

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Tereza Černá

Deprese a kvalita života žen s rizikovým těhotenstvím

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D

Olomouc 2022

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením Mg. Šárky Vévodové, Ph.D. a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 12. 5. 2022

.....

podpis

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji Mgr. Šárce Vévodové, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a za statistické zpracování dat. Dále bych chtěla poděkovat zdravotnickým zařízením, která umožnila provádění výzkumu a také ženám, které se i přes nelehké téma zúčastnily dotazníkového šetření. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům, kteří mě podporovali během studia a při psaní této práce.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Rizikové těhotenství a psychika ženy

Název práce: Deprese a kvalita života žen s rizikovým těhotenstvím

Název práce v AJ: Depression and quality of life of women with high-risk pregnancies

Datum zadání: 2021-01-28

Datum odevzdání: 2022-05-12

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Tereza Černá

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Oponent práce: Mgr. Radka Kozáková

Abstrakt v ČJ: Diplomová práce se zabývala přítomností deprese a s ní spojenou kvalitou života u žen s rizikovým těhotenstvím. Teoretická část práce je zaměřena na teoretické poznatky, které jsou rozděleny do čtyř kapitol. Jedná se o rizikové těhotenství, psychologii těhotenství, depresi a kvalitu života. Výzkumná část byla prováděna pomocí dotazníkového šetření, ke kterému byly použity standardizované dotazníky Beckova škála deprese (BDI-II) a WHOQOL-BREF. Výzkum zkoumaného souboru, který čítal 80 respondentek, probíhal ve zdravotnických zařízeních Pardubického a Královehradeckého kraje. Kontrolní soubor čítal 80 respondentek a dotazníkové šetření bylo v tomto případě realizováno online formou. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že neexistuje statisticky významný rozdíl v míře výskytu deprese u žen ve fyziologickém a rizikovém těhotenství. Dále nebyl prokázán statisticky významný rozdíl v kvalitě života a jednotlivými doménami kvality života. Byl ale prokázán statisticky významný vztah mezi mírou deprese, kvalitou života a jednotlivými doménami kvality života.

Abstrakt v AJ: This diploma thesis dealt with presence of depression and the associated quality of life in women with high-risk pregnancies. The theoretical part is focused on theoretical

knowledge, which are divided into four chapters. There are informations about high-risk pregnancy, psychology of pregnancy, depression and quality of life. The research part was conducted using a questionnaire survey, we used two standardized questionnaires – Beck's Depression Scale (BDI-II) and WHOQOL-BREF for quality of life assessment. The research of the researched group, which numbered 80 respondents, took place in the medical facilities of the Pardubice and Hradec Králové regions. The control file read 80 respondents and a questionnaire survey in this case online. The research concluded that there was no statistical difference in the incidence of depression in physiological and high-risk pregnancies. Furthermore, no statistical difference in quality of life and individual domains of quality of life was demonstrated. However, a statistically significant relationship was demonstrated between the degree of depression, quality of life and individual quality of life domains.

Klíčová slova v ČJ: deprese, prenatální deprese, kvalita života, rizikové těhotenství, fyziologické těhotenství, WHOQOL-BREF, BDI-II

Klíčová slova v AJ: depression, prenatal depression, quality of life, high-risk pregnancy, complicated pregnancy, physiological pregnancy, WHOQOL-BREF, BDI-II

Rozsah: 83 stran/5 příloh

OBSAH

ÚVOD.....	8
1 REŠERŠNÍ ČINNOST	10
2 RIZIKOVÉ TĚHOTENSTVÍ.....	12
2.1 Diagnostika rizikového těhotenství	12
2.1.1 Rizikové faktory na počátku gravidity	12
2.1.2 Rizikové faktory v průběhu gravidity.....	13
2.2 Dispenzární péče.....	14
2.3 Úloha porodní asistentky v péči o ženu s rizikovým těhotenstvím	14
2.3.1 Komunikace porodní asistentky s klientkou.....	15
2.3.2 Sdělování špatných zpráv	16
2.4 Psychika ženy s rizikovým těhotenstvím.....	18
2.4.1 Úzkost.....	18
2.4.2 Prenatální deprese.....	19
3 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ.....	23
3.1 Prožívání těhotenství.....	23
3.2 Nepříznivé faktory ovlivňující těhotenství	25
3.2.1 Těhotenství u dívek pod 20 let	25
3.2.2 Těhotenství u žen nad 35 let.....	26
3.2.3 Nechtěné těhotenství.....	26
3.2.4 Rizikové těhotenství	27
3.2.5 Negativní socioekonomické faktory	27
4 DEPRESE.....	29
4.1 Depresivní stavy v období těhotenství a šestinedělí	30
4.1.1 Prenatální deprese.....	31
4.1.2 Poporodní blues.....	31
4.1.3 Poporodní deprese	32

4.1.4	Poporodní psychóza.....	33
4.2	Komunikace s depresivní pacientkou	34
5	KVALITA ŽIVOTA	36
5.1	Kvalita života ve fyziologickém těhotenství.....	38
5.2	Kvalita života v rizikovém těhotenství	39
6	METODIKA VÝZKUMU	42
6.1	Výzkumné cíle a hypotézy výzkumu	42
6.2	Charakteristika výzkumného vzorku	43
6.3	Metoda sběru dat.....	45
6.4	Realizace výzkumu	47
6.5	Metody zpracování dat.....	47
7	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	48
7.1	Interpretace výsledků k výzkumnému cíli 1	48
7.2	Interpretace výsledků k výzkumnému cíli 2	51
7.3	Interpretace výsledků k výzkumnému cíli 3	56
8	DISKUZE	59
	ZÁVĚR.....	63
	REFERENČNÍ SEZNAM	65
	SEZNAM ZKRATEK	75
	SEZNAM TABULEK	76
	SEZNAM GRAFŮ	77
	SEZNAM PŘÍLOH	78
	PŘÍLOHY	79

ÚVOD

Těhotenství je velká životní událost, která je většinou vnímána jako pozitivní. Hodně žen ale neprožívá těhotenství fyziologické, bez problémů a komplikací. Rizikové těhotenství představuje pro ženu narušení její psychické pohody. Tento problém se týká přibližně 22 % těhotných žen (Rodrigues, 2016, s. 137). Daná situace je pro ženu zátěžovým faktorem, který se významně podílí na rozvoji prenatální deprese, která se uvádí až u 19 % žen s rizikovým těhotenstvím. Ženy, které netrpí chronickým onemocněním, mají vyšší míru prenatální deprese, pokud se u nich vyskytnou akutní komplikace (Fiskin, 2017, s. 55).

Je provedeno relativně málo výzkumů, které by se zabývaly kvalitou života a přítomností deprese u ženy s rizikovým těhotenstvím i přesto, že duševní zdraví je velmi důležité a v dnešní době se dostává více do povědomí lidí. Ve většině případů se neřeší psychická stránka ženy a lékař či porodní asistentka se zaměřuje spíše na její fyzický stav. Je důležité vědět o přítomnosti prenatální deprese obzvláště u rizikové těhotné, jelikož samotná deprese je rizikovým faktorem např. pro nižší porodní hmotnost či předčasný porod. Dále lze uvést dlouhodobé důsledky deprese matky, které se na dítěti mohou v jeho vývoji projevit později, jako jsou např. emocionální, jazykové problémy či problémy s chováním (Rollè, 2020, s. 2).

Obsahově se teoretická část práce zabývá teoretickými poznatky rizikového těhotenství z medicínského, ale také z psychologického hlediska. Další kapitola pojednává o psychologii těhotenství, jak žena těhotenství prožívá a jaké jsou možné nepříznivé faktory, které těhotenství ovlivňují negativním směrem. Třetí kapitolou je pojednání o depresi a především o depresivních stavech týkající se období těhotenství a šestinedělí. Poslední kapitola teoretické části je věnována kvalitě života a jejímu měření.

Výzkumná část je věnována metodice kvantitativního výzkumu a následnému vyhodnocení statistických dat, která byla získána pomocí standardizovaných dotazníků BDI-II a WHOQOL-BREF. Hlavním cílem diplomové práce je zjistit přítomnost deprese a míru kvalitu života žen s rizikovým těhotenstvím a následné ověření stanovených hypotéz.

Jako vstupní literatura byla použita následující:

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024745299

HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024704188

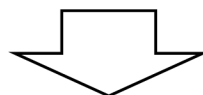
RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 9788025421864

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

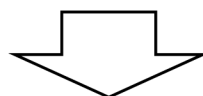
1 REŠERŠNÍ ČINNOST

VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

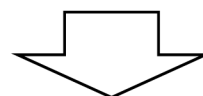
- **klíčová slova v ČJ:** deprese, prenatální deprese, kvalita života, rizikové těhotenství, fyziologické těhotenství, WHOQOL-BREF, BDI-II
- **klíčová slova v AJ:** depression, prenatal depression, quality of life, high-risk pregnancy, complicated pregnancy, physiological pregnancy, WHOQOL-BREF, BDI-II
- **jazyk:** český, anglický, slovenský
- **období:** 2011–2021
- **další kritéria:** recenzovaná periodika, přehledové články, dostupný plný text, review



DATABÁZE: EBSCO, PubMed, ProQuest, BMČ, Google Scholar



Nalezeno 429 dokumentů, vyřazeno 371 dokumentů



Vyřazující kritéria: kvalifikační práce, články nesouvisející s tématem, nerecenzovaná periodika, články neodpovídající kritériím

Sumarizace využitých databází a dohledaných dokumentů: vybráno 58 článků

- EBSCO – 3 články
- PubMed – 36 článků
- ProQuest – 2 články
- BMČ – 1 článek
- Google Scholar – 16 článků

Sumarizace dohledaných zahraničních periodik:

Nursing and Midwifery Studies, Primary Care Diabetes, Birth, Global Journal of Health Science, Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan, Medicina, Midwifery 3x, BMC Pregnancy and Childbirth 4x, StatPearls Publishing 3x, Current Psychiatry Reports, Frontiers in Psychiatry, General Hospital Psychiatry, Nursing & Health Sciences, Health and Quality of Life Outcomes, Psychiatria Danubina, Archivos Argentinos de Pediatría, BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, International Journal of Nursing Studies, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, Quality of Life Research, The Obstetrician & Gynaecologist, Nordic Journal of Psychiatry, BMC Psychiatry, Worldviews on Evidence-Based Nursing, Revista Brasileira de Enfermagem, Archives of Psychiatric Nursing, Child Abuse & Neglect, Journal of Midwifery & Reproductive Health, Archives of Women's Mental Health, Journal of Education and Health Promotion, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, PLOS ONE, Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, Journal of Affective Disorders Reports, Quality of Life Research, Neuroendocrinology Letters, Trends in Psychiatry and Psychotherapy, International Journal of Environmental Research and Public Health, Revista da Escola de Enfermagem da USP, Psicothema, Current Psychiatry Reports, Europe's Journal of Psychology, Social Science & Medicine, General Hospital Psychiatry

Sumarizace dohledaných českých periodik:

Linkos, Česká a slovenská psychiatrie (2x), Československá psychologie, Česká gynekologie, Psychiatrie pro praxi, Kontakt

Pro teoretickou část bylo dále využito 13 knih, 1 vyhlášky, 8 webových stránek a 3 doporučené postupy. Dohromady bylo využito 83 zdrojů, které jsou uvedeny v referenčním seznamu.

2 RIZIKOVÉ TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství je zajiště radostná událost, při které se ale kdykoliv mohou objevit komplikace a z nejkrásnějšího období života ženy se stane období strachu, úzkosti či deprese. Rizikové těhotenství je definováno jako přítomnost rizikových faktorů bez evidentních příznaků choroby (Hájek 2014, s. 238) a také jako potenciální ohrožení života pro těhotnou ženu, či plod. Celosvětově se rizikové těhotenství týká až na 20 milionů žen, ze kterých více než 800 žen denně zemře na perinatální komplikace (Badakshs, 2020, s. 1; Majella, 2019, s. 2). Mezi nejčastější důvody úmrtí žen se řadí těžké hemoragie, mateřské infekce, preeklampsie, eklampsie a interní onemocnění jako je komplikovaný diabetes mellitus (DM) či srdeční onemocnění (Majella, 2019, s. 2) Ve skupině žen s rizikového těhotenstvím je tudíž vyšší úroveň perinatální morbidit i mortality.

Otázkou rizikového těhotenství a úmrtí žen na perinatální komplikace se zabývá také OSN (Organizace spojených národů), která ji zařadila do jednoho z cílů udržitelného rozvoje Sustainable Development Goal 3 – SDG3 (OSN, 2015). Jedná se o velký problém dnešní doby, především v rozvojových zemích, na 99 % rizikových těhotenství se objevuje právě v nich a u žen s nízkým socioekonomickým statusem (Badakshs, 2020, s. 1). Právě jeden z cílů SDG3 se zaměřuje na snížení celosvětové mateřské úmrtnosti a ukončit úmrtí novorozenců, kterým lze předcházet prevencí.

2.1 Diagnostika rizikového těhotenství

Až 1/3 těhotenství je doprovázena komplikacemi (Hájek, 2004, s. 26). Proto je screening rizikových faktorů nejdůležitějším bodem pro samotnou diagnostiku rizikového těhotenství. Provádí se v rámci všeobecného prenatalního screeningu při první prenatalní prohlídce. Rizikové faktory, dle identifikace, lze rozdělit na dvě základní skupiny, kterými jsou rizikové faktory zjištěné na počátku těhotenství, anebo objevení rizikových faktorů v průběhu gravidity (Hájek, 2014, s. 237).

2.1.1 Rizikové faktory na počátku gravidity

V rámci **rodinné anamnézy** dochází k zjišťování přítomnosti vrozených vývojových vad, DM, trombofilie, hypertenzního onemocnění, či preeklampsie, které mohou ovlivňovat jak nastávající matku, tak plod (Roztočil, 2017, s. 244). **Osobní anamnéza** obsahuje podkategorie jako je demografická anamnéza, sociální anamnéza, přítomnost onemocnění před nynějším těhotenstvím, gynekologická a porodnická anamnéza. Právě faktory z demografické a sociální anamnézy mají nejnižší efektivitu (Hájek, 2014, s. 239). V rámci **demografické anamnézy**

vnímáme jako rizikový věk pod 18 let a věk nad 35 let. V případě velmi mladé těhotné je zvýšené riziko psychické a sociální zátěže, zvýšené riziko předčasného porodu, preeklampsie a také eklampsie. Zvýšené je i riziko perinatálního úmrtí. Se starším věkem je spojeno mnoho rizik jako například riziko hypertenzního onemocnění, gestačního DM, porodních patologií, chromozomálních anomálií (jako je Downův syndrom). Jako rizikový faktor vnímáme také výšku těhotné ženy. Pokud je těhotná menší jak 155 cm, je riziko kefalopelvického nepoměru, předčasného porodu nebo také patologického naléhání plodu (Roztočil, 2017, s. 244). **Sociální anamnéza** se týká především abúzu těhotné ženy a jejího zaměstnání. V případě abúzu cigaret dochází ke zvýšenému riziku spontánního potratu, hypotrofie plodu, předčasného odtoku vody plodové. Rizikové je také požívání alkoholu, které zapříčiňuje fetální alkoholový syndrom. Užívání drog v těhotenství zvyšuje frekvenci vrozených vývojových vad, předčasného porodu a u novorozence se po porodu vyskytuje abstinenci syndrom. V případě zaměstnání je zvýšené riziko u stresujícího povolání. Zapříčiňuje předčasný porod (Roztočil, 2017, s. 244). Pro získání informací o stavu těhotné je důležité se zaměřit také na **onemocnění a stavy, které byly přítomny před otěhotněním**. Řadí se sem závažná interní onemocnění (jako chronické onemocnění ledvin, či pregestační DM), podstoupené operace (zejména břišní operace) a výskyt problémů během podstoupené narkózy. Jako předposledním bodem je **porodnická a gynekologická anamnéza**. Do těchto podkategorií patří například opakované spontánní potraty, výskyt komplikací během předchozího těhotenství, infertilita, podstoupení umělého oplodnění, multiparita (Hájek, 2014, s. 237). Poslední složkou pro získání rizikových faktorů jsou **klinické a laboratorní výsledky**, které jsou součástí všeobecných screeningových vyšetření. Pro zjištění rizik pomáhá vyšetření moči, vyšetření krve na krevní obraz, krevní skupiny a Rh faktoru, ultrazvuková vyšetření, onkologická cytologie a kolposkopie (Lubušký, 2021, s. 77).

2.1.2 Rizikové faktory v průběhu gravidity

Jelikož komplikace mohou nastat během těhotenství kdykoliv, nejčastěji se mezi rizikové faktory zjištěné během gravidity dle Hájka (2004, s. 26) řadí:

- vícečetné těhotenství (multiparita)
- krvácení
- malpozice plodu
- změny frekvence pohybů
- změněné množství vody plodové

2.2 Dispenzární péče

V těhotenství je velmi důležité, aby těhotná žena pravidelně docházela do prenatalních poraden ke svému gynekologovi. To platí také pro rizikové těhotenství, jelikož díky poskytované péči dochází k rozpoznání dalších možných komplikací a ke snižování rizika morbidit a mortality (Hájek, 2004, s. 25). Pokud rizikové těhotenství není sledováno, je žena vystavena nebezpečí přechodu rizikového těhotenství v těhotenství patologické a v samotný patologický porod. K tomuto přechodu dochází pouze ve 20 až 30 % případů (Hájek, 2014, s. 236).

V České republice je uplatňována komplexní péče o těhotnou ženu, která je reprezentována registrujícími gynekology, specializovanými pracovišti a porodnicemi. Jedná se o doporučený postup České gynekologické a porodnické společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČGPS ČLS JEP). Gynekolog, na podkladě sběru anamnézy a rizikových faktorů, zařadí klientku do jedné ze dvou skupin. První skupinou je těhotenství s nízkým rizikem. U ženy probíhá fyziologické těhotenství bez přítomnosti rizikových faktorů v anamnéze. Výsledky laboratorních a klinických vyšetření jsou v normě. Druhá skupina je těhotenství s konkrétním rizikem. Žena je do druhé skupiny zařazena již na počátku těhotenství, či v jeho průběhu, a to na podkladě rizikových výsledků klinických a laboratorních vyšetření (Lubušký, 2021, s. 76).

Doporučený postup ČGPS ČLS JEP (Lubušký, 2021, s. 72) mezi nejčastější rizika v těhotenství řadí: zvýšené riziko rozvoje žilního tromboembolismu, přítomnost GBS infekce, gestační DM (GDM), riziko rozvoje RhD aloimunizace, císařský řez v anamnéze, růstovou restrikci plodu, spontánní předčasný porod, vrozenou vadu plodu, riziko rozvoje hemolytické nemoci plodu a novorozence, vícečetné těhotenství, poruchy placentace a závažné onemocnění matky.

Dispenzární péči provádí u obou skupin registrující gynekolog až na případy těhotných žen, které jsou sledovány a prenatalní péče je jim poskytována v perinatologických centrech. Konkrétně se jedná o závažná interní onemocnění ženy, vícečetná těhotenství, pregestační DM a GDM se zvýšeným rizikem (Lubušký, 2021, s. 71).

2.3 Úloha porodní asistentky v péči o ženu s rizikovým těhotenstvím

Porodní asistentka plní velkou a důležitou úlohu v životě ženy. Má dvě základní funkce. **Autonomní funkce** zahrnuje kompetence porodní asistentky, které jsou dány Vyhláškou č. 55/2011 Sb. Podílí se na podpoře zdraví a prevenci vzniku onemocnění jak ženy, tak i její

rodiny. V období těhotenství, porodu a šestinedělí má velkou a důležitou úlohu pro ženu. Představuje pro ni průvodkyni těmito obdobími a poskytuje ji rady. Ve svých kompetencích má péči o ženu s fyziologickým těhotenstvím a poté také během porodu a v šestinedělí. Porodní asistentka také může diagnostikovat a potvrdit těhotenství. Díky dostupným metodám může sledovat stav plodu. V rámci porodu vede fyziologický porod a pokud během něho vzniklo porodní či poporodní poranění, je v jejích kompetencích provést jejich ošetření. V rámci péče o novorozence provádí také jeho první ošetření a v případě potřeby musí zahájit jeho resuscitaci. Velkou část činnosti porodní asistentky zahrnuje také edukace. Edukuje ženy o antikoncepci a v oblasti sexuálního zdraví. Dále také vzdělává v oblasti kojení, či péče o novorozence. **Kooperativní funkce** zahrnuje spolupráci s lékařem (v tomto případě s gynekologem, porodníkem), plní jeho ordinace. Tuto funkci má právě v případě rizikového a patologického těhotenství, kdy klientku předává do péče lékaře a nastává s lékařem kooperace (Procházka, 2020, s. 26).

Jestliže porodní asistentka má vzdělání se specializací v intenzivní péči v porodnictví, její kompetence se týkají poskytování ošetrovatelské péče v rámci gynekologie, porodnictví a neonatologie u hrozícího nebo již probíhajícího selhávání základních životních funkcí. V rámci rizikového a patologického těhotenství má kompetence pro vykonávání vysoce specializované ošetrovatelské péče (Vyhláška č. 55/2011 Sb. - O činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

Porodní asistentka poskytuje odbornou péči jak v komunitní péči, ambulantní péči, tak i v případě, že je žena kvůli komplikacím hospitalizována. Je ale neméně důležité a podstatné, aby docházelo také k zaměření na péči o psychiku a dostatečnou komunikaci s klientkou, či pacientkou, pokud dojde k její hospitalizaci. Porodní asistentka by měla sledovat, zda jsou přítomny výkyvy nálad, stres či zda těhotná vykazuje celkovou spokojenost. V dnešní době je ale péče o duševní zdraví a komunikace odsunuta na poslední místo a ve většině případů není kladen ani individuální přístup. Tento problém je spojen s nedostatkem času, nebo také s neznalostí vhodné komunikace (Procházka, 2020, s. 613).

