medián	5,00
Štd.odchýlka	3,122
Šikmosť	,239
Špicatosť	-1,288
Rozpätie	10
Minimum	0
Maximum	10

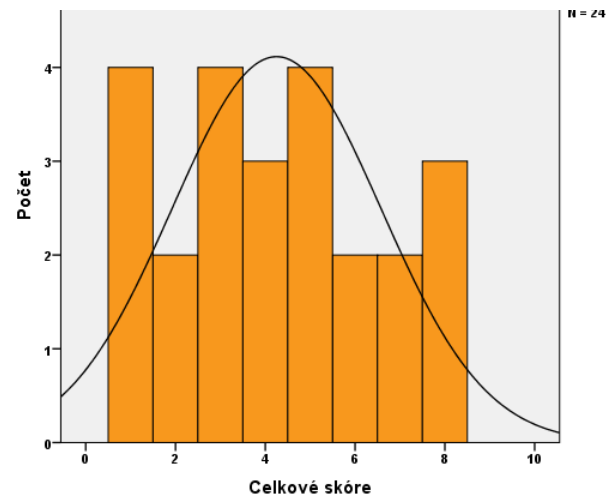
Graf 1 Plánované tehotenstvo a GAD



Tabuľka 29 Neplánované tehotenstvo a GAD

Miera úzkosti (GAD)	
Plánované tehotenstvo: Nie	
N	24
Priemer	4,25
Medián	4,00
Štd.odchýlka	2,327
Šikmosť	,167
Špicatosť	-1,055
Rozpätie	7
Minimum	1
Maximum	8

Graf 2 Neplánované tehotenstvo a GAD



Na základe výsledkov uvedených v tabuľkách 28 a 29 a grafoch 1 a 2, môžeme pozorovať, že priemerné skóre v miere úzkosti bolo pri ženách, ktoré plánovali tehotenstvo na úrovni 5,03, zatiaľ čo u žien, ktoré tehotenstvo neplánovali bolo na úrovni 4,25.

Pre zistenie poznatku o normálnosti alebo nenormálnosti rozloženia dát potrebných pre následné overovanie hypotézy 2 a na základe veľkosti vzorky, sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality a Shapiro-Wilkov test normality.

Tabuľka 30 Test normality plánovania a GAD

Testy normality						
Miera úzkosti (GAD)						
Tehotenstvo	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Neplánované				,931	24	,104
Plánované	,145	72	,001			

Keďže sme zistili pri teste normality uvedenom v tabuľke 30, že dáta nemajú normálne rozloženie, pre testovanie hypotézy 2 použijeme neparametrické testy.

Pri hypotéze 2 sme sa snažili zistiť, či existuje štatisticky významný rozdiel medzi ženami, ktoré plánovali tehotenstvo a ženami, ktoré ho neplánovali v miere úzkosti v treťom trimestri. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení testov normality rozloženia a povahy premenných použili neparametrický Mann-Whitney U-test pre 2 nezávislé výbery.

Tabuľka 31 Miera úzkosti GAD (RANKY)

Miera úzkosti (GAD) - RANKY			
	Tehotenstvo	N	Mean Rank
	Neplánované	24	43,90
	Plánované	72	50,03
	Spolu	96	

Tabuľka 32 Mann-Whitney U- test

Mann-Whitney U-test	
	Miera úzkosti (GAD)
Mann-Whitney U	753,500
Wilcoxon W	1053,500
Z	-,941
Asymp. Sig. (2-tailed)	,347

V našom prípade je hodnota Asymp. Sig. = 0,347 a teda vieme, že medzi skupinami nie je štatisticky významný rozdiel.

Na základe výsledkov tabuľky 31 a 32 môžeme konštatovať, že medzi ženami, ktoré mali plánované tehotenstvo a ženami s nenaplánovaným tehotenstvom neexistuje štatisticky významný rozdiel v miere úzkosti prežívanej v treťom trimestri.

Hypotéza H2 : „Ženy, ktoré plánovali tehotenstvo vykazovali nižšiu mieru úzkosti v tehotnosti ako tie ženy, ktoré tehotenstvo neplánovali“. Hypotéza sa nepotvrdila.

Na splnenie 2.čiasťového cieľa a pre vyhodnotenie hypotézy H3 sme pracovali s údajmi, získaných z dotazníkových otázok č. 15 a GAD-škály.

komplikácie v predchádzajúcej tehotnosti (otázka č.15)

miera úzkosti (GAD-škála)

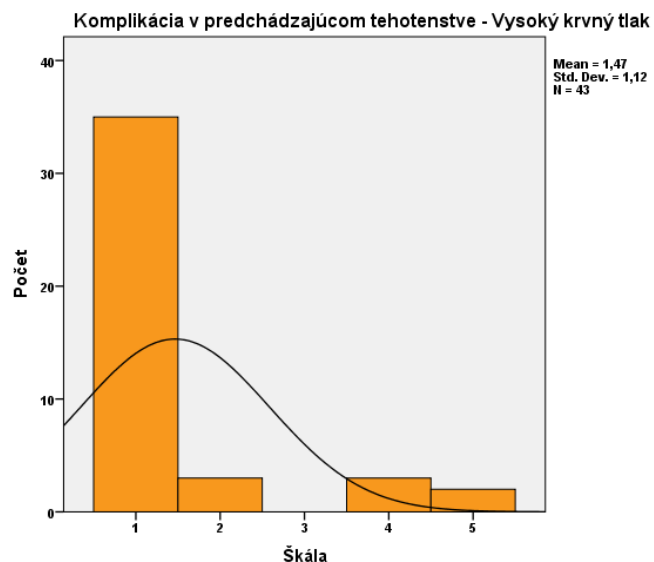
Tabuľka 33 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve

(Vysoký krvný tlak)

Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve Vysoký krvný tlak	
N	43
Priemer	1,47
Medián	1,00
Štd.odchýlka	1,120
Šikmosť	2,383
Špicatosť	4,416
Rozpätie	4
Minimum	1
Maximum	5

Graf 3 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve

(Vysoký krvný tlak)



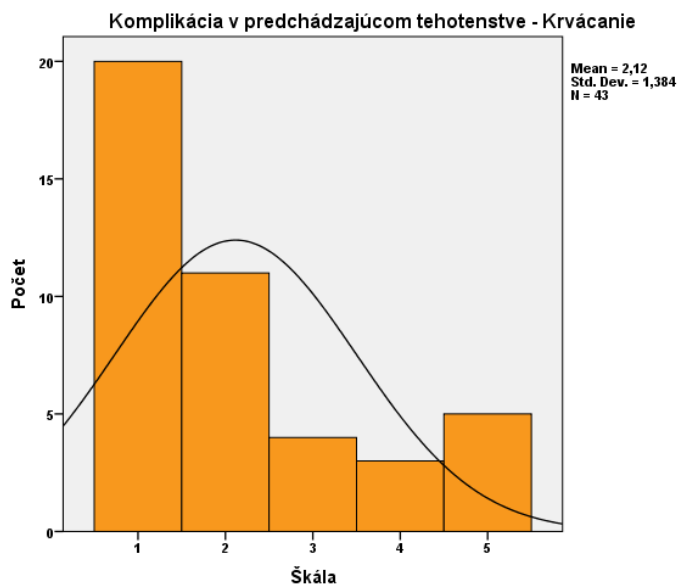
Tabuľka 34 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve

(Krvácanie)

Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve Krvácanie	
N	43
Priemer	2,12
Medián	2,00
Štd.odchýlka	1,384
Šikmosť	1,083
Špicatosť	-,102
Rozpätie	4
Minimum	1
Maximum	5

Graf 4 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve

(Krvácanie)



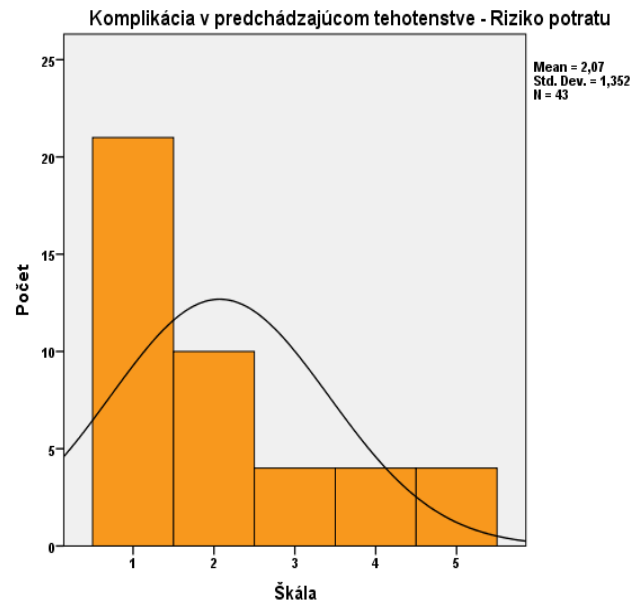
Tabuľka 35 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve

(Riziko potratu)

Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve Riziko potratu	
N	43
Priemer	2,07
Medián	2,00
Štd.odchýlka	1,352
Šikmosť	1,080
Špicatosť	-,097
Rozpätie	4
Minimum	1
Maximum	5

Graf 5 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve

(Riziko potratu)



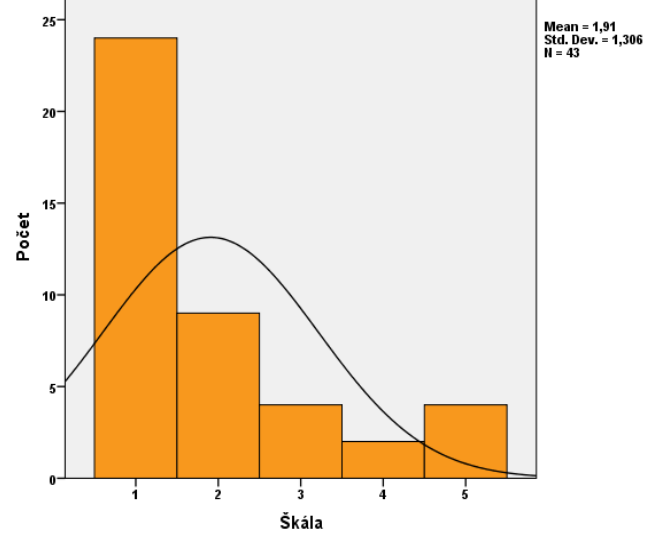
Tabuľka 36 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve
(Riziko predčasného pôrodu)

Graf 6 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve

(Riziko predčasného pôrodu)

Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve Riziko predčasného pôrodu	
N	43
Priemer	1,91
Medián	1,00
Štd.odchýlka	1,306
Šikmosť	1,391
Špicatosť	,800
Rozpätie	4
Minimum	1
Maximum	5

Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve - Riziko predčasného pôrodu



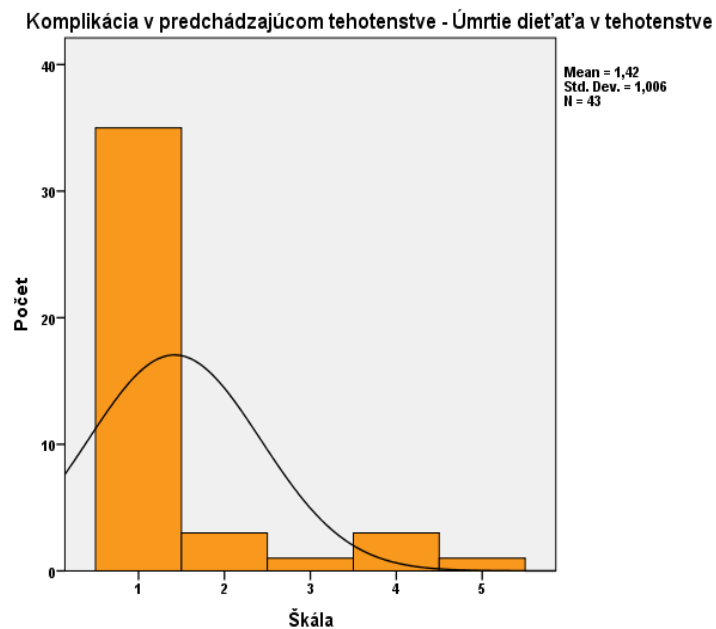
Tabuľka 37 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve

(Úmrtie dieťaťa v tehotenstve)

Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve Úmrtie dieťaťa v tehotenstve	
N	43
Priemer	1,42
Medián	1,00
Štd.odchýlka	1,006
Šikmosť	2,444
Špicatosť	4,979
Rozpätie	4
Minimum	1
Maximum	5

Graf 7 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve

(Úmrtie dieťaťa v tehotenstve)



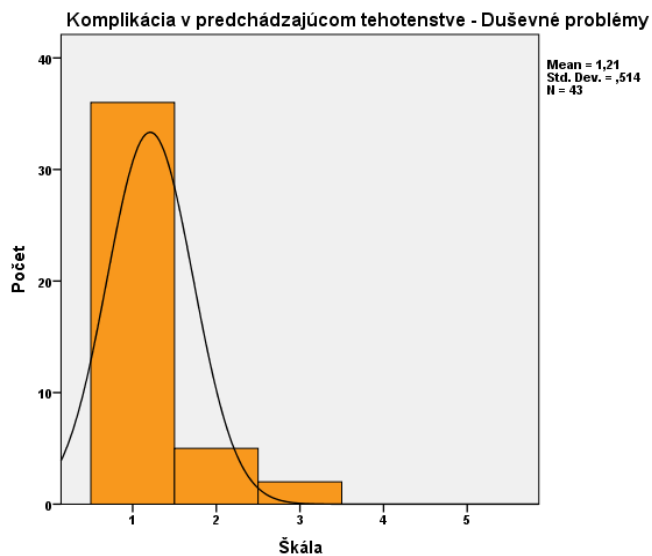
Tabuľka 38 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve

(Duševné problémy)

Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve Duševné problémy	
N	43
Priemer	1,21
Medián	1,00
Štd.odchýlka	,514
Šikmosť	2,499
Špicatosť	5,630
Rozpätie	2
Minimum	1
Maximum	3

Graf 8 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve

(Duševné problémy)



Na základe výsledkov uvedených v tabuľkách 33 až 38 a grafoch 3 až 8, môžeme pozorovať priemerné skóre na škále 1 až 5 vplyvu jednotlivých komplikácií pri predchádzajúcich tehotenstvách na ženy v treťom trimestri.

Pre zistenie poznatku o normálnosti alebo nenormálnosti rozloženia dát potrebných pre následné overovanie hypotézy 3, a na základe veľkosti vzorky, sme použili Shapiro-Wilkov test normality.

