

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Eliška Trtková

Vliv úzkosti žen na porodnické komplikace

Diplomová práce

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

Olomouc 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma „Vliv úzkosti žen na porodnické komplikace“ jsem vypracovala samostatně a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

V Olomouci 26.4.2021

.....

Podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Šárce Vévodové, Ph.D. za cenné rady, spolupráci, trpělivost a věnovaný čas při zpracování této závěrečné práce.

Dále bych chtěla poděkovat Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph.D. za pomoc při statistickém zpracování dotazníků a také za spolupráci a vyplnění dotazníků všem ženám, bez kterých by tato práce nemohla vzniknout.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Úzkost rodičky

Název práce: Vliv úzkosti žen na porodnické komplikace

Název práce v AJ: Impact of women's anxiety on obstetric complications

Datum zadání: 30.1.2019

Datum odevzdání: 26.4.2021

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence

Autor: Bc. Eliška Trtková

Vedoucí: Mgr. Šárka Vévodová, Ph.D.

Oponent:

Abstrakt v ČJ:

Diplomová práce se zabývá úzkostí žen a jejího vlivu na porodnické komplikace. Teoretická část práce je zaměřena na úzkost žen a její souvislost s porodnickými komplikacemi. Dále jsou zde uvedeny úzkostné poruchy, kognitivně - behaviorální terapie, edukace žen s úzkostnými poruchami a také porodnické komplikace, které mohou souviset s úzkostí. Dále je zde uveden vliv různých faktorů v souvislosti s úzkostí a porodnickými komplikacemi. Praktická část diplomové práce shrnuje výsledky výzkumného šetření provedeného kvantitativní metodou za pomoci vlastních otázek na sociodemografické údaje a dalších doplňujících otázek, a také standardizovaného dotazníku BATE zaměřeného na aktuální úzkost a úzkostnost žen.

Abstrakt v AJ:

This diploma thesis deals with effects of anxiety symptoms on obstetric complications. The theoretical part is focused at women with anxiety symptoms and theirs effect on obstetric complications. There are also anxiety disorders,

a cognitive - behavioral therapy, education of women with anxiety symptoms and obstetric complications. This chapter includes a various data related to anxiety symptoms and obstetric complications. The practical part of the diploma thesis introduced the results of this diploma thesis proven by quantitative method. First of all, the results are based on my own sociodemographic questions and other supplementary questions, secondly on standardized BATE questionnaire for actual and long-term anxiety symptoms in women.

Klíčová slova v ČJ: úzkost v těhotenství, porodnické komplikace, psychika ženy, těhotenství, úzkostné poruchy, operativní porod, předčasný porod, bolest při porodu

Klíčová slova v AJ: anxiety during pregnancy, obstetric complications, woman psyche, pregnancy, anxiety disorders, operative birth, preterm birth, pain during birth

Rozsah práce: 90/2

OBSAH

Úvod	8
Popis rešeršní činnosti.....	10
1 Úzkost.....	14
1.1 Úzkost a porodnické komplikace	16
1.2 Změny v těhotenství	17
2 Úzkostné poruchy	18
2.1 Generalizovaná úzkostná porucha	18
2.2 Obsedantně - kompulzivní porucha a posttraumatická stresová porucha	19
2.3 Panická porucha a sociální fobie	19
2.4 Poporodní blues	20
2.5 Poporodní deprese	21
2.6 Specifická fobie - tokofobie.....	22
2.7 Kognitivně – behaviorální terapie	23
2.8 Edukace těhotné ženy s úzkostnou poruchou	24
3 Porodnické komplikace	26
3.1 Porod císařským řezem.....	26
3.2 Porodnické extrakční operace - vakuumextrakce a forceps	27
3.3 Předčasná porodní činnost a předčasný porod	27
3.4 Abrupce placenty, protrahovaný porod a ruptura hráze při porodu	28
3.5 Ruptura dělohy a hypoxie plodu při porodu	29
3.6 Peripartální krvácení a zadržaná placenta nebo blány plodové	30
3.7 Zkalená plodová voda a dystokie ramen plodu	30
4 Vliv různých faktorů na komplikace při porodu v souvislosti s úzkostí	31
4.1 Vliv věku rodičky.....	31
4.2 Psychoprofylaktická příprava k porodu.....	32

4.3	Přítomnost otce u porodu	33
4.4	Vliv parity.....	34
4.5	Vliv socioekonomické situace	34
4.6	Bolest při porodu	35
5	Metodika práce	37
5.1	Cíle výzkumu a hypotézy.....	37
5.2	Metodika výzkumu.....	39
5.2.1	Výzkumný soubor a metoda výběru vzorku	39
5.2.2	Použitá metoda	40
5.3	Statistické zpracování.....	41
6	Výsledky výzkumu ve vztahu k cílům práce	42
6.1	Interpretace výsledků k 1. cíli	42
6.2	Interpretace výsledků k 2. cíli	44
6.3	Interpretace výsledků k 3. cíli	46
6.4	Interpretace výsledků k 4. cíli	50
6.5	Interpretace výsledků k 5. cíli:	53
7	Diskuze	56
8	Závěr.....	61
9	Referenční seznam.....	63
10	Seznam použitých zkratk.....	78
11	Seznam tabulek.....	79
12	Seznam příloh.....	80

Úvod

Těhotenství, porod a období po porodu tzv. šestinedělí jsou pro ženu velkou zátěží a to jak v oblasti fyzické, tak i psychické. Některé psychické změny mohou být často nerozpoznány a tak ovlivňují jak kvalitu života ženy, tak i celou její rodinu a následně i novorozence (Izáková, 2013, s. 161 - 163).

Těhotenství je ve většině případů bráno jako jedno z nejkrásnějších období ženy, ale ne vždy tomu tak je. Dle výzkumů až 80 % žen v období těhotenství pociťuje obavy a strach. Prediktory vzniku mohou být posttraumatického charakteru, dále mohou souviset s porodem, špatným vztahem s partnerem, věkem, socioekonomickým statusem a vzděláním. Ukázalo se, že s tímto mají souvislost i psychosociální a psychologické faktory strachu jako jsou úzkost, typ osobnosti a nízké sebevědomí (Mazúchová et al., 2016, s. 147 - 151).

Diplomová práce se zabývá problematikou úzkosti žen a jejího vlivu na porodnické komplikace. Toto téma jsem si vybrala, jelikož je velmi aktuální a zásadní pro práci porodní asistentky. Cílem práce je zjistit jaká je souvislost mezi úzkostí a úzkostností žen a jejich vliv na porodnické komplikace. Dalším z cílů práce je zjistit, zda má bolest při porodu a přítomnost partnera u porodu souvislost s úzkostí. A v neposlední řadě, zda jsou prvorodičky úzkostnější, než vícerodičky.

„Úzkost v porodní situaci vyhrocuje i současný mediální obraz porodů, který porodní procesy představuje jako patologické a dramatické děje, u kterých je zapotřebí zásahu celého lékařského týmu, někdy i policie a hasičů. Trpí tím všechny zúčastněné strany, v první řadě rodičky, které do porodního procesu vstupují už se značnými negativními očekáváními, a sekundárně i zdravotníci, kteří pak s rodičkami se zvýšenou mírou úzkosti pracují.“ (Kodyšová a Mrowetz, 2011, s. 28).

Vstupní studijní literatura:

- IZÁKOVÁ, Lubomíra, 2013. Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. 14(4), 161-163. [cit. 2020-09-09]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: <https://1url.cz/xKrPX>.

- PRAŠKO, Ján et al., 2011. Porodnictví a psychiatrie. *Lékařské listy. Gynekologie a porodnictví*. [online]. **9**(2011), 19-22 [cit. 2020-08-13]. Dostupné z: <https://1url.cz/SKrPg>.
- ŠEBELA, Antonín, MOHR, Pavel a HANKA, Jan, 2019. Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie Část I: deprese, úzkostné poruchy, poruchy spánku a ADHD. *Psychiatrie pro praxi*. [online]. **20**(1), 21-26 [cit. 2020-08-13]. Dostupné z: <https://1url.cz/RzmLW>.
- RECK, C. et al., 2013. The influence of general anxiety and childbirth – specific anxiety on birth outcome. *Arch Womens Ment Health*. [online]. **16**, 363-369 [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://1url.cz/3KrNt>.
- TAKÁCS, Lea, 2016. *Zvýšenou pozornost v předporodní a porodní péči zaslouží ženy s nadměrným strachem z porodu a ženy s úzkostnými rysy* [online]. In: Praha [cit. 2020-08-08]. Dostupné z: <https://1url.cz/WzmLM>.
- TALOVÁ, Barbora, LÁTALOVÁ, Klára, PRAŠKO, Ján a MAINEROVÁ, Barbora, 2014. Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu. *Česká a slovenská psychiatrie*. [online]. **110**(1), 29-37 [cit. 2020-09-08]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=931>.

Popis rešeršní činnosti

ALGORITMUS REŠERŠNÍ ČINNOSTI



VYHLEDÁVACÍ KRITÉRIA

Klíčová slova v ČJ: úzkost v těhotenství, porodnické komplikace, psychika ženy, těhotenství, úzkostné poruchy, operativní porod, předčasný porod, bolest při porodu

Klíčová slova v AJ: anxiety during pregnancy, obstetric complications, woman psyche, pregnancy, anxiety disorders, operative birth, preterm birth, pain during birth

Jazyk: český, anglický, slovenský

Období: 2010 - 2020, dále využity publikace z let: 2009, 2008, 1999, 1997, 1993, 1982, 1979, 1973, 1968, 1963



DATABÁZE

EBSCO, PubMed, Google Scholar



NALEZENO

163 záznamů



VYŘAZUJÍCÍ KRITÉRIA

duplicitní články, články nesplňující kritéria



SUMARIZACE VYUŽITÝCH DATABÁZÍ A DOHLEDANÝCH DOKUMENTŮ

EBSCO: 14

PubMed: 17

Google Scholar: 87



SUMARIZACE DOHLEDANÝCH PERIODÍK A DOKUMENTŮ

The Journal of Maternal-Fetal &
Neonatal Medicine - 2

EC Gynaecology

Iran J Nurs Midwifery Res - 2

The Iranian Journal
of Obstetrics

Electron Physician

Arch Womens Ment Health - 6

Comprehensive Psychiatry.

Behaviour Reseach and
Therapy

Archives of Women's Mental
Health

Acta Obstetricia et
Gynecologica

Postgraduální medicína - 2

Therapies in Clinical Practice

Journal of Psychosomatic
Research - 2

Expert Opinion on Drug Safety

Laktační minimum pro pediatriy

Praktická gynekologie - 3

Procedia-Social and Behavioral
Sciences - 2

Women's Health Issues.

Perinatal Journal

Psychiatria Danubina

Česká gynekologie - 5

Reproductive Health - 2

Chin. J. Integr. Med

Developmental Psychobiology

Pediatric and Perinatal
Epidemiology

Journal of Affective Disorders- 2

Psychiatrie pro praxi - 3

Health systém research

Journal of Psychosomatic
Obstetrics & Gynecology - 4

Journal of Reproductive and
Infant Psychology

Nigerian Journal of Clinical
Practice

Acta Psychiatrica Scandinavica

BMC Pregnancy Childbirth

Journal of Midwifery and
women's health

International Journal of Africa
Nursing Sciences

Journal of Research in Nursing
and Midwifery

International Research Journals

Ginekologia Polska

Journal of Anxiety Disorders

Indian Journal of Traditional
Knowledge

Iran J Pediatr

Psychosomatic Medicine - 2

Acta Obstet Gynecol Scand - 2

An International Journal of
Obstetrics & Gynaecology

The Israel Journal of Psychiatry
and Related Sciences

Depression Research and
Treatment

Společnost všeobecného
lékařství ČLS JEP. Doporučené
postupy pro praktické lékaře

Placenta

Iran J Nurs Midwifery Res

American Journal of Obstetrics
and Gynecology

Journal of Women's Health

Cochrane Library

J Clin Psychiatry

BMC Women's Health

Midwifery

Paediatric and Perinatal
Epidemiology

Rev Esc Enferm USP

Psychosom

Women and Birth

Česká a slovenská psychiatrie

Health Services Research

Journal of Nursing Research

Medical tribune.

Archives of Psychiatric Nursing

Journal of Perinatal Medicine

JAMA Psychiatry

Journal of the National Medical
Association

Frontiers in Psychiatry

European Journal of Obstetrics
& Gynecology and Reproductive
Biology

Journal of Health Psychology



Pro tvorbu teoretických východisek bylo použito **118** dohledaných článků

1 Úzkost

Období těhotenství a porodu je rizikové pro rozvoj nebo zhoršení již existujících úzkostných poruch. Zhruba 30 % žen, se za svůj život s nějakou úzkostnou poruchou setká. Některé studie ukazují, že vliv vyšší mateřské úzkosti má souvislost a je spojován s vyšším výskytem porodnických komplikací, může vést k abnormalitám u plodu a také vyšší tepové frekvenci. V perinatálním období mohou být úzkostné poruchy běžné a jsou spojeny s problémovým chováním u dětí v období adolescence a čtyř let. Mateřská úzkost není prediktorem pro nízkou porodní hmotnost i přes to, že je rizikem pro předčasný porod. Po porodu se pak může vyskytnout obsedantně - kompulsivní porucha a také generalizovaná úzkostná porucha (Talová et al., 2014, s. 29 - 37). Existuje pojem úzkost a úzkostnost. Úzkostnost je považována za rys osobnosti, přičemž úzkost je brána jako aktuální prožitek, který se projevuje obavami a napětím (Vágnerová, 2012, s. 399 - 403).

Úzkost můžeme rozdělit na úzkost v těhotenství, během porodu a v šestinedělí. V těhotenství je úzkost zvýšena většinou až ve třetím trimestru, kdy se blíží porod. Toto období mohou provázet i somatické příznaky, mezi které patří bolesti hlavy, břicha, nevolnost a zvracení, a to poté vede k návštěvám gynekologa. Vyvolávajícími faktory pro úzkost v období těhotenství a porodu se mohou stát socioekonomická nejistota a také pocit nedostatečné informovanosti (Raudenská et al., 2014, s. 105 - 110).

Velkou roli v procesu porodu hraje specifická úzkost v těhotenství. Jsou diskutovány různé mechanismy, jak úzkost může ovlivňovat výsledek porodu. Například dochází k omezenému průtoku krve k placentě, což způsobuje nedostatek výživy pro plod. To poté vše souvisí s nadměrnou aktivací sympatického nervového systému, který doprovází úzkost a zúžení cév a také zvýšené vyplavování adrenalinu, který má za následek narušení kontrakcí. Během porodu může také dojít ke zvýšené úzkosti a horšímu dýchání, což vede k napětí svalů pánevního dna a horší dilataci čípku dělohy (Reck et al., 2013, s. 363 - 369).

U těhotných mohou úzkostné poruchy probíhat asymptomaticky a tedy i bez žádné terapie. V těhotenství se mění role ženy, která se připravuje na roli matky.

Tato příprava může být narušena např. předčasným porodem, akutním císařským řezem a jinými komplikacemi. Období těhotenství je jak změnou fyzickou tak i psychickou. V prvním trimestru žena řeší problémy spíše tělesné, kdy jí může být často nevolno, mění se její hmotnost a mohou být změny i sexuální. V dalších dvou trimestrech jsou potíže spíše materiálního charakteru, kdy žena přestane pracovat, a tudíž může přijít o příjem. Psychické poruchy a nepohoda mají vliv na budoucí vývoj dítěte. Po porodu dochází ke ztrátě placentárních hormonů, adrenální sekrece kortizolu se mění a klesá koncentrace estrogenu a progesteronu (Talová et al., 2014, s. 29 - 37).

Již během těhotenství je důležité mít na paměti možnou úzkost ženy, která se může projevit až po porodu. Cílem by mělo být předcházení úzkosti již prenatálně, ptát se ženy na možné obavy a strachy a také sledovat příznaky úzkostných stavů. Příznaky deprese může mít až 13 % žen již během těhotenství a v šestinedělí. Studie se více zaměřují na poporodní depresi, než na úzkost, té se věnuje menší pozornost. Z jedné studie vyplývá, že porodu bylo až o 50 % vyšší úzkostné skóre u žen trpících posttraumatickou stresovou poruchou, než u žen které zažily poporodní depresi. Byla prokázána asociace mezi poporodní úzkostí a strachem z porodu, ztráty kontroly nad sebe samou a sníženou sebedůvěrou, strachu ze smrti matky nebo novorozence a menší důvěrou v personál nemocnice (Polachek et al., 2014, s. 128).

Tato problematika se začala zkoumat více v 80. letech, kdy se zaměřovala spíše na úzkost již před porodem. Autoři zjišťovali, zda má úzkosti vliv na porodnické a novorozenecké faktory jako je například skóre dle Apgarové, předčasný porod a porodní hmotnost, a dále i dlouhodobé následky jako emoční a kognitivní vývoj dítěte. Na prvním místě je úzkost spojená se zdravím dítěte a na druhém strach z bolesti při porodu. Specifická úzkost při porodu ovlivňuje i délku porodu (Reck et al., 2013, s. 363 - 369).

Z některých studií vyplývá, že rekonvalescence po spontánním porodu trvá déle než po porodu císařským řezem. Závažnost a následky porodního traumatu korespondují s časem pro zotavení po porodu. V jedné studii zjistili, že pokud byla ženě diagnostikována úzkostná porucha již prenatálně, tak již před porodem byla i větší pravděpodobnost porodnických komplikací. Chronický stres v období

těhotenství pak souvisí s porodnickými komplikacemi. Další ze studií poukazují na vyšší srdeční frekvenci plodu u matek s vyšší mírou úzkosti ve třetím trimestru těhotenství. Dále se studie zaměřovaly na nízký srdeční tonus plodu v 16. týdnu těhotenství a dále po porodu poukazovaly na vysoké Apgar skóre v 5. minutě u adolescentních matek s vysokým skóre negativních emocí a s tím i související úzkostí (Talová et al., 2014, s. 29 - 37).

Dle studie Silvy et al. (2017, s. 1 - 8) je u těhotných žen úzkost brána jako častá duševní porucha. Častěji se vyskytuje ve třetím trimestru těhotenství a je dávána do souvislosti s předchozími komplikacemi v těhotenství, abusem drog, kouřením a také povoláním těhotné.

1.1 Úzkost a porodnické komplikace

Studií v souvislosti s úzkostí a porodními komplikacemi není mnoho. V jedné z takovýchto studií, se autoři zaměřili na mateřskou úzkost v termínu porodu. Tato úzkost byla brána jako rizikový faktor těhotenství a z této studie tak vyplývá, že ženy s touto prenatálně diagnostikovanou úzkostnou poruchou měly větší pravděpodobnost porodnických komplikací již v období těhotenství. Chronický stres, který byl prokázán v těhotenství tak souvisí s komplikacemi při porodu (Talová et al., 2014, s. 29 - 37).