2.3.1 Komunikace porodní asistentky s klientkou

Komunikace je jednou z důležitých dovedností, kterou by měla porodní asistentka vykazovat. Právě díky vhodné komunikaci může dojít ke snížení výskytu úzkosti či deprese, a tím pádem je pozitivně ovlivněna kvalita života klientky. Klíčovými body jsou především empatie, upřímnost, citlivost a vybudování důvěry mezi klientkou a porodní asistentkou.

S průběhem komunikace souvisí úzce také práva ženy. Porodní asistentka by si jich měla být vědoma a má povinnost je také respektovat (WHO, 2017, s. C-5). Respekt je důležitý prokazovat ženě v několika následujících oblastech:

- Zdravotník by měl respektovat ženu takovou jaká je a její soukromí.
- Zdravotník by se měl vyvarovat subjektivního hodnocení klientky a hodnocení jejího chování.
- Zdravotník by měl umět reagovat na potřeby klientky.
- Těhotná žena má možnost volby, která se může týkat jak nabízeného postupu perinatální péče, tak nabízené léčby.

Pro rozhovor s klientkou by porodní asistentka měla zajistit klidné prostředí a intimní atmosféru, při které se bude klientka cítit bezpečně. Pokud by klientka chtěla během rozhovoru přítomnost třetí osoby (např. partner, či rodinný příslušník), je vhodné přítomnost umožnit. Doprovázející osoba plní roli opory pro těhotnou ženu. Během komunikace je důležité dát prostor klientce pro vyjádření jejích, nebo partnerových pocitů či obav (WHO, 2017, s. C-6). Pro získání důvěry by porodní asistentka neměla klientce skákat do řeči, neměla by měnit téma o kterém klientka začala mluvit, a především by ženě měla naslouchat. Během rozhovoru by porodní asistentka měla také umět zhodnotit situaci, zda je klientka schopna vnímat další sdělení. Může se ocitnout v náročné emoční situaci a dojde u ní ke změně psychického rozpoložení. V tomto případě se zhoršuje úroveň jejího vnímání. Porodní asistentka by měla v tomto případě sdělit pouze základní informace a podrobnosti klientce oznámit déle, kdy bude schopna lépe vnímat (Takács, 2015, s. 35). Vhodné je veškeré informace předat klientce i písemnou formou (WHO, 2017, s. C-12). Posledním bodem je zpětná vazba, díky které lze předejít nedorozumění. Porodní asistentka by se měla klientku požádat, aby zopakovala, co ji bylo řečeno. Tím dojde k zjištění, zda potřebuje informace zopakovat a znovu vysvětlit (WHO, 2017, s. C-7).

2.3.2 Sdělování špatných zpráv

Sdělování špatných zpráv je pro zdravotníka nejtěžší úkol v rámci komunikace. Zprávy o zdravotním stavu má právo podávat pouze lékař, ale porodní asistentka může být při rozhovoru přítomna. Je proto podstatné, aby věděla, jak se v dané situaci chovat. Pro sdělení špatné zprávy by mělo být zajištěno intimní a klidné prostředí, jak je již zmíněno výše v textu. Pokud jsou špatné zprávy sdělovány ambulantně, měla by mít žena zajištěný doprovod, aby se v pořádku dostala do domácího prostředí. Je velmi podstatné být ženě na blízku a nabídnout jí

možnost mluvit o svých pocitech. Může ale nastat situace, kdy klientka nechce o problémech a vzniklé situaci mluvit. V tom případě by ji neměla porodní asistentka do komunikace nutit a téma otevírat (Takács, 2015, s. 30). V rámci zdravotnické péče je možné nabídnout ženě psychologickou pomoc, či krizového intervenanta, kterého má k dispozici většina zdravotnických zařízení. Reakce těhotné ženy i partnera na špatnou zprávu může mít mnoho podob. V případě vážných situacích probíhá vyrovnávání dle modelu Kübler-Rossové.

Model procesu smutku (také znám jako Model procesu umírání) představila psychiatrička Elisabeth Kubler-Rossová již v roce 1969 ve své knize *O smrti a umírání*. Model byl sestaven díky kvalitativním studiím a na podkladě jejich osobních zkušeností v oblasti paliativní péče, kde působila (Tyrrell, 2021, s. 1-2). Model se skládá z celkem pěti fází. Sama Kübler-Rossová uvedla, že člověk může a také nemusí projít všemi fázemi smutku.

První fází je **popření, šok**. Jedná se o přirozený obranný mechanismus těla, který zajišťuje, aby člověk zvládl tolik emocí, kolik je v té době schopen (Gregory, 2021; Kessler, nedatováno). Jedinec si odmítá připustit realitu, v které se ocitl. Ve zdravotnictví nejčastěji dochází k popírání diagnózy, která byla lékařem sdělena (Tyrrell, 2021, s. 2). Člověk se snaží hledat chybu v provedených vyšetřeních a testech. Je v tu dobu otupělý a uzavírá se do své vlastní reality (Gregory, 2021). Život pro něho v tu dobu nemá žádný smysl.

Po fázi popření začíná již uzdravovací proces (Gregory, 2021). Začnou se objevovat emoce, které byly v první fázi potlačeny (Kessler, nedatováno). Jedná se o fázi **hněvu a agrese**, která je nezbytná pro vyrovnání se se smutkem. Charakteristické je hledání viny a projevování hněvu, často vůči zdravotníkům, vykazována může být také vůči své rodině, přátelům. Vinu může člověk přisuzovat i sám sobě, kdy si pokládá otázku „Co by se stalo, kdybych udělal/a něco jinak?“ (Kessler, nedatováno).

Třetí fáze je pojmenovaná jako **smlouvání**. Člověk začíná hledat určitou kontrolu nad svou nemocí, či diagnózou, která mu byla sdělena. Smlouvání může probíhat například s lékařem, nebo také s nadpřirozenem. Lékaři pacient slibuje, že bude dodržovat lékařská doporučení a věří, že se díky tomu jeho stav zlepší. Nábožensky založení lidé, ale také ateisté, se obrací k Bohu a uzavírají s ním dohody (Tyrrell, 2021, s. 3). Celkově se tato fáze dá označit také jako hledání, upínání se k falešným nadějím (Gregory, 2021).

Následující, čtvrtou fází, je **deprese**. Člověk se stahuje sám do sebe. Charakteristický je řečený smutek, únava, otupělost, pocit prázdnoty a neschopnost prožívat pozitivní emoce (Kessler, nedatováno; Tyrrell, 2021, s. 3). Vyskytnou se můžou také sebevražedné myšlenky (Gregory, 2021). Je ale důležité tuto fázi deprese odlišit od chorobné deprese, jelikož v tomto případě se jedná o součást procesu vyrovnávání se (Kessler, nedatováno).

Poslední fází, dle Kübler-Rossové, je **přijetí**. U člověka dojde ke smíření s novou realitou a snaží se naučit se v ní žít. S novou realitou již nebojuje (Kessler, nedatováno; Tyrrel, 2021, s. 3). Dochází ke stabilizaci emocí (Gregory, 2021).

2.4 Psychika ženy s rizikovým těhotenstvím

Psychika ženy během těhotenství prochází značnými proměnami, které jsou podmíněny nejčastěji osobností ženy, jejím věkem, či postojem k těhotenství. I z těchto fyziologických proměn může žena pociťovat úzkostné stavy či strach (Ratislavová, 2008, s. 16). Pokud ale v období těhotenství dojde k diagnostice rizikového těhotenství, je žena náchylnější na výskyt úzkosti či prenatální deprese.

2.4.1 Úzkost

Úzkosti se obecně častěji vyskytují u žen, až 30 % žen se během svého života setká s projevy úzkosti (Talová, 2014, s. 32). Je charakteristická přítomností vnitřního napětí a strachu. Člověku často dělá problém, jak probíhající úzkost konkrétně popsat. U některých se úzkost projevuje jako bušení srdce, bolest břicha, či nemožnost nadechnout se. Jiní zase pociťují tlak na prsou (Kučerová, 2013, s. 26).

Už samotné období těhotenství může být pro ženu zdrojem úzkosti. Obává se o průběh těhotenství, o zdraví plodu či má strach z porodu a nového života, který po porodu nastane. Rozlišujeme proto úzkost z těhotenství a porodu, úzkost z péče o dítě a úzkost jako samotný psychopatologický symptom (Ratislavová, 2008, s. 41). Na vzniku úzkosti se v těhotenství podílí dva základní faktory, biologický a psychosociální. Z biologických faktorů je to především přítomnost hormonálních změn (Procházka, 2020, s. 612; Talová, 2014, s. 32). Literárními zdroji je uváděno mnoho faktorů, které se podílí na vzniku úzkosti. Řadí se mezi ně rizikové, či patologické těhotenství, přítomnost psychických poruch v anamnéze ženy (spánkové obtíže, depresivní a úzkostné poruchy, premenstruační syndrom), vyšší nebo nízký věk těhotné a nízký socioekonomický stav (Procházka, 2020, s. 612). Žena je ovlivněna také negativními zkušenostmi z předchozího těhotenství a porodu (porod mrtvého plodu či prodělaný potrat) a užíváním alkoholu, cigaret či drog (Silva, 2017, s. 6, 7).

Jak je vidno z rizikových faktorů pro vznik úzkosti ženy s rizikovým těhotenstvím mají mnohonásobně vyšší riziko rozvoje úzkosti než ženy s těhotenstvím fyziologickým. U žen se objevují větší obavy o plod, obávají se nejasné budoucnosti těhotenství (Abrar, 2019, s. 19).

Ohledně výskytu úzkosti v jednotlivých trimestrech se vyskytují odlišné názory. Studie dle Silva (2017, s. 6) uvádí, že se úzkost nejčastěji objevuje ve třetím trimestru, celkem

u 42,9 % žen. Naopak v prvním trimestru se úzkost objevovala pouze u 17,9 % žen. Do studie bylo zapojeno celkem 209 těhotných žen. Opačné výsledky uvádí další prováděná studie dle Soto – Balbuena (2018, s. 260), do které bylo zapojeno 664 žen, je nejvyšší výskyt úzkosti v prvním trimestru, celkem 19,5 %. Ve třetím trimestru se vyskytovala u 17,2 % žen, zde byl důvod především strachu z porodu. U druhého trimestru byla úroveň úzkosti vůči ostatním trimestrům nižší, byla přítomna u 16,8 % žen.

Těhotenská úzkost probíhá ve většině případů skrytě, příznaky často korelují s příznaky těhotenskými. Je ale důležité, aby úzkost byla v těhotenství rozpoznána. Abrar (2019, s. 19) uvádí důležitost provádění screeningu, který se ale v České republice momentálně celorepublikově neprovádí. Pokud je ale úzkost diagnostikována, je podstatné zahájit léčbu z důvodu předcházení vzniku úzkostné poruchy (Talová, 2014, s. 35). Dlouhodobě přítomná úzkost má vliv jak na matku, tak na plod. Z hlediska matky je úzkost v těhotenství rizikovým faktorem pro vznik poporodní deprese, preeklampsie, potratu nebo krvácení (Procházka, 2020, s. 612; Silva, 2017, s. 2). Velký vliv má úzkost na psychický a fyzický vývoj dítěte, který je díky ní narušen. Úzkost zapříčiňuje předčasný porod, nízkou porodní hmotnost plodu (Procházka, 2020, s. 612; Talová, 2014, s. 32). V poporodní adaptaci se u novorozenců vyskytuje nižší Apgar skóre v porovnání s novorozenci matek bez úzkostných příznaků (Silva, 2017, s. 2). Z hlediska psychického vývoje mají děti vysoce úzkostných žen v budoucnosti vyšší riziko rozvoje ADHD (Fairbrother, 2015, s. 1).

2.4.2 Prenatální deprese

Prenatální deprese je spolu s poporodní depresí souhrnně nazývána jako perinatální deprese, již se rozumí přítomnost nepsychotické depresivní epizody během těhotenství, anebo během prvního roku po porodu (Milgrom, 2014, s. 14; Sobotková, 2019, s. 299). Jedná se o poruchy s lehčím, či závažným průběhem. Přítomnost prenatální deprese v prvním trimestru se neliší příliš od deprese, která se vyskytuje v běžné populaci (Ertmann, 2019, s. 201). Zlom nastává v druhém a třetím trimestru, kdy je přítomnost prenatální deprese až dvakrát vyšší než v běžné populaci (Bo, 2021, s. 2).

Depresivní příznaky se dle Procházkovy (2020, s. 612) objevují u 25 až 35 % těhotných žen. Podobný názor, 25 % těhotných s depresivními příznaky, zastává také Stuart-Parrigon (2014, s. 468). Odlišná procenta uvádí Sobotková (2019, s. 300), která ve vyspělých státech uvádí prenatální depresi u 7 až 15 % žen. Naopak vyšší procento zmiňuje v rozvojových zemích, kde na těhotné ženy působí mnoho rizikových faktorů, jako je špatná kvalita zdravotní péče, špatná výživa, či špatný socioekonomický stav.

Prenatální deprese se projevuje obdobně jako deprese v běžné populaci. Mezi příznaky se řadí poruchy spánku, únava, změny chuti k jídlu, nedostatek energie, útlum a snížený zájem o oblíbené činnosti. Velkým problémem je ale rozlišení prenatální deprese od fyziologických změn, které se během těhotenství běžně vyskytují (Hájek, 2014, s. 394; Procházka, 2020, s. 612). Právě tyto změny představují riziko pro vznik duševních poruch (Bo, 2021, s. 2). Porodní asistentka, či lékař, by proto měli rozhovorem s klientkou aktivně zjišťovat, zda je přítomno riziko výskytu depresivních příznaků. Zda klientka má v anamnéze výskyt úzkostné či depresivní poruchy (Ertmann, 2019, s. 200).

Na výskyt prenatální deprese má vliv mnoho rizikových faktorů. Prvním a důležitým faktorem je přítomnost deprese v anamnéze těhotné ženy. Z psychosociálních faktorů lze uvést stres v těhotenství, přítomnost domácího násilí na ženě, nízký socioekonomický status, status svobodné matky, nedostatek sociální opory, nezaměstnanost, nízký stupeň vzdělání (Ertmann, 2019, s. 201; Stuart-Parrigon, 2014, s. 468). Dále se na rozvoji prenatální deprese podílí vysoký, či naopak nízký věk těhotné (Bo, 2021, s. 2). Z porodnických faktorů se jedná o negativní zkušenosti z minulého těhotenství, například porod mrtvého plodu či potrat (Stuart-Parrigon, 2014, s. 468). Na rozvoji prenatální deprese má velký podíl také rizikové, nebo patologické těhotenství. Pokud je těhotná kvůli svému stavu hospitalizována, zvyšuje se u ní ještě více úroveň stresu a psychické zátěže. Díky hospitalizaci dochází ke zhoršení již přítomné prenatální deprese, či se vyskytne zvýšené riziko jejího výskytu (Byatt, 2014, s. 643; Dagklis, 2016, s. 1026).

Důležitou otázkou je také zavedení a provádění screeningu. Americká vysoká škola porodnictví a gynekologie (ACOG) doporučuje provádění alespoň jednoho screeningu perinatální deprese a úzkosti (Milgrom, 2014, s. 15). Díky výsledkům lze zahájit včasnou identifikaci přítomnosti prenatální deprese a následnou léčbu, která pomůže k její redukci a sníží se tak výskyt negativních následků jak u matky, ale i u plodu (Rollè, 2020, s. 2). Přesně není dáno, kdy v těhotenství screening provádět (Stuart-Parrigon, 2014, s. 468). Primární péče v České republice je zaměřena více na fyzický stav než na psychický stav těhotné. Zdravotníci často prenatální depresi nediodagnostikují a těhotná žena ve většině případů sama nevyhledá odbornou pomoc. Přiznání si problémů a výskytu deprese je velký krok. Těhotná může mít pocity vlastního selhání, obviňuje se, a především se obává reakce svého okolí, jelikož v dnešní době je stále přítomna stigmatizace. Pokud se ale žena neobrátil na odbornou pomoc, k depresi se postupně přidává i demotivace a tím pádem neochota problém řešit. Prenatální deprese se prohlubuje a tím se zvyšují rizika negativního dopadu (Milgrom, 2014, s. 15).

Otázka výskytu screeningu je proto v dnešní době v České republice více diskutována, jelikož v nynější době není celorepublikově přítomna péče o ženu, která trpí v těhotenství a po porodu psychickými problémy. Od roku 2020 probíhá pilotní projekt screeningu, jehož zakladatelem je MUDr. Antonín Šebela, PhD., který se zaměřuje na psychiku v mateřství. Projekt je realizován Národním ústavem duševního zdraví (NUDZ) a společností Úsměv mámy, která se zaměřuje na psychiku žen v období těhotenství a po porodu. Screening, zaměřující se na psychosociální stres, probíhá online formou testu ve vybraných dvaceti gynekologických ordinacích (nacházejících se v kraji Praha, Středočeském a Olomouckém kraji) a v několika porodnicích (konkrétně ve FN Olomouc, nemocnici Nymburk, Fakultní Thomayerově nemocnici a FN Bulovka). Z výsledku se žena dozví riziko přítomnosti psychických problémů. Pokud je výsledek pozitivní, je těhotná žena oslovena s nabídkou odborné pomoci. Screeningem dosud prošlo na 2000 žen a 200 žen následně využilo odbornou pomoc (Úsměv mámy, 2020).

Těhotné ženy, či ženy v poporodním období mohou využít také mobilní aplikaci Kogito, která je zdarma a vznikla spoluprací NUDZ a Úsměvu mámy. Jedná se o aplikaci, která ženám poskytuje po vyplnění vstupního dotazníku ohledně přítomnosti deprese či úzkosti, okamžitou zpětnou vazbu, kterou je Cesta z deprese či Cesta z úzkosti. Každá z těchto Cest obsahuje celkem pět fází a provází ženu metodami kognitivně-behaviorální terapie a relaxačními technikami. Pokud ženě ze vstupního dotazníku vyjde výsledek potřeby vyhledání odborné pomoci, je přítomen návod, jak pomoc najít (NUDZ, 2015).

Prenatální deprese, stejně jako úzkost, ovlivňuje ženu (ať už s rizikovým i fyziologickým těhotenstvím) vývoj plodu především negativním směrem (Byatt, 2014, s. 643). V tomto případě se rizika shodují s riziky úzkosti. Jedná se velké množství výskytu nepříznivých porodnických výsledků jako je předčasný porod, nízká porodní hmotnost plodu, intrauterinní růstová restrikce plodu (omezení růstu plodu), či preeklampsie u těhotné ženy (Dagklis, 2016, s. 1025; Ertmann, 2019, s. 201; Stuart-Parrigon, 2014, s. 468).

Významný dopad má prenatální deprese na psychický vývoj dítěte, uvádí se narušený sociální a emoční vývoj. Tento fakt je obecně velmi málo uvědomován. Dopady se začínají projevovat již v útlém věku, kdy je narušen spánkový režim novorozence (Goodman, 2019, s. 218). V kojeneckém věku děti reagují na podněty v menší míře, než děti žen netrpících v těhotenství prenatální depresí (Stuart-Parrigon, 2014, s. 468). Děti se vyznačují obtížnější povahou. Mají zvýšené riziko ADHD, poruch chování a vyšší impulzivnost. Závažným problémem jsou také emocionální poruchy, výskyt deprese a úzkosti. Ty se mohou rozvíjet již v dětství a přetrvávat mohou až do mladé dospělosti (Goodman, 2019, s. 218).

Velkou měrou je ovlivněna také samotná žena. Prenatální deprese je významným prediktorem budoucího výskytu poporodní deprese, která je i rizikem pro nezájem o dítě a vytvořením negativního vztahu mezi matkou a dítěte (Dagklis, 2016, s. 1025; Stuart-Parrigon, 2014, s. 468). Je proto důležité prenatální depresi rozpoznat a zahájit léčbu.

3 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství je složitý fyziologický proces, při kterém dochází ke změnám jak tělesným, tak duševním. V rámci duševních změn se žena setkává s novými a neznámými pocity, na které se musí adaptovat (Procházka, 2020, s. 611). Pro zvládnutí nové životní fáze je podstatná pro ženu akceptace jejím okolím. S novou situací a pocity se musí vyrovnat ale také partner, nebo další členové rodiny, kterých se tyto změny také týkají (Bašková, 2015, s. 9, 12).

3.1 Prožívání těhotenství

Každá žena je individuální a originální osoba, a proto každá také odlišně prožívá své těhotenství. Obecně ale lze říci, že se jedná o velmi důležité období transformace, při které se žena nachází v přechodné fázi svého života (Bašková, 2015, s. 9). Na prožívání těhotenství a na samotnou adaptaci na těhotenství má významný vliv, zda těhotenství bylo či nebylo plánované, a zda je dítě chtěné či nechtěné. Těhotenství, jak z medicínského, tak z psychologického hlediska, rozdělujeme do třech trimestrů.

První trimestr je období do 12. týdne těhotenství (Hájek, 2014, s. 32). Nastává nová etapa života ženy, kterou je mateřství. Ve většině případů jsou přítomny ambivalentní emoce, smíšené a protichůdné. Na jedné straně se objevují pocity jako štěstí, radost, naděje, vděčnost či dojetí. Těhotná ale na druhou stranu může vnímat těhotenství jako jednu ze životních krizí. Pociťuje ztrátu svého starého způsobu života, obává se budoucnosti. Tyto obavy často doprovází mnoho emocí, nejčastěji pocity nejistoty a strachu (Ratislavová, 2008, s. 26). Charakteristické pro první trimestr je orientace ženy na sebe samou. Začíná pozorovat známky těhotenství, své měnící se tělo a ujišťuje se, že je opravdu v jiném stavu. Tělo prochází fyziologickými změnami, které působí na psychiku ženy. Může se u ní objevovat nervozita, plačtivost, poruchy spánku, či deprese (Hájek, 2014, s. 63). Celkově se jedná o emotivně náročné období, při které dochází k adaptaci na novou situaci. Většinou se tak těhotná, ale i její partner, mohou cítit zmateně, nebo dezorientovaně (Rollè, 2020, s. 1).