Tabuľka 39 Test normality (Komplikácie počas predchádzajúceho tehotenstva)

Test normality				
		Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.
	Miera úzkosti (GAD)	,922	43	,006
	Krvný tlak	,470	43	,000
	Krvácanie	,767	43	,000
	Riziko potratu	,767	43	,000
	Riziko predčasného pôrodu	,713	43	,000
	Úmrtie dieťaťa v tehotenstve	,479	43	,000
	Duševné problémy	,460	43	,000

Keďže sme zistili pri teste normality uvedenom v tabuľke 39, že dáta nemajú normálne rozloženie, pre testovanie hypotézy 3 použijeme neparametrické testy.

Pri hypotéze 3 sme sa snažili zistiť, či existuje štatisticky významný vzťah medzi mierou vplyvu jednotlivých komplikácií pri predchádzajúcom tehotenstve na mieru úzkosti u žien v treťom trimestri. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení povahy premenných použili neparametrický Spearmanov korelačný test.

Tabuľka 40 Spearmanov korelačný test - vplyv komplikácií v predchádzajúcom tehotenstve

Spearmanov korelačný test							
Vplyv jednotlivých komplikácií v predchádzajúcom tehotenstve * Miera úzkosti (GAD)							
		Vysoký tlak	Krvácanie	Riziko potratu	Riziko predčasného pôrodu	Úmrtie dieťaťa v tehotenstve	Duševné problémy
Miera úzkosti	Correlation Coefficient	,019	,521	,547	,518	,366	,231
	Sig. (2-tailed)	,905	,000	,000	,000	,016	,136
	N	43	43	43	43	43	43

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 40 môžeme konštatovať, že medzi mierou úzkosti a krvácaním, rizikom potratu a rizikom predčasného pôrodu ako komplikáciami predchádzajúceho tehotenstva je stredne silný štatisticky významný vzťah. Medzi mierou úzkosti a úmrtím dieťaťa v tehotenstve ako komplikáciou predchádzajúceho tehotenstva je slabý štatisticky významný vzťah. Medzi mierou úzkosti a duševnými problémami v predchádzajúcom tehotenstve je slabý avšak štatisticky nevýznamný vzťah a medzi mierou úzkosti a vysokým krvným tlakom ako komplikáciou predchádzajúceho tehotenstva sme nezistili žiadny vzťah.

Hypotéza H3 : „Ženy, ktoré mali komplikácie v predošlej gravidite vykazovali vyššiu mieru úzkosti v tehotnosti v treťom trimestri ako ženy, ktoré nemali v predchádzajúcej gravidite komplikácie“ sa nepotvrdila.

Na splnenie 2.čiasťového cieľa a pre vyhodnotenie hypotézy H4 sme pracovali s údajmi, získaných z dotazníkových otázok č. 14 a GAD-škály.

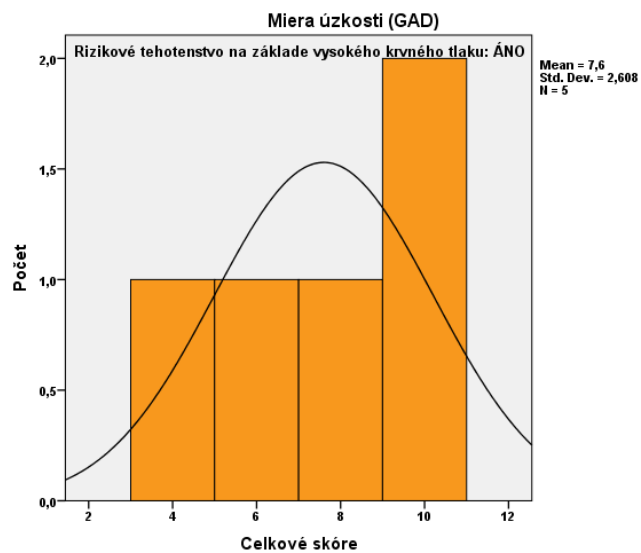
riziková tehotnosť (otázka č. 14)

miera úzkosti (GAD-škála)

Tabuľka 41 Miera úzkosti (GAD) krvný tlak : ÁNO

Miera úzkosti (GAD) Rizikové tehotenstvo pre vysoký krvný tlak : ÁNO	
N	5
Priemer	7,60
Medián	8,00
Štd.odchýlka	2,608
Šikmosť	-,541
Špicatosť	-1,488
Rozpätie	6
Minimum	4
Maximum	10

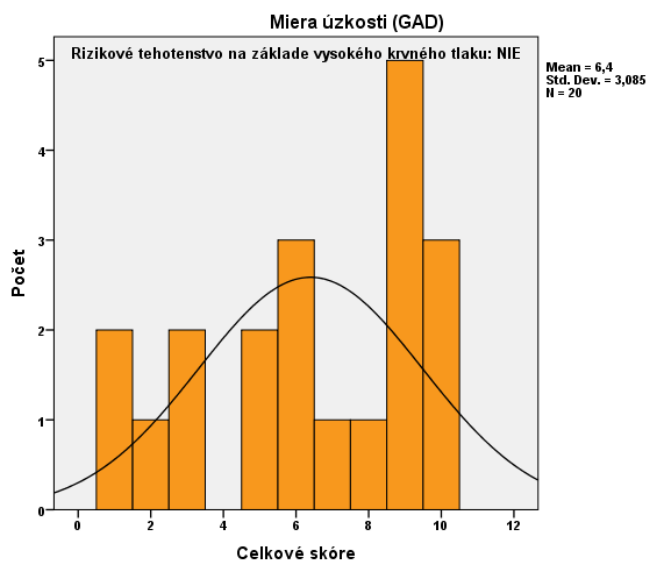
Graf 9 Miera úzkosti (GAD) krvný tlak : ÁNO



Tabuľka 42 Miera úzkosti (GAD) vysoký krvný tlak : NIE

Miera úzkosti (GAD) Rizikové tehotenstvo pre vysoký krvný tlak : NIE	
N	20
Priemer	6,40
Medián	6,50
Štd.odchýlka	3,085
Šikmosť	-,503
Špicatosť	-1,074
Rozpätie	9
Minimum	1
Maximum	10

Graf 10 Miera úzkosti (GAD) krvný tlak : NIE

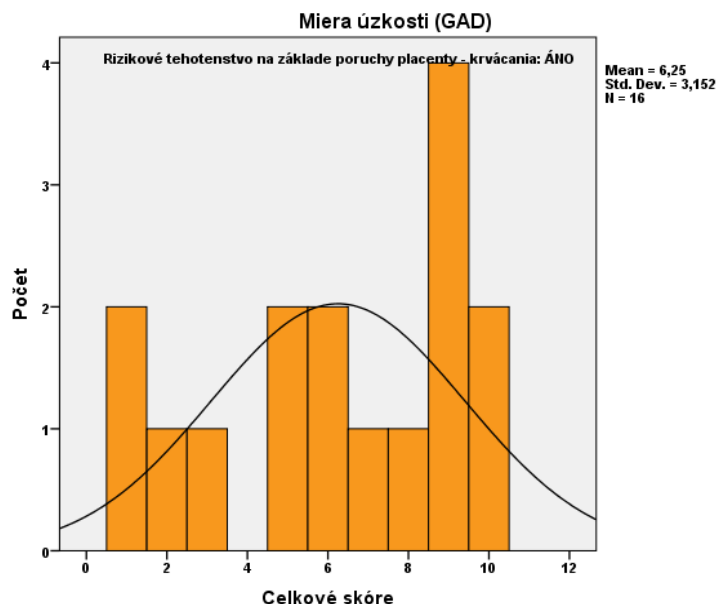


Tabuľka 43 Miera úzkosti (GAD) porucha placenty

krvácenie : ÁNO

Miera úzkosti (GAD) Rizikové tehotenstvo pre poruchu placenty - krvácenie : ÁNO	
N	16
Priemer	6,25
Medián	6,50
Štd.odchýlka	3,152
Šikmosť	-,511
Špicatosť	-1,087
Rozpätie	9
Minimum	1
Maximum	10

Graf 11 Miera úzkosti (GAD) porucha placenty - krvácenie : ÁNO

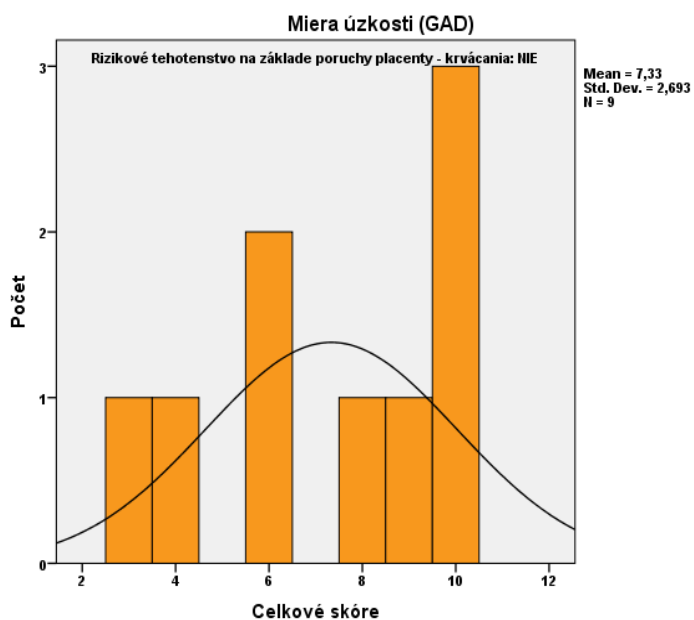


Tabuľka 44 Miera úzkosti (GAD) porucha placenty

krvácenie : NIE

Miera úzkosti (GAD) Rizikové tehotenstvo pre poruchu placenty - krvácenie : NIE	
N	9
Priemer	7,33
Medián	8,00
Štd.odchýlka	2,693
Šikmosť	-,505
Špicatosť	-1,300
Rozpätie	7
Minimum	3
Maximum	10

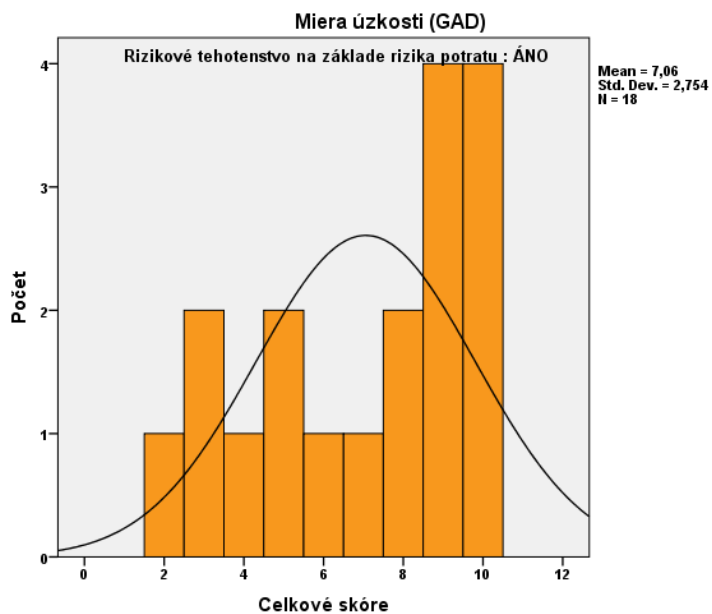
Graf 12 Miera úzkosti (GAD) porucha placenty - krvácenie : NIE



Tabuľka 45 Miera úzkosti (GAD) Riziko potratu : ÁNO

Miera úzkosti (GAD) Rizikové tehotenstvo pre Riziko potratu : ÁNO	
N	18
Priemer	7,06
Medián	8,00
Štd.odchýlka	2,754
Šikmosť	-,559
Špicatosť	-1,168
Rozpätie	8
Minimum	2
Maximum	10

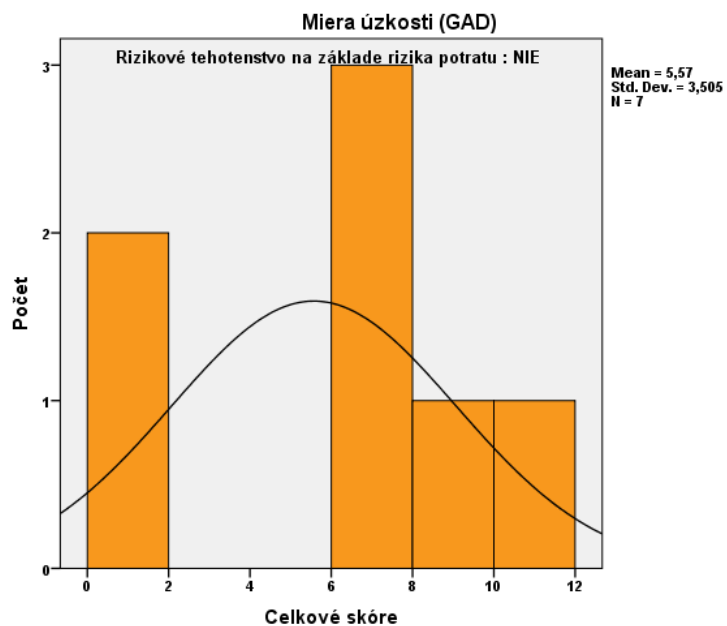
Graf 13 Miera úzkosti (GAD) Riziko potratu : ÁNO



Tabuľka 46 Miera úzkosti (GAD) Riziko potratu : NIE

Miera úzkosti (GAD) Rizikové tehotenstvo pre Riziko potratu : NIE	
N	7
Priemer	5,57
Medián	6,00
Štd.odchýlka	3,505
Šikmosť	-,345
Špicatosť	-1,083
Rozpätie	9
Minimum	1
Maximum	10

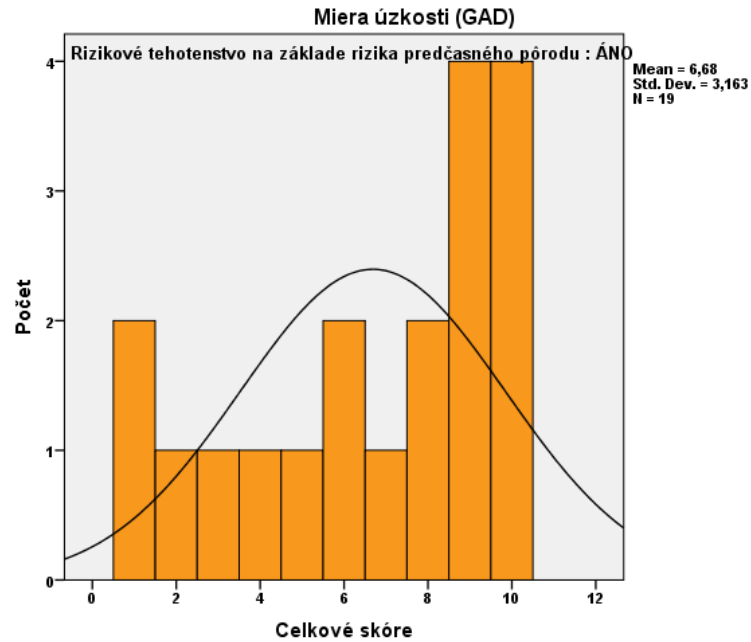
Graf 14 Miera úzkosti (GAD) Riziko potratu : NIE