Studie zkoumající souvislost mezi úzkostí a porodnickými komplikacemi a výsledky porodu jsou velice sporné. Z čínských studií, zkoumajících souvislost úzkosti s předčasným porodem a nízkou porodní váhou vyplývá, že úzkost žen v těhotenství má souvislost se zvýšeným rizikem předčasného porodu a nízkou porodní váhou (Úzkost v těhotenství a nepříznivé porodní výsledky, 2015). V jedné z českých studií Takács (2016) uvádí, že dle výsledků této studie, které se zúčastnilo 2000 žen, měly úzkostné ženy kratší porody a rodily novorozence s nižší porodní váhou. Dále se ukázalo, že úzkostné ženy mají vyšší riziko poporodních blues.

Některé hormony vylučované v reakci na napětí a úzkost jako jsou kortizol, epinefrin, beta - endorfiny a katecholaminy, mohou narušit průběh dilatace porodních cest. Dále ovlivňují hladkou svalovinu dělohy a tak mohou snížit její kontraktilitu a následně i účinnost v procesu porodu. Mohou také prodlužovat porod, zvyšovat bolestivost a vést tak k úzkosti (Masoudi et al., 2014, s. 285 - 292).

1.2 Změny v těhotenství

Jak již bylo řečeno, změny v těhotenství můžeme rozdělit na fyzické a psychické. V této práci se zabýváme hlavně psychickými změnami. Těhotenství sebou nese i změnu role, která se poté může projevit strachem a úzkostí. Dále může být žena unavená, náladová může mít problémy s koncentrací, může mít obavy a pochyby o sobě samé. Další roli může hrát strach o finanční zajištění, dočasná ztráta zaměstnání, změny ve vztazích jak partnerských tak rodinných. Dále velikou roli hrají tělesné změny a přibýtek na váze a také strach z blížícího se porodu a strachu z bolesti. Některé tyto potíže charakteristické pro těhotenství mohou být překryty příznaky úzkosti a poté je velmi složité úzkost odhalit již v jejím raném stádiu (Skutilová, 2016 s. 20).

Při těhotenských komplikacích je přítomen oxidační stres. Dle studie Ramiro-Cortijo (2016, s. 37 - 45) v časně fázi těhotenství může být nízký stav antioxidantů (Antiox – S) v plazmě, který je v pozdějším těhotenství spojen s výskytem komplikací.

2 Úzkostné poruchy

Ženy, které mají některé z níže uvedených duševních onemocnění, jsou více ohroženy porodnickými komplikacemi, a to jak během porodu, tak následně i po porodu a také mají větší riziko předčasného porodu. Tento rozdíl je patrný i s přihlédnutím na věk, rasu, paritu, socioekonomickou situaci, týden těhotenství, týden gravidity kdy byla zahájena prenatální péče, porodnici a také dalších faktorů jako je indukce porodu, císařský řez a postmaturita (Thornton et al., 2010, s. 246 - 264).

2.1 Generalizovaná úzkostná porucha

V souvislosti s těhotenstvím se jedná se o nadměrný strach týkající se těhotenství, porodu a šestinedělí a také možné změny ve vztahu s partnerem. Úzkost přichází ve vlnách, žena očekává nějaké nebezpečí, ale neumí si sama vysvětlit přesně jaké. Na rozdíl od úzkosti je strach již reakcí na určité nebezpečí. Žena trpící touto poruchou může být nervózní, iritabilní, pociťovat nepohodu, únavu, může být až nadměrně bdělá, což poté vede k nespavosti, neschopnosti odpočívat a v největší míře může dojít až k záchvatu panické hrůzy. Určitá míra obavy je v těhotenství normální, ale jakmile překročí určitý práh, musí se řešit.

Pokud je úzkost nebo strach velmi intenzivní, objevuje se často, trvá dlouho a narušuje normální dění, dochází poté často ke snížení kvality života. Tato porucha je často neléčená a je zde až 50% pravděpodobnost recidivy. Dále jsou zde typické somatické příznaky jako tachykardie, napětí ve svalech, hyperventilace, třes, bolesti hlavy, zad a svalů, nauzea, průjem nebo zácpa, časté močení, meteorismus, obtíže s polykáním a pocit sevření na hrudi (Ocisková et al., 2017, s. 22 - 23).

V jedné studii Yonkerse et al. (2014, s. 897 - 904), která se zabývá úzkostnými poruchami a jejich vlivu na mateřské a fetální komplikace, bylo zjištěno, že z 2654 žen mělo 252 generalizovanou úzkostnou poruchu a 98 panickou poruchu, 67 těhotných žen bylo léčeno benzodiazepiny a 293 inhibitory zpětného vychytávání serotoninu. Tyto dvě poruchy však nepřispívají k těhotenským komplikacím. Byla prokázána souvislost užívání benzodiazepinu s císařským řezem, nízkou porodní hmotností a použitím ventilační podpory pro novorozence. U inhibitoru zpětného vychytávání serotoninu bylo prokázáno hypertenzní onemocnění matky a předčasný porod.

2.2 Obsedantně - kompulzivní porucha a posttraumatická stresová porucha

Obsedantně - kompulzivní porucha (OCD) je chronická porucha, kdy se střídají obsese s kompulzemi. Obsese je vtíravá myšlenka, která způsobuje tíseň a na níž člověk reaguje kompulzí neboli rituálem, kdy se snaží zmírnit působení nutkavého chování (Praško et al., 2019, s. 120).

U žen se objevuje nejčastěji po porodu. Z jedné studie vyplývá, že OCD se vyskytuje u žen, které měly pozitivní anamnézu psychického onemocnění již před otěhotněním, dále u žen s porodními komplikacemi, s tělesným postižením a u vícerodíček. Obsese může zahrnovat např. přemnožení bakterií a virů a následná kompulze se projeví nadměrným mytím a dezinfekcí rukou (Talová et al., 2014, s. 29 - 37). Je prokázáno, že OCD se častěji vyskytuje u těhotných žen a žen po porodu, než u běžné populace. Zajímavé je, že ženy s psychiatrickým onemocněním bez OCD mají vyšší riziko intrauterinního úmrtí plodu a spontánního potratu, než ženy s OCD (Russel et al., 2013, s. 377 – 385 a House et al., 2016, s. 3 - 10).

Posttraumatická stresová porucha - PTSD je vyvolaná nepříjemným zážitkem (traumatem) a vyplývá z předchozí zkušenosti. Její možnou příčinou je právě nepřiměřené vnímání bolesti a komplikace při porodu, předchozí psychická porucha, neshody s partnerem a první porod. Jedná se o opakování vzpomínek na dané trauma, kdy může dojít až k poruchám spánku a vyhýbání se situacím, které vyvolávají nepříjemné prožitky (Raudenská et al., 2014, s. 105 - 110).

Preeklampsie, gestační diabetes mellitus a gestační hypertenze by mohla souviset s PTSD. Tato porucha může být tedy brána jako narušitel kardiovaskulárního a neuroendokrinního systému. Dále ženy s touto poruchou byly častěji opakovaně hospitalizovány. Také je u žen s PTSD zvýšené riziko předčasného porodu (Shaw et al. 2017, s. 185 - 194).

2.3 Panická porucha a sociální fobie

Panická porucha je řazena mezi nejčastější a je označována též jako záchvatovitá. Strach vznikne velmi náhle a projevuje se nadměrným pocením, nespavostí, vertigem, průjmy, třesem a také pocitem dechové nedostatečnosti

a pocitu svírání na hrudi (Končelíková et al., 2016, s. 35 - 36). V souvislosti s těhotenstvím, porodem a šestinedělím se data neshodují. Může dojít buď ke zlepšení, nebo zhoršení této poruchy. Někdy zůstává beze změny (Talová 2014, s. 29 - 37). Ženy s panickým záchvatem v těhotenství mají dle studií větší pravděpodobnost předčasného porodu, na rozdíl od těhotných, který tento záchvat neprodělaly nebo panickou poruchu neměly (Chen, 2010, s. 258 - 262 a Thornton, 2010, s. 246 - 264).

Sociální fobie (SAD) se může vyskytnout po porodu v šestinedělí, kdy se žena uzavře sama do sebe a dochází z její strany k vyhýbavému chování. Přestane se stýkat s přáteli, spolupracovníky, ale i rodinnými příslušníky (Talová et al., 2014, s. 29 - 37). Je charakterizována strachem z jedné nebo více sociálních situací, jako je například interakce s dalšími lidmi, a také to jsou situace, kdy může ženu někdo pozorovat a hodnotit tak její chování nebo výkon (Praško et al., 2019, s. 20 - 33).

2.4 Poporodní blues

Poporodní blues neboli také baby blues vzniká u žen 3. po porodu, vrchol je v 5. dni a většinou sám odezní asi 10. den nebo se může rozvinout zhruba ve 20 % do poporodní deprese. Poporodní blues se vyskytuje až u 50 – 80 % šestinedělek. Typickými symptomy jsou úzkost, velmi rychlé změny nálad, nespavost, nechutenství, ztráta energie v souvislosti s vyčerpávající péčí o dítě (Talová et al., 2014, s. 29 - 37).

Vyšší riziko pro poporodní blues byl u žen po vaginálních extrakčních porodech, císařském řezu, u prvorodiček, u žen s finančními problémy a u úzkostných žen. U prvorodiček se toto riziko snížilo, pokud měla žena vyšší míru sebedůvěry, měla porod bez komplikací a těhotenství prožívala bez zvýšeného stresu. Autoři výzkumu udávají: *„U úzkostných žen lze riziko intenzivní poporodní subdeprese snížit prostřednictvím organizačních opatření v rámci perinatální péče: úzkostné rodičky (a to zejména prvorodičky) by měly mít možnost individuální podpory od osoby, které důvěřují, a to po celou dobu porodu.“* (Takács, 2016, s. 1 - 4).

Ve studii Maliszewske et al. (2016, s. 442 - 447) mělo ze 101 žen pravděpodobnost poporodní blues 16,8 % respondentek. Riziko se snížilo, pokud ženina intimita nebyla v průběhu porodu nijak narušena a zároveň pokud byl

u porodu přítomen partner, se kterým měla dobrý vztah. Strach z porodu a vyšší úroveň neuroticismu zvyšovalo toto riziko. Naopak dobrá kvalita spánku a extroverze žen představovaly jakési obranné mechanismy před poporodní blues.

2.5 Poporodní deprese

PPD – poporodní deprese je charakteristická pro cca 17 % žen po porodu. Dochází k narušení role matky a často i partnerky. Žena není schopna se sama postarat o novorozence, tělesný i emoční kontakt s ním je omezen, žena může přestat kojit a pečovat o své dítě. Podle studií tyto děti mají poté opožděný kognitivní vývoj. Diagnostikuje se v průběhu 4 týdnů až 6 - ti měsíců po porodu, kdy pro potvrzení diagnózy musí být přítomen alespoň jeden z hlavních příznaků a čtyři přidružené, trvající minimálně dva týdny. Hlavními příznaky jsou pokles zájmu nebo úbytek příjemných prožitků, dále smutná a pokleslá nálada. Přidruženými příznaky jsou pak poruchy spánku, únava nebo ztráta energie a snížené libido, poruchy chuti k jídlu, neklid nebo psychomotorické zpomalení, nerozhodnost a obtížné soustředění, a v neposlední řadě myšlenky na sebevraždu a na smrt (Šebela et al., 2018, s. 474 - 478).

Ženy, které mají poporodní depresi, mohou mít zvýšené riziko úzkosti a obsedantně kompulzivních poruch. Poporodní deprese je rizikovým faktorem pro včasné ukončení kojení, ale také časná negativní zkušenost s kojením může být rizikovým faktorem pro poporodní depresi. Délka kojení nepřímo souvisí s poporodními depresivními příznaky. Ženy s depresivními příznaky měly menší pravděpodobnost, že budou pokračovat v kojení, než ženy bez příznaků. V jedné studii bylo prokázáno, že ženy, které kojily, měly menší depresivní příznaky, než ženy které kojily jen částečně (Pope et Mazmanian, 2016, s. 1 - 9).

Riziko vzniku narůstá ve druhém a třetím trimestru. Ženám se doporučuje léčba i při kojení. Nejčastěji se používá antidepresivum Setralin. Doporučuje se začít s nízkými dávkami a postupně je zvyšovat (Cuomo et al., 2018, s. 719 - 725 a Larsen, 2015, s. 1 - 28). Deprese po porodu může mít vážné následky jak pro matku, tak i pro plod. Prosazení kojení i při poporodní depresi zajišťuje lepší výsledky duševního zdraví jak matky, tak i dítěte (Webber et al., 2019, s. 284 - 289).

Je mnoho názorů na přerušení laktace v souvislosti se současnou terapií antidepresivy. Poukazuje na to i mnoho studií, ale nejnovějšími doporučeními je

nepřestávat kojit i při současném užívání antidepresiv. Lze doporučit zástavu laktace, pokud relativní dávka léku objevující se v oběhu novorozence, je více než 10 % dávky kojící ženy (Šebela et al., 2019, s. 21 - 26; Šebela et al., 2018, s. 474 - 478; Šebela, 2019, s. 82 - 85; Černá a Kollárová, 2015, s. 13 - 85; Raboch a Červený, 2018, s. 1 - 15).

2.6 Specifická fobie - tokofobie

Tokofobie neboli strach z porodu se může vyskytnout již v pubertě ještě před samotným otěhotněním, kdy může dojít k oddalování otěhotnění a sexuálního styku. Spouštěcím faktorem může být např. informace o úmrtí rodičky při porodu (Talová et al., 2014, s. 29 - 37). Z jedné studie O'connella (2017, s. 907 - 920), které se zúčastnilo 18 zemí, vyplývá, že prevalence tokofobie je 14 %.

Tato fobie se může projevit, pokud žena trpí až nepřiměřeným strachem z bolesti, má nižší toleranci k bolesti, snaží se jí vyhnout a reaguje na ni hyperventilací. Toto je vždy spojováno s vyšší úzkostí a tedy i zvýšeným požadavkem na analgezii a císařský řez. Endogenní opioidy uvolňující se během porodu zajišťují lepší toleranci bolesti, ale pokud je zvýšená úzkost, tak je i vyšší bolest (Raudenská et al., 2014, s. 105 - 110).

Tokofobie může být primární, sekundární a terciální. Primárním strachem jsou postiženy většinou primipary a ženy po špatných zkušenostech jako je např. znásilnění. Sekundární tokofobie je možná u multipar po komplikacích z předešlých těhotenství a porodů jako je abort v pokročilejším stádiu těhotenství, porod mrtvého plodu nebo neočekávané komplikace při porodu, většinou akutní císařský řez. Terciální strach může být známkou a příčinou pozdější depresivní poruchy (Polívková, 2010, s. 16).

Lze hodnotit strach podle jeho obsahu. Mazúchová et al. (2016, s. 147 - 151) ve své studii poukazuje na to, že největší strach mají ženy ze 64 % o zdraví dítěte, dále je to strach ze samotného porodu (22 %), dále strach o své zdraví (7 %) a v neposlední řadě strach z nemocničního personálu (6 %) a strach z rodinného života (1 %). Způsob jakým zvládají ženy strach je téměř z poloviny (47 %) v přítomnosti blízké osoby při porodu, ve 22 % je to rozmluva a informovanost od lékaře či porodní asistentky, a z 11 % to jsou internetové zdroje a v menších procentech hypnóza a modlení.

Tento strach z porodu můžeme chápat, ale i jako strach sociální a psychologický. Z pohledu sociálního to může být nízký socioekonomický status, nízký věk rodičky a vzdělání, a nedostatek informací o těhotenství a porodu. Z psychologického pohledu to je nedostatek sebedůvěry, předchozí komplikace v těhotenství nebo při porodu a strach z rodičovské role. Strach z porodu jako takového jde ruku v ruce se strachem z neschopnosti porodit a se ztrátou sebekontroly (Raudenská et al., 2014, s. 105 - 110).

2.7 Kognitivně – behaviorální terapie

Jak již bylo řečeno, úzkostné poruchy se projevují nadměrným strachem a vyhýbáním se určitých situací, které nahánějí strach. Kognitivně – behaviorální terapie se používá u těchto úzkostných poruch jako psychoterapeutická léčba. Specifické léčebné složky této léčby se mohou kombinovat. Jde např. o psychoedukaci o povaze úzkosti a strachu, kognitivní restrukturalizaci, sebezpozorování a různá somatická cvičení (Otte, 2011, s. 413 - 421).

Dle mnoha studií je tato terapie vhodná pro těhotné ženy a má menší riziko jak pro matku, tak i pro plod, než farmakologická terapie nebo neléčení těchto poruch. Mnohé studie (Arch, 2014, s. 53 - 60; Arch et al., 2012, s. 445 - 457; Lilliecreutz et al., 2010, s. 259 - 265; Jabbari et al., 2012, s. 1341 - 1347; Lemon et al., 2015, s. 569 - 570) prokazují významné snížení úzkosti nebo i odstranění příznaků úzkosti díky této terapii.

Těhotné ženy reagují na akutní stres odlišně a rozdíly můžeme vidět i v různých stádiích těhotenství. Farmakologická léčba hlavně benzodiazepiny je pro gravidní ženy riziková. Zvýšená úroveň předporodní úzkosti je spojena se zvýšenými negativními a trvalými důsledky pro dítě, jako jsou emocionální a behaviorální problémy v dospělejším věku a nižší hustota šedé hmoty (Arch, 2012, s. 445 - 457).

Randomizovaná studie Marca et al. (2011), která zahrnovala ženy jakéhokoli věku, srovnávala intervenci mysli a těla autogenním tréninkem a dále užíváním metafor jako je zobrazování, biofeedback, jóga, meditace, modlitba a hypnoterapie. Zobrazování může mít pozitivní vliv již na úzkost během porodu a také i v bezprostředním poporodním období na úzkost i depresi. Autogenní výcvik může mít vliv na úzkost již před porodem.

2.8 Edukace těhotné ženy s úzkostnou poruchou

Těhotné ženy procházejí velkou změnou jak v oblasti fyzické, tak psychické. Porodní asistentka by se měla zaměřovat na obě tyto oblasti. Vypozorovat, kdy jde o zcela fyziologický děj v oblasti psychiky ženy, a kdy je tato hranice překročena, je velice obtížné. Porodní asistentka by se měla všimnout chování těhotné ženy a hovořit s ní o jejích pocitech a potřebách. Edukace by měla probíhat jak již prenatálně, tak i v celém období těhotenství, porodu a následně šestinedělí.

Juřeníková (2010, str. 11) uvádí: *„Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví či přispět ke zkvalitnění života jedince. Edukace hraje významnou roli v rámci primární, sekundární a terciální prevence.“*

Ženy v průběhu těhotenství mají zvýšenou potřebu informací, naslouchání, ujišťování, uznání a hlavně pochopení. Porodní asistentka by se ženou měla komunikovat o jejích psychických problémech (Praško et al., 2011, s. 19 - 22). Psychiatricky nemocná žena může mít úzkost jak ze samotného průběhu těhotenství tak i jeho zvládnutí. Může mít nízkou sebedůvěru a vztah k dítěti a k partnerovi může být také narušen (Martin, 2012, s. 546).