Každý trimestr má v rámci psychologie své úlohy. V rámci prvního trimestru je hlavní úlohou přijetí těhotenství a zvládnutá fáze adaptace na těhotenství. Dle Fiskina (2017, s. 56) je adaptace výrazně snížena u žen s akutními komplikacemi. Rizikové těhotné s přítomností depresivních příznaků se na těhotenství adaptují hůře, úroveň adaptace je výrazně snížena (Fiskin, 2017, s. 62).

Druhý trimestr, období od 13. týdne do 28. týdne těhotenství, se považuje za emočně nejstabilnější období. V tomto období se již začíná utvářet vztah matka – dítě. Žena díky již

přítomným pohybům a rostoucímu bříšku dokáže vnímat plod jako samostatného jedince (Çelik, 2020, s. 170). Jedná se o hlavní úlohu pro druhý trimestr (Bašková, 2015, s. 9). Těhotná se navrácí do běžného způsobu života a těhotenství si začíná užívat. V případě, že má žena nepříjemné zážitky z minulých těhotenství, či právě prožívá rizikové těhotenství, nachází se v období nejistoty (Ratislavová, 2008, s. 26). Obává se možných komplikací, které jsou opět doprovázeny negativními emocemi, jako je úzkost, strach, nejistota. V tomto případě je zvýšená pravděpodobnost výskytu depresivních příznaků a deprese. Těhotná často konzultuje svůj stav se svými kamarádkami, které ji ale svými odpověďmi mohou dosti znejistit a způsobit další obavy, jelikož každé těhotenství je individuální a odlišné. Proto by se žena neměla spoléhat na zkušenosti kamarádek ani na internetové diskuse, které jsou v dnešní době mezi nastávajícími maminkami velmi oblíbené a populární. Podstatná je konzultace stavu s porodní asistentkou, či lékařem.

Typické pro **třetí trimestr** (od 29. týdne těhotenství do porodu) je vytváření a budování „hnízda“ a příprava na příchod nového člena rodiny (Bašková, 2015, s. 10). Jedná se o emočně vypjaté období z důvodu přítomnosti ambivalentních pocitů. Těhotná pociťuje pozitivní emoce, těší se na své dítě, na nový život. Na druhou stranu je před ní porod, který je strašákem, i přes vysokou úroveň zdravotnictví, pro většinu nastávajících maminek, především prvorodiček. Obavy se týkají průběhu porodu, možných komplikací, které by se mohly vyskytnout. Vyskytnout se může také strach ze smrti a obavy o zdraví dítěte (Ratislavová, 2008, s. 26). Jedná se o fyziologicky běžný jev. Strach z porodu byl poprvé popsán již v roce 1858 francouzským psychiatrem Louisem Victorem Marcém. Jedná se o výskyt úzkostí a obav, které v těhotenství prožívají ženy (Nilsson, 2018, s. 1). Uvádí se, že tento stav prožívá až na 80 % těhotných a častěji se objevuje právě u prvorodiček. Strach, který přetrvává i během porodu má negativní dopad na samotný zážitek z porodu, který může trvat déle a může skončit také operačním vaginálním porodem (využití kleští či vakuumextraktoru), nebo i císařským řezem (Serçekuş, 2016, s. 167). U žen by během těhotenství, a především před porodem mělo dojít k posílení jejich sebedůvěry a sebevědomí. Důležitým prvkem se ukázaly být předporodní kurzy, či podávání potřebných informací zdravotnickým personálem v rámci prenatalních poraden (Bašková, 2015, s. 9). Dokazuje to studie dle Serçekuşe (2016, s. 171), která potvrdila zvýšení sebedůvěry těhotné při dostatečné edukaci a snížení strachu z porodu.

Porodní asistentka během celého těhotenství předává informace prostřednictvím předporodních kurzů a cvičení pro těhotné. Pozitivem je také setkávání se s dalšími těhotnými ženami, zařazení se do komunity, kde dochází k výměně zážitků, obav či radostí. Začlenění je

důležité především pro prvorodičky. Při pravidelných prenatalních kontrolách navazuje s klientkou kontakt a dochází k budování důvěry na úrovni zdravotník – klientka.

3.2 Nepříznivé faktory ovlivňující těhotenství

Těhotná žena může v počátku těhotenství, nebo v jeho průběhu, čelit výskytu faktorů, které těhotenství ovlivňují negativním směrem. Díky nim může docházet ke vzniku prenatalní deprese, úzkosti, zhoršené adaptaci na těhotenství a také ke vzniku negativního pohledu na období těhotenství. Mezi nejčastěji uváděné faktory se řadí: těhotenství dívek pod 20 let, těhotenství u žen nad 35 let, nechtěné těhotenství, negativní socioekonomické faktory a samotné rizikové těhotenství (Ratislavová, 2008, s. 29-34).

3.2.1 Těhotenství u dívek pod 20 let

Uvádí se, že celosvětově na 11 % dívek porodí v adolescentním věku (Kamalak, 2016, s. 427). Nízký věk pro těhotenství je jeden z faktorů, které těhotenství ovlivňují negativním směrem. Dívky v tomto období hledají samy sebe a snaží se vyznat se ve svých pocitech. Nemají ještě úplnou schopnost přemýšlet jako dospělé ženy. Těhotenství i u adolescentních dívek lze rozdělit na chtěné či nechtěné. U chtěného těhotenství se většinou jedná o touhu osamostatnit se od své vlastní rodiny, a tím pádem rychleji dospět. Častější je ale však těhotenství nechtěné, které vzniká z krátkodobého, či náhodného vztahu (Ratislavová, 2008, s. 29).

Těhotenství v brzkém věku je často zapříčiněno nestabilitou v rodině, nepřízní osudu, či nedostatečnou pozorností vůči dívce. Velký vliv na dívku má její rodina, především právě matka či starší sestra dívky. Právě ony utváří u dívky hodnoty ohledně těhotenství. Pokud tedy matka či starší sestra byly samotné matkou v adolescentním věku, je zvýšené riziko, že se dívka stane také nezletilou matkou (Wall-Wieler, 2016, s. 2).

Těhotenství v nízkém věku má mnoho rizik, jak pro matku, tak dítě. Řadí se mezi ně výskyt předčasných porodů, nízká porodní hmotnost novorozence či vyšší novorozenecká mortalita (Ratislavová, 2008, s. 29; Wall-Wieler, 2016, s. 2). Děti do budoucna trpí často zdravotními problémy, či vývojovými vadami (Wall-Wieler, 2016, s. 2). U adolescentních matek je vyšší riziko výskytu perinatální deprese, dívka často není na těhotenství psychicky připravena (Kamalak, 2016, s. 427). Ocítá se pod velkým tlakem rychlého dospění a schopnosti se o dítě postarat. Často dívka pociťuje samotu, hněv, bezmoc, nebo izolovanost od lidí ve stejném věku.

3.2.2 Těhotenství u žen nad 35 let

Těhotné ženy nad 35 let jsou v dnešní době vnímány jako ženy, které jsou ambiciózní a obvykle označovány za „kariéristky“. Je pravda, že většina žen chce využít možností, které dnešní doba nabízí. Možnosti vzdělávání, větší možnosti výběru kariéry a také využití kariérního postupu. Ale většina lidí si neuvědomuje fakt, že žena nemusí najít vhodného partnera, nebo může být nemocná, a proto nemůže otěhotnět (Cohen, 2014, s. 252). V roce 2012 byla ve Velké Británii provedena studie, která se zajímala o důvody, proč ženy oddalují těhotenství. Ženy uvedly faktory, které ovlivňují otěhotnění. Nejvíce uváděly přítomnost vhodného partnera, finanční zabezpečení, dále zdraví ženy a její plodnost (Cooke, 2012, s. 33). Na těhotné ženy nad 35 let je často pohlíženo s předsudky, nejen společností, ale i samotnými zdravotníky (Cooke, 2012, s. 37).

Z pohledu psychiky má starší žena ustálené své životní hodnoty. Ví, co od života požaduje. Zde se může objevovat konflikt mezi uspokojením potřeb ženy a dítěte. Žena je zvyklá na uspokojování pouze svých potřeb a přizpůsobení se dítěti jí může způsobovat problémy. V těhotenství se u ženy objevuje úzkost, má zvýšené obavy, jelikož ví o možných komplikacích (Ratislavová, 2008, s. 29). Negativní pocity se objevují především pokud se jedná o prvoroďčku.

Těhotenství ve vyšším věku má mnoho rizik. Proto je žena často zařazena do rizikového těhotenství. Vyskytují se chronická onemocnění jako hypertenze, DM, či obezita. Tato onemocnění také souvisí s komplikacemi, které mohou nastat v těhotenství – preeklampsie, těhotenská cukrovka. Dále se u žen nad 35 let objevuje placenta praevia, nebo riziko chromozomálních abnormalit, nejčastěji výskyt Downova syndromu (Cohen, 2012, s. 252-253; Roztočil, 2017, s. 244).

3.2.3 Nechtěné těhotenství

Ze všech těhotenství je až 38 % těhotenství nechtěných (Ali, 2016, s. 507) a vyskytuje se častěji u mladých žen a v období adolescence. Jedná se poměrně o vysoké číslo, kdy žena stojí před rozhodnutím, zda si dítě ponechat či nikoliv. Pokud se rozhodne pro ponechání, či je pozdě na podstoupení umělého přerušování těhotenství, objevují se negativní pocity, které vnímá sama vůči sobě, ale i vůči svému partnerovi a vůči samotnému dítěti (Ratislavová, 2008, s. 30). Díky vzniklým negativním pocitům může těhotná žena získat negativní pohled na těhotenství jako takové (Akbarzadeh, 2015, s. 188). Celá vzniklá situace také působí na partnera těhotné ženy. Ten může mít také stejný negativní postoj a ženy jsou v nechtěném těhotenství více vystaveny riziku týrání, ať už se jedná o týrání psychické, ale i fyzické.

U nastávajících rodičů, především ale u těhotné, je zhoršená adaptace na těhotenství. Jak se ale těhotenství postupně vyvíjí a je na ženě opticky vidět, adaptace se zlepšuje a rodiče nakonec dítě přijmou. Zhoršená adaptace se týká také rodičovství a hůře se vyvíjí vazba rodič – dítě (Guterman, 2015, s. 161). Dle studie od Bahka (2015, s. 8) je mnohem vyšší přítomnost konfliktů mezi parterý a po narození dítěte se partner méně účastní péče o dítě a mnohdy také od ženy odejde.

Opět je zde riziko předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti novorozence. U dětí z nechtěného těhotenství se objevuje problémové chování a je u nich vyšší nebezpečí pro užívání návykových látek (Akbarzadeh, 2015, s. 188; Bahk, 2015, s. 1).

Dle studie od Aliho (2016, s. 511) je u těchto žen ovlivněno více duševní zdraví, než fyzické. Objevuje se u nich opět zvýšené riziko perinatální deprese (Bahk, 2015, s. 2, 8). Se zdravím jsou narušeny také vztahy v rodině, přáteli. Žena se věnuje kratší čas domácím pracím než před těhotenstvím (Ali, 2016, s. 511). Nepřestane se vyskytovat ani rizikové chování žen jako je kouření, užívání drog, či pití alkoholu (Bahk, 2015, s. 1). Do skupiny rizikového chování lze zařadit také nepodstupování prenatalní péče v případě špatného socioekonomického stavu, které je ze strany nastávající matky velmi riskantní (Ali, 2016, s. 507).

3.2.4 Rizikové těhotenství

3.2.5 Negativní socioekonomické faktory

Do nízkého socioekonomického statusu lze zařadit ženy, které jsou svobodné a žijí ve špatných sociálních a ekonomických podmínkách (Ratislavová, 2008, s. 30). U těchto žen se velmi často vyskytuje absence emoční podpory, především od partnera, ale také od okolí (Byrd-Craven, 2013, s. 375). V důsledku těchto podmínek, ve kterých se těhotná žena nachází, dochází k neuspokojování lidských potřeb jako jsou základní tělesné a fyziologické potřeby, potřeba bezpečí a jistoty, potřeba lásky či potřeba uznání a úcty. Ženy jsou pravděpodobně velmi často vystavovány stresu, který se postupně stává chronickým. Díky stresu se zvyšuje riziko výskytu prenatalní deprese (Byrd-Craven, 2013, s. 374). Jako u předchozích negativních faktorů, které ovlivňují těhotenství, nízký socioekonomický status vystavuje ženu zvýšenému riziku předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti novorozence (Ratislavová, 2008, s. 30).

V roce 2013 byla provedena studie (Byrd-Craven, 2013, s. 374-378), která se zabývala sociální oporou u těhotných žen s nízkým socioekonomickým statutem. Studie nebyla

ale prováděna na velkém vzorku žen, zapojilo se pouze 31 těhotných žen. Proto nelze výsledky studie zobecňovat. Jsou ale zajímavé, především ty, které se týkají sociální opory ženy v přátelích. Těhotné ženy, aby se vyrovnaly se stresem, který díky své situaci prožívaly, komunikovaly a diskutovaly se svými přáteli. Ve výsledku se jim ale úroveň stresu ještě zvýšila v souvislosti se zvyšující se frekvencí diskuze. Dále se ve studii potvrdila důležitost sociální opory partnera. V případě, že se partner o dítě zajímal, žena se nacházela v psychické pohodě. Pokud tomu bylo naopak, u ženy bylo zvýšeno riziko výskytu prenatální deprese (Byrd-Craven, 2013, s. 376).

Je důležité, aby těhotná žena s nízkým socioekonomickým statuse vnímala, že jí okolí podporuje, a že má možnost se na někoho obrátit. Tuto úlohu může převzít také porodní asistentka, která například ženě zprostředkuje kontakt se sociální pracovnící, pomůže vyhledat neziskovou organizaci, či azylový dům.

4 DEPRESE

Pojem deprese se v dnešní době používá běžně pro skleslou a smutnou náladu. Toto označení je ale chybné, jelikož se z medicínského hlediska jedná o psychiatrické onemocnění, které je charakteristické především pro poruchu nálady (Kučerová, 2013, s. 23). Deprese je jedna z nejčastějších psychických poruch, která se vyskytuje celosvětově u 3,8 % populace. Jelikož pacienti velmi často přemýšlejí o sebevraždě, až 700 000 lidí ročně své myšlenky uskuteční (WHO, 2021). Jedná se o velké množství osob, které jsou depresí postiženi. Proto WHO (2021) roku 2013 začalo uskutečňovat strategii (WHO's Mental Health Action Plan 2013-2030), kdy právě deprese představuje jednu z priorit. Cílem WHO je zlepšit poskytovanou péči pro osoby s duševním a neurologickým onemocněním.

Na vzniku deprese má podíl mnoho rizikových faktorů. Nejčastějším rizikovým faktorem je prožití těžké životní situace a prožité změny v životě (WHO, 2021). Do této skupiny těžkých životních situací lze zařadit úmrtí blízké osoby, ztrátu zaměstnání, vážné onemocnění, či výrazné životní změny. Pod pojmem životní změna si lze přestavit pubertu, narození dítěte, šestinedělí či menopauzu (Praško, 2012, s. 11, 49). Praško (2012, s. 48-53) také uvádí možnost dědičnosti deprese a vlivu prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá a žije. V případě dědičnosti nedochází k přímému dědění deprese, ale pouze její vlohy. Rodina ovlivňuje jedince ve všech směrech, a to i v případě budoucího výskytu deprese. Příčinou je příliš kritická výchova, díky které může mít jedinec nízké sebevědomí, nevědomost vlastních hodnot, neschopnost sám sebe pochválit. Velmi zatěžující je pro dítě také brzké odloučení od matky.

Deprese je psychická nemoc duše, ale i samotného těla. Pro onemocnění jsou nejčastější tři hlavní příznaky, podle kterých také dochází ke stanovení diagnózy deprese. Takács (2015, s. 77) a Raboch (2018, s. 3) uvádí diagnostiku dle příznaků podle Mezinárodní klasifikace nemocí. Pro potvrzení diagnózy deprese u jedince musí být přítomny alespoň dva hlavní a alespoň dva vedlejší příznaky. Mezi hlavní příznaky se řadí pokleslá nálada, či přetrvávající smutek, přítomnost výrazné únavy či pokles energie, snížený zájem o oblíbené aktivity. Příznaků, které jsou již vedlejší, je velká řada. Charakteristická je snížená chuť k jídlu či hubnutí, poruchy spánku, sebevražedné myšlenky, pesimistické myšlenky na budoucnost, snížená sebedůvěra, špatné soustředění, pocit viny. Depresivní příznaky musí být přítomny déle jak dva týdny, jedinec by je měl pociťovat většinu dnů a během většiny dne. Praško (2012, s. 21-23) také uvádí přítomnost tzv. depresivních tělesných příznaků, jelikož deprese působí také na lidský organismus. Jedinec může pociťovat svalové slabosti,

pocení i závratě. Často je popisována neschopnost nadechnout se a přítomnost velkého tlaku na hrudi s bušením srdce.

Depresi rozdělujeme na tři základní fáze podle závažnosti přítomných příznaků a podle schopnosti fungování v běžném životě (WHO, 2021). První je forma **mírné fáze deprese**. Při ní dochází k normálnímu fungování v každodenním životě. Člověk vykonává činnosti s nižší výkonností a je pomalý. Objevuje se ztráta zájmu o oblíbené aktivity. Začíná vyhýbání se přátelům a dochází k uzavírání se do sebe. Léčba mírné deprese probíhá ambulantní léčbou. Druhou formou je **střední fáze deprese**. Zde už se objevují závažné příznaky deprese. Člověk se izoluje od ostatních lidí, pociťuje méně energie a je přítomné výrazné zpomalení. Každodenní činnosti už vykonává velmi těžce a není schopen svého pracovního života. Typický je výskyt sebevražedných myšlenek, které jsou důvodem pro hospitalizaci. Třetí a nejzávažnější formou je **těžká fáze deprese bez psychotických příznaků a s psychotickými příznaky**. Pro obě skupiny platí, že člověk není schopen vykonávat každodenní aktivity. Nevidí v životě smysl, přestává se starat už i sám o sebe. Dělá mu problém vstát z postele, většinu času pouze leží. Myšlení a mluvení jsou výrazně zpomalené. V případě těžké fáze deprese s psychotickými příznaky jsou navíc přítomny také bludy a halucinace. Při těžké fázi je člověk léčen za hospitalizace (Praško, 2012, s. 11-12; Raboch, 2018, s. 4).

4.1 Depresivní stavy v období těhotenství a šestinedělí

Psychické změny se nevyhýbají ani těhotným ženám a ženám po porodu. Jsou to právě ony, které jsou velmi náchylné pro depresivní stavy, především z důvodu hormonálních změn. Podstatné je zachytit depresivní symptomy co nejdříve a zahájit adekvátní léčbu.

Součástí diagnostiky depresivních stavů v perinatálním období je využití sebehodnotících dotazníků. Nejvyužívanějším a nejrozšířenějším dotazníkem je **Edinburská škála poporodní deprese** neboli EPDS, který je využíván i v České republice. Jedná se o validovaný a sebezposuzovací dotazník, který je určen nejen pro ženy v šestinedělí. Je možné, aby jej využívaly také ženy během těhotenství. Obsahuje deset otázek, které se zaměřují na přítomnost úzkostí, symptomů deprese a na iritabilitu (Procházka, 2020, s. 614). Odpovědi na otázky jsou bodovány od 0 bodů do 3 bodů. Čím vyšší bodové hodnocení žena uvede, tím závažnější jsou příznaky. Pokud výsledek dotazníku je nad deset bodů či více, je zde možná přítomnost deprese (Takács, 2015, s. 78).

Dalším dotazníkem je **Beckova škála deprese**, neboli BDI-II, který byl použit pro kvantitativní výzkum a je popsán v kapitole Metodika výzkumu.

4.1.1 Prenatální deprese

4.1.2 Poporodní blues

Poporodní blues, také označovaný jako „baby blues“, je velmi častý psychický stav, který se v dnešní době považuje za běžný. K jeho rozvoji dochází nejčastěji druhý až třetí den po porodu (Balaram, 2021; Procházka, 2020, s. 613). Prevalence se pohybuje mezi 15 až 85 % (Okunola, 2021, s. 1). Ve většině případů dochází k samovolnému odeznění příznaků, nejčastěji do dvou týdnů. Pokud nedojde ke zlepšení stavu ani po dvou týdnech či jsou přítomny závažné symptomy, můžeme mluvit již o poporodní depresi, která se rozvíjí u 25 % žen trpící poporodním blues (Balaram, 2021; Šebela, 2018, s. 469). Je proto důležité vést s klientkou rozhovory a soustředit se na její psychický stav, a také na možnou přítomnost sebevražedných myšlenek, které jsou indikátorem přítomnosti poporodní deprese či poporodní psychózy. Velmi vhodné je také komunikace s rodinou klientky a zajištění podpory z jejich strany.

Na výskyt poporodního blues má vliv mnoho rizikových faktorů. Žena je k tomuto psychickému stavu více náchylná, pokud se jedná o její první porod, pokud trpěla na změny nálad během menstruačního cyklu a během těhotenství, pokud má v osobní, či rodinné anamnéze přítomnost deprese či poporodní deprese. Vliv má také nízký socioekonomický stav, neshody v partnerském vztahu (Balaram, 2021; Okunola, 2021, s. 1). Jako rizikový faktor lze vnímat novorozence ženského pohlaví. Studie, provedenou Okonulou (2021, s. 3), tento jev potvrzuje. Byla provedena studie o prevalenci poporodního blues a přítomnosti rizikových faktorů, které jsou s tímto psychickým stavem spojeny. Výzkum probíhal v Nigérii a zúčastnilo se na 292 žen po porodu. Poporodní blues bylo potvrzeno u 133 žen (45,5 %). Ženské pohlaví novorozence bylo přítomno u 81 žen (50 %).