Tabuľka 47 Miera úzkosti (GAD) Riziko predčasného pôrodu : ÁNO

Miera úzkosti (GAD) Rizikové tehotenstvo pre Riziko predčasného pôrodu : ÁNO	
N	19
Priemer	6,68
Medián	8,00
Štd.odchýlka	3,163
Šikmosť	-,676
Špicatosť	-,923
Rozpätie	9
Minimum	1
Maximum	10

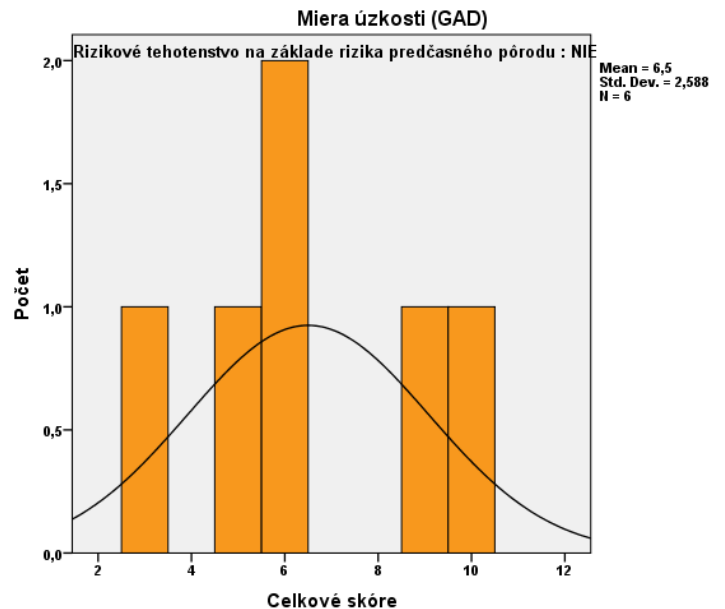
Graf 15 Miera úzkosti (GAD) Riziko predčasného pôrodu : ÁNO



Tabuľka 48 Miera úzkosti (GAD) Riziko predčasného pôrodu : NIE

Miera úzkosti (GAD) Rizikové tehotenstvo pre Riziko predčasného pôrodu : NIE	
N	6
Priemer	6,50
Medián	6,00
Štd.odchýlka	2,588
Šikmosť	,208
Špicatosť	-,880
Rozpätie	7
Minimum	3
Maximum	10

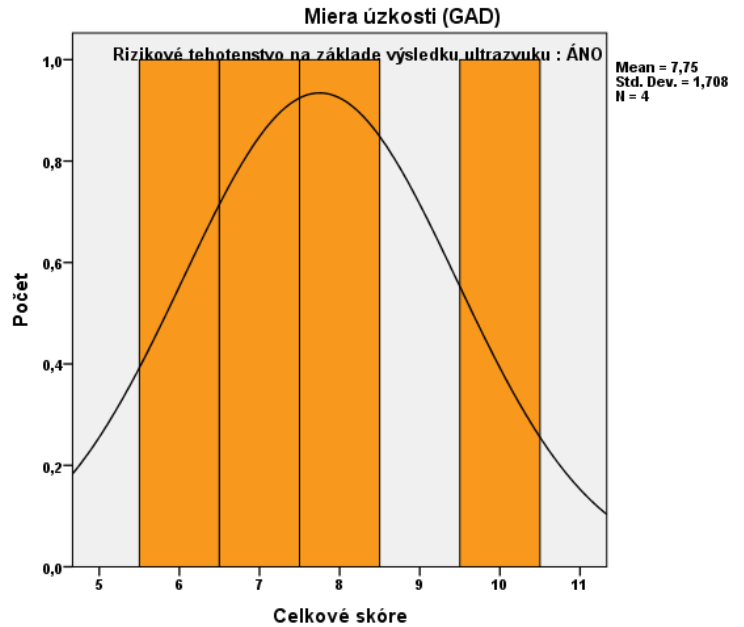
Graf 16 Miera úzkosti (GAD) Riziko predčasného pôrodu : NIE



Tabuľka 49 Miera úzkosti (GAD)Výsledky ultrazvuku : ÁNO

Miera úzkosti (GAD) Rizikové tehotenstvo pre Výsledky ultrazvuku : ÁNO	
N	4
Priemer	7,75
Medián	7,50
Štd.odchýlka	1,708
Šikmosť	,753
Špicatosť	,343
Rozpätie	4
Minimum	6
Maximum	10

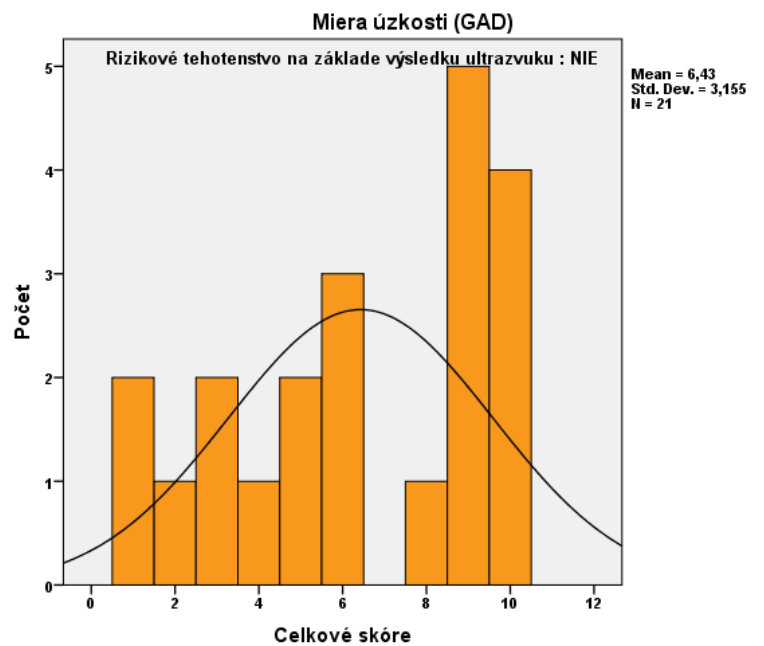
Graf 17 Miera úzkosti (GAD) Výsledky ultrazvuku : ÁNO



Tabuľka 50 Miera úzkosti (GAD)Výsledky ultrazvuku : NIE

Miera úzkosti (GAD) Rizikové tehotenstvo pre Výsledky ultrazvuku : NIE	
N	21
Priemer	6,43
Medián	6,00
Štd.odchýlka	3,155
Šikmosť	-,416
Špicatosť	-1,249
Rozpätie	9
Minimum	1
Maximum	10

Graf 18 Miera úzkosti (GAD)Výsledky ultrazvuku : NIE



Na základe výsledkov uvedených v tabuľkách 41 až 50 a grafoch 9 až 18, môžeme pozorovať priemerné celkové skóre miery úzkosti (GAD) vzhľadom na prítomnosť jednotlivých dôvodov rizikového tehotenstva.

Pre zistenie poznatku o normálnosti alebo nenormálnosti rozloženia dát potrebných pre následné overovanie hypotézy 4 a na základe veľkosti vzorky, sme použili Shapiro-Wilkov test normality.

Tabuľka 51 Test normality(dôvody rizikového tehotenstva)

Test normality – Miera úzkosti (GAD)			
Rizikové tehotenstvo z dôvodu:	Shapiro-Wilkov		
	Statistic	df	Sig.
Vysoký tlak: NIE	,894	20	,032
Vysoký tlak: ÁNO	,902	5	,421
Porucha placenty – krvácanie : NIE	,880	9	,157
Porucha placenty – krvácanie : ÁNO	,897	16	,071
Riziko potratu : NIE	,875	7	,206
Riziko potratu : ÁNO	,880	18	,026
Riziko predčasného pôrodu : NIE	,944	6	,692
Riziko predčasného pôrodu : ÁNO	,874	19	,017
Výsledok ultrazvuku : NIE	,886	21	,019
Výsledok ultrazvuku : ÁNO	,971	4	,850

Na základe výsledkov testu normality, uvedenom v tabuľke 51 môžeme pozorovať, že skupiny rozdelené na základe prítomnosti poruchy placenty – krvácania majú normálne rozloženie a v tomto prípade sme pre výpočet hypotézy použili parametrický test. V ostatných prípadoch nie je rozloženie normálne, a pre tieto prípady použijeme neparametrické testy.

Pri hypotéze 4 sme sa snažili zistiť, či existuje štatisticky významný rozdiel v miere úzkosti (GAD) u žien v treťom trimestri na základe prítomnosti / neprítomnosti jednotlivých dôvodov rizikového tehotenstva. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení testov normality rozloženia a povahy premenných použili parametrický Studentov t-test pre dva nezávislé výbery a neparametrický Mann-Whitney U-test pre 2 nezávislé výbery.

Tabuľka 53 Miera úzkosti (GAD) – RANKY vysoký krvný tlak

Miera úzkosti (GAD) – RANKY			
Rizikové tehotenstvo pre vysoký krvný tlak			
		N	Mean Rank
	NIE	20	12,40
	ÁNO	5	15,40
	Spolu	25	

Tabuľka 52 Mann-Whitney U-test vysoký krvný tlak

Mann-Whitney U-test	
Rizikové tehotenstvo pre vysoký krvný tlak	
	Miera úzkosti
Mann-Whitney U	38,000
Wilcoxon W	248,000
Z	-,824
Asymp. Sig. (2-tailed)	,410

Tabuľka 54 Student t-test porucha placenty - krvácanie

Student t-test				
Rizikové tehotenstvo pre poruchu placenty - krvácanie				
	t-test for Equality of Means			
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
Miera úzkosti (GAD)	,867	23	,395	1,083

Tabuľka 56 Miera úzkosti (GAD) – RANKY riziko potratu

Miera úzkosti (GAD) – RANKY			
Rizikové tehotenstvo pre riziko potratu			
		N	Mean Rank
	NIE	7	10,79
	ÁNO	18	13,86
	Spolu	25	

Tabuľka 55 Mann-Whitney U-test riziko potratu

Mann-Whitney U-test	
Rizikové tehotenstvo pre riziko potratu	
	Miera úzkosti
Mann-Whitney U	47,500
Wilcoxon W	75,500
Z	-,948
Asymp. Sig. (2-tailed)	,343

Tabuľka 58 Miera úzkosti (GAD) – RANKY predčasný pôrod

Miera úzkosti (GAD) – RANKY			
Rizikové tehotenstvo pre riziko predčasného pôrodu			
		N	Mean Rank
	NIE	6	12,33
	ÁNO	19	13,21
	Spolu	25	

Tabuľka 57 Mann-Whitney U-test riziko predčasného pôrodu

Mann-Whitney U-test	
Rizikové tehotenstvo pre riziko predčasného pôrodu	
	Miera úzkosti
Mann-Whitney U	53,000
Wilcoxon W	74,000
Z	-,257
Asymp. Sig. (2-tailed)	,797

Tabuľka 60 Miera úzkosti (GAD) – RANKY výsledok ultrazvuku

Miera úzkosti (GAD) – RANKY			
Rizikové tehotenstvo pre výsledky ultrazvuku			
		N	Mean Rank
	NIE	21	12,57
	ÁNO	4	15,25
	Spolu	25	

Tabuľka 59 Mann-Whitney U-test výsledky ultrazvuku

Mann-Whitney U-test	
Rizikové tehotenstvo pre výsledky ultrazvuku	
	Miera úzkosti
Mann-Whitney U	33,000
Wilcoxon W	264,000
Z	-,674
Asymp. Sig. (2-tailed)	,500

Pozrieme sa na hodnotu pravej tabuľky v stĺpci Asymp. Sig. (2-tailed). V našom prípade je tam hodnota vždy väčšia ako 0,05, konkrétne (0,410, 0,343, 0,797, 0,5) a teda vieme, že medzi skupinami žien rozdelenými na základe prítomnosti jednotlivého dôvodu pre rizikové tehotenstvo nie je štatisticky významný rozdiel v miere úzkosti.

Interpretácia t-testu (tabuľka 54). Pozrieme sa na hodnotu v stĺpci Sig. (2-tailed). V našom prípade tam je hodnota 0,395 a teda vieme, že medzi skupinami žien rozdelenými na základe prítomnosti/nepítomnosti dôvodu porušenia placenty – krvácania pre rizikové tehotenstvo nie je štatisticky významný rozdiel.

Na základe výsledkov tabuliek 53 až 60 môžeme konštatovať, že medzi skupinami žien v treťom trimestri rozdelenými na základe prítomnosti / neprítomnosti jednotlivého dôvodu pre rizikové tehotenstvo neexistuje štatisticky významný rozdiel v miere úzkosti.

Hypotéza H4: „Ženy, ktoré mali rizikovú graviditu vykazovali vyššiu mieru úzkosti v treťom trimestri ako ženy s fyziologickým tehotenstvom“ sa nepotvrdila.

Čiastkový cieľ 3: *Zistiť aký vplyv majú faktory prostredia vplyv na zvýšenom výskyte úzkosti v III. trimestri tehotenstva.*

V rámci 3.čiastkového cieľa bola stanovená hypotéza:

H5: „*Vzťahové faktory mali vo väčšej miere vplyv na zvýšenom výskyte úzkosti u tehotných žien v treťom trimestri ako ekonomické faktory*“.

Na splnenie tohto čiastkového cieľa a pre vyhodnotenie definovanej hypotézy sme pracovali s údajmi, získaných z dotazníkových otázok a to otázky č.16 b) c) d) e) a GAD-škály.