U žen docházejících do prenatální poradny není často prostor pro sledování psychických změn. Porodní asistentka se zajímá spíše o fyzické problémy. Toto je také dáno nedostatkem času v prenatální poradně a i na oddělení šestinedělí. Žena může docházet ke komunitní porodní asistentce, která ji provází celým těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Je pro ni spíše partnerem, může jí důvěřovat, má na ni dostatek času a může s ní mluvit o psychických problémech a tak včas zjistit možnou nežádoucí úzkost a strach, a to vše dále řešit. Tato péče komunitních porodních asistentek je ale placená a málo dostupná (Štromerová et al., 2010, s. 313).

Komunikace lékaře či porodní asistentky s rodičkou je velmi důležitá. Ve studii Takács a Kodyšová (2011, s. 199 - 204) uvádí, že nejdůležitějším kritériem pro spokojenost rodiček s péčí je hlavně empatie zdravotníků. Ženy si velmi váží pochval a podpory a také hraje roli i vhodné oslovení a představení se. Stresogenním faktorem pak může být necitlivý přístup a zlehčování jejích pocitů a neosobní přístup. Rodící ženy chtějí být průběžně informovány o tom co se děje,

co se bude dít a jak vše probíhá. Tato orientace ženy umožňuje pocit bezpečí a jistoty, a také snižuje úzkost. Žena v průběhu porodu nechce být jen prostředníkem, ale člověkem, který rozhoduje o tom, co se bude dít, a její přání a potřeby jsou respektovány. Separace dítěte od matky po porodu, je brána jako traumatizující zkušenost. Dále se klade velký důraz na psychickou podporu kojení.

3 Porodnické komplikace

3.1 Porod císařským řezem

Císařský řez může být plánovaný a akutní, my se v této práci budeme zabývat hlavně akutním císařským řezem, který mnohdy může zachránit život jak novorozence, tak i matky. Existují studie, které se zaměřují na vztah strachu z porodu a rysu úzkostnosti s vyšší četností císařského řezu. Akutní císařský řez může vést ke ztrátě sebedůvěry a pocitu selhání. U žen s nízkou sociální oporou se mohou vyskytovat poruchy psychické, jako je posttraumatická stresová porucha a poporodní blues (Takács et al., 2019, s. 33 - 39).

Dle metaanalýzy, které se účastnilo 532 630 respondentek, je císařský řez zvýšeným rizikem pro poporodní depresi. (Xu et al., 2017, s. 118 - 126). Ve výzkumu Ri-Hua (2011, s. 1881 - 1886) zahrnující 534 žen, císařským řezem porodilo 77, 7 % a z toho 21, 7 % mělo poporodní depresi. Ženy rodící vaginálně měly poporodní depresi v 10, 9 %.

Dle kohortové studie Madhavanprabhakara et al. (2013, s. 96 - 103) mateřská úzkost zvyšuje šance na operativní a prodloužený porod. Zkoumali úzkost během těhotenství napříč trimestry, kdy se závažnost v každém trimestru měnila. Ženy v prvním trimestru měly v 18,4 % závažný stupeň úzkosti a 70 % mělo střední stupeň. Během třetího trimestru byl stupeň úzkosti nejvyšší ve srovnání s prvním a druhým trimestrem a také v šestinedělí. Ze 30 císařských řezů bylo 28 neplánovaných a z těchto 28 S.C. bylo 12 provedeno na přání matky.

Rizikovými faktory pro císařský řez jsou ženy vyššího věku, obézní rodičky, ženy po předchozím císařském řezu a také primipary a pesimistky. Dalším rizikem jsou psychické poruchy zejména depresivní syndrom a také stres rodičky a tokofobie. Ze studie Takács et al. (2019, s. 33 - 39) vyplývá, že samotný rys úzkostnosti a úzkost nesouvisí s císařským řezem tak jako je tomu u strachu z porodu. Výsledky studie, které se zúčastnilo 447 žen, ukázaly, že nejčastější příčinou akutního císařského řezu byla v 79 % hrozící hypoxie plodu, dále v 29 % poruchy porodního mechanismu jako je dystokie, asynklitismus a nepostupující porod. Dále byl akutní císařský řez častější ve 32 % u žen, které měly nízkou

mateřskou sebejistotu a ve 31 % měly ženy v těhotenství strach z porodu. Ženy, které z této studie porodily vaginálně, byly častěji vdané, vícerodičky, neměly epidurální analgezií a narodilo se jim děvče. Můžeme tak říci, že strach z porodu je mnohem větším faktorem pro akutní císařský řez, než samotná úzkost či rys úzkostnosti.

3.2 Porodnické extrakční operace - vakuumextrakce a forceps

Porodní komplikace, které byly bezprostředně po porodu, přímo nesouvisely se zvýšenou úzkostí v období 2 – 8 měsíců po porodu. Naopak příznaky deprese a úzkosti, známé již v těhotenství, předchází psychiatrické onemocnění, multipary a ženy s nižším sociálním statusem, zvyšovaly možnost poporodní úzkosti, ale ne poporodní deprese (Bell et al., 2016, s. 219 - 227).

Během posledních let zaznamenáváme pokles porodů kleštěmi (forceps) a naopak spíše vzestup porodů vakuumextrakcí (VEX), kdy tato metoda je výrazně snazší a také méně riziková. V jedné prospektivní studii uvádí, že kefalhematom se vyskytuje častěji u porodů per VEX (Morávková et al., 2019, s. 93 - 98). K těmto vaginálním extrakčním operacím se přistupuje při hrozící hypoxii plodu, prodloužené druhé době porodní, poruše porodních sil, při vyčerpání rodičky, kardiopatiích, očních vadách a z důvodu předešlých operací na děloze (Pařízek, 2012, s. 408 - 415).

Tyto operační metody mohou mít svá rizika jak pro matku, tak i pro novorozence. Riziko pro matku jsou: dystokie ramének, poranění perinea III. – IV. stupně, zvýšená potřeba anestezie, nadměrná bolest. Rizikem pro novorozence jsou kefalhematom, retinální hemoragie, fetální hyperbilirubinémie, Apgar skóre < 7 v 5. minutě, závažné poranění hlavičky, subaponeurotické a intrakraniální krvácení (Pilka a Procházka, 2010, s. 405 - 488).

3.3 Předčasná porodní činnost a předčasný porod

Z mnoha studií vyplývá, že úzkost během těhotenství je spojena se zvýšeným rizikem předčasného porodu a také nízkou porodní váhou (Staneva et al., 2015, s. 179 – 193; Úzkost v těhotenství a nepříznivé porodní výsledky, 2015). Jak již bylo řečeno, úzkostné poruchy jsou rizikem i pro císařský řez. Z výzkumu Pavlo et al. (2013, s. 1339 - 1342), které se zúčastnilo 256 312 žen, mělo 224 žen diagnózu

úzkostné poruchy. Ženy s touto poruchou byly častěji kuřačky, byly věkově starší a měly větší míru předčasných porodů. Úzkost však neměla vliv na nepříznivé novorozenecké výsledky jako je nízké Apgar skóre a perinatální úmrtnost.

Úzkost v těhotenství je velmi často spojována s vyšším rizikem výskytu předčasného porodu. Úzkost může být dále v souvislosti s nízkou porodní hmotností plodu, to ale není jednoznačná příčina. K tomuto může přispívat rizikové chování ženy v těhotenství, jako je kouření, zaměstnání, vzdělání a stres (Talová et al., 2014, s. 29 - 37).

Neléčené ADHD může způsobovat agresivní chování a úzkost, a tak narušit vztahy v rodině a péči o novorozence. K léčbě ADHD se používají psychostimulantia a jejich užívání mírně zvyšuje riziko preeklampsie a předčasného porodu. U SGA a abrupce placenty toto riziko není tak významné. Proto se doporučuje s léčbou pokračovat i v těhotenství a šestinedělí (Cohen, 2017, s. 1192 - 1201).

3.4 Abrupce placenty, protražovaný porod a ruptura hráze při porodu

Abrupce placenty neboli předčasné odloučení placenty komplikuje 1 – 2 % těhotenství. Psychiatrická onemocnění mohou mít vliv na poruchu placentace. Ze studie Paze et al. (2011, s. 280 - 284), kde se deprese a úzkostné stavy hodnotily podle dotazníků, vyplývá, že depresivní symptomy souvisely s placentárním narušením. Studie Chahal et al. (2019, s. 405 - 411) ukazují, že abrupce placenty může souviset s příznaky stresu, deprese a úzkosti během těhotenství. Riziko odloučení placenty bylo prokázáno jako zvýšené 2 hodiny po vypuknutí vzteku. Míra vzteku byla nižší u vzdělanějších respondentek. Preeklampsie nebo depresivní symptomy již před otěhotněním, neměly na vyšší míru vzteku žádný vliv.

Ženy, které byly ve studii Mary (2017, s. 122 - 128) v experimentální skupině a používaly techniky intervence těla a mysli, měly až v 88 % normální délku porodu. Ženy z kontrolní skupiny, kterým byla poskytnuta běžná lékařská péče, měly v 64 % protražovaný porod. V obou skupinách byly ženy ve věku 24 - 29 let. Úzkost může během těhotenství narušit proces porodu. Ženy, u kterých byla prokázána vyšší koncentrace katecholaminů, měly delší druhou dobu porodní (Alipour, 2011,

s. 169 - 173). Jak již bylo řečeno, protrahovaný porod může souviset s úzkostí matky (Madhavanprabhakaran et al., 2013, s. 96 - 103; Alipour, 2012, s. 21 - 30).

Rizikovými faktory pro rupturu perinea při porodu jsou nuliparita, instrumentální porod, vysoká porodní hmotnost novorozence, nepříznivá poloha plodu, věk matky a protrahovaný porod. V jedné švédské studii bylo prokázáno, že ženy, které porodily doma, měly menší prevalenci ruptury hráze, než ženy, které rodily v nemocnici. Rodičky, které porodily doma, měly úzký vztah s porodní asistentkou, byly v klidném domácím prostředí, byly na porod psychicky více připravené a ve většině případů to byly multipary. Strach a úzkost při porodu mají vliv na stažení svalů pánevního dna a proto i větší pravděpodobnost ruptury hráze (Lindgren et al., 2011, s. 1 - 8). Dle studie Martini (2016, s. 58 - 66) ženy s panickou poruchou uvádějí strach z ruptury perinea až v 95 % a ženy s mnohočetnými úzkostnými poruchami ve 34 %.

3.5 Ruptura dělohy a hypoxie plodu při porodu

Jedná se o život ohrožující stav jak pro matku, tak i pro plod. Rupturu dělohy lze rozdělit na částečnou a kompletní. Klinicky němé ruptury jsou objeveny až při akutním císařském řezu v souvislosti s hrozící hypoxií plodu nebo nepostupujícím porodem. Prevalence je v celosvětovém měřítku okolo 0,31 %. Rizikovým faktorem je předchozí jizva na děloze, stavy po revizi dutiny děložní, použití prostaglandinů k indukci porodu, dále vyšší hmotnost plodu nad 4000 g, poruchy placentace, vícečetná gravidita, rodička starší 35 let, potermínová gravidita a vyšší hmotnost rodičky. Ruptura dělohy bez těchto rizikových faktorů je velice vzácná, ale nelze ji vyloučit (Habeš et al., 2019, s. 345 - 350). Ženy, které trpí vrozenou anomálií dělohy, mají větší obavu o své těhotenství. Mají větší míru úzkosti a stresu v souvislosti s možnými komplikacemi a rupturou dělohy (Lovelace, 2016, s. 501 - 506).

Tišení bolesti akupresurou při porodu a tím i snížení úzkosti a délky porodu vede ke zlepšení okysličení plodu v děloze a k prevenci asfyxie. Během dlouhodobé úzkosti při porodu je stimulován autonomní nervový systém, což může vést ke zvýšení kontraktility hladkého svalstva a následně může dojít k vazokonstrikci uteroplacentárních cév, k hypoxii plodu a abnormalitám jeho srdeční frekvence (Masoudi et al., 2014, s. 285 - 292). Dle další studie bylo dokázáno, že dlouhodobá úzkost již ve třetím trimestru těhotenství ovlivňuje fetální mozkovou cirkulaci, což

bylo zkoumáno Dopplerovským ultrazvukovým vyšetřením střední mozkové tepny a pupeční tepny u žen s prokázanou úzkostí (Sjöström, et al., 1997, s. 149 – 155).

3.6 Peripartální krvácení a zadržaná placenta nebo blány plodové

Peripartální život ohrožující krvácení je celosvětově považováno za nejčastější příčinu mortality a morbidity ženy v souvislosti s těhotenstvím a porodem. Ztráta krve rychle narůstá, přesahuje 1500 ml a je spojena s tkáňovou hypoperfuzí (Pařízek, 2012, s. 116 - 117).

Jednou z hlavních příčin úzkosti v těhotenství je kromě jiného i krvácení. Ženy, které měly předchozí těhotenství a porod komplikovaný krvácením se pochopitelně bojí jak krvácení, tak smrtelnosti v těhotenství následujícím (Arfaie, 2017, s. 3733 - 3740).

Dle studie Crandona (1979, s. 109 – 111) je incidence manuálního odstranění placenty vyšší u žen s prokázanou úzkostí již ve třetím trimestru. Dále je také vyšší incidence preeklampsie, primárního poporodního krvácení, protražovaného porodu, porodu per forcipem a fetální hypoxie.

3.7 Zkalená plodová voda a dystokie ramen plodu

U žen s vyšší mírou úzkosti bylo prokázáno meconium v plodové vodě plodu a možná přítomnost novorozeneckých abnormalit (Bhagwanani et al., 1997, s. 93 - 98). Ve studii Hu (2019, s. 640 - 649) bylo prokázáno, že větší úzkost v těhotenství je významně spojena s menší rozmanitostí osídlení mikroby v mekoniu.

Dystokie ramen plodu nastává většinou u makrosomických dětí a u protražovaných porodů s epidurální analgezií. Mohla by být nepřímá souvislost úzkosti žen při porodu a v těhotenství, a následné dystokií ramen (Hopwood, 1982, s. 162 - 166).

4 Vliv různých faktorů na komplikace při porodu v souvislosti s úzkostí

4.1 Vliv věku rodičky

Trendem posledních let je odkládání těhotenství do pozdějšího věku. Jedním z rizikových faktorů vyššího věku rodiček je i obezita, která se po 34 roku věku pohybuje okolo 37 %, což poté souvisí s DM a hypertenzí. Dále se jedná o makrosomii plodu, což nese vyšší riziko pro porod císařským řezem a riziko hypoglykémie u novorozence. U obézních žen jde i o problémy s laktací a kratší dobu kojení (Vrublová a Baslová, 2015, s. 131 - 133).

Rizikovým těhotenstvím můžeme nazývat těhotenství po 35 roce života ženy. Postupně s přibývajícími lety dochází ke zvýšeným rizikům a komplikacím. Hlavním rizikem je snížení fertility a tak použití metod IVF, což nese riziko vícečetných těhotenství. Dále vrozené vývojové vady plodu, hrozící předčasný porod, zvýšené riziko potratů a mimoděložních těhotenství. U rodiček vyššího věku je větší procento porodu císařským řezem, který je důsledkem komplikací jako jsou hemoragie, HELLP syndrom, DM, pozdní gestózy, vícečetné těhotenství, stav po předchozím císařském řezu a poruchy placentace. Významnou roli zde hraje i morbidita starších rodiček jako je např. DM, hypertenze a také vzrůstá riziko tromboembolie až o 38 %. V rozvojových zemích je i patrná mortalita starších žen v souvislosti s již uvedenými komplikacemi a nedostatečnou prenatální péčí (Hašlík, 2013, s. 13 - 15).

Velký vliv na psychiku starších žen mají opakované neúspěšné pokusy o těhotenství, samovolné potraty a vědomí, že mohou nastat komplikace, a již zmíněná rizika těhotenství ve vyšším věku. Mnoho primipar po 35. roce věku trpí více úzkostí, jelikož mají větší obavy o zdraví dítěte a to hlavně ve spojitosti s různými vyšetřeními jako je například amniocentéza (Hájek et al., 2014, s. 393 - 396).

Naopak dle studie 500 indických žen ve věku 18 – 35 let, u kterých byla zjišťována těhotensky specifická úzkost a aktuální úzkost vyplývá, že vyšší prevalenci těhotenské úzkosti zjištěné již prenatálně mají nulipary a mladší ženy (Madhavanprabhakaran, 2015, s. 1 - 7).

U mladých žen pod 20 let může jít o těhotenství neplánovaná a tedy i nechtěná. Někdy jde naopak o těhotenství chtěná, kdy se žena chce osamostatnit a zvýšit tak svou sebeúctu. Tyto ženy nejsou často zralé a následně může dojít k izolaci od přátel a mohou tak trpět pocitem samoty, bezmoci a nezvládnutí role jako matky (Ratislavová, 2008, str. 29 - 30).

4.2 Psychoprofylaktická příprava k porodu

Předporodní příprava má vliv na úzkost ženy v těhotenství a při porodu a významně tuto úzkost snižuje. Je prokázáno, že ženy, které informace o těhotenství a porodu získávají z internetu, trpí vyšší mírou úzkosti (Erkaya, 2017, s. 1045 - 1052). Vzdělávání žen již v období těhotenství snižuje specifickou úzkost a nepříznivé komplikace při porodu (Madhavanprabhakaran et al., 2017, s. 1 - 10).

Navštěvování předporodního kurzu výrazně zkracuje první dobu porodní, průměrnou celkovou dobu porodu a přispívá i k vyšší míře kojení. Z jedné studie vyplývá, že ženy, které navštívily předporodní kurz, měly dle dotazníku STAI (State - Trait Anxiety Inventory) nižší míru úzkosti (Yohai et al., 2018, s. 47 - 52). Nedostatek znalostí a informací o porodu může následně vést ke vzniku úzkosti a komplikací (Hassanzadeh et al., 2019, s. 1 - 8). Dle studie Ciceka a Basara (2017, s. 213 - 219) jsou techniky dýchání při porodu účinnou metodou při snižování úzkosti a ovlivňují i dobu porodu.

Dle jedné švédské studie Bergstroma et al. (2010, s. 794 - 800) rodičky, které využívaly psychoprofylaxe, byly starší, vzdělanější, celkově měly vyšší finanční příjmy a jejich těhotenství byla častěji plánovaná. Při porodu nebylo prokázáno snížené používání analgetik u žen s psychoprofylaktickou přípravou, ale ty které psychoprofylaktickou přípravu absolvovaly, využívaly spíše nefarmakologických metod tišení bolesti. Těhotné, které využily předporodních kurzů, měly nižší riziko akutního císařského řezu, ale vyšší riziko augmentace porodu. Psychoprofylaxe neovlivnila pozitivní zkušenosti s porodem a zároveň se nesnížila další potřeba farmakologického tišení bolesti. Ženy se díky profylaxi dokázaly lépe vyrovnat s kontrakcemi, zvyšovala se tak sebekontrola při porodu a pomáhalo jim to lépe se uvolnit a uklidnit.

4.3 Přítomnost otce u porodu

„Přítomnost blízké osoby podporuje pocit bezpečí a snižuje pocit strachu z neznáma i vnímání bolesti. Umožňuje lépe překonat stres. Snižuje pravděpodobnost potřeby analgezie a operačního ukončení porodu. Působí kladně na chování rodičky i personálu.“ (Gogela a Malý, 2000, str. 201).