Stav lze charakterizovat jako krátkou a mírnou poruchu nálady, kterou lze označit jako labilní (Šebela, 2018, s. 469). Mezi typické příznaky se řadí dysforická nálada a mírné depresivní příznaky. Žena pociťuje vyčerpání, ke kterému se pojí poruchy spánku a podrážděnost. Může být přítomna zmatenost, přecitlivělost a snížení koncentrace. Pociťuje smutek a častěji pláče (Balaram, 2021; Procházka, 2020, s. 613). Vůči novorozenci pociťuje stavy úzkosti a často není schopna k němu pociťovat mateřskou lásku, za což se následně obviňuje (Hájek, 2014, s. 449; Takács, 2015, s. 79). Na druhou stranu je ale pro

poporodní blues charakteristická také proměnlivost stavu, nemusí docházet k poklesu nálady po celou dobu. Žena může mít chvíle, kdy se cítí psychicky naprosto v pořádku (Šebela, 2018, s. 469; Takács, 2015, s. 79).

4.1.3 Poporodní deprese

O poporodní depresi se ve společnosti hovoří velmi pomálu, i když se jedná o jednu z nejčastější poporodní komplikace, která ženu může postihnout (Takács, 2015, s. 75). Často je tento stav mylně zaměňován za poporodní blues, jelikož se většina příznaků shoduje. Žena je vyčerpaná a unavená, pociťuje úzkosti, má poruchy chuti k jídlu a obviňuje sebe samotnou. Oproti poporodnímu blues se jedná o závažný stav hlubší poruchy nálady (Hájek, 2014, s. 449). Je přítomno psychomotorické zpomalení a především sebevražedné (suicidální) myšlenky a myšlenky na usmrcení dítěte (infanticidální). Již zmíněná infanticida má vysokou prevalenci. Ženy o usmrcení vlastního dítěte přemýšlí až ve 40 % případů. Ale pouze ve 4 % dojde k samotné realizaci (Takács, 2015, s. 79).

Výskyt poporodní deprese se pohybuje do 20 % (Cernadas, 2020, s. 154; Takács, 2015, s. 75). Bell (2016, s. 113) uvádí výskyt v západních zemích od 13 do 19 %. Celkově ale procenta výskytu nemusí odpovídat realitě, jelikož je mnoho žen, které se za svůj psychický stav stydí a svou situaci neřeší. Tento postup ale není vhodný, jelikož i tento poporodní stav skýtá mnoho následků, jak pro matku, tak pro novorozence. Kvůli depresivním epizodám dochází k horšímu navázání vztahu matka – novorozenec. Často dochází také k zanedbání péče o novorozence, ale matka může zanedbávat i péči o sebe. Nejhorším následkem poporodní deprese je sebevražda ženy či zavraždění novorozence. Depresivní epizody mají vliv také na emocionální a kognitivní vývoj dítěte. Poruchy se objevují více u chlapců a týkají se výskytu úzkostných poruch, horšího vyrovnávání se se stresem, nízké úrovně empatie (Becker, 2016, s. 31; Bell, 2016, s. 113). Veškerým negativním následkům se zdravotníci snaží předejít rozhovorem s ženou, správnou diagnostikou a následnou léčbou, která je ve většině případů medikamentózní.

Pokud se u ženy poporodní deprese objeví, buď se jedná o začátek psychiatrického onemocnění či o relaps dříve diagnostikovaného onemocnění. Takács (2015, s. 76) uvádí, že 20 až 30 % žen trpících poporodní depresí mají přítomnost depresivních epizod v anamnéze. Právě přítomnost deprese či úzkosti v osobní, či rodinné anamnéze, představuje největší rizikový faktor. Konkrétně se může jednat o prenatální depresi a prenatální úzkost (ať už v nynějším, nebo v předchozím těhotenství), přítomnost depresivních epizod. Mezi další rizika pro vznik z oblasti těhotenství se řadí neplánovaná gravidita, nechtěná gravidita, mladší,

či starší věk ženy, přítomnost vrozené vývojové vady u novorozence a chybějící podpora okolí (Cernadas, 2020, s. 154; Takács, 2015, s. 76). Psychika ženy je ovlivněna také přítomností porodních komplikací, neprovedením včasného bondingu (přímý kontakt kůže matky a kůže dítěte ihned po porodu), ale také předčasným porodem (Bell, 2016, s. 113).

4.1.4 Poporodní psychóza

Poslední z psychických poruch z období šestinedělí je poporodní psychóza. Jedná se o nejzávažnější z výše uvedených stavů (Procházka, 2020, s. 613; Raza, 2021, s. 2). V minulosti, občas i v dnešní době, byla poporodní psychóza mylně označována pojmem „laktační psychóza“. Nebylo ale dokázáno, že by začátek psychózy souvisel s kojením (Hájek, 2014, s. 449; Šebela, 2019, s. 83). Největším rizikovým faktorem pro vznik jsou psychické poruchy. Nejčastěji se jedná o bipolární afektivní poruchu, schizofrenii, poporodní psychózu (O'Hara, 2014, s. 6; Raza, 2021, s. 2-3). Tato onemocnění jsou riziková jak v osobní, či rodinné anamnéze, kdy se v případě již preexistujícího psychického onemocnění jedná o jeho exacerbaci. Di Florio (2013, s. 148) uvádí 50 % žen trpící poporodní psychózou nemají v anamnéze přítomnost psychiatrického onemocnění. V tomto případě je vhodné uvést i další rizikové faktory, které se shodují s rizikovými faktory u poporodního blues, nebo deprese. Jedná se o dítě ženského pohlaví, primigraviditu, komplikace během těhotenství, nebo také během porodu, spánková deprivace (Di Florio, 2013, s. 146; Raza, 2021, s. 2, 3).

Výskyt psychózy je ale velmi vzácný, prevalence onemocnění je nízká. Procentuálně postihuje na 1 % žen (Procházka, 2020, s. 613). Šebela (2019, s. 83) uvádí, že se jedná o onemocnění jedné až dvou žen na 1000 porodů. Konkrétně se o času výskytu psychózy autoři rozcházejí. Takács (2015, s. 79) uvádí výskyt příznaků během prvních dvou až tří týdnů po porodu. Oproti tomu Raza (2021, s. 2) uvádí objeví se psychózy až šest týdnů po porodu.

Nástup onemocnění je velmi náhlý, nečekaný a dochází k rychlému zhoršení stavu ženy (Di Florio, 2013, s. 148). Proto poporodní psychózu označujeme za akutní stav. Obecně u ženy dochází ke kolísání nálady, k výskytu depresivních epizod, úzkosti a výrazné zmatenosti (Procházka, 2020, s. 613; Takács, 2015, s. 78). Oproti již zmíněným poruchám v šestinedělí se objevují velmi závažné projevy. Žena ztrácí kontakt s realitou a vyskytuje se u ní bizarní chování. To je často zapříčiněno kognitivní poruchou, která připomíná delirantní stav. Chování ženy je také ovlivněno přítomnou paranoiou s bludy a halucinacemi, které jsou jak sluchové, tak čichové i hmatové. Žena s poporodní psychózou trpí také sebevražednými myšlenkami a vražednými myšlenkami (zejména infanticidní myšlenky). Svě dítě pod vlivem

přítomných bludů může vnímat jako vetřelce, či d'ábla a může ho usmrtit (O'Hara, 2014, s. 6). Velkým problémem jsou rychlé změny klinického stavu ženy, kdy příznaky mohou velmi rychle měnit svou intenzitu (Di Florio, 2013, s. 148). Proto je nezbytné poporodní psychózu včasné léčit, a to vždy za hospitalizace na psychiatrickém oddělení (Takács, 2015, s. 79).

4.2 Komunikace s depresivní pacientkou

Komunikace s pacientkou, která trpí depresí, je důležitá pro samotnou léčbu a také pro ujištění pacientky, že na onemocnění není sama. Vyjádření podpory a pochopení je pro tyto pacienty velmi podstatné (Depression: MHFA Guidelines, 2021, s. 4). Již z řeči člověka lze rozpoznat, že trpí depresí. Řeč je často zpomalená, smutná a je z ní slyšet trápení dané osoby. V rozhovoru může docházet k tomu, že pacientka nemluví o svém stavu otevřeně (Gulášová, 2014). Proto je velmi podstatné získání důvěry pacientky, jak už je tomu v samotných zásadách obecné komunikace ve zdravotnictví.

Pro správnou komunikaci s depresivním člověkem platí několik zásad. Jak již bylo řečeno, vybudování důvěry je nejdůležitějším bodem pro pacientku. Docílení tohoto stavu lze pomocí projevení úcty, pochopení a respektu. Pro pacienty s depresí je podstatné vědět, že se o ně někdo zajímá a je tu kdykoliv pro něho. Dodávání pocitu, že člověk je důležitý, není na světě na všechno sám a připomenout mu jeho silné stránky, které člověk v tu chvíli sám nevidí (Depression: MHFA Guidelines, 2021, s. 3, s. 6; Praško, 2012, s. 83). Dalším bezpochybným bodem správné komunikace je empatie. Měli bychom být empatičtí vůči vyjádřeným emocím, náladám a citům, které pacientka popisuje a měla by jim být věnovaná pozornost, jelikož se jedná o podstatnou část léčby deprese. Pokud pacientka hovoří a my s jejími názory nesympatizujeme, rozhodně bychom měli její postoje respektovat (Depression: MHFA Guidelines, 2021, s. 2).

Pro rozhovor s pacientkou bychom si měli vynahradiť dostatek času, především kvůli přítomnosti zpomaleného myšlení a pomalého chápání. I v tomto ohledu bychom se během rozhovoru měli aktivně doptávat a ujišťovat se, zda pacientka informacím porozuměla. K lepšímu porozumění přispívá také zřetelnost sdělení a jednoduchost vět, které bychom měli volit (Gulášová, 2014). Během konverzace bychom měli pacientku především vyslechnout, a to bez jejího vyrušování. Vhodné je také povzbuzení k vyjádření jejích pocitů a myšlenek. Jestliže pacientka nechce o nějakém tématu mluvit, neměli bychom ji nutit (Depression: MHFA Guidelines, 2021, s. 4). V případě verbální komunikace bychom měli pokládat otevřené otázky pro zjištění, jak pacientka přemýšlí. I pokládání otázek pacientce ukazuje, že o ni projevujeme

zájem (Depression: MHFA Guidelines, 2021, s. 5). Náš hlas by měl být vlídný a přesvědčivý. Při rozhovoru bychom měli zvážit každé slovo, jelikož bychom mohli pacientku urazit. To stejné platí také pro vtipkování, i když může být myšleno dobře. Dalším bodem je mlčení, které je v obecné komunikaci vnímáno dobře. Depresivní pacient ale může mlčení vnímat jako svou chybu. Proto je vhodné, aby byl rozhovor veden v pomalém tempu řeči a byly přítomny pouze odmlky (Gulášová, 2014). Neverbální komunikace zahrnuje především udržování očního kontaktu. Měli bychom sedět vedle pacientky s mírným náklonem směrem k ní a vyhnout bychom se měli rušivým gestům, jako je například poklepávání nohou, či uhýbání pohledem (Depression: MHFA Guidelines, 2021, s. 4–5).

Zcela nevhodné při komunikaci je zlehčování problémů a stavu, který pacientka udává. Kvůli bagatelizaci dochází ke zhoršení deprese a pacientka může pociťovat opětovný pocit bezmoci a začne se opět obviňovat za to, v jakém stavu se nachází (Gulášová, 2014; Praško, 2012, s. 83). Není možné abychom zlehčovali pocity druhého, jelikož nejsme v jeho situaci. Pacientce v danou chvíli musíme být oporou, nesmíme zlehčovat její utrpení (Gulášová, 2014).

5 KVALITA ŽIVOTA

Definovat kvalitu života je těžkým úkolem, jelikož existuje řada definic. Proto přesný popis není pevně dán (Gurková, 2011, s. 23). Podstatná je definice dle WHO (THE WHOQOL GROUP, 1995, s. 1405) definuje kvalitu života jako „*individuální vnímání pozice jedince v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých jedinec žije a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, standardům a zájmům*“. Díky tomu lze usoudit, že termín kvalita života úzce souvisí také s definicí zdraví, které je také definováno WHO (WHO Constitution, 2022) jako „*stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci či vady*“. Kvalitu života lze charakterizovat také jako proces hodnocení životních podmínek jedince, který je podmíněný kulturou (Gurková, 2011, s. 88, 89).

V oblasti individuální kvality života jsou určeny tři hlavní přístupy. Prvním je **sociologický přístup**. Právě v oblasti sociálních věd probíhaly první výzkumy v rámci kvality života v 60. až 70. letech 20. století, kdy se zkoumala kvalita života vzhledem ke společnosti (Gurková, 2011, s. 28). Ze sociologického hlediska jsou podstatné sociální atributy, jako je status jedince, jeho majetek, vzdělání a rodinný stav. Je proto zkoumán vliv těchto indikátorů na samotnou kvalitu života, která je definována jako subjektivní životní pocit (Payne, 2005, s. 211). Dalším přístupem je **psychologický přístup**, ve kterém jsou podstatné pojmy jako pohoda, štěstí, smysl života či spokojenost jedince (Gurková, 2011, s. 30). Dochází ke zjišťování životní spokojenosti, která je vnímána jako subjektivní hodnocení kvality života. Jedná se o spokojenost jedince s okolnostmi, které se v jeho životě objevují a zda je schopen je přijmout (Theofilou, 2013, s. 151). Třetím je **medicínský přístup**, kdy se právě termín kvalita života začala objevovat od 70. let 20. století také v oblasti medicíny a ošetřovatelství. Kvalitu života je zkoumána skrze fyzické zdraví jedince a jako psychosomatiku (Payne, 2005, s. 211). Zdravotníka by tedy mělo zajímat, jakou má pacient kvalitu života v souvislosti s jeho léčbou. Od 80. let 20. století došlo v rámci tohoto přístupu k zavedení a používání konceptu Health Related Quality of Life (HRQOL), kvalitu života ovlivněnou zdravím (Gurková, 2011, s. 81). Payne (2005, s. 211) definuje HRQOL jako „*subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a vedlejšími účinky*“. Oproti tomu Theofilou (2013, s. 158) popisuje jako „*optimální úroveň duševního, fyzického a sociálního fungování, včetně vztahů a vnímání zdraví, kondice, životní spokojenosti a pohody jedince*“. Nicméně se koncept HRQOL skládá ze dvou částí, objektivní a subjektivní. Objektivní část zkoumá, zda došlo ke splnění sociálních a materiálních požadavků, které jsou podstatné pro život a také zkoumá fyzické zdraví jedince. Subjektivní část se zaměřuje na jedincovu subjektivní pohodu,

a zda je spokojen se svým životem. Zahrnuty jsou zde také jedincovy cíle, očekávání, hodnoty, či zájmy (Gurková, 2011, s. 57; Theofilou, 2013, s. 151).

V rámci měření kvality života je možné využívat mnoho nástrojů. Theofilou (2013, s. 152) uvádí, že v roce 2013 se vyskytovalo na tisíc nástrojů určených pro měření kvality života. Tyto nástroje lze rozdělit do dvou skupin, generické a specifické (Gurková, 2011, s. 145; Theofilou, 2013, s. 152). Využití generických nástrojů se využívá v běžné populaci pro měření kvality života. Lze je aplikovat u všech jedinců (Theofilou, 2013, s. 152). V České republice nejčastěji dochází k používání dotazníků od skupiny WHOQOL, dotazníku SF-36 a EQ-5.

Pro zjištění HRQOL jedince se nejčastěji používá dotazník **SF-36** (Theofilou, 2013, s. 152). Jedná se o nástroj, který je standardizován a zaměřuje se na jedincovo fyzické zdraví a duševní zdraví, což jsou dvě základní škály. Celkem obsahuje 36 položek. Gurková (2011, s. 145) popisuje následující rozdělení. Škála fyzického zdraví obsahuje pět subškál, jimiž jsou celkové vnímání zdraví, fyzická bolest, omezení vykonávat běžných rolí kvůli fyzickým zdravotním problémům, omezení vykonávat sociální aktivity kvůli fyzickým a emocionálním problémům, omezení vykonávat fyzické aktivity kvůli zdravotnímu problému. Škálu duševního zdraví rozděluje Gurková (2011, s. 145) dle svého popisu do čtyř subškál, jimiž jsou jedincova vitalita, omezení vykonávat obvyklé činnosti kvůli emocionálním problémům, omezení vykonávat sociální aktivity kvůli emocionálním problémům, všeobecné duševní zdraví. Možné je také použít jeho zkrácenou verzi kterou je dotazník SF-12 se dvanácti otázkami.

Dalším často využívaným nástrojem jsou dotazníky sestavené pracovní skupinou WHOQOL, které vznikly díky výzkumům v 17 zemích. Sto otázkový dotazník **WHOQOL 100** obsahuje šest základních domén, mezi které se řadí fyzická kvalita života, psychická kvalita života, nezávislost jedince, sociální vztahy, prostředí jedince, spiritualita (Gurková, 2011, s. 71; THE WHOQOL GROUP, 1995, s. 1405). Zkrácenou verzi oproti WHOQOL 100 je **WHOQOL-BREF** s 26 položkami. Dotazník byl použit pro kvantitativní výzkum praktické části a je popsán v kapitole Metodika výzkumu. Pro měření kvality jedinců nad 65 let je určen modul **WHOQOL OLD**, nástroj pro měření kvality života vyššího věku (Adiktologie, 2019). Tento dotazník může být použit společně s dotazníkem WHOQOL 100 či WHOQOL-BREF (Gurková, 2011, s. 168).

EQ-5D je nástroj k hodnocení zdravotního stavu jedince díky objektivním a subjektivním ukazatelům. Objektivním ukazatelem je charakterizována sebepéče, vykonávání každodenních činností, bolest, pohyblivost a úzkost či deprese (Gurková, 2011, s. 146). Výslednou hodnotou je EQ-5D index. Subjektivní ukazatele hodnotí subjektivní zdravotní stav dle jedince.

Využívá se pro tento ukazatel VAS (vizuální analogová škála), jejíž výsledkem je EQ-5D VAS (Gurková, 2011, s. 146).

Specifické nástroje jsou určeny pro měření kvality života při onemocnění. Slouží ke zhodnocení a identifikaci faktorů, které ovlivňují kvalitu života. Nejčastěji se specifické nástroje využívají při onkologických, neurologických, pohybových, gastrointestinálních a kardiovaskulárních onemocněních. Lze je využít také u dětí a seniorů (Gurková, 2011, s. 149). Jako příklad lze uvést např. nástroje **QLQ-C30** (pro onkologické pacienty), **OPTQOL** (pro pacienty s osteoporózou) či již zmíněný **WHOQOL OLD** (pro seniory).

Dotazníky pro zjištění kvality života může vyplňovat i druhá osoba, nejčastěji se jedná o zdravotníky ve zdravotnickém zařízení. Pro měření kvality života druhou osobou jsou dostupné následující nástroje. Dotazník **APACHE II** má za cíl popsat pacientův celkový stav, především pomocí kritérií patofyziologických a fyziologických. Čím je výsledná hodnota nižší, tím je pacientův stav lepší (Payne, 2005, s. 282). Dále lze uvést **VAS**, kdy zdravotník pomocí odstupňování hodnotí na úsečce s dvěma extrémními stavy kvalitu života pacienta. Třetím nástrojem je **Karnovský index**, kdy je pacientův zdravotní stav hodnocen pomocí procent (Payne, 2005, s. 283-284).

5.1 Kvalita života ve fyziologickém těhotenství

V době těhotenství dochází k ovlivnění bio – psycho – sociálních oblastí v životě ženy. Ty mají často dopad na změnu kvality života. Kvalita života žen v těhotenství je velmi individuální, ale z výzkumů obecně často vyplývá, že ženy s fyziologickým těhotenstvím pociťují a uvádějí svou kvalitu života jako dobrou (Rodrigues, 2016, s. 136). Dle Lagadeca (2018, s. 2) nebyla do roku 2018 nalezena konkrétní literatura, která by se zabývala problematikou kvalitou života u těhotných žen.

Mazúchová (2018, s. 31-38) prováděla výzkum pro zjištění kvality života v období fyziologického těhotenství. Pro měření byl využit dotazník QOL-GRAV a do výzkumu bylo zapojeno 304 respondentek (Mazúchová, 2018, s. 34). Výsledná kvalita života byla u žen hodnocena jako velmi dobrá až výborná, a ženy uváděly subjektivně nejlepší kvalitu života v prvním, a poté ve třetím trimestru. Výzkum se zabýval také tím, zda věk, či parita ovlivňuje kvalitu života. Žádné významné rozdíly shledány nebyly. Ovšem lepší kvalita života byla přítomna u žen mladšího věku a u vícerodíček (Mazúchová, 2018, s. 34). I když byly zjištěny pozitivní výsledky ohledně kvality života, je i přesto důležité se tímto tématem zabírat, jelikož posouzení kvality života během těhotenství má velký význam v oblasti prevence.