Pozorované nezávislé premenné:

vzťahové faktory (otázka č.16 b) c) d))

ekonomické problémy (otázka č. 16 e))

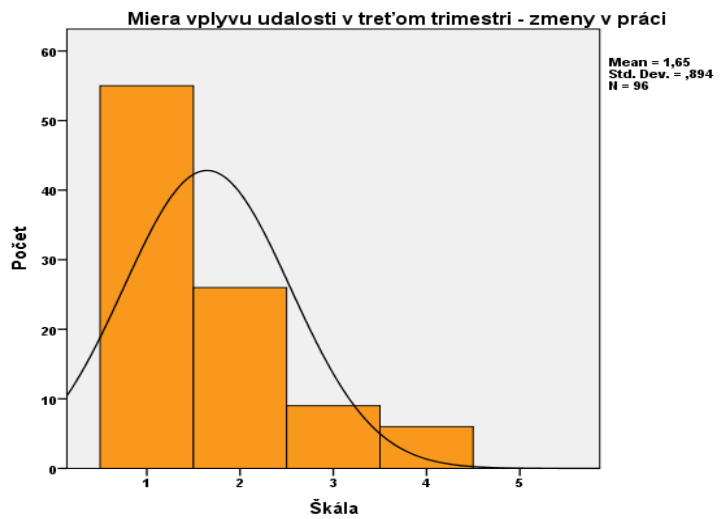
miera úzkosti (GAD-škála)

1.Závislosť medzi vplyvom vzťahových faktorov a úzkosti žien v III. trimestri tehotenstva.

Tabuľka 61 Zmeny v práci

Miera vplyvu udalostí	
Zmena v práci	
N	96
Priemer	1,65
Medián	1,00
Štd.odchýlka	,894
Šikmosť	1,308
Špicatosť	,841
Rozpätie	3
Minimum	1
Maximum	4

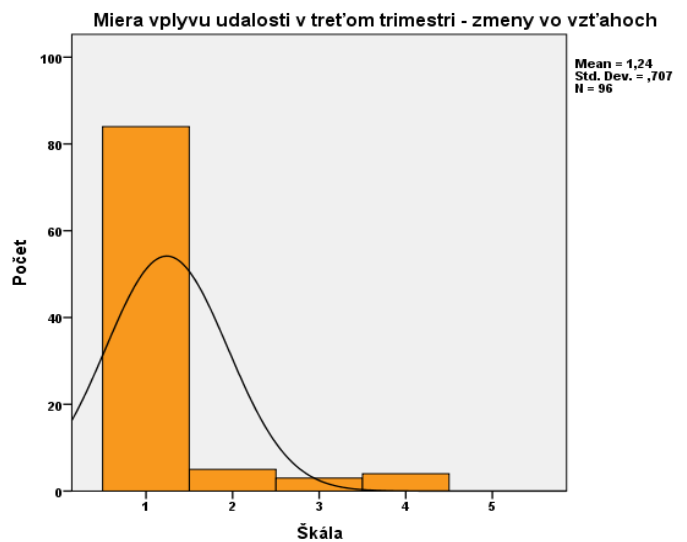
Graf 19 Zmeny v práci



Tabuľka 62 Zmeny vo vzťahoch

Miera vplyvu udalostí	
Zmeny vo vzťahoch	
N	96
Priemer	1,24
Medián	1,00
Štd.odchýlka	,707
Šikmosť	3,089
Špicatosť	8,704
Rozpätie	3
Minimum	1
Maximum	4

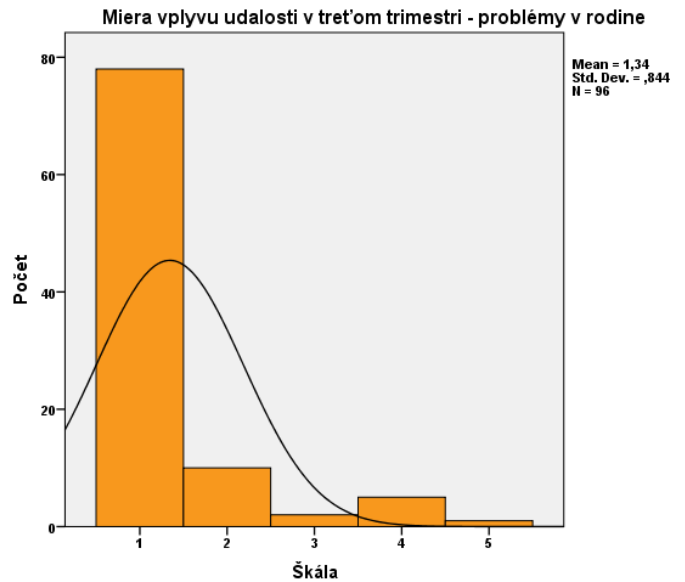
Graf 20 Zmeny vo vzťahoch



Tabuľka 63 Problémy v rodine

Miera vplyvu udalostí	
Problémy v rodine	
N	96
Priemer	1,34
Medián	1,00
Štd.odchýlka	,844
Šikmosť	2,707
Špicatosť	6,754
Rozpätie	4
Minimum	1
Maximum	5

Graf 21 Problémy v rodine



Na základe výsledkov uvedených v tabuľkách 61 až 63 a grafoch 19 až 21, môžeme pozorovať priemerné skóre na škále 1 až 5 vplyvu jednotlivých vzťahových faktorov na ženy v tret'om trimestri.

Pre zistenie poznatku o normálnosti alebo nenormálnosti rozloženia dát potrebných pre následné overovanie závislosti vzťahových faktor a miery úzkosti sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality.

Tabuľka 64 Test normality (vzťahové faktory)

Test normality			
	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.
Miera úzkosti (GAD)	,139	96	,000
Zmeny v práci	,338	96	,000
Zmeny vo vzťahu	,508	96	,000
Problémy v rodine	,471	96	,000

Keďže sme zistili pri teste normality uvedenom v tabuľke 36, že dáta nemajú normálne rozloženie, pre testovanie závislosti vzťahových faktor a miery úzkosti sme použili neparametrické testy.

Pri hypotéze 5 sme sa snažili zistiť, či existuje štatisticky významný vzťah medzi mierou vplyvu jednotlivých vzťahových faktorov v živote na mieru úzkosti u žien v treťom trimestri. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení povahy premenných použili neparametrický Spearmanov korelačný test.

Tabuľka 65 Spearmanov korelačný test -vplyv vzťahových faktorov

Spearmanov korelačný test				
Vplyv jednotlivých životných udalostí * Miera úzkosti (GAD)				
		Zmeny v práci	Zmeny vo vzťahoch	Problémy v rodine
Miera úzkosti	Correlation Coefficient	,140	,135	,115
	Sig. (2-tailed)	,175	,190	,263
	N	96	96	96

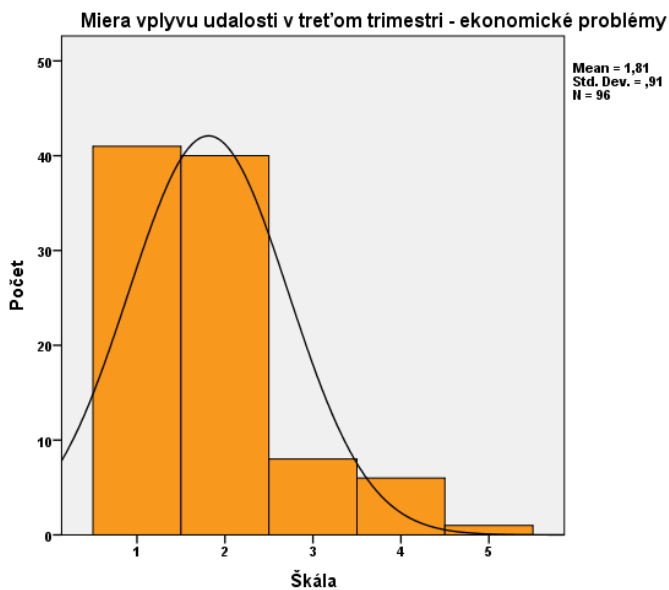
Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 37 môžeme konštatovať, že medzi vplyvom jednotlivých vzťahových faktorov a mierou úzkosti u žien v treťom trimestri neexistuje žiadny štatisticky významný vzťah.

2.Závislosť medzi vplyvom ekonomických faktorov a úzkosti žien v III. trimestri tehotenstva.

Tabuľka 66 Ekonomické problémy

Miera vplyvu udalostí Ekonomické problémy	
N	96
Priemer	1,81
Medián	2,00
Štd.odchýlka	,910
Šikmosť	1,240
Špicatosť	1,395
Rozpätie	4
Minimum	1
Maximum	5

Graf 22 Ekonomické problémy



Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 66 a grafe 22, môžeme pozorovať priemerné skóre na škále 1 až 5 vplyvu ekonomických faktorov na ženy v treťom trimestri.

Pre zistenie poznatku o normálnosti alebo nenormálnosti rozloženia dát potrebných pre následné overovanie závislosti ekonomických faktorov a miery úzkosti sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality.

Tabuľka 67 Test normality (Ekonomické faktory)

Test normality			
	Kolmogorov-Smirnov		
	Statistic	df	Sig.
Miera úzkosti (GAD)	,139	96	,000
Ekonomické problémy	,262	96	,000

Keďže sme zistili pri teste normality uvedenom v tabuľke 67, že dáta nemajú normálne rozloženie, pre testovanie závislosti ekonomických faktorov a miery úzkosti sme použili neparametrické testy.

Pri hypotéze 5 sme sa tiež snažili zistiť, či existuje štatisticky významný vzťah medzi mierou vplyvu ekonomických faktorov na mieru úzkosti u žien v treťom trimestri. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení povahy premenných použili neparametrický Spearmanov korelačný test.

Tabuľka 68 Spearmanov korelačný test -vplyv ekonomických faktorov

Spearmanov korelačný test			
Vplyv jednotlivých životných udalostí * Miera úzkosti (GAD)			
			Ekonomické problémy
Miera úzkosti	Correlation Coefficient		,030
	Sig. (2-tailed)		,774
	N		96

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 68 môžeme konštatovať, že medzi vplyvom ekonomických faktorov a mierou úzkosti u žien v treťom trimestri neexistuje žiadny štatisticky významný vzťah.

Hypotéza H5: „Vzťahové faktory mali vo väčšej miere vplyv na zvýšenom výskyte úzkosti u tehotných žien v treťom trimestri ako ekonomické faktory“ sa nepotvrdila.

Čiastkový cieľ 4: Zistiť, aký vplyv má proces pôrodu na zvýšenom výskyte úzkosti v III. trimestri tehotenstva.

V rámci 4.čiastkového cieľa bola stanovená hypotéza:

H6: „Ženy, ktoré majú strach z priebehu pôrodu majú vyššiu mieru úzkosti v treťom trimestri ako tie ženy, ktoré nevykazujú strach z priebehu pôrodu“.

Na splnenie tohto čiastkového cieľa a pre vyhodnotenie definovanej hypotézy sme pracovali s údajmi, získaných z dotazníkových otázok č. 17 c) d) e) a GAD-škály.

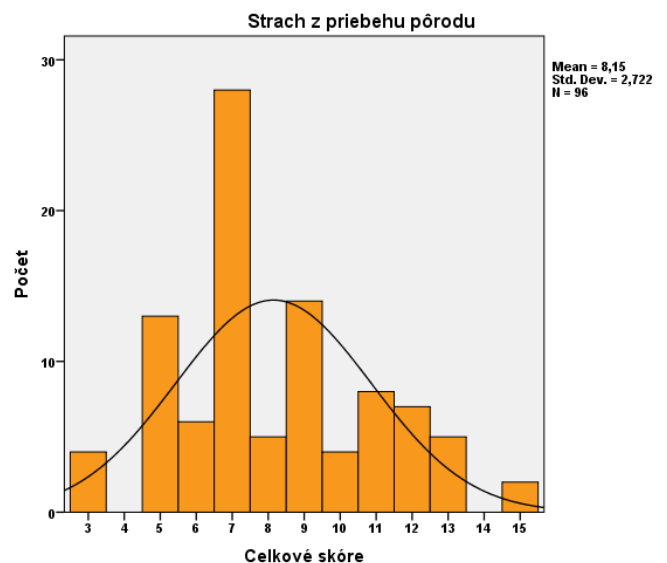
strach z pôrodu (otázka č 17 c) d) e)) pri tomto faktore sme sčítali hodnoty z otázok 17 c) d) e), aby sme dosiahli celkový strach z pôrodu

miera úzkosti (GAD-škála)

Tabuľka 69 Strach z pôrodu (celkové skóre)

Strach z priebehu pôrodu Celkové skóre	
N	96
Priemer	8,15
Medián	7,00
Štd.odchylka	2,722
Šikmosť	,419
Špicatosť	-,325
Rozpätie	12
Minimum	3
Maximum	15

Graf 23 Strach z pôrodu (celkové skóre)



Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 69 a grafe 23, môžeme pozorovať, že priemerné skóre strachu z priebehu pôrodu bolo vo vzorke 8,15 bodu. Vo vzorke bola maximálna hodnota strachu z priebehu pôrodu 15 bodov a minimálna 3 body.

Pre zistenie poznatku o normálnosti alebo nenormálnosti rozloženia dát potrebných pre následné overovanie hypotézy 6 a na základe veľkosti vzorky, sme použili Kolmogorov-Smirnov test normality.

Tabuľka 70 Test normality (Strach z pôrodu)

Test normality				
		Kolmogorov-Smirnov		
		Statistic	df	Sig.
	Strach z priebehu pôrodu	,194	96	,000
	Miera úzkosti (GAD)	,139	96	,000

Keďže sme zistili pri teste normality uvedenom v tabuľke 70, že dáta nemajú normálne rozloženie, pre testovanie hypotézy 6 použijeme neparametrické testy.

Pri hypotéze 6 sme sa snažili zistiť, či existuje štatisticky významný vzťah medzi mierou úzkosti rodičiek v treťom trimestri a mierou ich strachu z priebehu pôrodu. Pre analýzu hypotézy sme po zohľadnení povahy premenných použili neparametrický Spearmanov korelačný test.

Tabuľka 71 Spearmanov korelačný test -vplyv strachu z pôrodu

Spearmanov korelačný test		
Miera strachu z priebehu pôrodu * Miera úzkosti (GAD)		
Spearman's rho	Correlation Coefficient	,407
	Sig. (2-tailed)	,000
	N	96

V našom prípade je hodnota Correlation Coefficient = 0,407, a to znamená stredne silný vzťah. Následne sa pozrieme aj na Sig. (2-tailed), ktoré nám potvrdzuje štatistickú významnosť keďže je hodnota menšia ako 0,05. Zistili sme teda, že čím viac sa ženy obávajú priebehu pôrodu, tým viac prežívajú úzkosť (GAD).

Na základe výsledkov uvedených v tabuľke 71 môžeme konštatovať, že medzi mierou strachu z priebehu pôrodu a mierou úzkosti u rodičiek v treťom trimestri existuje stredne silný štatisticky významný vzťah.