Stackeová a Böhmová (2010, s. 253 - 278) se ve svém článku zabývají psychologickými aspekty přítomností otců u porodu. Poukazují na to, že s příchodem žen z domácího prostředí do prostředí porodnic ve 20. století, nastal i zlom, kdy se začal prosazovat tzv. přirozený způsob vedení porodu a humanizace porodnictví. S tímto v 70. letech 20. století se muži dostali na porodní sály jako doprovod ženy a psychická podpora. Mělo to rovněž podpořit i jejich vztah s novorozencem, ale ne vždy šlo o pozitivní přínos pro matku. Odpůrci přítomnosti otců u porodu poukazují na negativní dopad jako je nevhodné chování. Přítomnost otce u porodu dle některých autorů (David a Kentenich, 1993; Henneborn a Cogan 1975 In: Stackeová a Böhmová, 2010, 253 - 278) zkracuje délku porodu, snižuje potřebu analgetik, dochází ke snížení obav ze strany matky a také může předcházet komplikacím při porodu. Autorky se však zaměřily na to, jak podpořit pozitivní vliv přítomnosti otců u porodu a zároveň tak snížit negativní důsledky. To by se mělo vyřešit předporodní přípravou jak matky, tak otce dítěte, kdy i muž se může připravit na svou roli při porodu a také roli otce.

Existuje mnoho důkazů, které potvrzují pozitivní vliv přítomnosti otce u porodu. Ženy, které mají partnera u porodu, vykazují méně zásahů do samotného porodu, jsou méně algické, nedochází k protrahovaným porodům a jsou celkově spokojenější z celého porodu a zkušenosti z něj (Alhassan a Olubusola, 2020, s. 25 - 29). Naopak mnoho autorů popsalo spíše negativní vliv přítomnosti otců u porodu. Nejznámějším z nich byl Michel Odent, který byl přesvědčen o tom, že muž u porodu způsobuje úzkost rodičky. V jedné ze svých studií Jomeen (2017, s. 321 - 323) popsala, že přítomnost otce u porodu, s nímž má žena menší emocionální intimitu, pociťuje větší bolest při porodu.

Pro některé rodičky je přítomnost otce u porodu brána jako pozitivní. Žena se umí v jeho přítomnosti lépe uvolnit. Naopak na některé ženy jejich přítomnost působí negativně a v jejich přítomnosti musí vynalézt větší námahu. Ve většině případů, ale

přítomnost otce u porodu je pro ženu přínosem (Fait a Smejkalová, 2014, s. 75 - 78). Otec při porodu může pomoci rodičce už jen tím, že je při něm přítomen. Žena se tak necítí osamocená, lépe potlačuje stres, úzkost a strach. Může se i snížit potřeba analgetik, kdy žena v přítomnosti blízké osoby lépe zvládá bolest (Roztočil, 2017, s. 193).

4.4 Vliv parity

Strach z porodu je vyšší u prvorodiček, i když strach z bolesti a pocit úzkosti jsou srovnatelné mezi primiparami a multiparami. Rys úzkosti jako takový, je častější u prvorodiček a souvisí se strachem z porodu (Jokić -Begić et al., 2013, s. 22 - 28).

Byl prokázán rozdíl mezi prvorodičkami a vícerodičkami v plánování těhotenství, úzkosti a strachem z porodu. Až 5,7 % multipar mělo strach z porodu na rozdíl od 2 % primipar, které měly častěji těhotenství plánované a tedy i chtěné. Ženy, které ještě nerodily, byly častěji úzkostné z neznámé situace. Multipary měly častěji strach z porodu a z předchozích špatných zkušeností (Kabukçu et al., 2019, s. 1635 - 1643). Dle studie Güler et al. (2019, s. 43 - 48), které se účastnilo 60 primipar a 64 multipar, které chtěly родit spontánně, a 62 žen s plánovaným císařským řezem, celkem 124 (66,6 %) žen prokázalo úzkost. Ženy, které již rodily a nepociťovaly při porodu velkou bolest, vykazovaly menší míru úzkosti.

4.5 Vliv socioekonomické situace

S nízkým socioekonomickým statusem se pojí sociodemografické faktory jako je mladší věk rodičky, svobodný stav, bílá rasa, nižší vzdělání, nulipary a nežádoucí těhotenství. Toto vše je spojené s vyšší úzkostí v těhotenství (Arch, 2013, s. 217 - 228). V průřezové studii, které se zúčastnilo 397 těhotných žen z Tanzánie, mělo celkově 33,8 % předporodní depresi. Těhotné, které měly horší vztah se svým partnerem a nízký nebo střední socioekonomický status měly nejvyšší poměr pravděpodobnosti pro prenatální depresi (Rwakarema et al., 2015, s. 1 - 10).

Prenatální úzkost v souvislosti s nízkým socioekonomickým statusem je často opomíjena. Je prediktorem perinatální deprese a je významným rizikovým faktorem pro zhoršené zdraví, vývoj dítěte a pro morbiditu matek. Ženy, které žijí v nepříznivých socioekonomických podmínkách, mají častější pravděpodobnost nejistoty toto, zda budou mít dostatečné množství potravy, tudíž vyšší riziko

ohrožení duševního zdraví. Z této studie však není jasné, zda tato nejistota je prediktorem pro prenatální úzkost nebo jde o obousměrný vztah (Heyningen et al., 2017, s. 765 - 775).

Ve studii Goyal et al. (2010, s. 96 -104), které se zúčastnilo 198 prvorodiček, byly zkoumány příznaky deprese ve třetím trimestru těhotenství a tři měsíce po porodu. Bylo zjištěno, že nízký socioekonomický status souvisel s příznaky deprese ve třetím trimestru a dva až tři měsíce po porodu, ne však první měsíc po porodu. Až jedenáctkrát vyšší pravděpodobnost zvýšeného skóre deprese tři měsíce po porodu měly ženy nezaměstnané a svobodné, ženy s nízkým měsíčním příjmem a ženy s maximálně středoškolským vzděláním.

4.6 Bolest při porodu

Z mnoha studií vyplývá, že epidurální analgezie při porodu, významně snižuje bolest a s ní i míru úzkosti a únavy (Tzeng et al., 2017, s. 59 - 67). Ve studii Zalewska-Puchala et al. (2011, s. 426 - 437) poukázali na proměnné, které významně modifikují porodní bolest. Jsou to podpora partnera, vzdělání, hmotnost novorozence, postavení plodu a ruptura nebo episiotomie hráze. Porodní stres s těmito proměnnými nijak nesouvisel.

Jednou z nefarmakologických metod tišení bolesti je akupresura, která se používá i ke snížení úzkosti při porodu. Je účinná při uvolňování oxytocinu a následné stimulaci děložních kontrakcí a zkrácení doby porodu. Tímto můžeme zlepšit oksyličení plodu a lze tak zabránit i hrozící hypoxii plodu (Masoudi et al., 2014, s. 285 - 292). Aromaterapií lze také snížit úzkost při porodu. Výzkum Rashidi-Fakari et al. (2015, s. 661 - 664) potvrzuje, že aromaterapie pomerančovým éterickým olejem snižuje úzkost, diastolický krevní tlak a tepovou frekvenci. Ve své studii Mohammadi-Rad (2019), které se zúčastnilo 96 primipar, prokázal pozitivní účinky sirupu ze šafránu a datlového cukru. Podařilo se snížit intenzitu bolesti a úzkosti během porodu a také délku aktivní fáze porodu u prvorodiček.

Ve studii, které se účastnilo 100 žen, byly zkoumány příznivé účinky vařeného kopru na úzkost během porodu a také jeho délku. Padesát žen v první době porodní užily po filtraci 10 g kopru vařeného ve 100 ml vody po dobu 10 minut. Druhé polovině žen byla podána infuze s 10 IU oxytocinu v 1000 ml Ringerova roztoku. Byl vyhodnocen stav úzkosti před porodem a poté 6 hodin po porodu. Z tohoto výzkumu

vyplývá, že ženy, které požíly před porodem převažený kopr, měly menší míru úzkosti po porodu, a také kratší délku porodu. Tohoto by se dalo využít i u žen, které chtějí císařský řez na přání (Hekmatzadeh et al., 2020, s. 100 - 105).

Habek (2020, s. 447 - 448) ve své studii uvádí, že tokofobie je definována strachem z výsledku porodu a také bolesti při porodu. Ve 21. století díky analgetikům jako je epidurální analgezie, Entonox a další intravenózní analgetika, nemá být tokofobie dáována do souvislosti s bolestí, ale spíše strachem z porodu a jeho výsledku. Tzeng et al. (2017, s. 59 - 67) prokázal pozitivní přínos epidurální analgezie na úzkosti při porodu.

5 Metodika práce

Pro výzkumnou část práce byly použity teoretické poznatky z odborné literatury zabývající se tématem úzkosti a porodnických komplikací. Výzkum je založen na dotazníkovém šetření, které je zaměřeno na úzkost a úzkostnost žen a jejich vliv na komplikace při porodu. Pro úplnost dat byly dotazníky vyhodnoceny v období šestinedělí.

5.1 Cíle výzkumu a hypotézy

V této diplomové práci, byl zvolen kvantitativní výzkum s použitím standardizovaného dotazníku, zkoumajícího úzkost a úzkostnost těhotných žen. Dále byly použity otázky týkající se sociodemografických údajů, další doplňující otázky a vizuální analogová škála bolesti. Po prostudování odborné literatury a provedení rešeršní strategie byly stanoveny následující cíle a hypotézy. Hlavní cílem práce bylo zjistit vliv úzkosti na porodnické komplikace. Výzkumná otázka vychází z názvu diplomové práce - *Má úzkost vliv na porodnické komplikace?*

Cíl 1: Zjistit míru aktuální úzkosti žen během porodu a její vliv na porodnické komplikace.

H₀₁ - Neexistuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi skupinou žen s porodnickými komplikacemi a skupinou bez porodnických komplikací.

HA₁ - Existuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi skupinou žen s porodnickými komplikacemi a skupinou bez porodnických komplikací.

Cíl 2: Zjistit míru úzkostnosti žen a její vliv na porodnické komplikace.

H₀₂ - Neexistuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi skupinou žen s porodnickými komplikacemi a skupinou bez porodnických komplikací.

HA₂ - Existuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi skupinou žen s porodnickými komplikacemi a skupinou bez porodnických komplikací.

Cíl 3: Zjistit, zda má bolest při porodu souvislost s úzkostí žen.

H0₃ - Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou aktuální úzkosti a mírou prožívání bolesti při porodu.

HA₃ - Existuje signifikantní vztah mezi mírou aktuální úzkosti a mírou prožívání bolesti při porodu.

H0₄ - Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou úzkostnosti a mírou prožívání bolesti při porodu.

HA₄ - Existuje signifikantní vztah mezi mírou úzkostnosti a mírou prožívání bolesti při porodu.

Cíl 4: Zjistit, zda má parita vliv na míru úzkosti během porodu.

H0₅ - Neexistuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi prvorodičkami a vícerodičkami.

HA₅ - Existuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi prvorodičkami a vícerodičkami.

H0₆ - Neexistuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi prvorodičkami a vícerodičkami.

HA₆ - Existuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi prvorodičkami a vícerodičkami.

Cíl 5: Zjistit, zda má přítomnost partnera při porodu vliv na úzkost.

H0₇ - Neexistuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi skupinou žen, které měly partnera u porodu a skupinou žen, které partnera neměly.

HA₇ - Existuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi skupinou žen, které měly partnera u porodu a skupinou žen, které partnera neměly.

H0₈ - Neexistuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi skupinou žen, které měly partnera u porodu a skupinou žen, které partnera neměly.

HA₈ - Existuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi skupinou žen, které měly partnera u porodu a skupinou žen, které partnera neměly.

5.2 Metodika výzkumu

5.2.1 Výzkumný soubor a metoda výběru vzorku

Dotazovanými respondentkami byly ženy starší osmnácti let hospitalizované na oddělení šestinedělí po spontánním nebo operativním porodu, které souhlasily s dotazníkovým šetřením. Výběr skupiny žen byl záměrný. Jednalo se o ženy v prvních třech dnech po porodu hospitalizované na oddělení šestinedělí. Vlastní výzkum probíhal od června 2020 do srpna 2020 ve Fakultní Thomayerově nemocnici v Praze. Anonymita rodiček byla zajištěna tím, že vyplněné dotazníky odevzdávaly do zajištěné krabice na oddělení. Před tím, než byly respondentkám rozdány dotazníky, byla podána žádost a informovaný souhlas Etické komisi Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, které byly schváleny (viz. příloha 1). Z celkového počtu 100 rozdaných dotazníků návratnost činila 97 dotazníků, z nichž muselo být 5 vyřazeno, jelikož v otázce č. 8 - Jaké jste měla komplikace při porodu, odpověděly nevíím. Další 4 dotazníky se vrátily nevyplněné a 3 se nevrátily vůbec.

Tabulka 1 – Charakteristika zkoumaného souboru

	n (%)	ženy (%)	věk průměr	věk medián	věk minimum	věk maximum
ZS	88 (100)	88 (100)	31, 51	32	21	45

n – počet respondentů
ZS – zkoumaný soubor

Z celkového počtu 88 žen bylo celkem 55 (62,5 %) prvorodiček a 33 (37,5 %) vícerodiček. Celkem 56 (63,6 %) respondentek mělo při porodu porodnické komplikace. Téměř polovina vícerodiček (15 žen) mělo při předchozím porodu komplikace. Z celkového počtu respondentek mělo 74 rodiček doprovod u porodu a 14 doprovod nemělo. Celkem 23 žen se účastnilo předporodního kurzu a 6 žen bylo v minulosti léčeno pro úzkostné poruchy. V otázce finanční zajištěnosti 82 žen uvedlo, že jejich příjmy stačí na pokrytí výdajů domácnosti. Dále byla zjišťována bolest při porodu na vizuální analogové škále bolesti. Celkem 32 žen uvedlo na této analogové škále bolesti číslo 9 – 10, jako nejhorší prořivanou bolest. Epidurální analgezie u porodu využilo z celkového počtu respondentek 29 žen.

5.2.2 Použitá metoda

Pro tento výzkum byla zvolena kvantitativní metoda sběru dat. Tento sběr dat byl uskutečněn pomocí dotazníkového šetření. V úvodu před samotným vyplněním dotazníků, byly ženy seznámeny s tématem diplomové práce. Součástí byl i informovaný souhlas, který zaručil anonymitu vyplněných dotazníků. V této práci byly použity otázky na sociodemografické údaje, doplňující otázky, vizuální analogová škála bolesti a standardizovaný BATE dotazník. Vlastní otázky na sociodemografické údaje byly tvořeny věkem rodičky a paritou. Doplňkové otázky se týkaly komplikací při prvním porodu, návštěvy předporodního kurzu, přítomností otce u porodu, léčby úzkostných stavů v minulosti, dostatku finančních příjmů a v neposlední řadě porodnických komplikací při tomto porodu.

Porodnické komplikace, které mohou souviset s úzkostí ženy, byly vybrány na základě důkladného prozkoumání odborné literatury. Jsou to, porod císařským řezem, porod vakuumentraktorem, porod per forcipem, předčasná porodní činnost

a porod, abrupce placenty, trhlina hráze při porodu, ruptura dělohy před nebo při porodu, peripartální krvácení, manuální lýza placenty, hypoxie plodu při porodu, protražený porod, zkalená plodová voda, dystokie ramen a poporodní hematoma. Dále musela být nabídnuta možnost nevím a žádná z uvedených porodnických komplikací. V další otázce měly ženy zvolit na vizuální analogové škále bolesti číslo, které vystihuje míru bolesti při porodu. Tato vizuální analogová škála bolesti se hodnotí číslem 0 – 10 nebo obličejem, který odpovídá míře bolesti. Každé z čísel je popsáno slovním doprovodem, kdy 0 je bez bolesti, 1 – 2 je snesitelná bolest, 3 – 4 střední, 5 – 6 silná, 7 – 8 krutá a hodnota 9 – 10 nejhorší. Součástí této otázky bylo použití epidurální analgezie, která může ovlivňovat bolest ženy při porodu.

V této práci byl použit standardizovaný BATE dotazník (de Bonis Anxiété Traite - État Inventory), jehož autorkou je Monique de Bonis. Skládá se ze dvou sérií po 36 položkách, které se vztahují na jednotlivé příznaky úzkosti. Jednou částí je dotazník zabývající se aktuální úzkostí (BATE - S - state) a druhý úzkostností, tedy rysem osobnosti (BATE - T - trait). Nejmenší skóre u obou dotazníků může být 0 a nejvyšší 144. BATE - D tzv. diferenční skóre, je transformovanou veličinou, kdy se odečte skóre BATE - T od skóru BATE - S. Diferenční skóre BATE - D poukazuje na to, jakou měrou aktuální úzkost (BATE - S) přesahuje úzkost trvalou (BATE - T). Hodnotí tedy úzkost aktuální a úzkostnost, jako podmíněný rys osobnosti (viz. příloha 2).

5.3 Statistické zpracování

Ke statistickému zpracování bylo využito programu Microsoft Excel. Pro vyhodnocení dat byly použity dva typy testů. Pro vyhodnocení souvislostí byl použit Spearmanův korelační koeficient. Pro zjištění rozdílů mezi skupinami byl použit Mann-Whitneyho U test. Oba testy byly provedeny na 5% hladině významnosti.

6 Výsledky výzkumu ve vztahu k cílům práce

6.1 Interpretace výsledků k 1. cíli

Cíl 1: Zjistit míru aktuální úzkosti žen během porodu a její vliv na porodnické komplikace.

K dosažení tohoto cíle byl použit standardizovaný dotazník BATE – S, který se zabývá aktuální úzkostí a vlastní otázky, týkající se porodních komplikací, kde respondentky uvedly, zda u nich došlo k porodnické komplikaci. Byly rozděleny na skupinu žen, které měly porodnické komplikace a skupinu žen, které je neměly. Z celkového počtu 88 respondentek bylo 56 žen s porodnickými komplikacemi a 32 žen bez těchto komplikací. U žen s porodnickými komplikacemi byl průměr aktuálně prožívané úzkosti 30,16 a medián 24,5. Minimální skóre bylo 0 a maximální 85. Ve skupině žen, které neměly komplikace, byl průměr 26,12 a medián 29. Minimální skóre bylo 0 a maximální 48. Hodnota míry aktuální úzkosti u žen, které prodělaly porodnické komplikace či nikoli, zobrazuje tabulka 2.

Tabulka 2 – Přehled naměřených hodnot dotazníku BATE – S u žen s porodnickými komplikacemi a bez porodnických komplikací

	n_i	\bar{x}	Mod.	Med.	Min.	Max.	σ
Ženy s komplikacemi	56	30,16	23	24,5	0	85	22,22
Ženy bez komplikací	32	26,12	34	29	0	48	13,46
Σ - celkem	88	28,69	34	26	0	85	19,62

n_i – absolutní četnost

\bar{x} – průměr

mod. – modus

med. – medián

min. – minimální počet bodů

max. – maximální počet bodů

σ – směrodatná odchylka

Z tabulky 2 je patrné, že vyšší průměrná hodnota aktuálně prožívané úzkosti byla zjištěna u žen s porodnickými komplikacemi.