Opačné výsledky ohľadne vzťahu parity a kvality života uvedl Alzboon (2019, s. 1-12) ve své studii, které se zúčastnilo na 218 těhotných žen a využity byly dotazníky SF-36, PSS (The Perceived Stress Scale) a MSPSS. Týkala se identifikace faktorů, které kvalitu ovlivňují. Prokázaným a jediným ovlivňujícím faktorem byla v tomto případě parita. Oproti výzkumu od Mazúchové, v této studii se prokázala nižší kvalita života žen u vícerodíček. Na rozdíl od nich, ženy s nízkou paritou prokázaly vyšší kvalitu života. Výsledky se liší také v subjektivním zhodnocení v jednotlivých trimestrech. Alzboon uvádí nejlepší kvalitu života ve třetím trimestru a poté v trimestru druhém. Potvrzena byla také přítomnost dobré kvality života žen ve fyziologickém těhotenství.

Výzkumy se také snaží prokázat vliv různých oblastí života na jeho kvalitu. Calou (2018, s. 1-10) do svého výzkumu zahrnul 798 těhotných žen a pokusil se odhalit a zhodnotit prediktory, které ovlivňují kvalitu života, ať už pozitivně či negativně. Využit byl dotazník MGI (Mother-Generated Index). Ženy nejvíce uváděly prediktory týkající se vztahů (vztah s partnerem, rodinou) a spánek. Pozitivně je kvalita života ovlivněna především rodinným stavem, partnerskou podporou a parita ženy. Calou do této skupiny zařadil také štěstí stát se matkou, které je také zařazeno mezi negativní prediktory. Mezi ně se řadí dále gestační věk, věk těhotné ženy, užívání drog a nepříznivé stavy v těhotenství, jako je zvracení, nevolnost, únava či polyurie.

Lagadec (2018, s. 1-14) se ve své přehledové studii zabýval také zkoumáním faktorů ovlivňujících kvalitu života a samotnou míru kvality života u fyziologického těhotenství. Ta je závislá především na subjektivním hodnocení ženy v oblastech života. Z výsledků byla prokázána nižší kvalita života těhotných oproti netěhotné populaci. Faktory ovlivňující kvalitu života jsou shodné s již výše zmíněným výzkumem prováděnou Calouem. Pozitivně působí především partnerský vztah, dobré vztahy v rodině a s přáteli. Lagadec uvádí mimo jiné i primiparitu a finanční stabilitu. Mezi negativní ovlivnění se řadí především porodnické a těhotenské komplikace, výskyt nauzey a zvracení. Z psychického hlediska je uváděna deprese, úzkost a stres. Stejně faktory uvádí také Abbaszadeh (2013, s. 194), nejčastěji ovlivňuje kvalitu života věk matky, finanční stabilita, parita a gestační věk, ve kterém se žena právě nachází.

5.2 Kvalita života v rizikovém těhotenství

Ohledně kvality života obecně v rizikovém těhotenství bylo vyhledáno relativně málo výzkumů. Většinou dochází k zaměření na kvalitu života při určitém stavu, či onemocnění,

díky kterému je žena zařazena do rizikového těhotenství. Rizikové těhotenství působí na oblasti především rodinného, sociálního a partnerského života, díky nimž dochází k ovlivnění kvality života ženy (Abolfathi, 2021, s. 1).

Výrazné ovlivnění života ženy nastává při nařízeném klidu na lůžku, ať už v domácím, či v nemocničním prostředí. Pokud je žena v domácím prostředí i přesto často zažívá pocity smutku. Pociťuje obavy o zdraví svého dítěte, ale i o sebe. Celkově působí klid na lůžku nepříznivé účinky na ženu, ale i na její rodinu. Jestliže dojde k hospitalizaci, nachází se v cizím prostředí a bez své rodiny. Díky tomu prožívá nespočet emocí. Její kvalita života je na nízké úrovni a s ní také duševní pohoda ženy (Janighorban, 2018, s. 1337). Tímto tématem se zabýval výzkum od Janighorbana (2018, s. 1336-1344). Ve výzkumu došlo na zaměření celkem 21 žen, které měly diagnostikované rizikové těhotenství. Konkrétně se jednalo o přítomnost symptomů předčasněho porodu, preeklampsie, krvácení, vícečetného těhotenství a historie abortů a infertility. Jelikož se jednalo o kvalitativní studii, ženám byla položena otázka, jak nařízený klid na lůžku ovlivnil kvalitu života, a jaké potřeby během něho pociťovaly. Úroveň kvality života se snížila u žen i u rodinných příslušníků. Během rizikového těhotenství a klidu na lůžku dochází ke změně role ženy, která není schopna vykonávat každodenní činnosti, jako je např. péče o děti či o domácnost, docházení do zaměstnání. Byla vyjádřena proto potřeba podpory v péči o děti a potřeba finanční podpory. Situace je velmi stresující i pro partnera, u kterého může dojít také k objevení úzkostí. Je potřeba také psychosociální podpory obou manželů. Ženy ve výzkumu vyjádřily touhu podpory od příbuzných, ale i od přátel. Pokud není vyjádřena podpora z těchto stran, je vhodná podpora i od zdravotníků, či od žen, které zažily stejnou situaci.

Gadelha (2020, s. 1-6) se zabíral zkoumáním identifikace oblastí kvality života, které jsou díky rizikovému těhotenství ovlivněny. Výzkumu se zúčastnilo celkem 276 žen rizikového těhotenství, kdy nejčastějším důvodem pro diagnostiku bylo DM. Použit byl dotazník MGI. Gadelha došel k závěru, že nejvíce ovlivňuje kvalitu života pozitivně i negativně především spokojenost ženy s těhotenstvím, vztah s partnerem a vztahy v rodině. Nejméně k ovlivnění kvality docházelo v oblastech financí, fyzické a psychické kondice ženy. Jako závěr také z výzkumu vyplývá vnímání většiny žen své kvality života jako dobré.

Problematikou GDM, který se řadí do rizikového těhotenství, se zabývalo několik autorů. Dalfrà (2012, s. 291-298) se ve svém výzkumu porovnával skupiny 176 těhotných žen s GDM, 30 žen s DM 1. typu a 39 zdravých těhotných žen. Jeho výsledky jsou velmi zajímavé, jelikož došel k závěru, že ženy s DM 1. typu mají lepší kvalitu života než ženy s GDM. Také u nich došlo k lepšímu vnímání zdraví a fyzického fungování než

u zdravých těhotných žen. Těhotné s GDM udávaly také lepší kvalitu života než zdravé těhotné ženy. K rozdílnému názoru ale došel po sedmi letech Pantzartzis (2019, s. 1349-1354). Uvádí výrazně nižší kvalitu života žen s GDM než ženy zdravé ve třetím trimestru. O těhotné ženy s GDM se zajímal také Abolfathi (2021, s. 1-4). V jeho studii úroveň kvality života je udávána jako nadprůměrná. Vyšší kvalita života byla zaznamenána u žen, které měly vyšší finanční příjem a vyšší úroveň vzdělání, díky němuž jsou i více informované. Dochází tedy k velkým odlišnostem mezi výzkumy.

6 METODIKA VÝZKUMU

6.1 Výzkumné cíle a hypotézy výzkumu

Hlavním cílem diplomové práce je zjistit přítomnost deprese a kvalitu života žen s rizikovým těhotenstvím. Na podkladu hlavního cíle byly stanoveny následující výzkumné cíle a hypotézy výzkumu.

Výzkumný cíl 1: Zjistit výskyt deprese u žen s rizikovým těhotenstvím.

H01: Neexistuje statistický rozdíl v míře deprese u fyziologického a rizikového těhotenství.

HA1: Existuje statistický rozdíl v míře deprese u fyziologického a rizikového těhotenství.

Výzkumný cíl 2: Zjistit kvalitu života žen s rizikovým těhotenstvím.

H02: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

HA2: Existuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

H03: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „fyzické zdraví“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

HA3: Existuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „fyzické zdraví“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

H04: Existuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „prožívání“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

HA4: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „prožívání“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

H05: Existuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „sociální vztahy“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

HA5: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „sociální vztahy“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

H06: Existuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „prostředí“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

HA6: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „prostředí“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

Výzkumný cíl 3: Zjistit vztah mezi mírou deprese a kvalitou života během těhotenství.

H07: Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života.

HA7: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života.

H08: Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „fyzické zdraví“.

HA8: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „fyzické zdraví“.

H09: Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „prožívání“.

HA9: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „prožívání“.

H010: Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „sociální vztahy“.

HA10: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „sociální vztahy“.

H011: Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „prostředí“.

HA11: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „prostředí“.

6.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Pro výzkumnou část diplomové práce byly záměrně vybrány dvě skupiny respondentek ženského pohlaví, které se dobrovolně zúčastnily výzkumného šetření. Celkem se výzkumu

zúčastnilo na 160 respondentek. První skupinu, zkoumaný soubor, tvořilo 80 respondentek, které zastupovaly rizikové těhotenství. Druhou skupinu, kontrolní soubor, tvořilo 80 respondentek, které zastupovaly těhotenství fyziologické. V následujících tabulkách jsou uvedeny demografické údaje respondentek, konkrétně věk respondentek (viz. Tabulka č. 1) a týden těhotenství respondentek (viz. Tabulka č. 2).

Průměrný věk respondentek zkoumaného souboru byl 30,65 let, medián věku byl 30 let. Nejmladší respondentka měla 18 let a nejstarší respondentka měla 49 let. Průměrný věk respondentek kontrolního souboru byl 30,58 let, medián věku byl také 30 let. Nejmladší respondentka měla 22 let a nejstarší respondentka měla také 49 let (viz. Tabulka 1).

Tabulka 1 – Charakteristika výzkumného souboru (věk respondentek)

Věk respondentek	n (%)	Průměr (x)	Medián	Min.	Max.
ZS	80 (100 %)	30,65	30	18	49
KS	80 (100 %)	30,58	30	22	49

ZS – zkoumaný soubor, KS – kontrolní soubor, n – počet respondentek

Průměrný týden těhotenství zkoumaného souboru byl 29,76. týden těhotenství a medián představoval 31. týden těhotenství. Minimálním týdnem těhotenství zkoumaného souboru byl 14. týden a nejvyšším týdnem těhotenství byl 40. týden. Průměrný týden těhotenství kontrolního souboru byl 28,23. týden těhotenství, medián představoval 28,5. týden těhotenství. Minimálním týdnem kontrolního souboru byl 15. týden a nejvyšší týdnem těhotenství byl 41. týden (viz. Tabulka 2).

Tabulka 2 – Charakteristika výzkumného souboru (týden těhotenství respondentek)

Týden těhotenství	n (%)	Průměr (x)	Medián	Min.	Max.
ZS	80 (100 %)	29,76	31	14	40
KS	80 (100 %)	28,23	28,5	15	41

ZS – zkoumaný soubor, KS – kontrolní soubor, n – počet respondentek

Pro zařazení do výzkumného šetření byly stanoveny následující kritéria:

- věk respondentek 18 let a více
- 14. týden těhotenství a více
- pro zařazení do zkoumané skupiny – ženy s rizikovým těhotenstvím
- pro zařazení do kontrolní skupiny – ženy s fyziologickým těhotenstvím
- vyplněním dotazníku dán souhlas se zařazením do výzkumného šetření

6.3 Metoda sběru dat

Pro výzkumnou část diplomové práce byl zvolen kvantitativní výzkum, konkrétně dotazníkové šetření. Použity byly celkem dva standardizované dotazníky. Pro zjištění přítomnosti deprese byl zvolen dotazník BDI-II (Beckova škála deprese) a pro zjištění kvality života respondentek byl využit dotazník WHOQOL-BREF. V samotném úvodu dotazníku byly respondentky seznámeny s účelem dotazníkového šetření a byla uvedena informace o možnosti nás kontaktovat v případě, že by respondentka měla z vyplněného dotazníku pocit, že potřebuje odkázat na odbornou pomoc. Následovala sociodemografická otázka týkající se věku respondentek. Pro zkoumaný soubor respondentek byly vloženy dvě filtrační otázky, které se dotazovaly, zda jsou respondentky těhotné, a v jakém týdnu těhotenství se nacházejí. Pro kontrolní skupinu byla vložena jedna filtrační otázka navíc, která se dotazovala, zda respondentky nemají diagnostikované rizikové těhotenství.

Beckova škála deprese (BDI-II) je standardizovaný dotazník, který je zaměřen na posouzení přítomnosti depresivních příznaků a jejich závažnosti. Je určený pro osoby ve věkovém rozmezí od 13 let do 80 let. Dotazník byl sestaven v roce 1961 A. T. Beckem a v roce 1988 proběhla jeho poslední revize. Skládá se z 21 tvrzení, které jsou hodnoceny na bodové škále od 0 do 3 podle stupně závažnosti. Tvrzení se týkají těchto oblastí: přítomnost smutku, obav o budoucnost, životní neúspěch, spokojenost v životě, pocit viny, pocit být potrestán, zklamání sebe samotného, přítomnosti sebevražedných myšlenek, přítomnost pláče, přítomnost podrážděnosti, zájem o druhé lidi, schopnost rozhodovat se, plačtivost, schopnost pracovat, spánek, únava, chuť k jídlu, ztráta hmotnosti, fyzický stav jedince, zájem o sexuální život. Beckem byly stanoveny následující hraniční skóre: 0-13 bodů označuje přítomnost minimální deprese, 14-19 bodů označuje přítomnost mírné deprese, 20-28 bodů označuje přítomnost střední deprese a 29-63 bodů označuje těžkou depresi (Ptáček, 2016, s. 271). Také Praško (2017, s. 104) se zabýval stanovením hraničního skóre pro rozeznání nedepresivního člověka od depresivního a pro rozeznání psychického stavu, kdy se člověk cítí dobře, a kdy se již cítí psychicky špatně. V prvním případě se došlo k závěru, že vhodné hraniční skóre pro rozeznání depresivního a nedepresivního člověka je 17 bodů. Hraniční skóre ve druhém případě bylo identifikováno jako 13 bodů. Maximální počet získaných bodů je 63 bodů a minimální počet bodů, které respondent může získat, je 0 bodů (Praško, 2017, s. 100).

Standardizovaný dotazník **WHOQOL-BREF** je zkrácenou verzí dotazníku WHOQOL 100. Zjišťuje kvalitu života respondenta v následujících 26 otázkách, které se týkají následujících oblastí života:

- Q1 – kvalita života
- Q2 – spokojenost se zdravím
- q3 – bolest a nepříjemné pocity
- q4 – závislost na lékařské péči
- q5 – potěšení ze života
- q6 – smysl života
- q7 – soustředění
- q8 – osobní bezpečí
- q9 – životní prostředí
- q10 – energie a únava
- q11 – přijetí tělesného vzhledu
- q12 – finanční situace
- q13 – přístup k informacím
- q14 – záliby
- q15 – pohyblivost
- q16 – spánek
- q17 – každodenní činnosti
- q18 – pracovní výkonnost
- q19 – spokojenost se sebou
- q20 – osobní vztahy
- q21 – sexuální život
- q22 – podpora přátel
- q23 – prostředí v okolí bydliště
- q24 – dostupnost zdravotní péče
- q25 – doprava
- q26 – negativní pocity

Výsledky dotazníku jsou vyjadřovány ve čtyřech doménách a dvou samostatných otázkách, které hodnotí celkovou kvalitu života respondenta a jeho zdravotní stav. Pro zjištění výsledku je podstatné spočítat jednotlivé hrubé skóre pro dané domény. Doména 1 vyjadřuje „fyzické zdraví“ a jedná se o hrubý průměrný skór sedmi otázek q3, q4, q10, q15, q16, q17 a q18. Doména 2 reprezentuje „prožívání“ a jedná se o průměrnou hodnotu šesti otázek q5, q6, q7, q11, q19 a q26. Doména 3 určuje „sociální vztahy“ a jedná se o průměrnou hodnotu třech otázek q20, q21 a q22. Poslední doménou je Doména 4 vyjadřující „prostředí“. Její výsledek sestává

z hrubého průměrného skóru osmi otázek q8, q9, q12, q13, q14, q23, q24, q25. Zjištěná hrubá skóre jsou standardizována tak, aby bylo možné jejich porovnání se standardizovaným dotazníkem WHOQOL 100. Výsledné hodnoty jsou od minima 4 do maxima 20. Čím vyšší hodnota, tím vyšší kvalita života respondenta (Dragomirecká, 2006, s. 23-41).

6.4 Realizace výzkumu

Před zahájením dotazníkového šetření byla oslovena konkrétní zdravotnická zařízení Pardubického a Královehradeckého kraje, a byla seznámena s obsahem výzkumu diplomové práce. Pro potřebu souhlasu byly osloveny také vrchní sestry daných klinik, které s provedením výzkumu souhlasily. Následně byly vydány souhlasy náměstkyň ošetrovatelské péče s provedením dotazníkového šetření. Výzkum byl také schválen Etickou komisí FZV UPOL v Olomouci (viz. Přílohy).

Dotazníkové šetření probíhalo dvěma cestami v období od začátku září 2021 do konce ledna 2022. U zkoumané skupiny respondentek probíhalo šetření v ambulancích rizikového těhotenství a na odděleních rizikového těhotenství. Respondentky byly oslovovány pro sběr dat formou papírového dotazníku, který obsahoval informovaný souhlas. Dotazníky byly distribuovány porodními asistentkami, které byly s výzkumem předem seznámeny. Následně vyplněné dotazníky byly vhazovány do předem připravených označených papírových boxů pro zajištění anonymity respondentek. Kontrolní skupina respondentek byla oslovena prostřednictvím sociální sítě. Následně byly odkázány na online formu dotazníku, který byl vytvořen pomocí Formuláře Google.

6.5 Metody zpracování dat

Statistická data byla zpracována a následně zakódována pomocí programu Microsoft Excel 2010, který je součástí kancelářského balíčku Microsoft Office. Pro následné statistické zpracování byl použit program SPSS. Ze statistických testů byl použit neparametrický Mann-Whitney test a neparametrický Spearmanův test. Hladina významnosti u Mann-Whitney testu byla 0,05 a u Spearmanova testu byla 0,01.

7 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

7.1 Interpretace výsledků k výzkumnému cíli 1

Výzkumný cíl 1: Zjistit výskyt deprese u žen s rizikovým těhotenstvím.

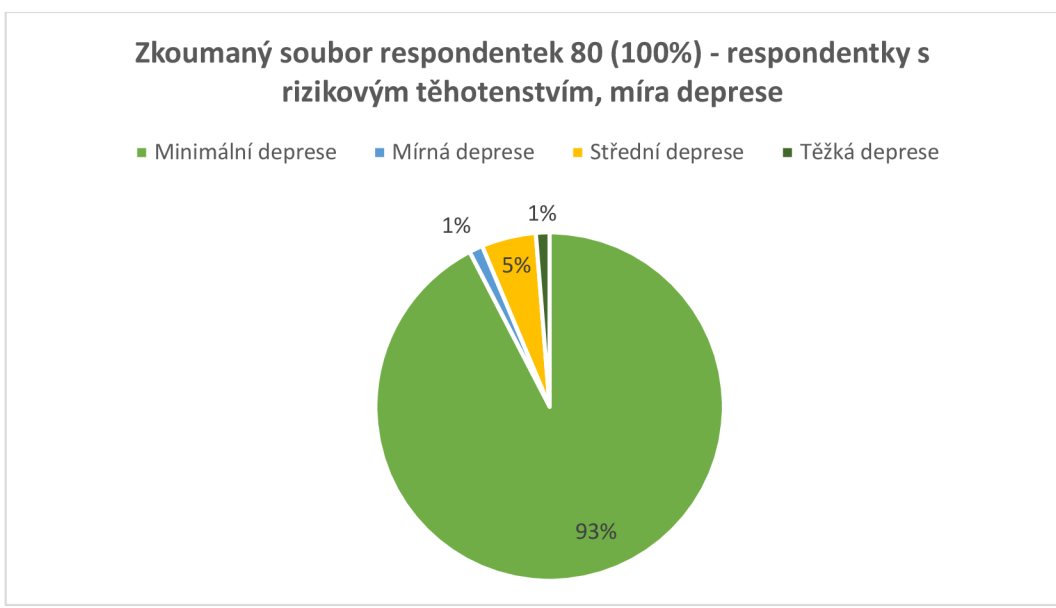
Po zjištění výzkumného cíle 1 byl použit standardizovaný dotazník BDI-II (Beckova škála deprese). Ve zkoumaném souboru žen s rizikovým těhotenstvím bylo zhodnoceno 80 dotazníků a naprostá většina respondentek (93%) nevykazovala depresi. Druhou, nejzastoupenější depresí, byla střední, kterou trpělo celkem 5% žen. Další stupně deprese bylo zastoupeno 1% respondentek. V případě kontrolní skupiny 92% respondentek vykazovalo minimální depresi, lehkou depresi udávalo 5% respondentek. Střední deprese byla přítomna u 3% respondentek. Těžká deprese nebyla zastoupena. Výsledky jsou shrnuty v Tabulce č. 3 a Grafech č. 1 a č. 2.