Hypotéza H6: *„Ženy, ktoré majú strach z priebehu pôrodu majú vyššiu mieru úzkosti v treťom trimestri ako tie ženy, ktoré nevykazujú strach z priebehu pôrodu“* sa teda potvrdila.

Diskusia

Príznaky úzkosti sú jednou z najčastejších emocionálnych reakcií ženy počas reprodukčnej fázy a najmä počas tehotenstva. Úzkostné poruchy patria medzi najčastejšie mentálne poruchy u žien v období gravidity (Kessler et al.,2012) Obdobie tehotenstva predstavuje pre ženu intenzívne zmeny fyziologickej aj psychologickéj úrovne, ktoré zvyšujú pravdepodobnosť, že práve počas tohto obdobia bude žena trpieť úzkosťou (Wenzel,2011). Nasledujúca časť diplomovej práce predkladá prehľad zhrnutia štatistického testovania výsledkov práce a následne ich porovnáva s vyhladanými výsledkami záverov publikovaných štúdií. Výskumnej činnosti predchádzalo štúdium najnovšej vyhladanej literatúry s následným stanovením výskumného problému, výskumných čiastkových cieľov a hypotéz. Hlavným cieľom našej diplomovej práce bolo zistiť, aký podiel majú faktory z prostredia a faktory zo strany matky na zvýšený výskyt úzkosti u tehotných žien v III. trimestri tehotenstva. Čiastkové ciele už samostatne skúmali vplyv jednotlivých faktorov na výskyt úzkosti v III. trimestri tehotenstva. V čiastkovom ciele 1 sme sa snažili zistiť aký vplyv majú sociodemografické faktory na zvýšený výskyt úzkosti v III. trimestri tehotenstva. V rámci tohto čiastkového cieľa bola stanovená aj prvá hypotéza, ktorá znela nasledovne : „Zvýšený výskyt úzkosti u rodičiek v treťom trimestri je viacej závislý na ich veku ako na vzdelaní“. K štatistickému vyhodnoteniu a overeniu významnosti danej hypotézy bol použitý Spearmanov korelačný test pre vek a mieru úzkosti GAD s hladinou významnosti 0,05. Spearmanov korelačný test vyšiel ako štatisticky nevýznamný ($p=0,147$). Následne sme pre splnenie čiastkového cieľa testovali aj faktor vzdelanie a jeho úrovne ako základné, stredoškolské a vysokoškolské vzdelanie a mieru úzkosti GAD, kde bol použitý neparametrický Kruskal -Wallis test. Kruskal -Wallis test vyšiel ako štatisticky nevýznamný ($p=0,565$). Hypotéza 1 sa teda nepotvrdila. Pomocou týchto údajov môžeme skonštatovať, že čiastkový cieľ 1 nebol splnený. Naše výsledky výskumu môžeme porovnať s mnohými štúdiami, ktoré skúmali podobné faktory. Výsledky nášho výskumu sú v súlade so štúdiou s názvom Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy, Spain :A longitudinal Study, kde sú respondentky rozdelené do troch

trimestrov. Štúdia prebehla v roku 2017 pod vedením autorky Soto-Balbuena et al. (2018) a zistila, že nebol popísaný signifikantný vzťah medzi mierou úzkosti a sociodemografickými premennými vrátane veku. Naopak štúdie autorov Martini et al. (2015) a Rubertsson et al. (2014) popisovali súvislosť mladšieho veku rodičky s vyšším výskytom úzkosti v III. trimestri. Španielska štúdia z roku 2019 s názvom *The Delay of Motherhood: Reasons, Determinants, Time Used to Achieve Pregnancy, and Maternal Anxiety Level* zistila, že ženy s vyšším vekom mali signifikantne ($p < 0.05$) vyššiu úroveň úzkosti v období tehotenstva aj počas pôrodu (Molina-García et al., 2019). V rovnomennej štúdií autorky Soto-Balbuena et al. (2018) vzdelanie nebolo signifikantným faktorom vzniku úzkosti v III. trimestri. Taktiež v štúdií autorky Agostini et al. (2015) s názvom *Antenatal Depressive Symptoms Associated with Specific Life Events and Sources of Social Support Among Italian Women* nebola úroveň vzdelania popisovaná ako významný prediktor úzkosti v III. trimestri tehotenstva. V štúdiách kde bol nájdený vzťah medzi vzdelaním a úzkosťou výsledky neboli vždy totožné. Autor Stewart et al. (2014) vo svojej štúdií s názvom *A cross-sectional study of antenatal depression and associated factors in Malawi* popisuje koreláciu vyššieho vzdelania s výskytom úzkostných symptómov v III. trimestri tehotenstva. Participantky s dosiahnutými viacerými rokmi vzdelávania mali vyššiu tendenciu k úzkostným symptómom. Na druhej strane autor Shu et al. (2016) vo svojej štúdií s názvom *Effects of Tobacco Exposure on Perinatal Suicidal Ideation, Depression, and Anxiety* poukazuje na prediktor dosiahnutej nižšej úrovne vzdelania s vyšším výskytom úzkosti v III. trimestri tehotenstva. V čiastkovom ciele 2 sme sa snažili zistiť aký vplyv majú faktory zo strany matky na zvýšenom výskyte úzkosti v III. trimestri tehotenstva. Súčasťou tohto čiastkového cieľa boli stanovené tri hypotézy, ktoré zneli nasledovne a to: H2 Ženy, ktoré plánovali tehotenstvo vykazovali nižší výskyt úzkosti v tehotnosti ako tie ženy, ktoré tehotenstvo neplánovali. H3: Ženy, ktoré mali komplikácie v predošlej gravidite vykazovali vyššiu mieru úzkosti v tehotnosti v treťom trimestri ako ženy, ktoré nemali v predchádzajúcej gravidite komplikácie. H4: Ženy, ktoré mali riziková graviditu vykazovali vyššiu mieru úzkosti v treťom trimestri ako ženy s fyziologickým tehotenstvom. K štatistickému vyhodnoteniu hypotézy H2 plánovaného a neplánovaného tehotenstva bol použitý neparametrický Mann-Whitney U-test s hladinou významnosti 0,05. Test zistil, že medzi ženami, ktoré mali plánované

tehotenstvo a ženami s nenaplánovaným tehotenstvom neexistuje štatisticky významný rozdiel (0,347). Problematikou plánovaného/neplánovaného tehotenstva sa zaoberali aj kanadská štúdia autora Bayrampour et al. (2015) s názvom Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy z roku 2014 a pakistanská štúdia autora Waqas et al.(2015) s názvom Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in pakistan: is social support a mediator? A štúdia autora Hu et al. (2017) z Číny s názvom The Occurrence and Determinants of Anxiety and Depression Symptoms in Women of Six Counties/ Districts in China During Pregnancy taktiež s brazílskou štúdiou autorky Silva et al.,(2017) s názvom Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. Výsledkom štúdií bol výskyt úzkosti v III. trimestri signifikantne spájaný s neplánovaným tehotenstvom. Pri hypotéze 3 sme sa snažili zistiť, či existuje štatisticky významný vzťah medzi mierou vplyvu jednotlivých komplikácií pri predchádzajúcom tehotenstve na mieru úzkosti u žien v treťom trimestri. K testovaniu tejto hypotézy bol použitý Spearmanov korelačný test. Na základe výsledkov môžeme konštatovať, že medzi mierou úzkosti a krvácaním, rizikom potratu a rizikom predčasného pôrodu bol stredne silný štatisticky významný vzťah. Medzi mierou úzkosti a úmrtím dieťaťa v tehotenstve bol slabý štatisticky významný vzťah. Hypotéza H3 je teda neplatná. Komplikáciami v predchádzajúcom tehotenstve sa zaoberala aj štúdia s názvom Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: Data from the C-ABC study autora Gong et al. (2013), ktorá poukazuje na skúsenosť s potratom v predchádzajúcej gravidite spojenú s výraznou úzkosťou v terajšej gravidite, čo je v rozpore s našimi výsledkami. Aj štúdia autora Ali et al.(2012) s názvom Frequency and Associated Factors for Anxiety and Depression in Pregnant Women: A Hospital-Based Cross-Sectional Study poukazuje na spojitosť nepriaznivých tehotenských výsledkov v minulosti na zvýšený výskyt úzkosti čo koreluje s našimi výsledkami. Pri hypotéze 4 sme sa snažili zistiť, či ženy, ktoré mali rizikóvu graviditu vykazovali vyššiu mieru úzkosti v treťom trimestri ako ženy s fyziologickým tehotenstvom. Pre analýzu tejto hypotézy bol použitý Studentov t-test a neparametrický Mann-Whitney U-test. Testy vyšli nesignifikantné. Bolo dokázané, že respondentky štúdie s názvom Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors, ktoré mali komplikácie v predchádzajúcom tehotenstve, a to vrátane rizika potratu a rizika predčasného pôrodu mali signifikantne zvýšený výskyt úzkosti počas tehotenstva.

Hlavným zdravotným problémom, ktorý tehotné ženy v brazílskej štúdií uviedli hoci sporadicky (12%) bola systémová arteriálna hypertenzia. Autori štúdie zdôrazňujú, že až 90 % respondentiek neužívalo lieky z dôvodu chronických ochorení spomedzi tých, ktorí to urobili najbežnejšie užívanými liekmi boli antihypertenzíva (Silva et al.,2017). Na základe vyššie uvedených údajov môžeme skonštatovať, že čiastkový cieľ 2 bol čiastočne splnený. Predposledný čiastkový cieľ zaradený do výskumu znel nasledovne : Zistiť aký vplyv majú faktory prostredia na zvýšenom výskyte úzkosti v III. trimestri tehotenstva. V rámci 3 čiastkového cieľa bola stanovená piata hypotéza : Vzťahové faktory mali vo väčšej miere vplyv na zvýšenom výskyte úzkosti u tehotných žien v 3. trimestri ako ekonomické faktory. Riešenie tejto hypotézy bolo uskutočnené pomocou Spearmanovho korelačného testu. Celkom boli vykonané dva testovania. Testovanie vplyvu jednotlivých vzťahových faktorov v živote na mieru úzkosti v III. trimestri a testovanie vplyvu ekonomických faktorov na mieru úzkosti u žien v III. trimestri. Obidva testovania boli štatisticky nevýznamné. Danú hypotézu H5 teda môžeme označiť za neplatnú. Spomínané faktory sú obsahom jednotlivých zahraničných štúdií. Štúdia s názvom Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy, Spain :A longitudinal Study (Soto-Balbuena et al.,2018) poukazuje na fakt, že vzťah medzi finančnými problémami a symptómami úzkosti v ich štúdií bol významný v prvom trimestri, ale v druhom a treťom trimestri už významný nebol, čo koreluje s výsledkami nášho výskumu. Vo vyššie spomínanej štúdií stresové životné udalosti boli významným prediktorom úzkosti, konkrétne sociálna podpora a zmeny vo frekvencii stretávania sa s rodinou alebo priateľmi, ale aj v zmeny v správaní rodinných príslušníkov. Aj autor Giardinelli et al. (2012) v štúdií Depression and anxiety in perinatal period,prevalence and risk factors in an Italian sample poukazuje na zmeny v sociálnych vzťahoch, konflikty s rodinou a partnerom spojené so zvýšeným výskytom úzkosti počas perinatálneho obdobia. Naopak v brazílskej štúdií autorky Silva et al., (2017) väčšina respondentiek a to 60,8% nemala problémy v rodine, pociťovala sociálnu podporu, najmä prostredníctvom rodiny (88,9%), ktorá bola väčšinou finančná (74,8%).Čiastkový cieľ 3 na základe vyššie uvedených výpočtov a faktov nebol splnený. Posledným čiastkovým cieľom 4 bolo: zistiť, aký vplyv má proces pôrodu na zvýšenom výskyte úzkosti v III. trimestri tehotenstva. Následne bola stanovená posledná šiesta hypotéza ktorá znela

nasledovne : Ženy, ktoré majú strach z priebehu pôrodu majú vyššiu mieru úzkosti v treťom trimestri ako tie ženy, ktoré nevykazujú strach z priebehu pôrodu. Riešenie tejto hypotézy bolo uskutočnené pomocou výpočtov Spearmanovho korelačného testu. Výsledky výpočtov poukazujú na stredne silný vzťah (correlation coefficient=0,407) a štatistickú významnosť, keďže je hodnota menšia ako 0,05. Môžeme teda skonštatovať, že čím viac sa ženy obávajú priebehu pôrodu, tým viac prežívajú úzkosť. Hypotéza 6, teda bola splnená. Pojem priebeh pôrodu zahŕňa celkový strach z pôrodu, z komplikácií pri pôrode a strach zo zdravotníckeho personálu. Ako sa uvádza v štúdiu autora Souza et al.(2015) vyššia miera úzkosti v treťom trimestri tehotenstva môže súvisieť s blízkosťou pôrodu, pretože tretí trimester gravidity je pre ženu obzvlášť náročný. Možno to vysvetliť skutočnosťou, že tehotenstvo a pôrod sú niektorými ženami vnímané ako momenty zraniteľnosti, schopné vyvolať pocity strachu. Pocit strachu sa môže zhoršovať s blížiacim sa termínom pôrodu a okamihom narodenia dieťaťa, aj keď sa to očakáva už počas tehotenstva, čo predisponuje tehotnú ženu k zmenám v jej psychickej pohode. Literatúra ukazuje, že ženy, ktoré sa obávajú pôrodu, môžu mať väčšie riziko vzniku úzkosti počas tehotenstva. V štúdiu s názvom Childbirth and Postpartum Period Fear in Pregnant Women and the Affecting Factors autori zistili, že tehotné ženy, mali vysokú úroveň úzkosti v súvislosti s pôrodom a postpartálnym obdobím a taktiež strach z negatívneho správania sa personálu počas pôrodu (CETIŞLI et al.,2016). Iná štúdia autora Kabukcu et al.(2019) s názvom Predictors of prenatal distress and fear of childbirth among nulliparous and parous women poukazuje, že prenatálna úzkosť a strach z pôrodu vykazovali strednú koreláciu, čo súhlasí s výsledkami nášho výskumu. Pôrodné asistentky, ktoré trávajú najviac času s tehotnými ženami v intrapartálnom období by si mali byť vedomé výskytu stresu u žien počas prebiehajúceho pôrodu, mali by si byť vedomé ich fyzických a psychických potrieb a pomáhať im zvládnuť pôrod a zabezpečiť, aby sa pôrod skončil zdravou matkou a dieťaťom (CETIŞLI et al.,2016). Na základe vyššie uvedených faktov zo štúdií a výpočtov môžeme uviesť, že strach z priebehu pôrodu, komplikácii pri pôrode a strach zo zdravotníckeho personálu má významný vplyv vo výskyte úzkosti v perinatálnom období III. trimestra, a splniť tak čiastkový cieľ 4. Vyhodnotenie jednotlivých čiastkových cieľov a hypotézy nám pomohlo nájsť odpoveď na výskumný problém. Výskumný problém znie nasledovne : Do akej miery majú faktory prostredia a

faktory zo strany matky vplyv na výskyt úzkosti u tehotných žien v III. trimestri. Taktiež ku splneniu hlavného výskumného cieľa: Zistiť, aký podiel majú faktory z prostredia a faktory zo strany matky na zvýšený výskyt úzkosti u tehotných žien v III. trimestri tehotenstva. V mnohých štúdiách je preukázaný neodmysliteľný vplyv rôznych faktorov z prostredia na perinatálne duševné zdravie počas III. trimestra. Medzi faktory prostredia zaradujeme: zmeny v práci, v rodine, ekonomické a vzťahové problémy. Do faktorov zo strany matky môžeme teda zahrnúť: ochorenia v tehotnosti, dôvody rizikovosti súčasnej gravidity a komplikácie v predchádzajúcej tehotnosti a strach z priebehu a komplikácii pri pôrode, strach zo zdravotníckeho personálu. Keďže v spracovaní hypotéz bola štatisticky významná iba 1 hypotéza, môžeme skonštatovať, že hlavný výskumný cieľ bol čiastočne splnený pomocou jednotlivých čiastkových cieľov, ktoré sú zhrnuté a popísané vyššie.