Ověření hypotézy H1:

H₀₁ - Neexistuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi skupinou žen s porodnickými komplikacemi a skupinou bez porodnických komplikací.

H_A₁ - Existuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi skupinou žen s porodnickými komplikacemi a skupinou bez porodnických komplikací.

Pro statistické ověření hypotézy byl použit Mann-Whitney U test. Výsledek testu je uveden v tabulce 3.

Tabulka 3 – Mann-Whitneyho U test u dotazníku BATE – S

	Test	p
BATE – S	Mann-Whitney U test	0,927

p – signifikance

Označený test je na hladině významnosti $p < 0,05$.

Přijímáme hypotézu H₀₁. Dle Mann-Whitneyho U testu neexistuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi skupinou žen s porodnickými komplikacemi a skupinou bez porodnických komplikací. Pro BATE – S $p = 0,927$.

6.2 Interpretace výsledků k 2. cíli

Cíl 2: Zjistit míru úzkostnosti žen a její vliv na porodnické komplikace.

K dosažení tohoto cíle byl použit standardizovaný dotazník BATE – T, který se zabývá úzkostností a vlastní otázky týkající se porodních komplikací. Z celkového počtu 88 respondentek bylo 56 žen s porodnickými komplikacemi a 32 žen bez těchto komplikací. U žen s porodnickými komplikacemi byl průměr úzkostnosti 30,58 a medián 28. Minimální skóre bylo 0 a maximální 97. Ve skupině žen, které neměly komplikace při porodu, byl průměr 26,75 a medián 22,5. Minimální skóre bylo 0 a maximální 84. Hodnotu míry úzkostnosti v souvislosti s porodnickými komplikacemi zobrazuje tabulka 4.

Tabulka 4 – Přehled naměřených hodnot dotazníku BATE – T u žen s porodnickými komplikacemi a bez porodnických komplikací

	n_i	\bar{x}	Mod.	Med.	Min.	Max.	σ
Ženy s komplikacemi	56	30,58	10	28	0	97	24,80
Ženy bez komplikací	32	26,75	8	22,5	0	84	19,67
Σ - celkem	88	30,05	10	25	0	97	23,13

n_i – absolutní četnost

\bar{x} – průměr

mod. – modus

med. – medián

min. – minimální počet bodů

max. – maximální počet bodů

σ – směrodatná odchylka

Z tabulky 4 je patrné, že vyšší průměrná hodnota úzkostnosti byla zjištěna u žen s porodnickými komplikacemi.

Ověření hypotézy H2:

H₀₂ - Neexistuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi skupinou žen s porodnickými komplikacemi a skupinou bez porodnických komplikací.

H_A₂ - Existuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi skupinou žen s porodnickými komplikacemi a skupinou bez porodnických komplikací.

Pro statistické ověření hypotézy byl použit Mann-Whitney U test. Výsledek testu je uveden v tabulce 5.

Tabulka 5 – Mann-Whitneyho U test u dotazníku BATE - T

	Test	p
BATE-T	Mann-Whitney U test	0,453

p – signifikance

Označený test je na hladině významnosti $p < 0,05$.

Přijímáme hypotézu H₀₂. Dle Mann-Whitneyho U testu neexistuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi skupinou žen s porodnickými komplikacemi a skupinou bez porodnických komplikací. Pro BATE – T $p = 0,453$.

6.3 Interpretace výsledků k 3. cíli

Cíl 3: Zjistit, zda má bolest při porodu souvislost s úzkostí žen.

K zjištění výsledků tohoto cíle jsme využili vizuální analogovou škálu bolesti a výsledků BATE dotazníků.

V následující tabulce 6 je uvedena souvislost aktuálně prožívané úzkosti a bolesti. Byla použita vizuální analogová škála bolesti o hodnotách 0 – 10, přičemž 0 představuje nejmenší prožívanou bolest a 10 nejhorší. Z celkového počtu 88 respondentek, žádná neuvedla na škále pro bolest hodnotu 0. Pouze jedna z respondentek hodnotila bolest jako snesitelnou na škále 1 – 2, přičemž průměr aktuálně prožívané úzkosti byl 5. Celkem čtyři respondentky hodnotily bolest na škále 3 – 4, průměr úzkosti byl 27,5. Dalších 12 respondentek uvedlo bolest na škále 5 – 6, přičemž průměr aktuální úzkosti byl 23,08. Téměř polovina rodiček (39) uvedla na škále hodnotu 7 – 8, průměr aktuálně prožívané úzkosti byl 24,89. Zbýlých 32 respondentek hodnotilo bolest jako nejhorší 9 – 10, průměrná hodnota aktuální úzkosti byla 36,31. Maximální hodnota aktuální úzkosti byla 85 u respondentek, které hodnotily bolest jako nejhorší, tedy na škále 9 – 10. Následující tabulka 6 poukazuje na míru aktuálně prožívané úzkosti v souvislosti s bolestí.

Tabula 6 – Srovnání aktuální úzkosti a bolesti

Škála bolesti	n_i	\bar{x}	Med.	Min.	Max.	σ
0	0	0	0	0	0	0
1 – 2	1	5	5	5	5	0
3 – 4	4	27,5	27,5	12	43	11,01
5 – 6	12	23,08	16	6	67	17,33
7 – 8	39	24,89	24	0	72	17,88
9 - 10	32	36,31	33,5	0	85	20,88

n_i – absolutní četnost

\bar{x} – průměr

med. – medián

min. – minimální počet bodů

max. – maximální počet bodů

σ – směrodatná odchylka

Z tabulky 6 je patrné, že vyšší průměrná hodnota aktuální úzkosti byla u žen, které hodnotily bolest jako nejhorší, tedy na analogové škále hodnotou 9 – 10.

V následující tabulce 7 je uvedena souvislost úzkostnosti s bolestí. Na analogové škále bolesti ani jedna z respondentek neuvedla hodnotu 0 pro nejmenší prožívanou bolest. Jedna rodička hodnotila bolest jako snesitelnou na škále 1 – 2, přičemž průměr úzkostnosti byl 7. Celkem čtyři respondentky hodnotily bolest na škále 3 – 4, průměr úzkostnosti byl 25,75. Dalších 12 respondentek uvedlo bolest na škále 5 – 6, přičemž průměr úzkostnosti byl 21,91. Třicetdevět respondentek uvedlo na škále hodnotu 7 – 8, průměr úzkostnosti byl 26,82. Třicetdva respondentek hodnotilo bolest jako nejhorší 9 – 10, průměrná hodnota úzkostnosti

byla 38,31. Maximální hodnota úzkostnosti byla 97, a to u dvanácti respondentek, které hodnotily bolest na škále hodnotou 5 – 6.

Tabulka 7 – Srovnání úzkostnosti a bolesti

Škála bolesti	n_i	\bar{x}	Med.	Min.	Max.	σ
0	0	0	0	0	0	0
1 – 2	1	7	7	7	7	0
3 – 4	4	25,75	21,5	19	41	8,92
5 – 6	12	21,91	14	2	97	24,71
7 – 8	39	26,82	22	1	76	18,78
9 - 10	32	38,31	31,5	0	89	26,04

n_i – absolutní četnost

\bar{x} – průměr

med. – medián

min. – minimální počet bodů

max. – maximální počet bodů

σ – směrodatná odchylka

Z tabulky 7 je patrné, že vyšší průměrná hodnota úzkostnosti byla u žen, které hodnotily prožívanou bolest jako nejhorší, na škále hodnotou 9 – 10.

Celkově vyšší průměrné hodnoty jak aktuální úzkosti, tak úzkostnosti byly u respondentek, které uvedly hodnotu 9 – 10 pro bolest na vizuální analogové škále bolesti.

Ověření hypotézy H3 a H4:

H0₃ - Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou aktuální úzkosti a mírou prožívání bolesti při porodu.

HA₃ - Existuje signifikantní vztah mezi mírou aktuální úzkosti a mírou prožívání bolesti při porodu.

H0₄ - Neexistuje signifikantní vztah mezi mírou úzkostnosti a mírou prožívání bolesti při porodu.

HA₄ - Existuje signifikantní vztah mezi mírou úzkostnosti a mírou prožívání bolesti při porodu.

Pro statistické ověření hypotézy byl použit Spearmanův korelační koeficient. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 8.

Tabulka 8 – Spearmanův korelační koeficient

	Bolest	BATE-S	BATE-T
Bolest	1,000	0,283**	0,307**
p	-	0,008	0,004
BATE-S	0,283**	1,000	0,687**
p	0,008	-	0,000
BATE-T	0,307**	0,687**	1,000
p	0,004	0,000	-

p – signifikance

*** Korelace je signifikantní na hladině významnosti 0,01*

Přijímáme hypotézu HA₃. Dle Spearmanova korelačního koeficientu existuje signifikantní vztah mezi mírou aktuální úzkosti a mírou prožívání bolesti při porodu. Pro BATE – S $p = 0,283^{**}$

Přijímáme hypotézu HA₄. Dle Spearmanova korelačního koeficientu existuje signifikantní vztah mezi mírou úzkostnosti a mírou prožívání bolesti při porodu. Pro BATE – T $p = 0,307^{**}$

Můžeme tedy říci, že mezi sledovanými proměnnými existuje slabý vztah. Čím je skóre bolesti vyšší, tím je vyšší i míra úzkosti a úzkostnosti.

6.4 Interpretace výsledků k 4. cíli

Cíl 4: Zjistit, zda má parita vliv na míru úzkosti během porodu.

Z celkového počtu 88 respondentek bylo 55 prvorodiček a 33 vícerodiček. U prvorodiček byla průměrná hodnota aktuální úzkosti 32,47 a medián 29. Minimální hodnota byla 1 a maximální 85. Ve skupině vícerodiček byla průměrná hodnota 22,39 a medián 23. Minimální hodnota byla 0 a maximální 55. V následující tabulce 9, je uvedeno srovnání aktuálně prožívané úzkosti prvorodiček a vícerodiček.

Tabulka 9 – Srovnání aktuální úzkosti u prvorodiček a vícerodiček

	n_i	\bar{x}	Mod.	Med.	Min.	Max.	σ
Prvorodičky	55	32,47	29	29	1	85	21,53
Vícerodičky	33	22,39	10	23	0	55	13,85
Σ - celkem	88	28,69	34	26	0	85	19,62

n_i – absolutní četnost

\bar{x} – průměr

mod. – modus

med. – medián

min. – minimální počet bodů

max. – maximální počet bodů

σ – směrodatná odchylka

Z tabulky 9 je patrné, že vyšší průměrná hodnota aktuální úzkosti byla zjištěna u prvorodiček.

V následující tabulce 10, je uvedeno srovnání úzkostnosti prvorodiček a vícerodiček. Z této tabulky je patrné, že u prvorodiček byla průměrná hodnota úzkostnosti 36,33 a medián 29. Minimální hodnota byla 0 a maximální 97.

Ve skupině vícerodiček byla průměrná hodnota 20,30 a medián 18. Minimální hodnota byla 0 a maximální 60.

Tabulka 10 – Srovnání úzkostnosti u prvorodiček a vícerodiček

	n_i	\bar{x}	Mod.	Med.	Min.	Max.	σ
Prvorodičky	55	36,33	29	29	0	97	25,57
Vícerodičky	33	20,30	10	18	0	60	13,58
Σ - celkem	88	30,05	10	25	0	97	23,13

n_i – absolutní četnost

\bar{x} – průměr

mod. – modus

med. – medián

min. – minimální počet bodů

max. – maximální počet bodů

σ – směrodatná odchylka

Z tabulky 10 je patrné, že vyšší průměrná hodnota úzkostnosti byla zjištěna u prvorodiček.

Ověření hypotézy H5 a H6:

H0₅ - Neexistuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi prvorodičkami a vícerodičkami.

HA₅ - Existuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi prvorodičkami a vícerodičkami.

H0₆ - Neexistuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi prvorodičkami a vícerodičkami.

HA₆ - Existuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi prvorodičkami a vícerodičkami.

Pro statistické ověření hypotézy byl použit Mann-Whitney U test. Výsledek testu je uveden v tabulce 11.

Tabulka 11 – Mann-Whitneyho U test u dotazníků BATE

	Mann-Whitney U test	p
BATE-S		0,050
BATE-T		0,005

p – signifikance

Označený test je na hladině významnosti $p < 0,05$.

Přijímáme hypotézu HA_5 . Dle Mann-Whitneyho U testu existuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi prvorodičkami a vícerodičkami. Pro BATE – S $p = 0,050$.

Přijímáme hypotézu HA_6 . Dle Mann-Whitneyho U testu existuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi prvorodičkami a vícerodičkami. Pro BATE – T $p = 0,005$.

Nicméně z výsledku vyplývá, že BATE – S je na hranici signifikance.

6.5 Interpretace výsledků k 5. cíli:

Cíl 5: Zjistit, zda má přítomnost partnera při porodu vliv na úzkost.

Z celkového počtu 88 respondentek mělo 74 rodiček u svého porodu partnera a 14 žen jej neměly. Skupina žen, u jejichž porodu byl přítomen partner, měla průměr aktuálně prožívané úzkosti 29,06 a medián 25,5. Minimální hodnota byla 0 a maximální 85. Ženy, u kterých partner při porodu nebyl, měly průměr aktuálně prožívané úzkosti 26,71 a medián 24. Minimální hodnota byla u této skupiny 0 a maximální 68. Míru aktuálně prožívané úzkosti v souvislosti s přítomností partnera při porodu názorňuje tabulka 12.

Tabulka 12 – Míra aktuálně prožívané úzkosti v souvislosti s přítomností partnera u porodu

Partner při porodu	n	\bar{x}	Mod.	Med.	Min.	Max.	σ
ano	74	29,06	23	25,5	0	85	19,50
ne	14	26,71	34	24	0	68	20,75
Σ - celkem	88	28,69	34	26	0	85	19,62

n – počet respondentek

\bar{x} – průměr

mod. – modus

med. – medián

min. – minimální počet bodů

max. – maximální počet bodů

σ – směrodatná odchylka

Z tabulky 12 je patrné, že vyšší průměrná hodnota aktuálně prožívané úzkosti byla zjištěna u žen, které měly u porodu partnera.

Následující tabulka 13 znázorňuje míru úzkostnosti v souvislosti s přítomností partnera u porodu. U 74 žen, u jejichž porodu byl přítomen partner, byl průměr úzkostnosti 30,94 a medián 26. Minimální hodnota byla 0 a maximální 89. Čtrnáct žen, u kterých partner při porodu nebyl přítomen, měly průměr úzkostnosti 25,35 a medián 10,5. Minimální hodnota byla u této skupiny 0 a maximální 97.

Tabulka 13 – Míra úzkostnosti v souvislosti s přítomností partnera u porodu

Partner při porodu	n	\bar{x}	Mod.	Med.	Min.	Max.	σ
ano	74	30,94	40	26	0	89	22,06
ne	14	25,35	10	10,5	0	97	27,74
Σ - celkem	88	30,05	10	25	0	97	23,13

n – počet respondentek

\bar{x} – průměr

mod. – modus

med. – medián

min. – minimální počet bodů

max. – maximální počet bodů

σ – směrodatná odchylka

Z tabulky 13 je patrné, že vyšší průměrná hodnota úzkostnosti byla zjištěna u žen, které měly u porodu partnera.

Ověření hypotézy H7 a H8:

H₀₇ - Neexistuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi skupinou žen, které měly partnera u porodu a skupinou žen, které partnera neměly.

H_{A7} - Existuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi skupinou žen, které měly partnera u porodu a skupinou žen, které partnera neměly.

H₀₈ - Neexistuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi skupinou žen, které měly partnera u porodu a skupinou žen, které partnera neměly.

H_A₈ - Existuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi skupinou žen, které měly partnera u porodu a skupinou žen, které partnera neměly.

Pro statistické ověření hypotézy byl použit Mann-Whitney U test. Výsledek testu je uveden v tabulce 14.

Tabulka 14 – Mann-Whitney U test u dotazníků BATE

	Mann-Whitney U test	p
BATE-S		0,644
BATE-T		0,115

p – signifikance

Označené testy jsou na hladině významnosti $p < 0,05$.

Přijímáme hypotézu H₀₇. Dle Mann-Whitneyho U testu neexistuje signifikantní rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi skupinou žen, které měly u porodu partnera a skupinou žen, které partnera neměly. Pro BATE – S $p = 0,644$.

Přijímáme hypotézu H₀₈. Dle Mann-Whitneyho U testu neexistuje signifikantní rozdíl v míře úzkostnosti mezi skupinou žen, které měly u porodu partnera a skupinou žen, které partnera neměly. Pro BATE – T $p = 0,115$.

7 Diskuze

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda má úzkost žen vliv na porodnické komplikace. Před započítím celého výzkumu byly pečlivě prostudovány nejnovější poznatky a informace k danému tématu a předcházela tomu i rešeršní činnost. Poté byly stanoveny cíle práce a s tím i související hypotézy. V této práci bylo použito vlastních otázek, vizuální analogové škály bolesti a standardizovaného dotazníku. Po schválení etickou komisí byly dotazníky rozdány na oddělení šestinedělí ženám po porodu. Dotazníky byly distribuovány od června 2020 do konce srpna 2020. Z celkového počtu 100 rozdaných dotazníků bylo získáno zpět 88 po vyřazení kvůli neúplnosti nebo nenavrácení. Limitem studie mohl být i malý vzorek respondentů. Pokud by se výzkumného šetření zúčastnilo více respondentek, je možné, že by výsledky byly statisticky významnější. Jelikož pro účel tohoto dotazníkového šetření byla vybrána pouze jedna porodnice, může tedy dojít ke zkreslení výsledků.

V této diplomové práci bylo stanoveno celkem pět cílů. Hlavním cílem bylo zjistit, zda má úzkost žen vliv na porodnické komplikace. Vyšší průměrná hodnota aktuálně prožívané úzkosti a úzkostnosti byla zjištěna u žen s porodnickými komplikacemi. Statisticky významný rozdíl nebyl však prokázán. Mann - Whitneyho U - test ukázal, že neexistuje statisticky významný rozdíl v míře aktuální úzkosti mezi skupinou žen s porodnickými komplikacemi a skupinou bez porodnických komplikací. Stejně tak tomu bylo i u skupiny žen s úzkostností. Byla potvrzena tedy hypotéza H_{01} a H_{02} .

Johnson a Slade (2009) ve své studii, zda existuje vztah mezi porodnickými komplikacemi a úzkostí během těhotenství naznačují, že obecná souvislost mezi úzkostí a komplikacemi neexistuje, ale specifické typy úzkosti jako tokofobie – strach z porodu, psychosociální stres a funkčnost rodiny mohou souviset se specifickými porodnickými komplikacemi jako je císařský řez a protrahovaný porod. Zvýšené hladiny hormonů v děloze jsou považovány za jednu z proximálních příčin komplikací při porodu. Úzkost při porodu, která ovlivňuje hladiny těchto hormonů, může být jedním z konečných faktorů těchto komplikací. Důraz v této studii byl věnován na proces porodu jako takový, ne na váhu dítěte a načasování porodu,

tudíž předčasný porod a nízká porodní váha novorozence, byly z této studie vyřazeny.