Tabulka 3 – Míra deprese (BDI-II) u zkoumaného a kontrolního souboru

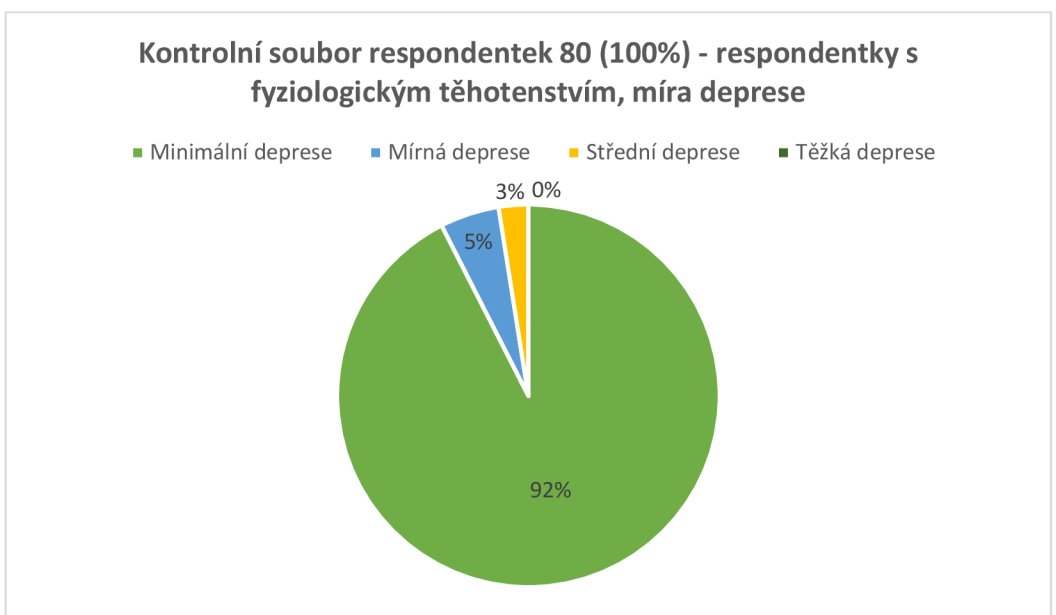
Míra deprese	n (%)	BDI-II	Min.	Max.	Modus	Medián	0-13 bodů n (%)	14-19 bodů n (%)	20-28 bodů n (%)	29-63 bodů n (%)
ZS	80 (100%)	7,25	0	31	9	7	73 (93%)	1 (1%)	4 (5%)	1 (1%)
KS	80 (100%)	6,60	0	22	1	7	74 (92%)	4 (5%)	2 (3%)	0 (0%)

ZS – zkoumaný soubor, KS – kontrolní soubor, BDI-II – Beckova škála deprese, n – počet respondentů, Min. – minimum, Max. – maximum, 0-13 bodů – minimální deprese, 14-19 bodů – lehká deprese, 20-28 bodů – střední deprese, 29-63 bodů – těžká deprese

Graf 1 – Grafické zobrazení míry deprese u zkoumaného souboru



Graf 2 – Grafické zobrazení míry deprese u kontrolního souboru



Ověření hypotézy H1:

H01: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře deprese u fyziologického a rizikového těhotenství.

HA1: Existuje statisticky významný rozdíl v míře deprese u fyziologického a rizikového těhotenství.

Statistickým neparametrickým Mann-Whitney testem (který byl prováděn na hladině významnosti 0,05) nebyla prokázána existence signifikantního rozdílu mezi zkoumaným a kontrolním souborem ($p=0,554$).

Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře deprese u fyziologického a rizikového těhotenství. Přijímáme nulovou hypotézu.

Výzkumný cíl 1 byl splněn.

7.2 Interpretace výsledků k výzkumnému cíli 2

Výzkumný cíl 2: Zjistit kvalitu života žen s rizikovým těhotenstvím.

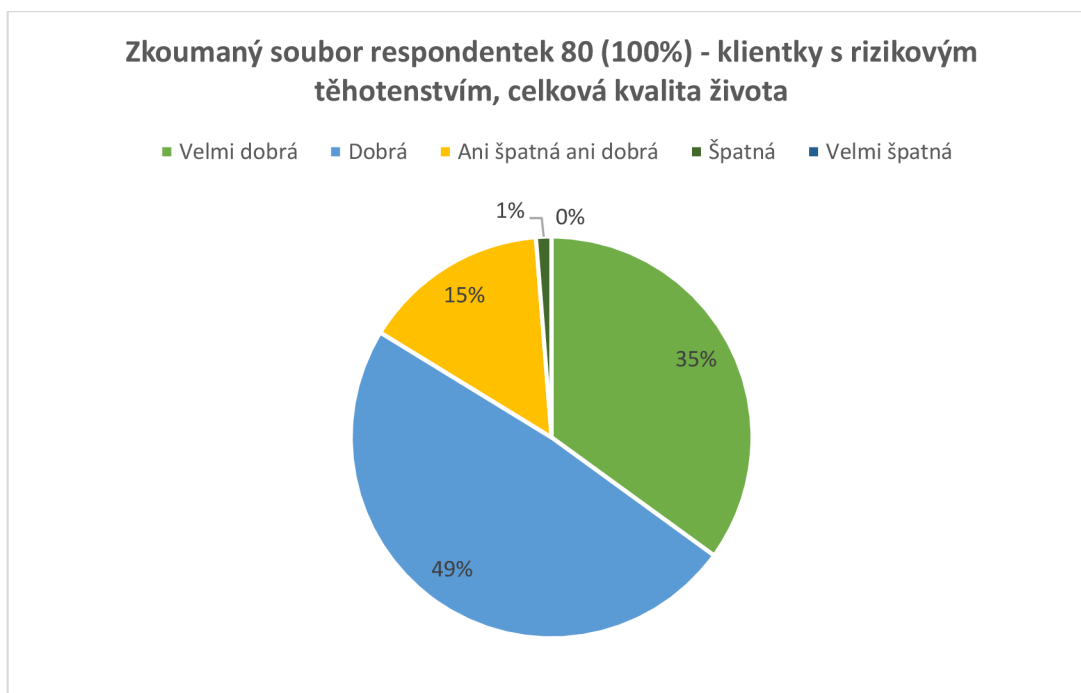
Pro zjištění výzkumného cíle 2 byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. V následující Tabulce č. 4 jsou uvedeny výsledné průměrné hodnoty v první samostatné otázce ohledně subjektivního vnímání celkové kvality života a průměrné hodnoty v jednotlivých doménách. Je vidno, že kontrolní soubor vykazoval lepší průměrné hodnoty než soubor zkoumaný. Samostatná otázka ohledně celkové kvality života je podrobněji zobrazena v Grafu č. 3 a č. 4.

Tabulka 4 – Průměrné hodnoty WHOQOL-BREF u zkoumaného a kontrolního souboru

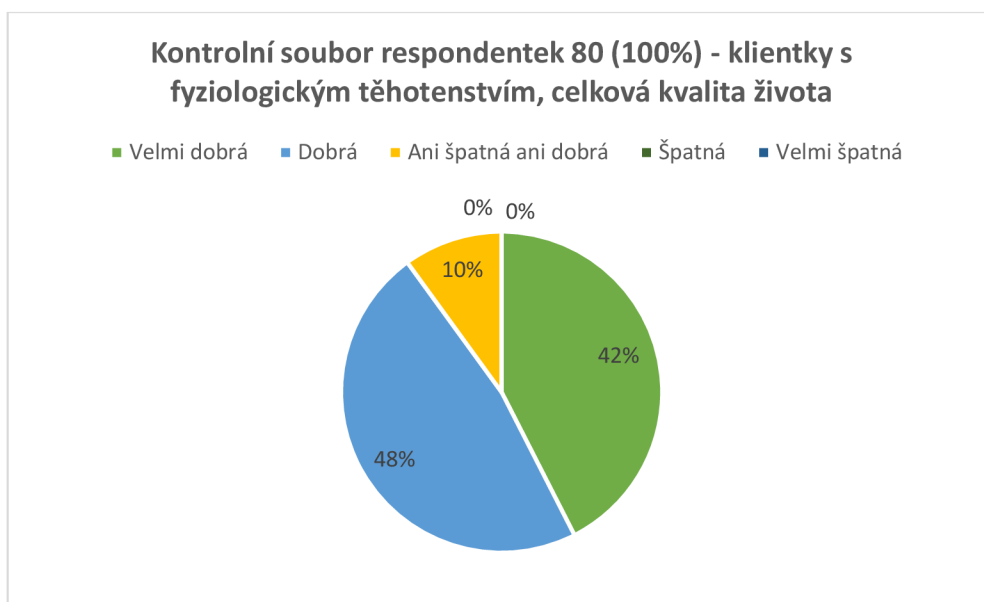
	n (%)	Celková KŽ (Q1)	Fyzické zdraví (Doména 1)	Prožívání (Doména 2)	Sociální vztahy (Doména 3)	Prostředí (Doména 4)
ZS	80 (100%)	4,175	14,23	15,60	15,97	16,00
KS	80 (100%)	4,35	15,30	15,92	16,23	16,33

ZS – zkoumaný soubor, KS – kontrolní soubor, n – počet respondentů

Graf 3 – Celková kvalita života zkoumaného souboru respondentek



Graf 4 – Celková kvalita života kontrolního souboru respondentek



Ověření hypotézy H2:

H02: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

HA2: Existuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

Pro zjištění rozdílů v míře kvality života mezi skupinou žen s fyziologickým těhotenstvím a skupinou žen s rizikovým těhotenstvím byl použit neparametrický Mann-Whitney test, který ani v tomto případě neprokázal existenci signifikantního rozdílu mezi soubory ($p=0,146$). Mann-Whitney test byl prováděn na hladině významnosti 0,05.

Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím. Přijímáme nulovou hypotézu.

Následně jsou vyhodnocovány jednotlivé domény standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF, kdy je v tabulkách uvedeno srovnání domén mezi zkoumaným a kontrolním souborem.

Ověření hypotézy H3:

H03: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „fyzické zdraví“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

HA3: Existuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „fyzické zdraví“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

Neparametrický Mann-Whitney test (na hladině významnosti 0,05), v tomto případě neprokázal existenci signifikantního rozdílu v míře kvality života v doméně „fyzické zdraví“ mezi zkoumanou a kontrolním souborem ($p=0,052$). V Tabulce č. 5 je uvedeno srovnání domény „fyzické zdraví“ mezi zkoumaným a kontrolním souborem.

Tabulka 5 – Porovnání Domény 1 „fyzické zdraví“ mezi zkoumaným a kontrolním souborem

Fyzické zdraví	n (%)	Průměr	Min.	Max.	Modus	Medián
ZS	80 (100%)	14,23	5,71	18,29	16,57	14,86
KS	80 (100%)	15,30	9,14	20,00	14,86	15,43

ZS – zkoumaný soubor, KS – kontrolní soubor, n – počet respondentů, min. – minimum, max. - maximum

Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „fyzické zdraví“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím. Přijímáme nulovou hypotézu.

Ověření hypotézy H4:

H04: Existuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „prožívání“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

HA4: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „prožívání“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

Z Tabulky č. 6 je možné konstatovat, že kontrolní soubor vykazoval lepší výsledky v doméně „prožívání“ než soubor zkoumaný. Přesto rozdíl není signifikantní. Neparametrický Mann-Whitney test (na hladině významnosti 0,05) neprokázal existenci signifikantního rozdílu mezi zkoumaným a kontrolním souborem ($p=0,333$) v míře kvality života v doméně „prožívání“.

Tabulka 6 – Porovnání Domény 2 „prožívání“ mezi zkoumaným a kontrolním souborem

Prožívání	n (%)	Průměr	Min.	Max.	Modus	Medián
ZS	80 (100%)	15,60	8,67	19,33	16,00	16,00
KS	80 (100%)	15,92	10,00	20,00	16,00	16,00

ZS – zkoumaný soubor, KS – kontrolní soubor, n – počet respondentů, min. – minimum, max. - maximum

Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „prožívání“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím. Přijímáme alternativní hypotézu.

Ověření hypotézy H5:

H05: Existuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „sociální vztahy“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

H5A: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „sociální vztahy“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

Signifikantní rozdíl, který byl získán díky neparametrickému Mann-Whitney testu, nebyl prokázán v míře kvality života v doméně „sociální vztahy“ mezi zkoumaným a kontrolním souborem ($p=0,775$). Mann-Whitney test byl prováděn na hladině významnosti 0,05. Tabulka č. 7 vykazuje mírně lepší průměrnou hodnotu domény „sociální vztahy“ u kontrolního souboru.

Tabulka 7 – Porovnání Domény 3 „sociální vztahy“ mezi zkoumaným a kontrolním souborem

Sociální vztahy	n (%)	Průměr	Min.	Max.	Modus	Medián
ZS	80 (100%)	15,97	4,00	20,00	16,00	16,00
KS	80 (100%)	16,23	8,00	20,00	16,00	16,00

ZS – zkoumaný soubor, KS – kontrolní soubor, n – počet respondentů, min. – minimum, max. - maximum

Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „sociální vztahy“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím. Přijímáme alternativní hypotézu.

Ověření hypotézy H6:

H06: Existuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „prostředí“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

H6A: Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „prostředí“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím.

Existence signifikantního rozdílu nebyla prokázána ani v poslední doméně „prostředí“ ($p=0,330$) mezi zkoumaným a kontrolním souborem. Využit byl Mann-Whitney test na hladině významnosti 0,05. Minimální rozdíly průměrných hodnot v doméně „prostředí“ mezi soubory jsou uvedeny v Tabulce č. 8.

Tabulka 8 – Porovnání Domény 4 „prostředí“ mezi zkoumaným a kontrolním souborem

Prostředí	n (%)	Průměr	Min.	Max.	Modus	Median
ZS	80 (100%)	16,00	11,00	20,00	17,00	16,00
KS	80 (100%)	16,33	10,50	20,00	16,50	16,50

ZS – zkoumaný soubor, KS – kontrolní soubor, n – počet respondentů, min. – minimum, max. - maximum

Neexistuje statisticky významný rozdíl v míře kvalitě života v doméně „prostředí“ žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím. Přijímáme alternativní hypotézu.

Výzkumný cíl 2 byl splněn.

7.3 Interpretace výsledků k výzkumnému cíli 3

Výzkumný cíl 3: Zjistit vztah mezi mírou deprese a kvality života během těhotenství.

V Tabulce č. 9 jsou zobrazeny celkové průměrné výsledky obou souborů z dotazníků WHOQOL-BREF a BDI-II. Pro zjištění existence vztahů mezi proměnnými ve výzkumném cíli 3 byl použit neparametrický Spearmanův test na hladině významnosti 0,01.

Tabulka 9 – Průměrné hodnoty obou souborů v dotaznících WHOQOL-BREF A BDI-II

	Celková kvalita života (Q1)	Fyzické zdraví (Doména 1)	Prožívání (Doména 2)	Sociální vztahy (Doména 3)	Prostředí (Doména 4)	BDI-II
ZS + KS	4,26	14,76	15,76	16,10	16,16	6,93

ZS – zkoumaný soubor, KS – kontrolní soubor

Ověření hypotézy H7:

H07: Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života.

HA7: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života.

Mezi mírou celkové kvality života a mírou deprese byla Spearmanovým testem prokázána existence signifikantního vztahu. Byla prokázána středně silná korelace $r_s = -0,460$. Spearmanův test byl prováděn na hladině významnosti 0,01.

Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života. Přijímáme alternativní hypotézu.

Ověření hypotézy H8:

H08: Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „fyzické zdraví“.

HA8: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „fyzické zdraví“.

Spearmanův test (na hladině významnosti 0,01) prokázal mezi mírou deprese a mírou kvality života v doméně „fyzické zdraví“ existenci signifikantního vztahu, kdy byla prokázána silná korelace $r_s = -0,651$.

Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „fyzické zdraví“. Přijímáme alternativní hypotézu.

Ověření hypotézy H9:

H09: Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „prožívání“.

HA9: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „prožívání“.

Silná korelace ($r_s = -0,687$) byla také prokázána mezi mírou deprese a mírou kvality života v doméně „prožívání“. Spearmanovým testem (na hladině významnosti 0,01) byla prokázána existence signifikantního vztahu.

Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „sociální vztahy“. Přijímáme alternativní hypotézu.

Ověření hypotézy H10:

H010: Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „sociální vztahy“.

HA10: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „sociální vztahy“.

Existence signifikantního vztahu byla prokázána Spearmanovým testem také mezi mírou deprese a mírou kvality života v doméně „sociální vztahy“. Byla prokázána středně silná korelace ($r_s = 0,460$). Hladina významnosti Spearmanova testu byla 0,01.

Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „prostředí“. Přijímáme alternativní hypotézu.

Ověření hypotézy H11:

H011: Neexistuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „prostředí“.

HA11: Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „prostředí“.

Středně silná korelace ($r_s = -0,435$) byla také prokázána mezi mírou deprese a mírou kvality života v doméně „prostředí“. Mezi proměnnými je přítomen signifikantní vztah, který byl zjištěn Spearmanovým testem na hladině významnosti 0,01.

Existuje statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života v doméně „prostředí“. Přijímáme alternativní hypotézu.

Tabulka 10 – Korelační tabulka (Spearmanův test)

			Correlations					
			Q1	DOM 1	DOM 2	DOM 3	DOM 4	BDI-II
Spearman's rho	Q1	Correlation Coefficient	1,000	,459**	,493**	,404**	,465**	-,460**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000	,000	,000	,000
		N	160	160	160	160	160	160
DOM 1	DOM 1	Correlation Coefficient	,459**	1,000	,560**	,417**	,524**	-,651**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000	,000	,000	,000
		N	160	160	160	160	160	160
DOM 2	DOM 2	Correlation Coefficient	,493**	,560**	1,000	,410**	,593**	-,687**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,000	,000	,000
		N	160	160	160	160	160	160
DOM 3	DOM 3	Correlation Coefficient	,404**	,417**	,410**	1,000	,435**	-,364**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	.	,000	,000
		N	160	160	160	160	160	160
DOM 4	DOM 4	Correlation Coefficient	,465**	,524**	,593**	,435**	1,000	-,435**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	.	,000
		N	160	160	160	160	160	160
BDI-II	BDI-II	Correlation Coefficient	-,460**	-,651**	-,687**	-,364**	-,435**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	.
		N	160	160	160	160	160	160

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Výzkumný cíl 3 byl splněn.

8 DISKUZE

V této kapitole dochází ke shrnutí a srovnání výsledků výzkumného šetření diplomové práce s názvem „Deprese a kvalita života žen s rizikovým těhotenstvím“. Před zahájením výzkumného šetření byla provedena rešeršní činnost. Na tomto základě byl stanoven hlavní cíl práce, kterým bylo zjistit přítomnost deprese a kvalitu života žen s rizikovým těhotenstvím. Dále byly stanoveny celkem tři výzkumné otázky a k nim vhodně zvolené hypotézy. Bylo vybráno dotazníkové šetření, které se skládalo ze dvou standardizovaných dotazníků BDI-II a WHOQOL-BREF. Po vydání souhlasu Etické komise FZV UPOL v Olomouci byl výzkum zahájen pro zkoumaný soubor ve dvou zdravotnických zařízeních a pro kontrolní skupinu pomocí Formuláře Google prostřednictvím sociální sítě.

Výzkumný cíl 1: Zjistit výskyt deprese u žen s rizikovým těhotenstvím.

Výsledky standardizovaného dotazníku BDI-II se minimálně lišily mezi zkoumaným a kontrolním souborem. U zkoumaného souboru vykazovalo známky minimální deprese na 93% respondentek a 92% respondentek z kontrolního souboru. Pro prokázání hypotézy k výzkumnému cíli 1 byl použit neparametrický Mann-Whitney test, díky kterému jsme přijali nulovou hypotézu, neexistuje statisticky významný rozdíl v míře výskytu deprese u fyziologického a rizikového těhotenství.

Problematikou prenatální deprese u rizikového těhotenství se zabíral také Thiagayson (2013, s. 112-116), který pro zjištění prevalence prenatální deprese v Singapuru využil dotazník EPDS a STAI. Respondentky na začátku výzkumu podstoupily rozhovor MINI, který se orientuje na diagnostiku psychiatrických onemocnění. Ze souboru 200 respondentek byla zjištěna nepřítomnost deprese u 74,5% žen. Naopak u 18% respondentek byla prokázána přítomnost „major“ a „minor“ deprese. V této studii byl prokázán rizikový faktor pro vznik prenatální deprese. Jedná se o specifické rasy, jako například indická či malajská rasa. Jiné rizikové faktory nebyly prokázány.

Prevalenci prenatální deprese v rizikovém těhotenství se zabývala studie Dagklise (2016, s. 1025-1031), která navíc zkoumala související faktory s depresí u 157 žen pomocí dotazníku EPDS. Dle jejich výsledků se prevalence deprese objevila u 28% respondentek. Signifikantní vztah mezi prenatální depresí a následujícími proměnnými ze sociodemografických dat (důvod hospitalizace, gestační věk, rodinný stav, zaměstnání ženy, vztah s partnerem) nebyl potvrzen. Statisticky byl ale potvrzen vztah mezi prenatální depresí a kouřením ($p=0,032$) a vztah mezi prenatální depresí a myšlenkami na potrat ($p=0,028$).

Relativně překvapivé byly naše výsledky kontrolní skupiny, kde 5% respondentek vykazovalo známky mírné deprese a 3% respondentek známky střední deprese. V tomto případě je možné se zamýšlet nad vlivem epidemiologických opatření ohledně onemocnění Covid-19. Tímto tématem se zabýval ve své studii López-Morales (2021, s. 1027-1036) v Argentině. Cílem bylo zanalyzovat přítomnost deprese a úzkosti u těhotných žen a provést identifikaci účinků sociální izolace v průběhu opatření proti onemocnění Covid-19. Zkoumaným souborem bylo 105 těhotných respondentek a kontrolním souborem bylo 105 netěhotných respondentek. Oba soubory byly postiženy sociální izolací. Míra deprese byla hodnocena pomocí standardizovaného dotazníku BDI-II a její měření probíhalo ve čtyřech vlnách. První vlna se týkala 2. až 5. dne karantény, druhá vlna 14. až 20. dne karantény, třetí vlna 47. až 51. dne karantény a čtvrtá vlna 138. až 147. dne od zavedení opatření. Nejvyšší míra deprese se u respondentek objevila ve třetí vlně, kdy střední až těžkou depresi trpělo 32,7% respondentek. Ve čtvrté vlně bylo procentuální zastoupení střední a těžké deprese mírně lepší (jejich součet činil 29,6%). Jednou z možností tedy u našich výsledků kontrolního souboru je možnost ovlivnění karanténou či izolací, která v době výzkumu byla stále aktuální.

Výzkumný cíl 2: Zjistit kvalitu života žen s rizikovým těhotenstvím.