Limity výskumu

Nášho výskumu sa zúčastnilo celkovo 96 respondentiek, čo nepredstavuje veľkú výskumnú vzorku. Ak by sa na výskume podieľalo viac žien, je možné, že výsledky by vyšli štatisticky významnejšie. Z plánovaných 3 gynekologicko-pôrodných ambulancií sa na výskume podieľali nakoniec 2 ambulancie. Dôvodom boli interpersonálne obmedzenia. Do obmedzení môžeme tiež zaradiť neproporciálny počet žien v jednotlivých kategóriách (napr. rizikové tehotné, ktoré predstavovali malý počet) a zámerný výber respondentiek. Výsledky výskumu nie sú zovšeobecniteľné, keďže sú získané z dvoch ambulancií. Závery možno generalizovať a interpretovať iba na konkrétnu vzorku respondentiek na ktorej bol výskum realizovaný. Nesprávnemu vyplňaniu dotazníka predchádzalo riadne poučenie pôrodných asistentiek a následné vysvetlenie znenia otázok dotazníka respondentkám. Nesprávne vyplnené dotazníky boli následne vyradené z výskumu. Výskum možno považovať za parciálny a môže byť východiskovým výskumom pre vznik nového s väčšou výskumnou vzorkou a širším geografickým uplatnením.

Záver

Cieľom našej diplomovej práce bolo zistiť aký podiel majú na zvýšenom výskyte úzkosti u tehotných žien v III. trimestri tehotenstva faktory zo strany prostredia a faktory zo strany matky pomocou definovaných čiastkových cieľov a hypotéz. Tehotenstvo je jednou z najdôležitejších udalostí u žien počas života, ktoré môže byť jednak príjemne prežívané na jednej strane na druhej strane môže prinášať stresujúce udalosti. Ako uviedli psychológovia, tehotenstvo možno definovať ako emocionálnu krízu. Ak sa táto kríza nepodchyť v časnom štádiu zmení sa na dlhotrvajúcu krízu s množstvom nežiadúcich následkov na zdravie matky a plodu. Zistenia našej práce nepreukazujú významnú súvislosť veku a vzdelania na zvýšenom výskyte úzkosti v III. trimestri tehotenstva. Ďalej sme sa snažili identifikovať vplyv plánovanosti resp. neplánovanosti tehotenstva na zvýšenom výskyte úzkosti, zistenia práce nepreukazujú vplyv tohto faktora na zvýšenom výskyte úzkosti v III. trimestri. Komplikácie počas predchádzajúceho tehotenstva preukázali stredne silný štatistický vzťah a to medzi mierou úzkosti a krvácaním, rizikom potratu a rizikom predčasného pôrodu. Medzi mierou úzkosti a úmrtím dieťaťa v tehotenstve sa preukázal slabý štatistický vzťah. Vo všeobecnosti môžeme skonštatovať, že skúsenosť s komplikáciami počas predchádzajúceho tehotenstva mala značný vplyv na duševné zdravie súčasného tehotenstva. Ďalej sme sa snažili zistiť mieru úzkosti v treťom trimestri tehotenstva na základe prítomnosti /neprítomnosti dôvodov rizikového tehotenstva. Zistenia práce nepreukázali štatisticky významný vzťah, bolo spôsobené malou vzorkou rizikových respondentiek. Taktiež sa v našej práci nepreukázal vplyv vzťahových a ekonomických faktorov na výskyt úzkosti v III. trimestri. Avšak práca preukázala stredne silný a štatisticky významný vzťah medzi strachom z pôrodu, komplikácii pri pôrode, strachu zo zdravotníckeho personálu a úzkosťou v III. trimestri..

Na základe nášho výskumu môžeme predložiť určité všeobecné odporúčania pre prax. Je dôležité podporovať ženy v návšteve psychoprofylaktickej prípravy na pôrod a tým minimalizovať úzkostné pocity z priebehu pôrodu a zdravotníckeho personálu. Primárny kontakt pôrodnej asistentky a lekára počas prenatalných kontrol môže odhaliť prvotný výskyt úzkostnej poruchy. Je teda na mieste označiť zvýšený záujem o psychické zdravie ženy za kľúčový v tomto perinatálnom období. Identifikácia vybraných

rizikových faktorov v našej diplomovej práci môže zdravotníkom pomôcť odhaliť výskyt úzkosti v praxi a poskytnúť následnú adekvátnu starostlivosť a informácie.

Návrhy pre prax

- Zlepšiť medziodborovú spoluprácu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti v prenatálnom aj postnatálnom období
- V priebehu prenatálnej starostlivosti pri kontrole zisťovať emočnú pohodu u tých tehotných žien, ktoré vykazujú známky úzkosti
- Identifikovať ženy, ktoré by mohli byť náchylnejšie k vzniku nových úzkostných porúch, ale aj relapsu už vzniknutej úzkostnej poruchy pomocou validizovaných dotazníkov (GAD-7 scale, EPDS)
- Diskutovať so ženou o možnom vplyve psychosociálnych rizikových faktorov na jej duševné zdravie.
- Poskytovať ženám v perinatálnom období poradenstvo v oblasti duševného zdravia
- Podporiť príbuzných, rodinu v pomoci tehotnej žene v prenatálnom období
- Zvýšiť účasť žien na psychofyzickej príprave, prostredníctvom, ktorej je možné oboznámiť sa s prostredím, v ktorom žena bude rodiť a so zdravotníckym personálom.

Zoznam použitej literatúry

AGOSTINI, F., NERI, E., SALVATORI, P., DELLABARTOLA, S., BOZICEVI, L., & MONTI, F. (2015). Antenatal depressive symptoms associated with specific life events and sources of social support among Italian women. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5) 1131-1141. doi: 10.1007/s10995-014-1613-x

Ali NS, Azam IS, Ali BS, Tabbusum G, Moin SS. Frequency and associated factors for anxiety and depression in pregnant women: a hospital-based cross-sectional study. *ScientificWorldJournal*. 2012;2012:653098. doi:10.1100/2012/653098 . Dostupné z : <https://www.hindawi.com/journals/tswj/2012/653098/>

ALIPOUR, Zahra, Gholam R. KHEIRABADI, Ashraf KAZEMI a Marjaneh FOOLADI. The most important risk factors affecting mental health during pregnancy: a systematic review. *Eastern Mediterranean Health Journal* [online]. 2018, 24(6), 549-559 [cit. 2020-03-02]. DOI: 10.26719/2018.24.6.549. ISSN 10203397. Dostupné z: http://applications.emro.who.int/emhj/v24/06/EMHJ_2018_24_06_549_559.pdf

AVNI-BARRON, Orit a WIEGARTZ, Pamela S. Issues in Treating Anxiety Disorders in Pregnancy. *Psychiatric Times* [online]. 2011, 28(9), 1-3 [cit. 2020-02-28]. DOI: ISSN 0893-2905 . Dostupné z: <https://www.psychiatrictimes.com/issues-treating-anxiety-disorders-pregnancy>

BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, 2015. 112 stran. ISBN 978-80-247-5361-4.

BAYRAMPOUR, Hamideh a MCDONALD, Sheila a TOUGH, Suzanne .Risk factors of transient and persistent anxiety during pregnancy, *Midwifery* . [online]. 2015, 31 (6), 582-589. [cit. 2020-01-24]. DOI: 10.1016/j.midw.2015.02.009 . ISSN : 0266-6138. Dostupné z : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613815000662?via%3Dihub>

BIAGI, Alessandra et al. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review, *Journal of Affective Disorders*. [online]. 2016, 191 (-), 62-77. [cit. 2020-01-24]. DOI: 10.1016/j.jad.2015.11.014 . ISSN: 0165-0327. Dostupné z : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715302330?via%3Dihub>

BJELICA, Artur et al. The phenomenon of pregnancy — a psychological view. *Ginekologia Polska* [online]. 2018, **89**(2), 1-5 [cit. 2020-01-24]. DOI: 10.5603/GP.a2018.0017. ISSN 0017–0011. Dostupné z : https://journals.viamedica.pl/ginekologia_polska/article/view/GP.a2018.0017/43305

CACCIATORE, Joanne. Psychological effects of stillbirth. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* [online]. 2013, **18**(2), 76-82 [cit. 2020-02-25]. DOI: 10.1016/j.siny.2012.09.001. ISSN 1744165X. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1744165X12001023>

EGELIOĞLU CETIŞLI, Nuray, Zubeyde DENIZCI ZIREK a Fatma BAKILAN ABALI. Childbirth and postpartum period fear of pregnant women and the affecting factors. *Aquichan* [online]. 2016, 16(1), 32-42 [cit. 2020-06-08]. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.1.5. ISSN 16575997. Dostupné z: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/4631/pdf%20%28Ingl%C3%A9s%29>

ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. Vyd.1. Brno: Cpress, 2017. 152 stran. ISBN 978-80-265-0579-2.

DING,Xiu-Xiu et al. Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies, *Journal of Affective Disorders* [online].2014, **159** (1),103-110 [cit. 2020-01-24]. DOI : 10.1016/j.jad.2014.02.027 . ISSN 0165-0327. Dostupné z : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032714000731?via%3Dihub>

FEDOR-FREYBERGH,Peter.*Prenatálne diéta*. Vyd.1. Trenčín: Vydavateľstvo F,2013.63 strán. ISBN 978-80-88952-74-9.

GEISEL, Elisabeth. *Slzy po porodu: jak překonat depresivní nálady*.Vyd.1. Praha: One Woman Press, 2004. 253 s. ISBN 80-86356-32-9.

GIARDINELLI, L., A. INNOCENTI, L. BENNI, et al. Depression and anxiety in perinatal period: prevalence and risk factors in an Italian sample. *Archives of Women's Mental Health* [online]. 2012, 15(1), 21-30 [cit. 2020-06-08]. DOI: 10.1007/s00737-011-

0249-8. ISSN 1434-1816. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s00737-011-0249-8>

GRAVENSTEEN, Ida Kathrine et al. Anxiety, depression and relationship satisfaction in the pregnancy following stillbirth and after the birth of a live-born baby: a prospective study, *BMC Pregnancy and childbirth* [online].2018, **18** (1), 2-10 [cit. 2020-01-24]. DOI: 10.1186/s12884-018-1666-8. ISSN : 1471-2393 . Dostupné z : <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1666-8>

GREGORA, Martin a VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011. 229 s. ISBN 978-80-247-3081-3.

GROCHOVÁ, Monika. Fyziologické zmeny u tehotných. In: *Novinky v anestéziológii, algeziológii a intenzívnej medicíne 2018* [online]. Košice, 2018 [cit. 2020-01-21]. Dostupné z : <http://www.lf.upjs.sk/ceea/doc4/texty/Zbornik%20CEEA%202018%20def.pdf>

GONG, Xiangjun, Jiahu HAO, Fangbiao TAO, Jingli ZHANG, Hong WANG a Rong XU. Pregnancy loss and anxiety and depression during subsequent pregnancies: data from the C-ABC study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [online]. 2013, **166**(1), 30-36 [cit. 2020-06-08]. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2012.09.024. ISSN 03012115. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0301211512004472>

HOWARD,Louise et al. Antenatal and Postnatal Mental Health . The nice guideline on clinical management and service guidance [online]. 2014, 1-923 [cit. 2020-03-02]. Dostupné z : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/evidence/full-guideline-pdf-4840896925>

HU Hq, ZHANG J, ZHAO W, TIAN T, HUANGH Aq, WANG LI. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2017;51(1):47-52. doi:10.3760/cma.j.issn.0253-9624.2017.01.010 . Dostupné z : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28056270/>

HUDÁKOVÁ, Zuzana a KOPÁČIKOVÁ, Mária. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Vyd.1. Praha: Grada Publishing, 2017. 136 strán. ISBN 978-80-271-0274-7.

IBANEZ, Gladys et al. Effects of Antenatal Maternal Depression and Anxiety on Children's Early Cognitive Development: A Prospective Cohort Study. *PLOS ONE* [online]. 2015, **10**(8) [cit. 2020-02-26]. DOI: 10.1371/journal.pone.0135849. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0135849>

KABUKCU,C et al .Predictors of prenatal distress and fear of childbirth among nulliparous and parous women, *Nigerian Journal of Clinical Practise* [online].2019, **22** (12) , 1635-1643 [cit. 2020-01-24]. DOI: 10.4103/njcp.njcp_613_18. ISSN: 11193077.