Alder et al. (2009, s. 189 - 209) provedli metaanalýzu z posledních dvou desetiletí, a zjistili, že zvýšená úroveň úzkosti a deprese se podílí na nepříznivých porodnických, fetálních a neonatálních výsledcích. Většina z nich zahrnovala těhotné ženy s úzkostnými poruchami a s vyššími příznaky deprese a úzkosti.

Jak již bylo řečeno v úvodu diplomové práce, novějších studií na tuto problematiku není mnoho. Proto bylo využito i starších studií. Studie Crandona (1979, s. 109 - 111), které se zúčastnilo 146 žen, poukazuje na to, že dle dotazníků IPAT Anxiety Self - Analysis Form, byly komplikace při porodu signifikantně vyšší u skupiny žen s vysokou mírou úzkosti. Tyto porodnické komplikace zahrnovaly porod kleštěmi, poporodní krvácení, preeklampsie, manuální odstranění placenty, protrahovaný porod a tíseň plodu.

Metaanalýza McDonalda (1968, s. 222 - 237), která shrnuje literaturu z posledních dvou desetiletích pojednávající o vztahu mezi emocionálními faktory a porodnickými komplikacemi, poukazuje na to, že ženy s porodnickými komplikacemi měly vyšší míru úzkosti, než ženy bez těchto komplikací.

Perkin et al. (1993, s. 629 - 634) naopak ve své studii nepotvrdil vztah mezi úzkostí, depresí a porodnickými komplikacemi. Studie se zúčastnilo 1515 žen. Bylo zjištěno, že deprese během těhotenství nesouvisí s porodnickými komplikacemi, avšak úzkost úzce souvisela s použitím anestezie při porodu.

Mnohé studie (Talová et al., 2014, s. 29 - 37; Takács, 2016 a Takács et al., 2019, s. 33 - 39; Masoudi et al., 2014, s. 285 - 292) poukazují na negativní dopad úzkosti na porodnické komplikace.

Dalším cílem diplomové práce bylo zjistit, zda má úzkost vliv na bolest při porodu. K zjištění bolesti při porodu byla použita vizuální analogová škála bolesti. Dále se tato otázka pojila s dotazem, zda měly epidurální analgezie. Předpokladem je, že úzkost při porodu ovlivňuje bolest při porodu a naopak. Epidurální anestezie by měla bolest snížit. Vyšší průměrná hodnota aktuální úzkosti i úzkostnosti byla u žen, které hodnotily bolest na analogové škále jako nejhorší, tedy hodnotou 9 – 10. V práci bylo použito Spearmanova korelačního koeficientu, který byl použit

ke zjištění vztahu mezi mírou prožívání bolesti při porodu a mezi mírou BATE - S a BATE - T, tedy aktuální úzkosti a úzkostnosti. Z tohoto vyplynulo, že čím bylo skóre bolesti vyšší, tím bylo vyšší i skóre úzkosti a úzkostnosti. Přijali jsme tedy hypotézu HA₃ a HA₄, tedy že existuje statisticky významný rozdíl jak mezi mírou aktuálně prožívané úzkosti, tak i úzkostnosti a mírou prožívání bolesti při porodu.

Floris a Irion (2015, s. 446 - 455) také zkoumali souvislost mezi úzkostí a bolestí při porodu. Míra úzkosti byla měřena pomocí State – Trait Anxiety Inventory a míra bolesti stejně jako v naší práci formou VAS – vizuální analogové škále bolesti. Skóre úzkosti a bolesti byly poté porovnány a byla prokázána významná statistická souvislost mezi úzkostí a bolestí při porodu. Souvislost mezi úzkostí a zvýšenou poptávkou po epidurální analgezii prokázána nebyla.

V jedné ze studií Rouhe et al. (2009, s. 67 - 73) uvádí souvislost strachu z porodu s vysokým skórem úzkosti a bolesti u prvorodiček. Použili vizuální analogovou stupnici (VAS) pro bolest, a Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W - DEQ) pro úzkost. Hodnoty jak VAS, tak i W - DEQ byly vyšší u prvorodiček ve srovnání s vícerodičkami. Rodičky, které preferovaly císařský řez, měly vyšší skóre úzkosti a bolesti.

Dalším z cílů této diplomové práce bylo zjistit, zda jsou prvorodičky při porodu úzkostnější, než vícerodičky. Primipary mají většinou strach z neznámé situace, kdy neví co od samotného porodu čekat a tím jsou i úzkostnější. Vícerodičky mohou být naopak úzkostné z toho, že při předchozím porodu mohly prodělat nějakou komplikaci a to při dalším porodu má negativní dopad na psychiku a úzkost ženy. V této diplomové práci jsme však zjistili vyšší průměrnou hodnotu aktuální úzkosti a úzkostnosti u prvorodiček, ve srovnání s vícerodičkami. Výzkumná část diplomové práce potvrdila hypotézy HA₅ a HA₆, kdy Mann - Whitneyho U - test prokázal, že existuje statisticky významný rozdíl v míře aktuální úzkosti a úzkostnosti mezi prvorodičkami a vícerodičkami. Skóre BATE - S, které poukazuje na úzkost v posledních dnech, bylo u vícerodiček nižší, než u prvorodiček. Skóre BATE - T, které zkoumá úzkostnost, bylo také u vícerodiček nižší, než u prvorodiček. Oba tyto rozdíly jsou statisticky významné.

Mnoho studií nepopisuje pouze úzkost při porodu jako takovou, více se zaměřují na strach z porodu a bolesti v souvislosti s úzkostí. Jenou z nich je

průřezová studie Nieminenové et al. (2009, s. 807 - 13), která zkoumala úroveň prenatalního strachu z porodu u 1635 švédských prvorodiček a vícero diček. Dle dotazníku Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) byla zjištěna tokofobie u 15,8 % žen a velmi intenzivní strach u 5,7 % žen, kdy vícero dičky trpěly spíše tokofobií.

Studie Rouhe et al. (2009, s. 67 - 73) se zaměřila nejen na souvislost úzkosti s bolestí při porodu, ale také na strach z porodu v souvislosti s paritou, gestačním věkem a porodnickou anamnézou. Prvoro dičky měly vyšší skóre vizuální analogové stupnice (VAS) a dotazníku Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ). Velký strach z porodu měly primipary, ženy v pozdějším stádiu těhotenství, a také ženy po předchozím císařském řezu.

Starší studie McDonalda et al. (1963, s. 357 - 363), které se zúčastnilo 86 těhotných žen na začátku třetího trimestru těhotenství, potvrdila vliv úzkosti na porodnické komplikace, ale významné rozdíly vlivu parity, věku a inteligence nebyly prokázány. Ženy, které vyšly ze studie jako úzkostné, měly menší sebevědomí, měly menší ego a byly náchylnější k pocitu viny. To, že vliv parity nemá na úzkost a porodnické komplikace vliv potvrdila studie Jokić - Begić et al. (2013, s. 22 - 28).

Posledním z cílů diplomové práce bylo zjistit, zda má přítomnost partnera vliv na úzkost při porodu. Mnoho studií spíše potvrzuje pozitivní vliv přítomnosti doprovodu při porodu, ať už partnera, příbuzného, kamarádky nebo dudy. Pokud žena doprovod u porodu nemá, měla by tuto roli zastat porodní asistentka nebo lékař. Měli by ženu podporovat, povzbuzovat a být jí nápomocní v této náročné chvíli. Výzkumná část diplomové práce zjistila vyšší průměrnou hodnotu aktuálně prožívané úzkosti a úzkostnosti u žen, které měly u porodu partnera. Statisticky významný rozdíl ale prokázán nebyl. Tato práce za použití Mann - Whitneyho U - testu potvrdila nulovou hypotézu H_{07} a H_{08} , tedy že neexistuje statisticky významný rozdíl v míře aktuální úzkosti i úzkostnosti mezi skupinou žen, které měly u porodu partnera a skupinou žen, které partnera neměly.

Ze studie Sapkota et al. (2013, s. 1264 - 1271), které se účastnilo 231 žen, z nichž 75 mělo při porodu kamarádku, 77 partnera a 79 bylo při porodu samo, vyplývá, že ro dičky podporované svým partnerem nebo kamarádkou při porodu,

vykazovaly menší míru úzkosti a tím následně i menší poporodní depresi, než ženy bez podpory svých blízkých.

Popisné studie Alhassan a Olubusola (2020, s. 25 - 29), které poukazují na zkušenosti žen s porodem, naznačují tři dimenze, které ženy při porodu potřebují. Jsou jimi emoční, fyzická a informační podpora, kterou vyžadují od partnerů. Dále poukazují na přehledovou studii Cochraneho, který v roce 1995, vydal studii, která zahrnovala přes 5000 žen z deseti zemí a zahrnovala 14 studií. Závěrem této studie bylo, že přítomnost partnera u porodu mohla významně snížit pravděpodobnost císařského řezu nebo operativního vaginálního porodu.

V diplomové práci Takács (2013) uvádí, že někteří z autorů poukazují na negativní důsledky přítomnosti partnera při porodu, zvláště pokud panuje mezi partnery napětí nebo žena trpí osobnostním rysem úzkostnosti. Toto se potvrdilo i v další studii Takács a Kodyšová (2011, s. 199 - 204), kdy přítomnost partnera představovala zvýšenou potřebu epidurální analgezie a zvýšené riziko pro protražený porod.

8 Závěr

Diplomová práce se zabývá úzkostí žen a jejího vlivu na porodnické komplikace. Naším hlavním cílem bylo zjistit, zda má úzkost vliv na porodnické komplikace nebo nikoliv. Dalšími cíli bylo zjistit, zda má bolest při porodu, parita ženy a přítomnost partnera u porodu vliv na úzkost. Výzkum probíhal v Thomayerově nemocnici v Praze formou tištěných dotazníků a ty byly následně rozdány ženám na oddělení šestinedělí. Pro praktickou část diplomové práce byl použit standardizovaný dotazník BATE a vlastní otázky a vizuální analogová škála bolesti. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků, kdy jich po vyřazení pro neúplnost či nenavrácení bylo k výzkumu použito 88.

Prvním cílem bylo zjistit, zda má aktuálně prožívaná úzkost žen vliv na porodnické komplikace. Naše hypotéza, že ženy s vyšší mírou aktuálně prožívané úzkosti mají větší četnost porodnických komplikací, než ženy bez úzkosti byla zamítnuta. Potvrdila se nulová hypotéza, která ukazuje, že neexistuje statisticky významný rozdíl v míře aktuálně prožívané úzkosti mezi skupinou žen s porodnickými komplikacemi a skupinou bez porodnických komplikací.

Cílem druhým bylo zjistit, zda má úzkostnost žen vliv na porodnické komplikace. Druhá hypotéza předpokládala, že ženy s vyšší mírou úzkostnosti mají větší četnost porodnických komplikací. Tato hypotéza byla zamítnuta. I v tomto cíli se nám potvrdila nulová hypotéza, která poukazuje na to, že neexistuje statisticky významný rozdíl v míře úzkostnosti mezi skupinou žen s porodnickými komplikacemi a skupinou bez porodnických komplikací.

Dalším cílem diplomové práce bylo zjistit, jestli má bolest při porodu vliv na úzkost ženy. Potvrdila se nám alternativní hypotéza, že existuje statisticky významný rozdíl mezi mírou úzkosti a mírou prožívání bolesti při porodu. Čím bylo skóre bolesti vyšší, tím bylo vyšší i skóre úzkosti a úzkostnosti.

Čtvrtý z cílů byl zaměřen na rozdíl v míře úzkosti a úzkostnosti mezi prvorodičkami a vícero dičkami. Byla stanovena hypotéza, že prvoro dičky jsou úzkostnější, než vícero dičky. Tato hypotéza se nám potvrdila, existuje tedy

statisticky významný rozdíl v míře úzkosti a úzkostnosti mezi prvorodičkami a vícerodičkami, ale BATE – S pro aktuální úzkost je na hranici významnosti.

Posledním z cílů bylo zjistit, jestli má přítomnost partnera u porodu vliv na úzkost a úzkostnost ženy. Stanovili jsme hypotézu, že ženy, které měly při porodu partnera, byly méně úzkostné, než ženy u kterých partner při porodu nebyl. Byla potvrzena nulová hypotéza, kdy neexistuje statisticky významný rozdíl v míře úzkosti a úzkostnosti mezi skupinou žen, které měly u porodu partnera a skupinou žen, které partnera neměly.

Úzkost těhotných žen jde ruku v ruce se strachem a obavami z celého těhotenství, porodu a následně období šestinedělí. Těhotným ženám by měla být věnována větší pozornost již prenatálně, kdy se tyto úzkosti a strachy mohou již projevit a následně lze zabránit tak možným následným komplikacím jak samotného těhotenství, tak i porodu a šestinedělí. Vzhledem k tomu, že v prenatální poradně pro těhotné se porodní asistentka i lékař zabývají spíše fyzickými problémy, tak na ty psychické již mnohdy nezbývá čas. Tomu by mohla pomoci lepší informovanost rodiček, dostupnější komunitní péče nebo by tyto problémy mohla vyhledávat porodní asistentka v rámci předporodních kurzů. Některé porodnické komplikace jsou spojeny s úzkostí ženy, její špatnou informovaností a obavami a strachem z porodu. Mnohdy tyto komplikace mohou naopak způsobit další psychické problémy po porodu. Lze tedy říci, že úzkost má určitý vliv na některé porodnické komplikace jako je například císařský řez a předčasný porod, ale hraje zde roli i mnoho jiných faktorů, na které by měl být brán zřetel.

9 Referenční seznam

1. ALDER, Judith et al., 2009. Depression and anxiety during pregnancy: A risk factor for obstetric, fetal and neonatal outcome? A critical review of the literature. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* [online]. **20**(3), 189-209 [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: <https://1url.cz/NKrNE>.
2. ALHASSAN, Mai a OLUBUSOLA, Amu, 2020. Paternal Presence during Childbirth - An Overview. *EC Gynaecology* [online]. **9**(7), 25-29 [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://1url.cz/PzyJA>.
3. ALIPOUR, Zahra et al., 2011. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery Res* [online]. **16**(2), 169-173 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/VKtL5>.
4. ALIPOUR, Zahra et al., 2012. Fear of Childbirth, Trait Anxiety and Quality Sleep in Pregnancy and Birth Outcomes in Nulliparous Woman. *The Iranian Journal of Obstetrics* [online]. **15**(28), 21-30 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <http://eprints.mums.ac.ir/5564/>.
5. ARFAIE, Katayoun et al., 2017. The role of fear of childbirth in pregnancy related anxiety in Iranian women: a qualitative research. *Electron Physician* [online]. **9**(2), 3733–3740 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/5KtLb>.
6. ARCH, J.J., DIMIDIJAN, S. a CHESSICK, C., 2012. Are exposure-based cognitive behavioral therapies safe during pregnancy?. *Arch Womens Ment Health* [online]. **15**, 445–457 [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0308-9>.
7. ARCH, Joanna J., 2013. Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Comprehensive Psychiatry* [online]. **54**(3), 217-228 [cit. 2020-07-07]. Dostupné z: <https://1url.cz/CKtLP>.

8. ARCH, Joanna J., 2014. Behaviour Research and Therapy: Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for anxiety: Treatment preferences and credibility among pregnant and non-pregnant women. *Behaviour Research and Therapy* [online]. **52**, 53-60 [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://1url.cz/OKtLc>.
9. BELL, A.F. et al., 2016. Childbirth and symptoms of postpartum depression and anxiety: a prospective birth cohort study. *Arch Womens Ment Health* [online]. **19**, 219–227 [cit. 2020-06-02]. Dostupné z: <https://1url.cz/eKtLY>.
10. BERGSTROM, Malin et al., 2010. Psychoprophylaxis during labor: associations with labor-related outcomes and experience of childbirth. *Acta Obstetrica et Gynecologica* [online]. **89**, 794–800 [cit. 2020-07-07]. Dostupné z: <https://1url.cz/EKtL6>.
11. BHAGWANANI, S.G., SEAGRAVES, K., DIERKER, L.J., LAX, M., 1997. Relationship between prenatal anxiety and perinatal outcome in nulliparous women: a prospective study. *J Natl Med Assoc* [online]. **89**(2), 93-98 [cit. 2020-07-15]. Dostupné z: <https://1url.cz/nKroc>.
12. BONIS, M de, 1973. Etude de l'anxiété par la méthode des questionnaires. I. Problèmes généraux. *Rev Psychol Appl* [online] **23**, 15–47 [cit. 2020-06-25]. Dostupné z: <https://1url.cz/tKuh7>.
13. CICEK, Sevil a BASAR, Fatma, 2017. The effects of breathing techniques training on the duration of labor and anxiety levels of pregnant women. *Complementary Therapies in Clinical Practice* [online]. **29**, 213-219 [cit. 2020-07-07]. Dostupné z: <https://1url.cz/SKtLx>.
14. COHEN, Jacqueline M. et al., 2017. Placental Complications Associated With Psychostimulant Use in Pregnancy. *Obstet Gynecol* [online]. **130**(6), 1192–1201 [cit. 2020-06-09]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5709205/>.
15. CRANDON, A. J., 1979. Maternal anxiety and obstetric complications. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. **23**(2), 109-111 [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: <https://1url.cz/SKtLA>.

16. CUOMO, Alessandro et al., 2018. Using sertraline in postpartum and breastfeeding: balancing risks and benefits. *Expert Opinion on Drug Safety* [online]. **17**(7), 719-725 [cit. 2020-08-13]. Dostupné z: <https://1url.cz/LKtL7>.
17. ČERNÁ, Marcela a KOLLÁROVÁ, Jana, 2015. *Laktační minimum pro pediatriy* [online]. Praha, 13-85 [cit. 2020-08-13]. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/2366-laktacni-minimum-pro-pediatriy.pdf>.
18. ERKAYA, Reyhan, 2017. Defining Childbirth Fear And Anxiety Levels In Pregnant Women. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. **237**, 1045-1052 [cit. 2020-07-07]. Dostupné z: <https://1url.cz/nzA7v>.
19. FAIT, Tomáš a SMEJKALOVÁ, Eva, 2014. Otec u porodu. *Praktická gynekologie*. [online]. Praha: Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, **18**(1), 75-78 [cit. 2020-7-18]. ISSN 1801-8750. Dostupné z: <https://1url.cz/eKttM>.
20. FLORIS, Lucia a Olivier IRION, 2015. Association between anxiety and pain in the latent phase of labour upon admission to the maternity hospital: A prospective, descriptive study. *Journal of Health Psychology* [online]. 2015, **20**(4), 446-455 [cit. 2020-10-09]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24155186/>.
21. GOGELA, J. a MALÝ, Z., 2000. Porodnické alternativy. *Moderní gynekologie a porodnictví*. **9** (1), 201-203. ISSN 1211-1058.
22. GOYAL, Deepika, GAY, Caryl a LEE, Kathryn A., 2010. How Much Does Low Socioeconomic Status Increase the Risk of Prenatal and Postpartum Depressive Symptoms in First-Time Mothers? *Women's Health Issues* [online]. **20**(2), 96-104 [cit. 2020-08-15]. Dostupné z: <https://1url.cz/rKttK>.
23. GÜLER, Zeliha Çigdem Demirel et al., 2019. Does parity and labor influence anxiety levels of pregnant women? *Perinatal Journal* [online]. **27**(1), 43–48 [cit. 2020-07-07]. Dostupné z: <https://1url.cz/6zA7y>.
24. HABEK, Dubravko, 2020. TOCOPHOBIA: IS IT BEING TREATED SURGICALLY? *Psychiatria Danubina* [online]. **32**(3-4), 447-448 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://1url.cz/kKuCr>.