Pro získání výsledných hodnot k posouzení kvality života byl použit standardizovaný dotazník WHOQOL-BREF. V případě kvality života měly lepší výsledné hodnoty respondentky z kontrolního souboru. U zkoumaného souboru byla nejčastěji zastoupena dobrá kvalita života (49%), poté velmi dobrá kvalita života (35%), dále ani špatná ani dobrá kvalita života (15%). Jedna respondentka vnímala svou kvalitu života jako špatnou, přesto u ní nebyla přítomna deprese. Je tedy příhodné uvést, že jednotlivé domény dotazníku WHOQOL-BREF jsou ovlivňovány mnoha faktory, které nebyly ve výzkumu posuzovány. Horší výsledky zkoumaného souboru se týkaly také průměrných hodnot v jednotlivých doménách. Nejnížší průměrná hodnota (14,23) u zkoumaného souboru byla naměřena v doméně „fyzické zdraví“, ze které lze vyvodit souvislost s rizikovým těhotenstvím, především díky otázkám na přítomnost bolesti či potřebě lékařské péče. Naopak nejvyšší průměrná hodnota u zkoumaného souboru byla naměřena v doméně „prostředí“, ve které většina otázek nemá souvislost s rizikovým těhotenstvím. Kontrolní soubor všeobecně vykazoval jednoznačně lepší průměrné hodnoty v jednotlivých doménách.

V rámci celkové kvality života se výsledky od zkoumaného souboru příliš nelišily. Velmi dobrou kvalitu života v kontrolním souboru uvedlo 42% respondentek, dobrou kvalitu života 48% respondentek, zbylých 10% vykazovalo ani špatnou ani dobrou kvalitu života. K prokázání hypotéz k výzkumnému cíli 2 byl opět použit neparametrický Mann-Whitney test.

V případě hypotézy týkající se celkové kvality života došlo k přijetí nulové hypotézy, a to, že neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím. Ve zbylých hypotézách, kde docházelo ke zjišťování statisticky významného rozdílu mezi jednotlivými doménami a kvalitou života u rizikového a fyziologického těhotenství, došlo opět k přijetí nulových hypotéz. Neprokázal se statisticky významný rozdíl mezi proměnnými.

Gadelha (2020, s. 1-6) se zabýval analýzou kvality života žen s rizikovým těhotenstvím. Studie se zúčastnilo na 276 žen a použit byl dotazník MGI. Velmi podobné výsledky našemu výzkumu byly zjištěny ve sféře fyzické zdraví (kde se objevovala nejnižší průměrná hodnota) a v průměrné hodnotě kvality života (která byla uváděna jako „dobrá“). V případě nejvyšších průměrných hodnot jsou uváděny sféry jako rodinný vztah, vztah s partnerem, či spokojenost s těhotenstvím. Je vhodné zde uvést, že tento dotazník je specifitější než dotazník WHOQOL-BREF, který neobsahuje otázky zaměřené na samotné těhotenství. Dále Gadhela uvádí, že většinu oblastí kvality života negativně ovlivnilo rizikové těhotenství.

Lze uvést také slovenskou studii od Mazúchové (2018, s. 31-36), která se týkala měření kvality života žen během těhotenství. Zapojeno do studie bylo 304 žen s fyziologickým těhotenstvím a použit byl dotazník QOL-GRAV. Cílem bylo zjistit, jakou mají těhotné ženy kvalitu života, a které oblasti kvality života jsou nejrizikovější. Výsledné hodnoty kvality života se ukázaly jako „velmi dobré“ až „výborné“, kdy 55,6% respondentek mělo velmi dobrou kvalitu života, 33,89% výbornou kvalitu života, 9,86% dobrou kvalitu života a 0,65% ne příliš dobrou kvalitu života. Tyto výslední kvality života jsou velmi shodné ve spojitosti s naším kontrolním souborem.

Výzkumný cíl 3: Zjistit vztah mezi mírou deprese a kvalitou života během těhotenství.

Ke statistickému zpracování posledního cíle byl použit Spearmanův test, který ve všech hypotézách vztahujících se k výzkumnému cíli 3 potvrdil existenci signifikantního vztahu mezi proměnnými. Byl prokázán statisticky významný vztah mezi mírou deprese a kvalitou života, a dále byly prokázány statisticky významné vztahy mezi mírou deprese a jednotlivými doménami kvality života.

Vztahem kvality života a deprese u těhotných žen se zabýval Abbaszadeh (2013, s. 193-197). Kvalita života byla zkoumána pomocí dotazníku SF-36 a přítomnost deprese pomocí dotazníku BDI-II. Jeho studie uvádí, že existuje inverzní vztah mezi depresí a kvalitou života v těhotenství. Středně silné korelace byly pozorovány mezi depresí a vitalitou, duševním zdravím a sociálním fungováním. Doména ohledně sociálního fungování a vztahů se shoduje mírou korelace s našimi výsledky, r_s u studie dle Abbaszadeha je -0,38 a r_s v naší studii je -0,46.

Mourady (2017, s. 1-15) hodnotil kvalitu života 141 těhotných žen a pokusil se prokázat korelace mezi fyzickou aktivitou, depresí, nespavostí a obavami. Použity byly dotazníky WHOQOL-BREG, ISI questionnaire, PSWQ questionnaire, ZSRDS a PPAQ. V rámci deprese byla prokázána absence deprese u 69,5% respondentek, mírná deprese byla přítomna u 27% respondentek, a zbylá 3,5% byla reprezentována respondentkami se střední depresí. Přítomnost deprese byla signifikantně spojena s poklesem všech domén kvality života. Psychologickou doménu a doménu prostředí signifikantně ovlivnil také počet porodů respondentek. V našem výzkumu jsme se respondentek na paritu nedotazovaly. Samotné téma deprese je velmi osobní a v případě dotazování na počet porodů jsme se mohly dotknout velmi intimní záležitosti, respondentka mohla v minulosti prožít potraty, či porod mrtvého plodu.

Limity studie:

Výzkumná část diplomové práce vykazuje limity studie. Dotazníkového šetření se dohromady zúčastnilo na 160 respondentek. Pokud by byl celkový soubor respondentů vyšší, statistická data by byla významnější. Dalším limitem studie je distribuce dotazníku online formou. Nebylo možné mít jistotu, že zúčastněné respondentky odpovídaly na sociodemografické a filtrační otázky dle pravdy. Limitem studie může být také fakt, že ženy s rizikovým těhotenstvím, které mohly vykazovat známky deprese, se dotazníkového šetření z osobních důvodů nezúčastnily. V rámci sociodemografických otázek nebyla položena otázka, zda má respondentka diagnostikovanou depresi, či zda se s ní léčí. Do výzkumu o prenatální depresi se tedy mohly dostat ženy, které trpěly depresí již před těhotenstvím. Limitem studie může být dále nedotazování se na další proměnné jako je sociální status, či finanční situaci, které by mohly významně ovlivnit míru deprese a kvalitu života respondentky.

ZÁVĚR

Diplomová práce se věnovala tématu výskytu prenatální deprese a kvality života žen s rizikovým těhotenstvím. Teoretická část se zabývala pojmem rizikového těhotenství z medicínského hlediska, úlohou porodní asistentky v péči o ženu s rizikovým těhotenstvím a s jakými základními duševními poruchami se u těchto žen můžeme setkat. Dále práce popisovala psychologii těhotenství, jak žena těhotenství prožívá, a jaké faktory mohou těhotenství negativně ovlivnit. Třetí kapitolou byla popsána deprese a její stavy, se kterými se porodní asistentka u žen může setkat a jak s takovou klientkou vést komunikaci. Závěrem teoretické části je zmíněna kvalita života a její měření. Výzkumná část obsahovala tři výzkumné cíle, ke kterým bylo využito dotazníkové šetření. Za zkoumaný soubor se zúčastnilo 80 žen s rizikovým těhotenstvím a za kontrolní soubor 80 žen s těhotenstvím fyziologickým. Šetření probíhalo pro zkoumaný soubor ve zdravotnických zařízeních Pardubického a Královohradeckého kraje a pro kontrolní soubor online formou.

Prvním výzkumným cílem bylo zmapovat výskyt deprese u žen s rizikovým těhotenstvím. Pro získání statistických dat byl použit standardizovaný dotazník BDI-II. K tomuto výzkumnému cíli byla stanovena jedna hypotéza. Přijali jsme nulovou hypotézu, která nám ukázala, že neexistuje statisticky významný rozdíl ve výskytu deprese u fyziologického a rizikového těhotenství. Rozdíly mezi soubory byly minimální, kdy 93% respondentek nevykazovalo známky deprese. **Výzkumný cíl 1 byl splněn.**

Druhým výzkumným cílem bylo zmapování kvality života žen s rizikovým těhotenstvím pomocí standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF. Respondentky nejvíce uváděly svou kvalitu života jako velmi dobrou (35%) a dobrou (49%). K celkové kvalitě života byla stanovena jedna hypotéza, kdy jsme přijali nulovou hypotézu. Neexistuje statisticky významný rozdíl v kvalitě života žen s rizikovým a fyziologickým těhotenstvím. Stanoveny byly také další čtyři hypotézy týkající se statisticky významného rozdílu mezi kvalitou života a jejími jednotlivými doménami. V porovnání s kontrolním souborem byly průměrné hodnoty jednotlivých domén kvality života nižší. Největší rozdíl v průměrné hodnotě byl v doméně „fyzické zdraví“. Ve všech stanovených hypotézách se neprokázal výskyt statisticky významného rozdílu mezi rizikovým a fyziologickým těhotenstvím. **Výzkumný cíl 2 byl splněn.**

Třetím výzkumným cílem bylo zjistit, zda míra deprese ovlivňuje kvalitu života při rizikovém těhotenství. Využity byly standardizované dotazníky WHOQOL-BREF a BDI-II. Vytýčeno bylo dalších pět hypotéz, které se týkaly průkazu statisticky významného vztahu mezi

mírou deprese, celkovou kvalitou života a jednotlivými doménami kvality života. Dle statistických výsledků byly přijaty alternativní hypotézy, které potvrzovaly existenci statisticky významných vztahů. **Výzkumný cíl 3 byl splněn.**

V závěru této diplomové práce bych chtěla ráda zmínit, že i přesto, že se v našem výzkumu vyskytovalo pouze malé procento žen s rizikovým těhotenstvím se známkami deprese, je podstatné se danou problematikou zabývat ať už u fyziologického či právě rizikového těhotenství. V dnešní době je už v oblasti duševního zdraví na ústupu stigmatizace psychických poruch, a proto vidím velmi pozitivně existenci pilotního projektu screeningu duševní pohody jak u těhotných, tak žen po porodu. Pokud se do budoucna zavede jako rutinní screening, který ženy budou absolvovat, mohla by se dále také zlepšit i komunikace lékařů či porodních asistentek s klientkami ohledně jejich duševního stavu. Protože ne nadarmo se říká: „spokojená žena, spokojené dítě“.

REFERENČNÍ SEZNAM

ABBASZADEH, Fatemeh, Mahboobe KAFAEI, Negin MASOUDI ALAVI, Azam BAGHERI, Zohreh SADAT a Zahra KARIMIAN. Relationship Between Quality of Life and Depression in Pregnant Women. *Nursing and Midwifery Studies* [online]. 2013, **1**(4), 193-197 [cit. 2022-02-08]. ISSN 2322-1488. Dostupné z: doi:10.5812/nms.8518

ABOLFATHI, Mitra, Hossein ASHTARIAN, Soudabeh ESKANDARI, Seyed Fahim IRANDOOST, Nazila NEJHADDADGAR a Nasim MIRZAEI. Evaluation of quality of life in diabetic pregnant women. *Primary Care Diabetes* [online]. 2021, 1-4 [cit. 2022-02-03]. ISSN 17519918. Dostupné z: doi:10.1016/j.pcd.2021.09.009

ABRAR, Ambar. Anxiety among women experiencing medically complicated pregnancy: A systematic review and meta-analysis. *Birth* [online]. 2019, **47**(1), 13-20 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: doi:10.1111/birt.12443

AKBARZADEH, Marzieh, Zahra YAZDANPANAHI, Ladan ZARSHENAS a Farkhondeh SHARIF. The Women's Perceptions About Unwanted Pregnancy: A Qualitative Study in Iran. *Global Journal of Health Science* [online]. 2015, **8**(5), 189-196 [cit. 2021-12-09]. ISSN 1916-9744. Dostupné z: doi:10.5539/gjhs.v8n5p189

ALI, Azizi. Relationship between Unwanted Pregnancy and Health-Related Quality of Life in Pregnant Women. *Journal of College of Physicians and Surgeons Pakistan* [online]. 2016, **26**(6), 507-512 [cit. 2021-12-09]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/305004478_Relationship_between_Unwanted_Pregnancy_and_Health-Related_Quality_of_Life_in_Pregnant_Women

ALZBOON, Ghadeer a Gülşen VURAL. Factors Influencing the Quality of Life of Healthy Pregnant Women in North Jordan. *Medicina* [online]. 2019, **55**(6), 1-12 [cit. 2022-02-08]. ISSN 1648-9144. Dostupné z: doi:10.3390/medicina55060278

BADAKHSH, Mahin, Marie HASTINGS-TOLSMA, Mohammadreza FIROUZKOHI, Mehrbanoo AMIRSHAHI a Zohreh Sadat HASHEMI. The lived experience of women with a high-risk pregnancy: A phenomenology investigation. *Midwifery* [online]. 2020, **82**, 1-7 [cit. 2021-11-05]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2019.102625

BAHK, Jinwook. Impact of unintended pregnancy on maternal mental health: a causal analysis using follow up data of the Panel Study on Korean Children (PSKC). *BMC Pregnancy and*

Chilbirth [online]. 2015, **15**(85), 1-12 [cit. 2021-12-09]. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-015-0505-4

BALARAM, Kripa a Raman MARWAHA. *Postpartum Blues* [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2021, 1-8 [cit. 2022-01-22]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546/#_NBK554546_pubdet_

BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Přeložil Ludmila MÍČOVÁ. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5361-4.

BECKER, Madeleine, Tal WEINBERGER, Ann CHANDY a Sarah SCHMUKLER. Depression During Pregnancy and Postpartum. *Current Psychiatry Reports* [online]. 2016, **18**(3) [cit. 2022-01-19]. ISSN 1523-3812. Dostupné z: doi:10.1007/s11920-016-0664-7

BELL, Aleeca F. a Ewa ANDERSSON. The birth experience and women's postnatal depression: A systematic review. *Midwifery* [online]. 2016, **39**, 112-123 [cit. 2022-01-24]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2016.04.014

BO, Hai-Xin, Yuan YANG, Dong-Ying ZHANG, et al. The Prevalence of Depression and Its Association With Quality of Life Among Pregnant and Postnatal Women in China: A Multicenter Study. *Frontiers in Psychiatry* [online]. 2021, **12** [cit. 2021-12-18]. ISSN 1664-0640. Dostupné z: doi:10.3389/fpsy.2021.656560

BYATT, Nancy, Katherine HICKS-COURANT, Autumn DAVIDSON, Ruth LEVESQUE, Eric MICK, Jeroan ALLISON a Tiffany A. MOORE SIMAS. Depression and anxiety among high-risk obstetric inpatients. *General Hospital Psychiatry* [online]. 2014, **36**(6), 644-649 [cit. 2021-11-17]. ISSN 01638343. Dostupné z: doi:10.1016/j.genhosppsych.2014.07.011

BYRD-CRAVEN, Jennifer a Amber R. MASSEY. Lean on me: Effects of social support on low socioeconomic-status pregnant women. *Nursing & Health Sciences* [online]. 2013, **15**(3), 374-378 [cit. 2021-12-12]. ISSN 14410745. Dostupné z: doi:10.1111/nhs.12043

CALOU, C.G.P., M.F. DE OLIVIERA a F.H.C CARVALHO. Maternal predictors related to quality of life in pregnant women in the Northeast of Brazil. *Health and Quality of Life Outcomes* [online]. 2018, **109**(16), 1-10 [cit. 2022-02-04]. Dostupné z: <https://hqlo.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12955-018-0917-8.pdf>

ÇELİK, FP a SE GÜNERI. The Relationship between Adaptation to Pregnancy and Prenatal Attachment in High-Risk Pregnancies. *Psychiatria Danubina* [online].

2020, **32**(Supplementum 4), 568-575 [cit. 2021-11-05]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33212465/>

CERNADAS, José María Ceiani. Postpartum depression: Risks and early detection. *Archivos Argentinos de Pediatría* [online]. 2020, **118**(3), 154-155 [cit. 2022-01-24]. ISSN 03250075. Dostupné z: doi:10.5546/aap.2020.eng.154

COHEN, WR. Does maternal age affect pregnancy outcome? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2014, **121**(3), 252-254 [cit. 2021-12-11]. ISSN 14700328. Dostupné z: doi:10.1111/1471-0528.12563

COOKE, Alison, Tracey A. MILLS a Tina LAVENDER. Advanced maternal age: Delayed childbearing is rarely a conscious choice. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2012, **49**(1), 30-39 [cit. 2021-12-11]. ISSN 00207489. Dostupné z: doi:10.1016/j.ijnurstu.2011.07.013

DAGKLIS, Themistoklis, Georgios PAPAISIS, Ioannis TSAKIRIDIS, Foteini CHOULIARA, Apostolos MAMOPOULOS a David ROUSSO. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. 2016, **51**(7), 1025-1031 [cit. 2021-9-17]. ISSN 0933-7954. Dostupné z: doi:10.1007/s00127-016-1230-7

DALFRÀ, M. G., A. NICOLUCCI, T. BISSON, B. BONSEMBIANTE a A. LAPOLLA. Quality of life in pregnancy and post-partum: a study in diabetic patients. *Quality of Life Research* [online]. 2012, **21**(2), 291-298 [cit. 2022-05-06]. ISSN 0962-9343. Dostupné z: doi:10.1007/s11136-011-9940-5

Depression: MHFA Guidelines. *Mental Health First Aid: Australia* [online]. Australia, 2021 [cit. 2022-01-30]. Dostupné z: https://mhfa.com.au/sites/default/files/depression_-_mhfa_guidelines_2021.pdf

Depression. *WHO: World Health Organization* [online]. Geneva, 13 September 2021 [cit. 2022-01-19]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

DI FLORIO, Arianna, Sue SMITH a Ian JONES. Postpartum psychosis. *The Obstetrician & Gynaecologist* [online]. 2013, **15**(3), 145-150 [cit. 2022-01-23]. ISSN 14672561. Dostupné z: doi:10.1111/tog.12041

Dotazník kvality života WHOQOL-BREF a WHOQOL-100. *Adiktologie: Klinika adiktologie* [online]. Praha 2, 2022, 16.01.2019 [cit. 2022-02-11]. Dostupné z: <https://www.adiktologie.cz/dotaznik-kvality-zivota-whoqol-bref-a-whoqol-100>

DRAGOMIRECKÁ, Eva a Jitka BARTOŇOVÁ. WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. ISBN 80-85121-82-4.

ERTMANN, Ruth K., Dagny R. NICOLAISDOTTIR, Jakob KRAGSTRUP, Volkert SIERSMA, Melissa C. LUTTERODT a Per BECH. Physical discomfort in early pregnancy and postpartum depressive symptoms. *Nordic Journal of Psychiatry* [online]. 2019, **73**(3), 200-206 [cit. 2021-9-17]. ISSN 0803-9488. Dostupné z: doi:10.1080/08039488.2019.1579861

FAIRBROTHER, Nichole, Allan H. YOUNG, Patricia JANSSEN, Martin M. ANTONY a Emma TUCKER. Depression and anxiety during the perinatal period. *BMC Psychiatry* [online]. 2015, **15**(1), 1-9 [cit. 2022-05-06]. ISSN 1471-244X. Dostupné z: doi:10.1186/s12888-015-0526-6

FISKIN, Gamze, Meltem Mecdi KAYDIRAK a Umran Yesiltepe OSKAY. Psychosocial Adaptation and Depressive Manifestations in High-Risk Pregnant Women: Implications for Clinical Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* [online]. 2017, **14**(1), 55-64 [cit. 2021-9-17]. ISSN 1545102X. Dostupné z: doi:10.1111/wvn.12186

GADELHA, Ivyna Pires, Priscila de Souza AQUINO, Marianne Maia Dutra BALSELLS, Flaviane Fabrício DINIZ, Ana Karina Bezerra PINHEIRO, Samila Gomes RIBEIRO a Régia Christina Moura Barbosa CASTRO. Quality of life of high risk pregnant women during prenatal care. *Revista Brasileira de Enfermagem* [online]. 2020, **73**(suppl 5), 1-6 [cit. 2022-02-02]. ISSN 1984-0446. Dostupné z: doi:10.1590/0034-7167-2019-0595

GOODMAN, Janice H. Perinatal depression and infant mental health. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. 2019, **33**(3), 217-224 [cit. 2021-12-18]. ISSN 08839417. Dostupné z: doi:10.1016/j.apnu.2019.01.010

GREGORY, Christina. The Five Stages of Grieg: An Examination of the Kubler-Ross Model. *Psycom* [online]. Remedy Health Media, 2021 [cit. 2021-12-15]. Dostupné z: <https://www.psycom.net/depression.central.grief.html>

GULÁŠOVÁ, Ivica. Komunikace s depresivním pacientem. *Linkos* [online]. Praha: ČOS ČLS JEP, 2014 [cit. 2022-01-20]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kongresy/po-kongresu/databaze-tuzemskych-onkologickych-konferencnich-abstrakt/komunikace-s-depresivnim-pacientem/>

GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024736259.

GUTERMAN, Kai. Unintended pregnancy as a predictor of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* [online]. 2015, **48**, 160-169 [cit. 2021-12-09]. ISSN 01452134. Dostupné z: doi:10.1016/j.chiabu.2015.05.014

HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 8024704188

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024745299

JANIGHORBAN, Mojgan, Zeinab HEIDARI, Azam DADKHAH a Fatemeh MOHAMMADI. Women's Needs on Bed Rest during High-risk pregnancy and Postpartum Period: A Qualitative Study. *Journal of Midwifery & Reproductive Health* [online]. 2018, **6**(3), 1336-1344 [cit. 2022-02-04]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/338605823_Women's_Needs_on_Bed_Rest_during_High-risk_pregnancy_and_Postpartum_Period_A_Qualitative_Study

KESSLER, David. The 5 stages of grief. <https://grief.com> [online]. [cit. 2021-12-14]. Dostupné z: <https://grief.com/the-five-stages-of-grief/>

KUČEROVÁ, Helena. *Psychiatrické minimum*. Praha: Grada, 2013. Psyché (Grada). ISBN 9788024747330.

LAGADEC, Nolwenn, Magali STEINECKER, Amar KAPASSI, Anne Marie MAGNIER, Julie CHASTANG, Sarah ROBERT, Nadia GAOUAOU a Gladys IBANEZ. Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2018, **18**(1), 1-14 [cit. 2022-02-08]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-018-2087-4

LÓPEZ-MORALES, Hernán, Macarena Verónica DEL-VALLE, María Laura ANDRÉS, Rosario GELPI TRUDO, Lorena CANET-JURIC a Sebastián URQUIJO. Longitudinal study on prenatal depression and anxiety during the COVID-19 pandemic. *Archives of Women's*

Mental Health [online]. 2021, **24**(6), 1027-1036 [cit. 2022-04-15]. ISSN 1434-1816. Dostupné z: doi:10.1007/s00737-021-01152-1

ĽUBUŠKÝ, M., M. KACEROVSKÝ, A. PAŘÍZEK, V. DVOŘÁK, M. JANKŮ a D. ŠMEHLÍK. Metodika organizace Komplexní péče o těhotnou ženu v České republice. *Gynekologie a porodnictví* [online]. 2021, **5**(2), 68-75 [cit. 2021-11-05]. Dostupné z: <https://www.gynultrazvuk.cz/uploads/news/102/doc/gp-lubusky-metodika-organizace-komplexni-pece-o-tehotnou-zenu-v-cr-2021-02-reprint.pdf>

MAJELLA, Marie Gilbert, Gokul SARVESWARAN, Yuvaraj KRISHNAMOORTHY, K SIVARANJINI, Kalaiselvy ARIKRISHNAN a S Ganesh KUMAR. A longitudinal study on high risk pregnancy and its outcome among antenatal women attending rural primary health centre in Puducherry, South India. *Journal of Education and Health Promotion* [online]. 2019, 1-6 [cit. 2021-11-05]. Dostupné z: doi:10.4103/jehp.jehp_144_18

MAZÚCHOVÁ, L, S KELČÍKOVÁ a Z DUBOVICKÁ. Meranie kvality života žien počas tehotenstva: Measuring women's quality of life during pregnancy. *Kontakt* [online]. 2018, **20**(1), 31-36 [cit. 2022-02-02]. ISSN 1804-7122. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/321312620_Measuring_women's_quality_of_life_during_pregnancy

MILGROM, Jeannette a Alan W. GEMMILL. Screening for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2014, **28**(1), 13-23 [cit. 2021-9-17]. ISSN 15216934. Dostupné z: doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.014

MOURADY, Danielle, Sami RICHA, Rita KARAM, et al. Associations between quality of life, physical activity, worry, depression and insomnia: A cross-sectional designed study in healthy pregnant women. *PLOS ONE* [online]. 2017, **12**(5), s. 1-15 [cit. 2022-04-15]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0178181

NILSSON, C. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2018, **18**(28), 1-25 [cit. 2021-12-07]. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-018-1659-7

O'HARA, Michael W. a Katherine L. WISNER. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [online]. 2014, **28**(1), 3-12 [cit. 2022-01-23]. ISSN 15216934. Dostupné z: doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002

OKUNOLA, Temitope Omoladun, Jacob Olumuyiwa AWOLEKE, Babatunde OLOFINBIYI, Babatunde ROSIJI, Sunday OMOYA a Abidemi Olaolu OLUBIYI. Postnatal blues: A mirage of reality. *Journal of Affective Disorders Reports* [online]. 2021, **6**, 1-6 [cit. 2022-01-22]. ISSN 26669153. Dostupné z: doi:10.1016/j.jadr.2021.100237

OSN. Sustainable Development. *Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages* [online]. 2015 [cit. 2021-11-07]. Dostupné z: <https://sdgs.un.org/goals/goal3>

PANTZARTZIS, Kyriakos A., Philip P. MANOLOPOULOS, Stavroula A. PASCHOU, Kyriakos KAZAKOS, Kalliopi KOTSA a Dimitrios G. GOULIS. Gestational diabetes mellitus and quality of life during the third trimester of pregnancy. *Quality of Life Research* [online]. 2019, **28**(5), 1349-1354 [cit. 2022-02-03]. ISSN 0962-9343. Dostupné z: doi:10.1007/s11136-018-2090-2

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. V Praze: Triton, 2005. ISBN 8072546570.

PTÁČEK, Radek, Jiří RABOCH, Martina VŇUKOVÁ, Jaroslav HLINKA a Martin ANDERS. Beckova škála deprese BDI-II – Standardizace a využití v praxi. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2016, **112**(6), 270-274 [cit. 2022-03-28]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2016_6_270_274.pdf

PRAŠKO, Ján. Psychometric evaluation of the Czech Beck Depression Inventory-II in a sample of depressed patients and healthy controls. *Neuroendocrinology Letters* [online]. 2017, **38**(2), 98-106 [cit. 2022-04-29]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/319101925_Psychometric_evaluation_of_the_Czech_Beck_Depression_Inventory_II_in_a_sample_of_depressed_patients_and_healthy_controls

PRAŠKO, Ján, Barbora BULIKOVÁ a Zuzana SIGMUNDOVÁ. *Depresivní porucha a jak ji překonat*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-656-4.

PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 9788073456184.

RABOCH, Jiří a Rudolf ČERVENÝ. *Deprese: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, [2018]. Doporučené postupy pro praktické lékaře. ISBN 978-80-88280-05-7.

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

RAZA, SK a S RAZA. Postpartum Psychosis. *StatPearls* [online]. Treasure Island (FL): Statpearls Publishing, 2021, s. 1-12 [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544304/#_NBK544304_pubdet_

RODRIGUES, Paula Borba, Carla Fonseca ZAMBALDI, Amaury CANTILINO a Everton Botelho SOUGEY. Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy* [online]. 2016, **38**(3), 136-140 [cit. 2022-02-08]. ISSN 2237-6089. Dostupné z: doi:10.1590/2237-6089-2015-0067

ROLLÈ, Luca, Maura GIORDANO, Fabrizio SANTONICCOLO a Tommaso TROMBETTA. Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [online]. 2020, **17**(8), 1-26 [cit. 2021-9-17]. ISSN 1660-4601. Dostupné z: doi:10.3390/ijerph17082644

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 9788024757537.

S psychikou v těhotenství a po porodu pomůže nová unikátní aplikace. *NUDZ* [online]. Klecany, 2015, 27.7.2021 [cit. 2021-12-18]. Dostupné z: <https://www.nudz.cz/files/pdf/tz-kogito.pdf>

SERÇEKUŞ, Pinar a Hatice BAŞKALE. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery* [online]. 2016, **34**, 166-172 [cit. 2021-12-07]. ISSN 02666138. Dostupné z: doi:10.1016/j.midw.2015.11.016

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**, 1-8 [cit. 2021-12-17]. ISSN 0080-6234. Dostupné z: doi:10.1590/s1980-220x2016048003253

SOBOTKOVÁ, Daniela. Perinatální deprese: Současné poznatky o mechanismech jejího působení na vývoj dítěte. *Československá psychologie* [online]. 2019, **63**(3), 299-311 [cit. 2021-12-18]. Dostupné z: <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.d3344e16-548e-4ad4-9405-f31efd517e2d>

SOTO-BALBUENA, C, MF RODRÍGUEZ, AI ESCUDERO GOMIS, FJ FERRER BARRIENDOS, HN LE a G PMB-HUCA. Incidence, prevalence and risk factors related to anxiety symptoms during pregnancy. *Psicothema* [online]. 2018, **30**(3), 257-263 [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: doi:10.7334/psicothema2017.379

STUART-PARRIGON, Kaela a Scott STUART. Perinatal Depression: An Update and Overview. *Current Psychiatry Reports* [online]. 2014, **16**(9), 1-15 [cit. 2021-9-17]. ISSN 1523-3812. Dostupné z: doi:10.1007/s11920-014-0468-6

ŠEBELA, A., J. HANKA a P. MOHR. Etiologie, rizikové faktory a metody prevence poporodní deprese. *Česká gynekologie* [online]. 2018, **83**(6), 468-473 [cit. 2022-01-19]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2018-6-11/etiologie-rizikove-faktory-a-metody-prevence-poporodni-deprese-107462>

ŠEBELA, Antonín, Jan HANKA a Pavel MOHR. Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie: Část II: psychotické poruchy a bipolární afektivní porucha. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2019, **20**(2), 82-85 [cit. 2022-01-23]. Dostupné z: <https://www.solen.cz/pdfs/psy/2019/02/07.pdf>

TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

TALOVÁ, Barbora, Klára LÁTALOVÁ, Ján PRAŠKO a Barbora MAINEROVÁ. Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2014, **110**(1), 29-37 [cit. 2021-12-17]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2014_1_29_37.pdf

THEOFILOU, Paraskevi. Quality of Life: Definition and Measurement. *Europe's Journal of Psychology* [online]. 2013, **9**(1), 150-162 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: doi:10.5964/ejop.v9i1.337

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From The World Health Organization. *Social Science & Medicine* [online]. 1995, **41**(10), 1403-149 [cit. 2022-04-06].

THIAGAYSON, Pavaani, Gita KRISHNASWAMY, May Li LIM, Sharon Cohan SUNG, Charlotte Louise HALEY, Daniel Shuen Sheng FUNG, John Carson ALLEN a Helen CHEN. Depression and anxiety in Singaporean high-risk pregnancies — prevalence and

screening. *General Hospital Psychiatry* [online]. 2013, **35**(2), 112-116 [cit. 2022-04-15]. ISSN 01638343. Dostupné z: doi:10.1016/j.genhosppsy.2012.11.006

TYRRELL, Patrick, Seneca HARBERGER a Waquar SIDDIQUI. Stages of Dying. *StatPearls* [online]. StatPearls Publishing, 2021, s. 1-16 [cit. 2021-12-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK507885/?report=reader>

Úsměv mámy [online]. Brandýs nad Labem, 2020 [cit. 2022-04-09]. Dostupné z: <https://www.usmevmamy.cz/>

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: . 1. 3. 2011. Dostupný z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>

WALL-WIELER, Elizabeth. Teenage pregnancy: the impact of maternal adolescent childbearing and older sister's teenage pregnancy on a younger sister. *BMC Pregnancy and Childbirth* [online]. 2016, **16**(120), 1-12 [cit. 2022-03-06]. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-016-0911-2

WHO. Constitution. *World Health Organization* [online]. Geneva, 2022 [cit. 2022-02-06]. Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution>

WHO, UNICEF a UNFPA. *Managing Complications in Pregnancy and Childbirth: A guide for midwives and doctors* [online]. 2nd Edition. 2017, C-1 – P-132 [cit. 2021-11-17]. ISBN 9789241565493. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255760/9789241565493-eng.pdf>

SEZNAM ZKRATEK

DM – diabetes mellitus

GDM – gestační diabetes mellitus

OSN – Organizace spojených národů

ČGPS ČLS JEP – Česká gynekologická a porodnická společnost Jana Evangelisty Purkyněho

GBS – streptokoky skupiny B

WHO – World Health Organization

ACOG – Americká vysoká škola porodnictví a gynekologie

NUDZ – Národní ústav duševního zdraví

EPDS – Edinburská škála poporodní deprese

BDI-II – Beckova škála deprese

MGI – Mother-Generated Index

HRQOL – Health Related Quality of Life

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 – Charakteristika výzkumného souboru (věk respondentek)	44
Tabulka 2 – Charakteristika výzkumného souboru (týden těhotenství respondentek).....	44
Tabulka 3 – Míra deprese (BDI-II) u zkoumaného a kontrolního souboru.....	48
Tabulka 4 – Průměrné hodnoty WHOQOL-BREF u zkoumaného a kontrolního souboru.....	51
Tabulka 5 – Porovnání Domény 1 „fyzické zdraví“ mezi zkoumaným a kontrolním souborem	53
Tabulka 6 – Porovnání Domény 2 „prožívání“ mezi zkoumaným a kontrolním souborem	54
Tabulka 7 – Porovnání Domény 3 „sociální vztahy“ mezi zkoumaným a kontrolním souborem	54
Tabulka 8 – Porovnání Domény 4 „prostředí“ mezi zkoumaným a kontrolním souborem	55
Tabulka 9 – Průměrné hodnoty obou souborů v dotaznících WHOQOL-BREF A BDI-II	56
Tabulka 10 – Korelační tabulka (Spearmanův test)	58

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 – Grafické zobrazení míry deprese u zkoumaného souboru	49
Graf 2 – Grafické zobrazení míry deprese u kontrolního souboru	49
Graf 3 – Celková kvalita života zkoumaného souboru respondentek	51
Graf 4 – Celková kvalita života kontrolního souboru respondentek	52

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Test hypotéz

Příloha č. 2 – Souhlas etické komise

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas

Příloha č. 4 – Souhlas zdravotnického zařízení Královehradeckého kraje

Příloha č. 5 – Souhlas zdravotnického zařízení Pardubického kraje

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Test hypotéz

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of DOM 1 is the same across categories of Těhotenství.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,052	Retain the null hypothesis.
2	The distribution of DOM 2 is the same across categories of Těhotenství.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,333	Retain the null hypothesis.
3	The distribution of DOM 3 is the same across categories of Těhotenství.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,775	Retain the null hypothesis.
4	The distribution of DOM 4 is the same across categories of Těhotenství.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,330	Retain the null hypothesis.
5	The distribution of BDI-II is the same across categories of Těhotenství.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,554	Retain the null hypothesis.
6	The distribution of Q1 is the same across categories of Těhotenství.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,146	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.



Fakulta
zdravotnických věd

Genius loci ...

UPOL - 155644/1070-2021

Vážená paní
Bc. Tereza Černá

2021-08-26

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 „**Deprese a kvalita života žen s rizikovým těhotenstvím**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

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

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci
Hněvotínská 3 | 775 15 Olomouc | T: 585 632 880
www.fzv.upol.cz

Informovaný souhlas

Pro výzkumný projekt: Deprese a kvalita života žen s rizikovým těhotenstvím

Období realizace: září 2021 až leden 2022

Řešitelé projektu: Bc. Tereza Černá

Vedoucí práce: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D

Vážená paní, slečno,

jsem studentkou 2. ročníku oboru Intenzivní péče v porodní asistenci na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném šetření, které bude probíhat od září 2021 do ledna 2022. Cílem výzkumu je zjistit a zmapovat výskyt deprese a ovlivnění kvality života žen s rizikovým těhotenstvím. Výzkum bude prováděn pomocí dotazníkového šetření. Získaná data budou zpracována anonymně a budou sloužit pouze pro účely diplomové práce.

Dotazníkové šetření se bude skládat celkem ze třech standardizovaných dotazníků. První dva dotazníky (WHOQOL-BREF a WHOQOL 100) se zaměřují na úroveň kvality Vašeho života. Dotazník WHOQOL 100 obsahuje na 100 otázek, které se řadí do šesti domén, kterými jsou fyzické zdraví, sociální vztahy, prostředí, spiritualita, celková kvalita života, prožívání a úroveň nezávislosti.

Dotazník WHOQOL-BREF je zkrácenou formou dotazníku WHOQOL 100. Zjišťuje Vaši kvalitu života ve čtyřech doménách, kterými jsou fyzické zdraví, prožívání, prostředí a sociální vztahy. Celkem dotazník obsahuje 26 otázek. Třetí dotazník (BDI-II) zjišťuje míru deprese a obsahuje celkem 21 otázek. Odhadovaná doba vyplnění již zmíněných dotazníků bude 30 minut. Pro potřebu výzkumu je nutné vyplnit všechny tři dotazníky. Z účasti ve výzkumu pro Vás nevyplývají žádná rizika.

Prohlášení účastníka výzkumu

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném výzkumu. Řešitelka projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli a metodami a postupy, které budou při výzkumu používány, podobně jako s výhodami a riziky, které pro mne z účasti na výzkumu

vyplývají. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou anonymně zpracovány, použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány.

Měla jsem možnost vše si řádně, v klidu a v dostatečně poskytnutém čase zvážit, měla jsem možnost se řešitelky zeptat na vše, co jsem považovala za pro mne podstatné a potřebné vědět. Na tyto mé dotazy jsem dostala jasnou a srozumitelnou odpověď. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na výzkumu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Osobní údaje (sociodemografická data) účastníka výzkumu budou v rámci výzkumného projektu zpracována v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“).

Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu.

Vyplněním těchto dotazníků souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu.

Příloha č. 4 – Souhlas zdravotnického zařízení Královehradeckého kraje

The screenshot shows an email conversation. The first email is from Dana Vaňková (VD) to Cerna Tereza (CT) on 30.07.2021 at 8:04. It contains a consent form with the following text: "Souhlasím s provedením výzkumu ve FN HK. Můj souhlas je zároveň podmíněn souhlasem vedení PGK. Hezký den a s pozdravem Dana Vaňková". Below the text are three buttons: "Děkuji za váš souhlas.", "Děkuji.", and "Děkuji za váš hlas.". There is also a poll question: "Jsou výše uvedené návrhy užitečné?" with "Ano" and "Ne" options. The second email is from Cerna Tereza (CT) to Dana Vaňková on 29.07.2021 at 15:08. It is addressed to "Vážená paní magistro Vaňková," and contains the following text: "jmenuji se Tereza Černá a jsem studentkou navazujícího magisterského studia programu Intenzivní péče v porodní asistenci na Fakultě zdravotních věd na Univerzitě Palackého v Olomouci. Obracím se na Vás se žádostí o povolení realizace výzkumného šetření v rámci diplomové práce s názvem 'Deprese a kvalita života žen s rizikovým těhotenstvím'. Diplomová práce je pod odborným vedením paní Mgr. Šárky Vévodové, Ph.D., z Univerzity Palackého v Olomouci." It also includes a paragraph about data collection: "Sběr dat byl probíhal od září 2021 do ledna 2022 na Porodnické a gynekologické klinice, konkrétně v poradnách pro riziková těhotenství a na oddělení gynekologie a těhotných. Pro sběr dat budou použity standardizované dotazníky WHOQOL 100 a WHOQOL-BREF (pro zhodnocení kvality života) a dotazník BDI-II (pro zhodnocení deprese). Na začátku dotazníku budou respondenty informovány o samotném výzkumu a z jakých dotazníků se výzkum skládá. Data budou anonymně zpracována a budou sloužit pouze pro účely diplomové práce." The email ends with "Předem děkuji za odpověď a přeji hezký den, Černá Tereza".

Provedení výzkumného šetření nebo výzkumu v NPK

Příjmení a jméno studenta	Černá Tereza
Název a adresa školy	Univerzita Palackého v Olomouci Křížkovského 511/8, 771 47 Olomouc
Studijní program Studijní obor/ročník	Intenzivní péče v porodní asistenci, 1. ročník
Typ práce (bakalářská, magisterská, disertační)	Magisterská
Téma práce	Deprese a kvalita života žen s rizikovým těhotenstvím
Jméno vedoucí/ho práce, kontakt	Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D – sarka.vevodova@upol.cz
Jméno vedoucí/ho ročníku, kontakt	
Vyřádění vedoucího práce	Výzkum nebude /bude spojen s finančním zatížením NPK Podpis: <i>[Signature]</i>
Soubor respondentů, počet	Ženy s rizikovým těhotenstvím, předpokládaný počet respondentů bude 100 žen
Metodika sběru dat	Magisterská práce bude obsahovat kvantitativní výzkum. Použity budou standardizované dotazníky: BDI-II (Beckova stupnice pro hodnocení deprese), WHOQOL 100 a WHOQOL-BREF (dotazníky pro zjištění kvality života).
Zahájení výzkumu / ukončení výzkumu	září 2021 – leden 2022
Vyřádění studenta/ky týkající se zveřejňování osobních a citlivých údajů respondentů/organizace a povinnosti mlčenlivosti studenta	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět osobní a citlivé údaje respondentů/ organizace. Jsem si vědom/a, že jsem vázán/a povinnou mlčenlivostí o skutečnostech, se kterými jsem se setkal/a při výkonu své odborné praxe a při nahlížení do dokumentace pacientů/organizace. Podpis studenta/ky: <i>[Signature]</i>
Vyřádění studenta/ky týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení, kde bude výzkum prováděn	Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta/ky: <i>[Signature]</i>
Souhlas odpovědného pracovníka NPK	ANO <input checked="" type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> Podpis: Mgr. Lucie <i>[Signature]</i>
Souhlas představitel NPK se zveřejněním názvu zařízení	Podpis: _____

Souhlas vedoucího oddělení, kde bude výzkum probíhat

Nemocnice, klinika, oddělení	Ano	Ne	Podpis	Počet responden
<i>76. oddělení</i>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Bo. Petra Zajíčková</i>	<i>50</i>

.....
Vedoucí práce

.....
Vedoucí katedry

Součástí žádosti je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru) určený respondentům ve výzkumném souboru včetně informovaného souhlasu a stručný obsah práce. V případě retrospektivního šetření student nesmí nahlížet do NIS ani dokumentace pacienta. Anonymní data mu předá pověřený pracovník oddělení, kde výzkum probíhá. Student se zavazuje předat výsledky výzkumného šetření NPK.