Dostupné z : <http://www.njcponline.com/article.asp?issn=1119-3077;year=2019;volume=22;issue=12;spage=1635;epage=1643;aulast=Kabukcu>

KASPÁRKOVÁ, Pavla a BUŽGOVÁ ,Radka . Prožívání těhotenství po perinatální ztrátě, *Ošetrovatelství a porodní asistence : recenzovaný odborný a vědecký časopis*. [online].2013, **4** (4), 643-656. [cit. 2020-01-24]. ISSN : 1804-2740. Dostupné z : http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaprodniassistence/dok/2013-04/1_kasparkova_buzgova.pdf

KESSLER, Ronald C., Maria PETUKHOVA, Nancy A. SAMPSON, Alan M ZASLAVSKY a Hans-Ullrich WITTCHEN. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* [online]. 2012, **21**(3), 169-184 [cit. 2020-05-30]. DOI: 10.1002/mpr.1359. ISSN 10498931. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1002/mpr.1359>

KHALESI, Zahra Bostani a Mahshid BOKAIE. The association between pregnancy-specific anxiety and preterm birth: a cohort study. *African Health Sciences* [online]. 2018, **18**(3), 569-575 [cit. 2020-03-02]. ISSN 1680-6905. DOI: 10.4314/ahs.v18i3.14. ISSN 1680-6905. Dostupné z: <https://www.ajol.info/index.php/ahs/article/view/176131>

LOOMANS, E.M., O. van DER STELT, M. VAN EIJDEN, R.J.B.J. GEMKE, T. VRIJKOTTE a B.R.H. Van DEN BERGH. Antenatal maternal anxiety is associated with problem behaviour at age five. *Early Human Development* [online]. 2011, **87**(8), 565-570 [cit. 2020-02-25]. DOI: 10.1016/j.earlhumdev.2011.04.014. ISSN : 03783782. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378378211001800>

MARTINI, Julia et al. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2015, **175** (-), 385-395 [cit. 2020-02-25]. DOI: 10.1016/j.jad.2015.01.012. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032715000166>

MCCAULEY, K., S. ELSOM, E. MUIR-COCHRANE a J. LYNEHAM. Midwives and assessment of perinatal mental health. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 2011, **18**(9), 786-795 [cit. 2020-03-03]. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01727.x. ISSN 13510126. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2850.2011.01727.x>

MELLANOVÁ, Alena, ČECHOVÁ, Věra a ROZSYPALOVÁ, Marie. *Speciální psychologie*. Vyd.5. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2014. 140 s. ISBN 978-80-7013-559-4.

MIDDLETONOVÁ, Kate. *Stres*. Vyd.1 .Bratislava :Ikar,2012. 176 s.ISBN 978-80-551-2907-5.

MOHAMAD YUSUFF, Aza Sherin et al. Prevalence of antenatal depressive symptoms among women in Sabah, Malaysia. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [online]. 2015, **29**(7), 1170-1174 [cit. 2020-02-25]. DOI: 10.3109/14767058.2015.1039506. ISSN 1476-7058. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/14767058.2015.1039506>

MOLINA-GARCÍA, Leticia, Manuel HIDALGO-RUIZ, Eva María COCERA-RUIZ, Esther CONDE-PUERTAS, Miguel DELGADO-RODRÍGUEZ, Juan Miguel MARTÍNEZ-GALIANO a Qinghua SHI. The delay of motherhood: Reasons, determinants, time used to achieve pregnancy, and maternal anxiety level. *PLOS ONE*

[online]. 2019, 14(12) [cit. 2020-06-09]. DOI: 10.1371/journal.pone.0227063. ISSN 1932-6203. Dostupné z: <https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0227063>

MARCHESE, Carlo et al. Risk factors for Panic Disorder in pregnancy: A cohort study. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2014, **156**(-), 134-138 [cit. 2020-02-26]. DOI: 10.1016/j.jad.2013.12.006. ISSN 01650327. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032713008422>

NASREEN, Hashima E et al. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: A population based study in rural Bangladesh. *BMC Women's Health* [online]. 2011, **11**(1) [cit. 2020-02-26]. DOI: 10.1186/1472-6874-11-22. ISSN 1472-6874. Dostupné z: <https://bmcwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6874-11-22>

NEKOE, Tayebah a Mohammad ZAREI. Evaluation the Anxiety Status of Pregnant Women in the Third Trimester of Pregnancy and Fear of Childbirth and Related Factors. *British Journal of Medicine and Medical Research* [online]. 2015, **9**(12), 1-8 [cit. 2020-02-28]. DOI: 10.9734/BJMMR/2015/19784. ISSN 22310614. Dostupné z: <http://sciencedomain.org/abstract/10300>

PRAŠKO, Ján, VYSKOČILOVÁ, Jana a PRAŠKOVÁ, Jana. *Úzkost a obavy: jak je překonat*. Vyd.3. Praha: Portál, 2012. 226 s. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-7367-986-6.

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]*. Vyd.1. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

RAUDENSKÁ, Jaroslava et al. Strach související s porodní bolestí. *Bolest* [online]. 2014, **17** (3) ,105-110 [cit. 2020-01-24]. ISSN 1212-6861. Dostupné z : http://www.tigis.cz/images/stories/Bolest/2014/03/04_raudenska_bol_3-14.pdf

ROZTOČIL, Aleš a kol. *Moderní porodnictví*. Vyd.2. Praha: Grada Publishing, 2017. 621 strán. ISBN 978-80-247-5753-7.

RUBERTSSON, C., HELLSTRÖM, J., CROSS, M. et al. Anxiety in early pregnancy: prevalence and contributing factors. *Archives of Womens Mental Health* [online]. 2014, **17**

(3),221–228 . [cit. 2020-02-25]. DOI: 10.1007/s00737-013-0409-0. ISSN: 1435-1102
Dostupné z : <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00737-013-0409-0#citeas>

SHU, W., JIAN, H., YA H., SZU, L., & YI, C. (2016). Effects of tobacco exposure on perinatal suicidal ideation, depression, and anxiety. *BMC Public Health*, 16, 1-9. doi: 10.1186/s12889-016-3254-z Dostupné z : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3254-z>

SILVA, Mônica Maria de Jesus, Denismar Alves NOGUEIRA, Maria José CLAPIS a Eliana Peres Rocha Carvalho LEITE. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* [online]. 2017, **51** [cit. 2020-06-08]. DOI: 10.1590/s1980-220x2016048003253. ISSN 0080-6234. Dostupné z: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100444&lng=en&tlng=en

SIMPSON, William, Melanie GLAZER, Natalie MICHALSKI, Meir STEINER a Benicio N FREY. Comparative Efficacy of the Generalized Anxiety Disorder 7-Item Scale and the Edinburgh Postnatal Depression Scale as Screening Tools for Generalized Anxiety Disorder in Pregnancy and the Postpartum Period. *The Canadian Journal of Psychiatry* [online]. 2014, **59**(8), 434-440 [cit. 2020-05-13]. DOI: 10.1177/070674371405900806. ISSN 0706-7437. Dostupné z: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371405900806>

SHAHHOSSEINI, Zohreh, Mehdi POURASGHAR, Alireza KHALILIAN a Fariba SALEHI. A Review of the Effects of Anxiety During Pregnancy on Children's Health. *Materia Socio Medica* [online]. 2015, **27**(3) [cit. 2020-02-29]. DOI: 10.5455/msm.2015.27.200-202. ISSN 1512-7680. Dostupné z: <http://www.scopemed.org/fulltextpdf.php?mno=191204>

SOUZA, Monique Gonzalez de, Bianca Dargam Gomes VIEIRA, Valdecyr Herdy ALVES, Diego Pereira RODRIGUES, Diva Cristina Morett Romano LEÃO a Angela Mitrano Perazzini de SÁ. Concern of primiparous women with regard to labor and birth.

Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online [online]. 2015, 7(1), 1987-2000 [cit. 2020-06-08]. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i1.1987-2000. ISSN 2175-5361. Dostupné z: <http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3504>

SKUTILOVÁ, Vladana. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Vyd.1.Praha: Grada Publishing, 2016. 160 stran. ISBN 978-80-247-5469-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 2017. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.

South Australian Perinatal Practice :Guideline -Anxiety and Depression in the Perinatal Period, SA Maternal, Neonatal & Gynaecology Community of Practice :2019, ISBN 978-1-76083-169-1

Soto-Balbuena C, Rodríguez MF, Escudero Gomis AI, Ferrer Barriendos FJ, Le HN, Pmb-Huca G. Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema*[online]. 2018;30(3):257-263. [cit. 2020-05-30]. DOI:10.7334/psicothema2017.379 Dostupné z : <http://www.psicothema.com/PDF/4479.pdf>

STEWART, R.C., UMAR, E., TOMENSON, B., & CREED, F. (2014). A crosssectional study of antenatal depression and associated factors in Malawi. *Archives of Women's Mental Health*, 17(2), 145-154. doi: 10.1007/s00737-013-0387-2. Dostupné z : <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3254-z>

TAKÁCS, Lea, ed. a kol. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

TALOVÁ,Barbora et al. Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu. *Česká a slovenská psychiatria* [online].2014, **110** (1), 29-37 [cit. 2020-01-24]. ISSN 1212-0383. Dostupné z :

http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_1_29_37.pdf?fbclid=IwAR3M09RnWSs72s1vB7-QsE05Gj0cOsfWvSIfyc9eKT74ptOKX0laZHkQ3zs

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007. 461 s. ISBN 978-80-246-1318-5.

VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. s. 212. ISBN 97880-244-4770-4

WALL, Vanessa, Shahirose Sadrudin PREMJI, Nicole LETOURNEAU, Graham MCCAFFREY a Elias Charles NYANZA. Factors associated with pregnancy-related anxiety in Tanzanian women: a cross sectional study. *BMJ Open* [online]. 2018, 8(6) [cit. 2020-03-02]. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020056. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <http://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2017-020056>

WAQAS A, RAZA N, LODHI HW, MUHAMMAD Z, JAMAL M, REHMAN A. Psychosocial factors of antenatal anxiety and depression in Pakistan: is social support a mediator?. *PLoS One*. 2015;10(1):e0116510. Published 2015 Jan 28. doi:10.1371/journal.pone.0116510 . Dostupné z : <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0116510>

WENZEL, Amy a Scott STUART. *Anxiety in childbearing women: Diagnosis and treatment* [online]. Washington: American Psychological Association, 2011 [cit. 2020-05-30]. DOI: 10.1037/12302-000. ISBN 1-4338-0900-1.

Zoznam skratiek

GAD	Generalized Anxiety Disorder
EPDS	Edinburgh Postnatal Depression Scale
OCD	Obsessive-compulsive disorder

Zoznam tabuliek

Tabuľka 1 Vekové kategórie.....	44
Tabuľka 2 Vek	44
Tabuľka 3 Stav	45
Tabuľka 4 Vzdelanie.....	45
Tabuľka 5 Práca	46
Tabuľka 6 Bydlisko.....	46
Tabuľka 7 Týždeň tehotnosti	47
Tabuľka 8 Gravidita	47
Tabuľka 9 Parita.....	47
Tabuľka 10 Abúzus fajčenie	48
Tabuľka 11 Abúzus alkohol.....	49
Tabuľka 12 Plánované tehotenstvo	49
Tabuľka 13 Spôsob počatia.....	50
Tabuľka 14 Rizikovosť tehotenstva	50
Tabuľka 15 Dôvody rizikovosti tehotenstva.....	51
Tabuľka 16 Komplikácie predchádzajúceho tehotenstva	52
Tabuľka 17 Vplyv životných udalostí.....	53
Tabuľka 18 Pocity v priebehu tehotnosti	54
Tabuľka 19 Spôsob pôrodu	55
Tabuľka 20 Podpora pri predchádzajúcom tehotenstve.....	56
Tabuľka 21 Pomoc so starostlivosťou o dieťa	57
Tabuľka 22 Škála GAD-7	58
Tabuľka 23 Test normality veku a GAD	59
Tabuľka 24 Spearmanov test(vek a GAD).....	60
Tabuľka 25 Test normality (vzdelanie).....	60
Tabuľka 26 Miera úzkosti GAD (RANKY)	61
Tabuľka 27 Kruskal-Wallis test -vzdelanie a GAD	61
Tabuľka 28 Plánované tehotenstvo a GAD.....	62
Tabuľka 29 Neplánované tehotenstvo a GAD	63
Tabuľka 30 Test normality plánovania a GAD.....	63
Tabuľka 31 Miera úzkosti GAD (RANKY).....	63
Tabuľka 32 Mann-Whitney U- test.....	64
Tabuľka 33 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve	65
Tabuľka 34 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve	65
Tabuľka 35 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve	66
Tabuľka 36 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve (Riziko predčasného pôrodu).....	66

Tabuľka 37 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve	67
Tabuľka 38 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve	67
Tabuľka 39 Test normality (Komplikácie počas predchádzajúceho tehotenstva)	68
Tabuľka 40 Spearmanov korelačný test - vplyv komplikácií v predchádzajúcom tehotenstve.....	69
Tabuľka 41 Miera úzkosti (GAD) krvný tlak : ÁNO.....	70
Tabuľka 42 Miera úzkosti (GAD) vysoký krvný tlak : NIE	70
Tabuľka 43 Miera úzkosti (GAD) porucha placenty	71
Tabuľka 44 Miera úzkosti (GAD)porucha placenty	71
Tabuľka 45 Miera úzkosti (GAD) Riziko potratu : ÁNO	72
Tabuľka 46 Miera úzkosti (GAD) Riziko potratu : NIE	72
Tabuľka 47 Miera úzkosti (GAD) Riziko predčasného	73
Tabuľka 48 Miera úzkosti (GAD) Riziko predčasného	73
Tabuľka 49 Miera úzkosti (GAD)Výsledky	74
Tabuľka 50 Miera úzkosti (GAD)Výsledky	74
Tabuľka 51 Test normality(dôvody rizikového tehotenstva).....	75
Tabuľka 52 Mann-Whitney U-test vysoký krvný tlak	76
Tabuľka 53 Miera úzkosti (GAD) – RANKY vysoký krvný tlak.....	76
Tabuľka 54 Student t-test porucha placenty - krvácanie.....	76
Tabuľka 55 Mann-Whitney U-test riziko potratu	76
Tabuľka 56 Miera úzkosti (GAD) – RANKY riziko potratu.....	76
Tabuľka 57 Mann-Whitney U-test riziko predčasného pôrodu	77
Tabuľka 58 Miera úzkosti (GAD) – RANKY predčasný pôrod	77
Tabuľka 59 Mann-Whitney U-test výsledky ultrazvuku	77
Tabuľka 60 Miera úzkosti (GAD) – RANKY výsledok ultrazvuku	77
Tabuľka 61 Zmeny v práci.....	79
Tabuľka 62 Zmeny vo vzťahoch.....	79
Tabuľka 63 Problémy v rodine	80
Tabuľka 64 Test normality (vzťahové faktory)	80
Tabuľka 65 Spearmanov korelačný test -vplyv vzťahových faktorov	81
Tabuľka 66 Ekonomické problémy.....	81
Tabuľka 67 Test normality (Ekonomické faktory)	82
Tabuľka 68 Spearmanov korelačný test -vplyv ekonomických faktorov	82
Tabuľka 69 Strach z pôrodu (celkové skóre)	83
Tabuľka 70 Test normality (Strach z pôrodu).....	84
Tabuľka 71 Spearmanov korelačný test -vplyv strachu z pôrodu.....	84