25. HABEŠ, Dominik et al., 2019. Ruptura dělohy v graviditě. *Česká gynekologie* [online]. **84**(5), 345-350 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/aKttu>.
26. HÁJEK, Zdeněk, ČECH, Evžen a MARŠÁL, Karel, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
27. HASSANZADEH, R. et al., 2019. Assessment of childbirth preparation classes: a parallel convergent mixed study. *Reproductive Health* [online]. **16**,160, 1-8 [cit. 2020-07-07]. Dostupné z: <https://1url.cz/wKtt1>.
28. HAŠLÍK, L., 2013. Těhotenství po čtyřicítce. *Postgraduální medicína* [online]. **15**(1), 13-15. ISSN 1212-4184. Dostupné z: <https://1url.cz/6Kron>.
29. HEKMATZADEH, S.F. et al., 2020. Effects of Boiled Dill Seed on Anxiety During Labor: A Randomized Clinical Trial. *Chin. J. Integr. Med* [online]. **26**, 100–105 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/uKro8>.
30. HOPWOOD, Herbert G. et al., 1982. Shoulder dystocia: Fifteen years' experience in a community hospital. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. **144**(2), 162-166 [cit. 2020-09-14]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(82\)90619-6](https://doi.org/10.1016/0002-9378(82)90619-6)
31. HOUSE, S.J. et al., 2016. Obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period: course of illness and obstetrical outcome. *Arch Women Ment Health* [online]. **19**, 3-10 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/lKtte>.
32. HU, Jianzhong, 2019. Microbiota of newborn meconium is associated with maternal anxiety experienced during pregnancy. *Developmental Psychobiology* [online]. **61**(5), 640-649 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/xzA7j>.
33. CHAHAL, Harpreet S. et al., 2019. Relation of outbursts of anger and the acute risk of placental abruption: A case-crossover study. *Pediatric and Perinatal Epidemiology* [online]. **33**(6), 405-411 [cit. 2020-06-09]. Dostupné z: <https://1url.cz/czA7w>.

34. CHEN, Yi-Hua, LIN, Hsin-Ching a LEE, Hsin-Chien, 2010. Pregnancy outcomes among women with panic disorder — Do panic attacks during pregnancy matter? *Journal of Affective Disorders* [online]. **120**(1-3), 258-262 [cit. 2020-08-12]. Dostupné z: <https://1url.cz/EKttQ>.
35. IZÁKOVÁ, Ľubomíra, 2013. Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **14**(4), 161-163. [cit. 2020-09-09]. ISSN 1213-0508. Dostupné z: https://1url.cz/xKrPX_
36. JABBARI, Zahra, HASHEMI, Hassan a HAGHAYEGH, Sayyed Abbas, 2012. Survey on effectiveness of cognitive behavioral stress management on the stress, anxiety and depression of pregnant women. *Health system research* [online]. **8**(7), 1341-1347 [cit. 2020-08-13]. Dostupné z: <https://1url.cz/WKroA>.
37. JOHNSON, R. C. a SLADE, P., 2009. Obstetric complications and anxiety during pregnancy: is there a relationship?, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [online]. **24**(1), 1-14 [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://1url.cz/OKuCu>.
38. JOKIĆ-BEGIĆ, Nataša et al., 2013. Anxiety and anxiety sensitivity as predictors of fear of childbirth: different patterns for nulliparous and parous women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [online]. **35**(1), 22-28 [cit. 2020-07-07]. Dostupné z: <https://1url.cz/7Ktti>.
39. JOMEEN, Julie, 2017. Fathers in the birth room: choice or coercion? Help or hindrance? *Journal of Reproductive and Infant Psychology* [online]. **35**, 321-323 [cit. 2020-07-07]. Dostupné z: <https://1url.cz/vKttw>.
40. JUŘENÍKOVÁ, P., 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2.
41. KABUKÇU, C. et al., 2019. Predictors of Prenatal Distress and Fear of Childbirth among Nulliparous and Parous Women. *Nigerian Journal of Clinical Practice* [online]. **22**(12), 1635-1643 [cit. 2020-08-08]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31793468/>.

42. KODYŠOVÁ, Eliška a MROWETZ, Michaela, 2011. Strach a hnus. *Tělo v rukou společnosti* [online]. Praha: Gender Studies, s. 28 [cit. 2020-08-08]. ISBN 978-80-86520-38-4. Dostupné z: <https://1url.cz/dKuC1>.
43. KONČELÍKOVÁ, Dana, LÁTALOVÁ, Klára a PRAŠKO, Ján, 2016. *Panická porucha*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5218-1.
44. LARSEN, Erik Roj et al., 2015. Use of psychotropic drugs during pregnancy and breast-feeding. *Acta Psychiatrica Scandinavica* [online]. **132**(S445), 1-28 [cit. 2020-08-13]. Dostupné z: <https://1url.cz/3zmLQ>.
45. LEMON, E.L., VANDERKRUIK, R. a DIMIDJIAN, S., 2015. Treatment of anxiety during pregnancy: room to grow. *Arch Womens Ment Health* [online]. **18**, 569–570 [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-015-0514-3>.
46. LILLIECREUTZ, C., JOSEFSSON, A. a SYDSJO, G., 2010. An open trial with cognitive behavioral therapy for blood- and injection phobia in pregnant women a group intervention program. *Arch Womens Ment Health* [online]. **13**, 259–265 [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00737-009-0126-x>.
47. LINDGREN, H.E., BRINK, Å a KLINGBERG-ALLVIN, M., 2011. Fear causes tears - Perineal injuries in home birth settings. A Swedish interview study. *BMC Pregnancy Childbirth* [online]. **11**(6), 1-8 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/CKrom>.
48. LOVELACE, Dawn, 2016. Congenital Uterine Anomalies and Uterine Rupture. *Journal of Midwifery and women's health* [online]. **61**(4), 501-506 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/DzA7I>.
49. MADHAVANPRABHAKARAN, Girija Kalayil, 2015. Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *International Journal of Africa Nursing Sciences* [online]. **3**, 1-7 [cit. 2020-08-07]. Dostupné z: <https://1url.cz/LKtto>.
50. MADHAVANPRABHAKARAN, Girija Kalayil et al., 2014. Effects of pregnancy related anxiety on labour outcomes: A prospective cohort study. *Journal of Research in Nursing and Midwifery* [online]. **2**(7), 96-103 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/wzA7R>.

51. MADHAVANPRABHAKARAN, Girija Kalayil et al., 2013. Effects of pregnancy related anxiety on labour outcomes: A prospective cohort study. *International Research Journals* [online]. **2**(7), 96-103 [cit. 2020-07-15]. Dostupné z: <https://1url.cz/wzA7R>.
52. MADHAVANPRABHAKARAN, Kalayil et al., 2017. Effectiveness of Childbirth Education on Nulliparous Women's Knowledge of Childbirth Preparation, Pregnancy Anxiety and Pregnancy Outcomes. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* [online]. **6**(1), 1-10 [cit. 2020-07-07]. Dostupné z: <http://eprints.kaums.ac.ir/2726/>.
53. MALISZEWSKA, Karolina, ŚWIĄTKOWSKA-FREUND, Małgorzata, BIDZAN, Mariola a PREIS, Krzysztof, 2016. Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekologia Polska* [online]. **87**(6), 442-447 [cit. 2020-09-12]. Dostupné z: <https://1url.cz/AKttN>.
54. MARC, Isabelle et al., 2011. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Library* [online]. [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://1url.cz/iKttH>.
55. MARTIN, Colin R., 2012. *Perinatal Mental Health, A Clinical Guide*. 1. vyd. Keswick: M K Updake Ltd. ISBN 978-1-905-539-49-9.
56. MARTINI, Julia, 2016. A prospective-longitudinal study on the association of anxiety disorders prior to pregnancy and pregnancy- and child-related fears. *Journal of Anxiety Disorders* [online]. 40, 58-66 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/bzA7q>.
57. MARY, A. Jebarna Kiruba, 2017. Effectiveness of selected mind body interventions on anxiety related to childbirth and labour outcomes. *Indian Journal of Traditional Knowledge* [online]. **16**, 122-128 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/MzA7V>.
58. MASOUDI, Z., AKBARZADEH, M., VAZIRI, F., ZARE, N. a RAMZI, M., 2014. The effects of decreasing maternal anxiety on fetal oxygenation and nucleated red blood cells count in the cord blood. *Iranian Journal of Pediatrics* [online]. **24**(3), 285-292 [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4276583/>.

59. MAZÚCHOVÁ, Lucia, KELČÍKOVÁ, Simona a RABÁROVÁ, Alena, 2016. Strach tehotných žien. *Praktická gynekologie* [online]. **20**(3-4), 147-151. ISSN 1211-6645. Dostupné z: <https://1url.cz/JKttq>.
60. MCDONALD, Robert L., 1968. The Role of Emotional Factors in Obstetric Complications: A Review. *Psychosomatic Medicine* [online]. **30**(2), 222-237 [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: <https://1url.cz/IKttp>.
61. MCDONALD, Robert L., Malcolm D. GYNTHHER a Arthur C. CHRISTAKOS, 1963. Relations between Maternal Anxiety and Obstetric Complications. *Psychosomatic Medicine* [online]. **25**(4), 357-363 [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://1url.cz/UKttG>.
62. MOHAMMADI-RAD, Roghaye, 2019. *Effect of Saffron with or without Date Sugar on Intensity of Pain, Anxiety and duration of active phase during Labor in Primiparous Women: A Randomized double-blind Controlled* [online]. Tabriz University of Medical Sciences, School of Nursing and Midwifery [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <http://dspace.tbzmed.ac.ir/xmlui/handle/123456789/59732>.
63. MORÁVKOVÁ, P. et al., 2019. Porodnické vaginální extrakční operace a jejich vliv na traumatismus matky a dítěte – prospektivní studie. *Česká gynekologie* [online]. **84**(2), 93-98 [cit. 2020-06-02]. Dostupné z: <https://1url.cz/CzA7u>.
64. NIEMINEN, K., STEPHANSSON, O. a , E.L., RYDING, 2009. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section--a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* [online]. **88**(7), 807-13 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19488882/>.
65. OCISKOVÁ, Marie a PRAŠKO, Ján, 2017. *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 9788024758220.
66. O'CONNELL, Maeve A. et al., 2017. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* [online]. **96**(8), 907-920 [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://1url.cz/mKuCQ>.

67. OTTE, Christian, 2011. Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [online]. **13**(4), 413–421 [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3263389/>.
68. PAŘÍZEK, Antonín, c2012. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-949-7.
69. PAVLOV, Michael et al., 2013. Obstetric and neonatal outcome in patients with anxiety disorders. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. [online]. **27**(13), 1339-1342 [cit. 2020-06-02]. Dostupné z: <https://1url.cz/SKttR>.
70. PAZ, Nicole C.de et al., 2011. Risk of placental abruption in relation to maternal depressive, anxiety and stress symptoms. *Journal of Affective Disorders* [online]. **130**(1-2), 280-284 [cit. 2020-06-09]. Dostupné z: <https://1url.cz/vKtt3>.
71. PERKIN, M. R. et al., 1993. The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [online]. **100**(7), 629-634 [cit. 2021-02-23]. Dostupné z: <https://1url.cz/fKttV>.
72. PILKA, Radovan a PROCHÁZKA, Martin, 2010. Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. *Česká gynekologie* [online]. **75**(5), 405-488 [cit. 2020-05-12]. Dostupné z: <https://1url.cz/VzA7e>.
73. POLACHEK, Inbal Shlomi, HARARI, Liat Huller, BAUM, Micha a STROUS, Rael D., 2014. Postpartum Anxiety in a Cohort of Women from the General Population: Risk Factors and Association with Depression during Last Week of Pregnancy, Postpartum Depression and Postpartum PTSD. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences* [online]. Jerusalem: **51**(2), 128-134 [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://1url.cz/7zAx6>.
74. POLÍVKOVÁ, Věra, 2010. Strach z porodu, tokofobie. *Facultas nostra* [online]. **2010**(87), 16 [cit. 2020-09-15]. Dostupné z: <http://www.lfp.cuni.cz/FacultasNostra/>.

75. POPE, Carley J. a MAZMANIAN, Dwight, 2016. Breastfeeding and Postpartum Depression: An Overview and Methodological Recommendations for Future Research. *Depression Research and Treatment* [online]. 1-9 [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1155/2016/4765310>.
76. PRAŠKO, Ján a Michaela HOLUBOVÁ, 2017. *Sociální fobie a její léčba* [online]. Praha: Grada Publishing, Psyché (Grada). 20-23 [cit. 2020-07-16]. ISBN 978-80-247-5841-1. Dostupné z: <https://1url.cz/uzAxm>.
77. PRAŠKO, Ján et al., 2014. *Obsedantně-kompulzivní porucha a jak se jí bránit: Příručka pro klienta a jeho rodinu*. 3.vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0683-5.
78. PRAŠKO, Ján, GRAMBAL, Aleš, ŠLEPECKÝ, Miloš a VYSKOČILOVÁ, Jana, 2019. *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0495-6.
79. PRAŠKO, Ján et al., 2011. Porodnictví a psychiatrie. *Lékařské listy. Gynekologie a porodnictví*. [online]. 9(2011), 19-22 [cit. 2020-08-13]. Dostupné z: <https://1url.cz/SKRpG>.
80. RABOCH, Jiří a ČERVENÝ, Rudolf, 2018. *Deprese: doporučené diagnostické a terapeutické postupy pro všeobecné praktické lékaře 2018* [online]. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP. Doporučené postupy pro praktické lékaře, s. 1-15 [cit. 2020-08-13]. ISBN:978-80-88280-05-7. Dostupné z: <https://1url.cz/IKuCi>.
81. RAMIRO-CORTIJO, David, 2016. Maternal plasma antioxidant status in the first trimester of pregnancy and development of obstetric complications. *Placenta* [online]. 47, 37-45 [cit. 2020-06-01]. Dostupné z: <https://1url.cz/CKro7>.
82. RASHIDI-FAKARI, F., TABATABAEICHEHR, M. a MORTAZAVI, H., 2015. The effect of aromatherapy by essential oil of orange on anxiety during labor: A randomized clinical trial. *Iran J Nurs Midwifery Res* [online]. 20(6), 661-664 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/eKrNL>.

83. RATISLAVOVÁ, Kateřina., 2008. Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí: psychosomatická medicína: učební texty pro porodní asistentky]. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 9788025421864.
84. RAUDENSKÁ, Jaroslava, SANTLEROVÁ Kateřina, MARUSIČOVÁ Patricia, HANULÍKOVÁ Petra, AMLEROVÁ Jana a JAVŮRKOVÁ Alena, 2014. Strach související s porodní bolestí. *Bolest* [online]. **17**(3), 105-110 [cit. 2020-07-16]. ISSN 1212-0634. Dostupné také z: <http://www.tigis.cz/bmc14079935>.
85. RECK, C. et al., 2013. The influence of general anxiety and childbirth – specific anxiety on birth outcome. *Arch Womens Ment Health* [online]. **16**, 363-369 [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://1url.cz/3KrNt>.
86. RI-HUA, Xie, 2011. Cesarean Section and Postpartum Depression in a Cohort of Chinese Women with a High Cesarean Delivery Rate. *Journal of Women's Health* [online]. **20**(12), 1881-1886 [cit. 2020-06-02]. Dostupné z: <https://1url.cz/BKttT>.
87. ROUHE, H., SALMELA-ARO, K., HALMESMAKI, E. a SAISTO, T., 2009. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology* [online]. **116**(1), 67-73 [cit. 2021-02-26]. Dostupné z: <https://1url.cz/vKrlq>.
88. ROZTOČIL, Aleš, 2017. Moderní porodnictví. 2., Praha: Grada Publishing. ISBN 978- 80-247-5753-7.
89. RUSSELL, E.J., FAWCETT, J.M. a MAZMANIAN, D., 2013. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* [online]. **74**(4), 377-85 [cit. 2020-09-12]. Dostupné z: <https://1url.cz/1KuCw>.
90. RWAKAREMA, M. et al., 2015. Antenatal depression is associated with pregnancy-related anxiety, partner relations, and wealth in women in Northern Tanzania: a cross-sectional study. *BMC Women's Health* [online]. **15**, 68, 1-10 [cit. 2020-08-08]. Dostupné z: <https://1url.cz/GKrNK>.

91. SAPKOTA, Sabitri et al., 2013. Impact on perceived postnatal support, maternal anxiety and symptoms of depression in new mothers in Nepal when their husbands provide continuous support during labour. *Midwifery* [online]. **29**(11), 1264-1271 [cit. 2020-07-07]. Dostupné z: <https://1url.cz/rKttC>.
92. SHAW, Jonathan G. et al., 2017. Post-traumatic Stress Disorder and Antepartum Complications: a Novel Risk Factor for Gestational Diabetes and Preeclampsia. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* [online]. **31**(3), 185-194 [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://1url.cz/XzAyD>.
93. SILVA, M.M.J., D.A. NOGUEIRA, M.J. CLAPIS a E.P.R.C LEITE, 2017. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP* [online]. **51**, 1-8 [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://1url.cz/pKttS>.
94. SJÖGREN, B. et al., 2009. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [online]. **18**(4), 266-272. [cit. 2020-07-16]. Dostupné z: <https://1url.cz/tKrNr>.
95. SJÖSTRÖM, Karin, Lil VALENTIN, Thomas THELIN a Karel MARŠÁL, 1997. Maternal anxiety in late pregnancy and fetal hemodynamics. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [online]. **74**(2), 149-155 [cit. 2020-09-14]. Dostupné z: [https://doi.org/10.1016/S0301-2115\(97\)00100-0](https://doi.org/10.1016/S0301-2115(97)00100-0).
96. SKUTILOVÁ, Vladana, 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5469-7.
97. STACKEOVÁ, Daniela a BÖHMOVÁ, Michaela, 2010. *Psychologické aspekty přítomnosti otců u porodu*. *Psychosom* [online]. **8** (4), 253- 278 [cit. 2021-02-28]. Dostupné z: <https://1url.cz/izyJS>.
98. STANEVA, Aleksandra et al., 2015. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth* [online]. **28**(3), 179-193 [cit. 2020-06-02]. Dostupné z: <https://1url.cz/ZKtt5>.

99. ŠEBELA, Antonín, HANKA, Jan a MOHR, Pavel, 2018. Diagnostika a moderní trendy v terapii poporodní deprese. *Česká gynekologie* [online]. **83**(6), 474-478 [cit. 2020-08-12]. Dostupné z: <https://1url.cz/dzmLJ>.
100. ŠEBELA, Antonín, HANKA, Jan a MOHR, Pavel, 2019. Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie Část II: psychotické poruchy a bipolární afektivní porucha. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **20**(2), 82-85 [cit. 2020-08-13]. Dostupné z: <https://psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2019/02/07.pdf>.
101. ŠEBELA, Antonín, MOHR, Pavel a HANKA, Jan, 2019. Duševní onemocnění v poporodním období: specifika a farmakoterapie Část I: deprese, úzkostné poruchy, poruchy spánku a ADHD. *Psychiatrie pro praxi* [online]. **20**(1), 21-26 [cit. 2020-08-13]. Dostupné z: <https://1url.cz/RzmLW>.
102. ŠTROMEROVÁ, Zuzana et al., 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní a sistentky (a zvědavé rodiče)*. Vyd.1. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0324-3.
103. TAKÁCS, Lea a KODYŠOVÁ, Eliška, 2011. Psychosociální faktory ovlivňující spokojenost rodiček s perinatální péčí. *Česká gynekologie* [online]. **76**(3), 199-204 [cit. 2020-08-13]. ISSN 1210-7832. Dostupné z: <https://1url.cz/rKttY>.
104. TAKÁCS, Lea, 2016. *Zvýšenou pozornost v předporodní a porodní péči zaslouží ženy s nadměrným strachem z porodu a ženy s úzkostnými rysy* [online]. In: Praha [cit. 2020-08-08]. Dostupné z: <https://1url.cz/WzmLM>.
105. TAKÁCS, Lea et al., 2019. Psychosociální rizikové faktory akutního císařského řezu. *Česká gynekologie* [online]. **84**(1), 33-39 [cit. 2020-06-02]. Dostupné z: <https://1url.cz/OzA7K>.
106. TAKÁCS, Lea. *Souvislost psychosociálních faktorů perinatální péče s patientskou spokojeností, průběhem porodu a zahájením kojení*. Praha, 2013. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze-Filozofická fakulta.

107. TALOVÁ, Barbora, LÁTALOVÁ, Klára, PRAŠKO, Ján a MAINEROVÁ, Barbora, 2014. Úzkost a úzkostné poruchy v průběhu těhotenství a po porodu. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. **110**(1), 29-37 [cit. 2020-09-08]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=931>.
108. THORNTON, Dorothy, GUENDELMAN, Sylvia a HOSANG, Nap, 2010. Obstetric Complications in Women with Diagnosed Mental Illness: The Relative Success of California's County Mental Health System. *Health Services Research* [online]. **45**(1), 246-264 [cit. 2020-09-12]. Dostupné z: <https://1url.cz/0zmLz>.
109. TZENG, Ya-Ling et al., 2017. Pain, Anxiety, and Fatigue During Labor: A Prospective, Repeated Measures Study. *Journal of Nursing Research* [online]. **25**(1), 59-67 [cit. 2020-07-05]. Dostupné z: <https://1url.cz/fzA7D>.
110. Úzkost v těhotenství a nepříznivé porodní výsledky. *Medical tribune*. 2015, **11**(13). ISSN 1214-8911. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/tituly/mtrbmc15028714>.
111. VÁGNEROVÁ, Marie, 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.
112. VAN HEYNINGEN, T. et al., 2017. Prevalence a prediktory úzkostných poruch u těhotných žen s nízkými příjmy v městské jižní Africe: průřezová studie. *Arch Womens Ment Health* [online]. **20**, 765–775 [cit. 2020-07-15]. Dostupné z: <https://1url.cz/wKrNu>.
113. VRUBLOVÁ, Yvetta a BASLOVÁ Jitka, 2015. *Celostátní kongres k sexuální výchově v České republice: sborník referátů - Biologický věk ženy a somatické parametry z pohledu fyziologického těhotenství* [online]. V Praze: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu [cit. 2021-08-07]. ISBN 978-80-905696-2-1. Dostupné z: <https://1url.cz/pKtM1>.
114. WEBBER, Elaine a BENEDICT, Jean, 2019. Postpartum depression: A multi-disciplinary approach to screening, management and breastfeeding support. *Archives of Psychiatric Nursing* [online]. **33**(3), 284-289 [cit. 2020-09-12]. Dostupné z: <https://1url.cz/aKtMe>.

115. XU, Hui et al., 2017. Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. **97**, 118-126 [cit. 2020-06-02]. Dostupné z: <https://1url.cz/yKtMQ>.
116. YOHAJ, David et al., 2018. The effect of attending a prenatal childbirth preparedness course on labor duration and outcomes. *Journal of Perinatal Medicine* [online]. **46**(1), 47-52 [cit. 2020-07-07]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1515/jpm-2016-0345>.
117. YONKERS K. A. et al., 2014. Pregnant women with posttraumatic stress disorder and risk of preterm birth. *JAMA Psychiatry* [online]. **71**(8), 897-904 [cit. 2020-09-12]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24920287/>.
118. ZALEWSKA-PUCHAŁA, Joanna, MAJDA, Anna a MAJEWSKA Elżbieta, 2011. *The modifiers of labor stress and pain. In: Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve*. [online]. [cit. 2020-07-05]. ISBN 9788089544004. Dostupné z: <https://1url.cz/bKtMi>.

10 Seznam použitých zkratk

ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
BATE	de Bonis Anxiété Traite - État Inventory
DM	Diabetes Mellitus
IU	International Unit
IVF	In Vitro Fertilizace
Např.	Například
OCD	Obsedantně-kompulzivní porucha
PPD	Poporodní deprese
PTSD	Posttraumatická stresová porucha
SAD	Sociální fobie
S.C.	Sectio caesarea
STAI	State - Trait Anxiety Inventory
Tzv.	Takzvaně
VAS	Vizuální analogová škála bolesti
VEX	Porod vakuumextrakcí
W - DEQ	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire
WHO	World Health Organization

11 Seznam tabulek

Tabulka 1 – Charakteristika zkoumaného souboru

Tabulka 2 – Přehled naměřených hodnot dotazníku BATE–S u žen s porodnickými komplikacemi a bez porodnických komplikací

Tabulka 3 – Mann-Whitneyho U test u dotazníku BATE – S

Tabulka 4 – Přehled naměřených hodnot dotazníku BATE–T u žen s porodnickými komplikacemi a bez porodnických komplikací

Tabulka 5 – Mann-Whitneyho U test u dotazníku BATE – T

Tabulka 6 – Srovnání aktuální úzkosti a bolesti

Tabulka 7 – Srovnání úzkostnosti a bolesti

Tabulka 8 – Spearmanův korelační koeficient

Tabulka 9 – Srovnání aktuální úzkosti u prvorodiček a vícerodiček

Tabulka 10 – Srovnání úzkostnosti u prvorodiček a vícerodiček

Tabulka 11 – Mann-Whitneyho U test u dotazníků BATE

Tabulka 12 – Míra aktuálně prožívané úzkosti v souvislosti s přítomností partnera u porodu

Tabulka 13 – Míra úzkostnosti v souvislosti s přítomností partnera u porodu

Tabulka 14 – Mann-Whitney U test u dotazníků BATE

12 Seznam příloh

Příloha 1 – Stanovisko Etické komise FZV UPOL

Příloha 2 – Dotazníky

Příloha 1: Stanovisko Etické komise FZV UPOL



Fakulta
zdravotnických věd

UPOL-41294/1030S-2020

Vážená paní

Eliška Trtková

2020-17-02

Vyjádření Etické komise FZV UP

Vážená paní Trtková,

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 „**Vliv úzkosti rodiček na porodnické komplikace**“, jehož jste hlavní řešitelkou, bylo uděleno

souhlasné stanovisko Etické komise FZV UP .

S pozdravem,

Mgr. Lenka Mazalová, Ph.D.

předsedkyně

Etické komise FZV UP

Příloha 2: Dotazníky

Vážená slečno, vážená paní,

jmenuji se Eliška Trtková a jsem studentkou navazujícího magisterského oboru Intenzivní péče v porodní asistenci na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. K ukončení mého studia potřebuji napsat diplomovou práci na téma: *Vliv úzkosti žen na porodnické komplikace*. Prosím Vás o vyplnění těchto dotazníků, které jsou anonymní a jejichž výsledky budou zpracovány výhradně pro účely této diplomové práce.

Předem děkuji za Vaši ochotu a čas, který věnujete vyplnění těchto dotazníků.

INSTRUKCE K VYPLŇOVÁNÍ DOTAZNÍKŮ:

Ujistěte se, že jste odpověděla na všechny otázky a žádná nezůstala nezodpovězena.

1. Váš věk:

2. Jste:

- prvorodička
- vícero dička

(Jestliže jste prvorodička, pokračujte na otázku č. 4)

3. Pokud jste vícero dička, měla jste nějaké komplikace při minulém porodu?

- ano
- ne

4. Navštěvovala jste předporodní přípravu (kurz)?

- ano
- ne

5. Byl přítomen u porodu otec dítěte?

- ano
- ne

6. Jste nebo jste byla v minulosti léčena pro úzkostné stavy?

- ano
- ne

7. Stačí Vaše finanční příjmy na pokrytí výdajů domácnosti?

- ano
- ne

8. Jaké jste měla komplikace při tomto porodu?

- porod císařským řezem
- porod VEXEM (zvonem)
- porod kleštěmi
- předčasná porodní činnost a porod
- předporodní krvácení (předčasné odlučování placenty)
- trhlina hráze při porodu
- ruptura dělohy před porodem nebo při porodu
- poporodní krvácení
- zadržaná placenta nebo blány plodové (manuální odstranění placenty)
- hypoxie plodu (nedostatek kyslíku u plodu)
- protrahovaný (prodloužený) porod -> pokud není těhotenství ukončeno do 18 hodin od začátku pravidelných kontrakcí
- zkalená plodová voda
- dystokie ramének (těžko vybavitelná raménka)
- hematom
- nevím
- žádnou

9. Pokud byste měla hodnotit bolest během Vašeho porodu na Vizuální analogové škále bolesti, které číslo byste zvolila?

Měla jste epidurální analgezi (prosím zakroužkujte): ANO x NE

Vizuální analogová škála

VYBERTE ČÍSLO OD 0 DO 10, KTERÉ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



nebo

VYBERTE OBLIČEJ, KTERÝ NEJLÉPE ODPOVÍDÁ VAŠÍ BOLESTI:



BATE - S

INSTRUKCE /prosím čtěte POZORNĚ! /

Jedná se o dotazník, ve kterém máte co nejlépe zachytit Váš stav **v posledních dnech**, maximálně v posledním týdnu.

Jestliže výrok, který budete posuzovat, zcela odpovídá tomu, jak Vám bylo v posledních dnech, označte odpověď číslo 4 („úplně vystihuje“). Jestliže je výrok v naprostém rozporu s tím, jak jste se v posledních dnech cítila, označte odpověď číslo 0 („vůbec nevystihuje“). Jestliže chcete upřesnit své posouzení, můžete si vybrat některou ze středních odpovědí: odpověď číslo 1 („spíše nevystihuje“), odpověď číslo 2 („neutrální“), anebo odpověď číslo 3 („spíše vystihuje“).

Je velmi důležité, abyste se při posuzování výroků řídila jen a jen Vaším stavem v posledních dnech, maximálně v posledním týdnu, bez zřetele na Vaše stavy z minulosti. Těch se bude týkat jiný dotazník, který dostanete v zápětí.

0	1	2	3	4
vůbec nevystihuje <i>výpověď Vás vůbec nevystihuje</i>	spíše nevystihuje <i>výpověď Vás spíše nevystihuje</i>	neutrální <i>ani výstižná ani nevýstižná výpověď</i>	spíše vystihuje <i>výpověď Vás spíše vystihuje</i>	úplně vystihuje <i>výpověď Vás úplně vystihuje</i>

1. V posledních dnech jsem si dělala starosti ze všech maličností. 0 1 2 3 4
2. V poslední době jsem pociťovala neurčitý strach z budoucnosti, který si nedovedu vysvětlit. 0 1 2 3 4
3. V posledních dnech se obávám nejhoršího, mám strach, že se něco zlého přihodí. 0 1 2 3 4
4. V posledních dnech jsem měla tendenci trápit se pro nic. 0 1 2 3 4
5. V posledních dnech jsem měla pocit napětí a nervozity. 0 1 2 3 4
6. V posledních dnech mě značně zneklidňovalo čekání. 0 1 2 3 4

7. Během posledních dní jsem pociťovala takový neklid,
že jsem nevydržela na jednom místě. 0 1 2 3 4
8. V posledních dnech jsem byla tak nervózní, že
jsem kvůli tomu nemohla usnout. 0 1 2 3 4
9. V tuto chvíli mám pocit, že nejsem k ničemu,
že se k ničemu nehodím. 0 1 2 3 4
10. V posledním týdnu jsem hodně plakávala. 0 1 2 3 4
11. V posledních dnech mě často napadlo, že jsem
zbytečná, že se nehodím k velkým věcem. 0 1 2 3 4
12. V tuto chvíli se necítím šťastná. 0 1 2 3 4
13. V tuto chvíli bych nesnesla dav, tlačenci. 0 1 2 3 4
14. V posledních dnech jsem se hodně trápila přemýšlením,
co si o mně myslí jiní lidé. 0 1 2 3 4
15. V posledních dnech bych nemohla zůstat sama,
samota ve mně budí strach. 0 1 2 3 4
16. V tuto chvíli bych nemohla zůstat ve tmě,
mám strach z noci. 0 1 2 3 4
17. V tuto chvíli bych nesnesla pohled na některá
zvířata (např. hada, pavouka nebo myš apod.). 0 1 2 3 4
18. V tuto chvíli bych se musela velmi přemáhat, kdybych
měla nastoupit do nějakého dopravního prostředku. 0 1 2 3 4
19. V tuto chvíli se cítím velmi unavena. 0 1 2 3 4
20. V posledních dnech mě bolela hlava. 0 1 2 3 4
21. V posledních dnech se mi snadno roztřáslы ruce. 0 1 2 3 4
22. V posledních dnech jsem měla průjem. 0 1 2 3 4
23. V současné době pozoruji, že se snadno zapotím. 0 1 2 3 4
24. V současné době mám nepříjemný pocit stísněnosti. 0 1 2 3 4
25. V posledních dnech jsem pociťovala nepříjemný tlak na prsou. ... 0 1 2 3 4
26. V posledních dnech jako bych měla stažené hrdlo. 0 1 2 3 4

27. V posledních dnech mě obtěžovalo bušení srdce. 0 1 2 3 4
28. V poslední době se často červenám. 0 1 2 3 4
29. V posledních dnech bych stále jedla. 0 1 2 3 4
30. V posledních dnech jsem měla zácpu. 0 1 2 3 4
31. V posledních dnech mě často po těle zamrazí,
nebo mám husí kůži. 0 1 2 3 4
32. V posledních dnech jsem pociťovala závratě. 0 1 2 3 4
33. V posledních dnech se o mě pokoušely mdloby. 0 1 2 3 4
34. V poslední době jsem měla nezvykle ledové ruce nebo nohy. 0 1 2 3 4
35. V posledních dnech mě trápily bolesti žaludku. 0 1 2 3 4
36. V posledních dnech mi nechutná jíst. 0 1 2 3 4

BATE – T

INSTRUKCE /prosím čtete POZORNĚ! /

Nyní před sebou máte nový dotazník. Najdete zde podobné otázky jako v předchozím dotazníku, ale nyní se netýkají vašeho současného stavu, nýbrž **dlouhodobých, stálých rysů Vaší povahy**.

Ačkoli jde o podobné otázky, možná, že je budete hodnotit jiným způsobem. Posuzování výroků se řídí stejnými pravidly jako v předchozím případě.

Je velmi důležité, abyste se nyní při posuzování výroků snažila vyjádřit pouze své stálé povahové sklony, tedy takové, které jsou Vám odjakživa, nebo již po dlouhá léta, vlastní. Na Váš současný stav při tom neberte žádný zřetel.

①	②	③	④	
vůbec nevystihuje <i>výpověď Vás vůbec nevystihuje</i>	spíše nevystihuje <i>výpověď Vás spíše nevystihuje</i>	neutrální <i>ani výstižná ani nevýstižná výpověď</i>	spíše vystihuje <i>výpověď Vás spíše vystihuje</i>	úplně vystihuje <i>výpověď Vás úplně vystihuje</i>

1. Odjakživa si dělám starosti ze všech maličností. ① ② ③ ④
2. Již dlouho zakouším neurčitý strach z budoucnosti,
který si nedovedu vysvětlit. ① ② ③ ④
3. Vždy jsem měla tendenci si myslet, že se stane
něco zlého, bát se nejhoršího. ① ② ③ ④
4. Patří k mé povaze trápit se pro nic. ① ② ③ ④
5. Odjakživa jsem měla sklon být napjatá, nervózní. ① ② ③ ④
6. Zpravidla mě znervózňuje, když jsem nucena čekat. ① ② ③ ④
7. Mívám období nepokoje, během kterých
nejsem schopna vydržet na místě. ① ② ③ ④
8. Často bývám tak nervózní, že se mi špatně usíná..... ① ② ③ ④

9. Mám tendenci si říkat, že nejsem k ničemu. ① ② ③ ④
10. Je v mé povaze, že se snadno rozpláču. ① ② ③ ④
11. Odjakživa si myslívám, že se nehodím
k velkým věcem, že jsem zbytečná. ① ② ③ ④
12. Nikdy jsem se necítila šťastná. ① ② ③ ④
13. Vždycky jsem měla strach z davu nebo tlačence. ① ② ③ ④
14. Vždycky jsem se trápila tím, co si o mně myslí jiní lidé. ① ② ③ ④
15. Obyčejně zůstávám nerada sama, samota ve
mě budí strach. ① ② ③ ④
16. Odjakživa nemám ráda tmu, mám strach z noci. ① ② ③ ④
17. Některá zvířata mi odjakživa připadají odporná
a bojím se jich (např. had, myš, pavouk apod.). ① ② ③ ④
18. Všeobecně mám strach z dopravních prostředků. ① ② ③ ④
19. Vždy jsem se snadno unavila. ① ② ③ ④
20. Jsem již po léta náchylná k bolestem hlavy. ① ② ③ ④
21. Vždy se mi snadno roztřásl ruce. ① ② ③ ④
22. Odjakživa mám sklon k průjmům. ① ② ③ ④
23. Odjakživa mám sklon k nadměrnému pocení. ① ② ③ ④
24. Často mívám pocity stísněnosti. ① ② ③ ④
25. Snadno se mi stáhne hrdlo. ① ② ③ ④
26. Trpívám tlakem na prsou. ① ② ③ ④
27. Vždy se mi snadno rozbušilo srdce. ① ② ③ ④
28. Snadno se začervenám. ① ② ③ ④
29. Odjakživa musím omezovat svou chuť k jídlu. ① ② ③ ④

30. Mívám zácpu. 0 1 2 3 4
31. Mívám často husí kůži nebo mrazení. 0 1 2 3 4
32. Mám sklon k závratím. 0 1 2 3 4
33. Často na mne jdou mdloby. 0 1 2 3 4
34. Mívám ruce nebo nohy ledové. 0 1 2 3 4
35. Odjakživa trpívám bolestmi žaludku. 0 1 2 3 4
36. Vždycky jsem trpěla nechutenstvím. 0 1 2 3 4