Zoznam grafov

Graf 1 Plánované tehotenstvo a GAD.....	62
Graf 2 Neplánované tehotenstvo a GAD	63
Graf 3 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve	65
Graf 4 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve	65
Graf 5 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve	66
Graf 6 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve	66
Graf 7 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve	67
Graf 8 Komplikácia v predchádzajúcom tehotenstve	67
Graf 9 Miera úzkosti (GAD) krvný tlak : ÁNO.....	70
Graf 10 Miera úzkosti (GAD) krvný tlak : NIE.....	70
Graf 11 Miera úzkosti (GAD) porucha placenty - krvácanie : ÁNO.....	71
Graf 12 Miera úzkosti (GAD) porucha placenty - krvácanie : NIE.....	71
Graf 13 Miera úzkosti (GAD) Riziko potratu : ÁNO	72
Graf 14 Miera úzkosti (GAD) Riziko potratu : NIE	72
Graf 15 Miera úzkosti (GAD) Riziko predčasného pôrodu : ÁNO	73
Graf 16 Miera úzkosti (GAD) Riziko predčasného pôrodu : NIE	73
Graf 17 Miera úzkosti (GAD) Výsledky ultrazvuku : ÁNO.....	74
Graf 18 Miera úzkosti (GAD) Výsledky ultrazvuku : NIE.....	74
Graf 19 Zmeny v práci	79
Graf 20 Zmeny vo vzťahoch.....	79
Graf 21 Problémy v rodine.....	80
Graf 22 Ekonomické problémy.....	81
Graf 23 Strach z pôrodu (celkové skóre)	83

Zoznam príloh

Príloha 1 Dotazník.....	108
Príloha 2 Škála GAD-7	112
Príloha 3 Informovaný súhlas	113
Príloha 4 Súhlas s výskumom	115
Príloha 5 Vyjadrenie Etickej komisie	116

Dotazník

Vážená pani,

Som študentkou II.ročníka Univerzity Palackého v Olomouci v magisterskom odbore *Intenzívna starostlivosť v pôrodnej asistenci*. Dovoľujem si Vás požiadať o vyplnenie predkladaného dotazníka. Zber dát je pre účely spracovania diplomovej práce na tému „*Vybrané rizikové faktory ako prediktory pre vznik úzkosti u tehotných žien v III. trimestri*“ a za účelom skvalitnenia prenatálnej pomoci a starostlivosti o tehotnú ženu. Dotazník je anonymný a všetky získané dáta a informácie nebudú nijakým spôsobom zneužitú. Prosím Vás, odpovedajte na všetky otázky podľa inštrukcií.

Za vyplnenie dotazníka Vám vopred ďakujem.

Bc.Lýdia Pavlúvová

Demografické údaje:

1.Vek:

2.Stav:

- a) vydatá
- b) slobodná s partnerom
- c) slobodná bez partnera
- d) rozvedená

3. Vzdelanie:

- a) základné
- b) stredoškolské
- c) vysokoškolské

4. Práca:

- a) zamestnaná
- b) nezamestnaná
- c) študentka

5. Bydlisko:

- a) mesto
- b) vidiek

6.Ste fajčiarka ?:

- a) áno
- b) nie

7.Do akej miery ste v tehotenstve požívali niektoré z uvedených alkoholických nápojov?

(Odpovedajte prosím pri každej položke ,kde „1“ znamená v najmenšej miere a „5“ v najväčšej miere)

a) pivo	v najmensej miere	1	2	3	4	5	v najväčšej miere
b) víno	v najmensej miere	1	2	3	4	5	v najväčšej miere
c) likér	v najmensej miere	1	2	3	4	5	v najväčšej miere
d) koňak	v najmensej miere	1	2	3	4	5	v najväčšej miere
e) tvrdý alkohol	v najmensej miere	1	2	3	4	5	v najväčšej miere

8. V ktorom týždni tehotnosti ste práve teraz ?

9. Kol'ký krát ste tehotná ? („otehotnela som, ale neporodila“):

- a) prvýkrát
- b) druhýkrát
- c) tri a viackrát

10. Kol'ko krát ste rodili? („znamená to, že som aj porodila“):

- a) jeden krát
- b) dva krát
- c) tri a viac krát
- d) nerodila som ešte

11. Napíšte prosím, je Vaše súčasné tehotenstvo plánované :

- a) áno
- b) nie

12. Napíšte prosím, je Vaše súčasné tehotenstvo výsledkom :

- a) prirodzeného spontánneho oplodnenia
- b) umelého oplodnenia (tzv. IVF)

13. Posúdil pôrodník lekár, Vaše súčasné tehotenstvo ako rizikové ? :

- a) áno
- b) nie

Na nasledujúcu otázku odpovedajú len tie respondentky, ktoré odpovedali na predošlú otázku áno.

14. Označte prosím, aký je dôvod prečo je Vaša tehotnosť hodnotená ako riziková?

Odpovedajte pri každej položke.

- | | |
|---|-----------|
| a) vysoký krvný tlak | áno / nie |
| b) porucha placenty – krvácanie | áno / nie |
| c) riziko potratu | áno / nie |
| d) riziko predčasného pôrodu | áno / nie |
| e) dlhodobé užívanie liekov z dôvodu chronických ochorení | áno / nie |

f) výsledok ultrazvuku

áno / nie

15. V akej miere sa u Vás vyskytli nasledujúce komplikácie v predchádzajúcej tehotnosti

(Odpovedajte prosím, pri každej položke ,kde „1“ znamená v najmenšej miere a „5“ vo veľkej miere)

a) vysoký krvný tlak	v najmenšej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
b) krvácanie	v najmenšej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
c) riziko potratu	v najmenšej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
d) riziko predčasného pôrodu	v najmenšej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
e) gestačný diabetes mellitus	v najmenšej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
f) úmrtie dieťaťa v tehotnosti/pôrode	v najmenšej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
g) duševné problémy	v najmenšej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere

16. Do akej miery Vás počas tehotenstva ovplyvnili nasledujúce životné udalosti ?

(Odpovedajte prosím, pri každej položke ,kde „1“ znamená v najmenšej miere a „5“ vo veľkej miere)

a) choroba/zranenia	v najmenšej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
b) zmeny v práci	v najmenšej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
c) zmeny vo vzťahu	v najmenšej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
d) problémy v rodine	v najmenšej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
e) vážne ekonomické problémy	v najmenšej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere

17. Napíšte prosím, do akej miery sa u Vás vyskytli nasledujúce pocity v priebehu

tehotnosti. (Odpovedajte prosím, pri každej položke ,kde „1“ znamená v najmenšej miere a „5“ vo veľkej miere)

a) obavy zo starostlivosti o dieťa po pôrode	v najmenšej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
b) obavy z plnenia materskej role	v najmenšej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere

c) strach zo zdravotníckeho personálu	v najmensej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
d) strach z pôrodu	v najmensej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
e) strach z komplikácií pri pôrode	v najmensej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
f) obavy, že mi nebude mať kto po pôrode doma pomôcť	v najmensej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
g) obavy z izolácie po príchode domov	v najmensej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
h) pocit neistoty pri starostlivosti o dieťa	v najmensej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere

18. Napíšte prosím, ako plánujete rodiť?:(Vyberte jednu odpoveď, s ktorou sa stotožňujete.)

- a) vaginálny pôrod
- b) vaginálny pôrod s epidurálnou analgéziou
- c) cisársky rez

19. Napíšte prosím, do akej miery Vám pri predchádzajúcej tehotnosti poskytovali podporu a pomoc po príchode z nemocnice domov, nasledujúce osoby. (Odpovedajte prosím, pri každej položke ,kde „1“ znamená v najmensej miere a „5“ vo veľkej miere)

a) manžel/partner	v najmensej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
b) príbuzní	v najmensej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
c) vlastní rodičia	v najmensej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
d) rodičia manžela/partnera	v najmensej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
e) kamarátka	v najmensej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere
f) nikto	v najmensej miere	1	2	3	4	5	vo veľkej miere

20. Napíšte prosím, kto Vám bude pomáhať po príchode z nemocnice domov, pri starostlivosti o dieťa (Odpovedajte prosím, pri každej položke)

- | | |
|-----------------------------|----------|
| a) manžel/partner | áno/ nie |
| b) príbuzní | áno/ nie |
| c) vlastní rodičia | áno/ nie |
| d) rodičia manžela/partnera | áno/ nie |
| e) kamarátka | áno/ nie |
| f) nikto | áno/ nie |

GAD-7				
Ako často Vás počas uplynulých 14 dní trápila niektorá z nasledujúcich ťažkostí?	Vôbec nie	Niektoré dni	Viac než polovicu dní	Takmer každý deň
<i>(Zvolenú odpoveď označte „✓“)</i>				
1. Nervozita, úzkosť, pocit, že ste v koncoch s nervami	0	1	2	3
2. Neschopnosť prestať si robiť starosti alebo dostať ich pod kontrolu	0	1	2	3
3. Prehnané starosti o rôzne veci	0	1	2	3
4. Ťažkosti s uvoľnením sa	0	1	2	3
5. Taký nepokoj, až bolo ťažké zostať pokojne sedieť	0	1	2	3
6. Lahko ste sa rozčúlili alebo podráždili	0	1	2	3
7. Strach, ako keby sa malo prihodiť niečo hrozné	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T___ = ___ + ___ + ___)

Vyvinuli Dr. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke a kolektív, so vzdelávacím grantom od Pfizer Inc. Na reprodukciu, preklad, vystavovanie a distribúciu nie je potrebný súhlas.



Fakulta
zdravotnických vied

Informovaný súhlas

Pre výskumný projekt: Vybrané rizikové faktory ako prediktory pre vznik úzkosti u tehotných žien v III. trimestri.

Obdobie realizácie: 11.11.2019 – 31.3.2020

Riešiteľ projektu: Bc. Lýdia Pavlúvová

Vážená pani,

obraciam sa na Vás so žiadosťou o spoluprácu na výskumnom šetrení, ktorého cieľom je zistiť faktory vzniku úzkosti počas III. trimestra tehotenstva. Dotazník je úplne anonymný a Vaše odpovede budú anonymne publikované iba v rámci danej diplomovej práce. Výsledky dotazníkového šetrenia môžu viesť k zlepšeniu poskytovanej starostlivosti a možnému skorému odhaleniu úzkosti v tehotenstve. Pri každej otázke, prosím, zakrúžkujte iba 1 z ponúkaných odpovedí, poprípade podľa inštrukcií doplňte slová alebo čísla. Dĺžka trvania vyplňania dotazníka sa pohybuje medzi 10 až 15 minútami. Z účasti na výskume pre Vás nevyplývajú žiadne výhody či riziká.

Prehlásenie

Prehlasujem, že súhlasím s účasťou na vyššie uvedenom výskume. Riešiteľ/ka projektu ma informoval/a o podstate výskumu a zoznámil/a ma s cieľami a metódami postupov, ktoré budú pri výskume používané, podobne ako s výhodami a rizikami, ktoré pre mňa z účasti na projekte vyplývajú. Súhlasím s tým, že všetky získané údaje budú anonymne spracované, použité len pre účely výskumu a že výsledky výskumu môžu byť anonymne publikované.

Mal/a som možnosť všetko si riadne, v pokoji a v dostatočne poskytnutom čase zvážiť, mal/a som možnosť sa riešiteľ/a/ky opýtať na všetko, čo som považoval/a za pre mňa

podstatné a potrebné vedieť. Na tieto moje otázky som dostal/a jasnú a zrozumiteľnú odpoveď. Som informovaný/ná , že mám možnosť kedykoľvek od spolupráce na výskume odstúpiť , a to i bez udania dôvodu.

Osobné údaje (sociodemografické dáta) účastníka výskumu budú v rámci výskumného projektu spracované v súlade s nariadením Európskeho parlamentu a Rady EÚ 2016/679 zo dňa 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb v súvislosti so spracovaním osobných údajov a o voľnom pohybe týchto údajov a o zrušení smernice 95/46/ES (ďalej len „nariadenie“).

Prehlasujem, že beriem na vedomie informácie obsiahnuté v tomto informovanom súhlase a súhlasím so spracovaním osobných a citlivých údajov účastníka výskumu v rozsahu a spôsobom a za účelom špecifikovaným v tomto informovanom súhlase.

Vyplnením tohto dotazníka súhlasím s účasťou na vyššie uvedenom projekte.



Fakulta
zdravotnických věd

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

☒ Hněvotínská 976/3 Olomouc 775 15

Souhlas s výzkumným šetřením

Žádám *TOPGYN s.r.o.* o souhlas s výzkumným šetřením na téma **Vybrané rizikové faktory ako prediktory pre vznik úzkosti u tehotných žien v III. trimestri.** Jmenuji se Lýdia Pavluvová, jsem studentkou Fakulty zdravotnických věd, univerzity Palackého v Olomouci. Data získaná pomocí dotazníka vlastní konstrukce a standardizovaného dotazníka GAD-7 scale budou použita pro vypracování diplomové práce. Žadatelka se zavazuje, že zachová mlčenlivost o skutečnostech, o nichž se dozví v souvislosti s prováděným výzkumem a sběrem dat a bude zachována anonymita respondentů dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

dne *30.10.2019* vo Svidníku

žadatel: Bc. Lýdia Pavluvová

Stročín 96

Svidník

089 01

Tel: +421 907021978

Mail: pavluvova.lydia@gmail.com

Vyjádření souhlasu:

Dle zákona 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů Vám uděluji / neuděluji* souhlas s výzkumnou činností a s poskytnutím výzkumného materiálu na našem pracovišti.

*nehodící se škrtněte

datum *1.11.2019*



razítko a podpis zástupce pracoviště



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-150886/1030-2019

Vážená paní
Bc. Lýdia Pavlúvová

2019-11-11


Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní bakalářko,

na základě Vaší Žádosti o stanovisko Etické komise FZV UP byla Vaše výzkumná část diplomové práce posouzena a po vyhodnocení všech zaslaných dokumentů Vám sdělujeme, že diplomové práci s názvem „**Vybrané rizikové faktory jako prediktory pre vznik úzkostí u tehotných žien v III. trimestri**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,


Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.
předsedkyně
Etické komise FZV UP

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
Fakulta zdravotnických věd
Etická komise
Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc