

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

Bc. Dagmar Kašparová

Zkušenosti žen s porodem


Diplomová práce

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

Olomouc 2021

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Zkušenosti žen s porodem“ vypracovala samostatně pod vedením Mgr. Šárky Vévodové, Ph.D. a použila jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc 6. května 2021


podpis

Děkuji Mgr. Šárce Vévodové, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce, její cenné rady a náměty. Děkuji také Mgr. Jiřímu Vévodovi, Ph.D. za statistické zpracování dotazníků.

V neposlední řadě děkuji všem ženám, které obětovaly svůj drahocenný čas během prvních dní se svým potomkem a vyplnily dotazníky.

ANOTACE

Typ závěrečné práce: Diplomová práce

Téma práce: Zkušenosti žen s porodem

Název práce: Zkušenosti žen s porodem

Název práce v AJ: Women's experiences with childbirth

Datum zadání: 2019-01-31

Datum odevzdání: 2021-05-06

Vysoká škola, fakulta, ústav: Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

Autor práce: Bc. Kašparová Dagmar

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

Oponent práce: Mgr. Radka Kozáková

Abstrakt v ČJ: *Diplomová práce se zabývá problematikou zkušeností žen s porodem v souvislosti s pojmem „strach z porodu,“ míře sociální opory a výskytu poporodního blues. Praktická část práce je věnována kvantitativnímu výzkumu pomocí anonymního dotazníkového šetření, který byl proveden u vybrané skupiny žen po spontánním porodu nebo po porodu císařským řezem ve spinální anestezii, které byly hospitalizované na Porodnicko-gynekologické klinice ve Fakultní nemocnici Olomouc.*

Abstrakt v AJ: *This diploma thesis examines delivery experiences related to fear of childbirth, rate of social support and appearance of postnatal blues. The practical part of the thesis is devoted to quantitative research by means of an anonymous questionnaire survey, which was carried out in a selected group of women after spontaneous delivery or after C-section in spinal anaesthesia. These women were hospitalized in Maternity Clinic in University Hospital Olomouc.*

Klíčová slova v ČJ: spontánní porod, císařský řez, strach z porodu, sociální opora, poporodní blues

Klíčová slova v AJ: vaginal delivery, C-section, fear of childbirth, social support, postnatal blues

Rozsah: 65 stran /*počet příloh:* 1

OBSAH

<i>ÚVOD</i>	7
1 POROD A PSYCHIKA	8
1.1 Spontánní porod.....	8
1.2 Císařský řez	10
1.2.1 Anestezie u císařského řezu.....	12
2 PSYCHOLOGIE PORODU A ŠESTINEDĚLÍ	17
2.1 Psychologie porodu	17
2.2 Strach z porodu	17
2.2.1 Strach z porodu v době pandemie koronaviru SARS-CoV-2.....	19
2.3 Psychologie šestinedělí.....	20
2.3.1 Poporodní blues	22
2.4 Sociální opora	26
2.4.1 Vliv sociální opory na porodní prožitek	28
3 METODIKA PRÁCE	30
3.1 Metodologie výzkumu.....	30
3.2 Výzkumné cíle a hypotézy	30
3.3 Charakteristika souboru	31
3.4 Průběh výzkumu	33
3.5 Metody výzkumného šetření a sběru dat	33
3.6 Způsob zpracování dat	35
4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	36
4.1 Interpretace výsledků k cíli 1.....	36
4.2 Interpretace výsledků k cíli 2.....	38
4.3 Interpretace výsledků k cíli 3.....	40
4.4 Interpretace výsledků k cíli 4.....	42
4.5 Interpretace výsledků k cíli 5.....	43

4.6	Interpretace výsledků k cíli 6.....	44
5	<i>DISKUSE</i>	46
	<i>ZÁVĚR</i>	49
	<i>REFERENČNÍ SEZNAM</i>	51
	<i>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK</i>	63
	<i>SEZNAM TABULEK</i>	64
	<i>SEZNAM GRAFŮ</i>	65
	<i>SEZNAM PŘÍLOH</i>	66

ÚVOD

Psychika ženy a její prožívání období těhotenství, šestinedělí a zejména porodu může ovlivnit jejich průběh a celoživotní vzpomínku. Některé ženy, které prožijí traumatizující porod, nechtějí podobnou zkušenost zažít znovu, a proto se rozhodnou vychovávat pouze jedno vlastní dítě a psychické zátěži dalšího těhotenství, porodu a šestinedělí se již vyhnou. Nejedná se jen o velké fyzické vypětí, ale porod a příprava na něj, zasahuje do všech složek osobnosti, tudíž je velmi náročný i na psychickou složku.

Během porodu ženy získávají své vlastní zkušenosti, které jsou ovlivněny i faktory předporodní péče. Tyto zkušenosti mohou velice ovlivnit i jejich poskytovatele, především porodní asistentky, které mají klíčovou roli v naší zemi v péči o ženy zejména během porodu. V dnešní době mají páry méně dětí a ženy se rozhodují otěhotnět v pozdějším věku. O to více usilují o kvalitní péči a splnění jejich očekávání během tohoto náročného období. (Gottvall, 2002, s. 254)

Obvykle pozitivním faktorem ovlivnění prožívání těhotenství, porodu a mateřství, zejména u prvorodiček, je absolvování předporodního kurzu, kde ženy získají odborný vhled do těchto oblastí a mají možnost sbírat informace, které potřebují. Absolvování předporodního kurzu přispívá ke zvýšení sebevědomí těhotných žen a posiluje důvěru ve vlastní schopnosti. Tato služba je úzce propojena s dalším možným faktorem ovlivňujícím prožívání porodu, a to přítomností nebo podpory partnera či jiné blízké osoby. V dnešní době je pro zdravotnická zařízení samozřejmostí umožnit ženě mít po boku osobu, která s ní bude prožívat průběh porodu a bude jí tak oporou. Navíc pokud se jedná o partnery, získají tak možnost se již zapojit do péče o novorozence pod odborným dohledem a začnou si pozvolna zvykat na svou novou roli rodiče.

Negativní zkušenosti žen s porodem se mohou promítnout do následné etapy v podobě psychických poruch. V této diplomové práci se zaměříme především na výskyt strachu z porodu, poporodního blues a roli sociální opory v závislosti na prožitcích z porodu.

1 POROD A PSYCHIKA

1.1 Spontánní porod

Porod je vyvrcholením jedinečného období těhotenství v průběhu života ženy. Oficiální definice porod popisuje jako děj ukončující těhotenství, při němž se narodí dítě s hmotností ≥ 500 g. (Procházka, Pilka, 2016, s. 116) Při spontánním porodu prochází dítě měkkými a tvrdými porodními cestami matky. Průběh porodu můžeme rozdělit do čtyř porodních dob.

První doba porodní (fáze „otevírací“) začíná nástupem pravidelných kontrakcí děložní svaloviny. Na základě děložní činnosti dochází k postupnému spotřebování děložního čípku a otevírání děložního hrdla. Aby tento děj probíhal v přiměřeném tempu, dochází ke zkracování intervalu mezi jednotlivými kontrakcemi a samotné kontrakce nabývají větší intenzity. Tato fáze je obvykle nejdelší a vyžaduje nejvíce trpělivosti. Intenzivní děložní stahy rodičku vyčerpávají a komunikace je pro ni komplikovaná a zatěžující, jelikož jejím úkolem je se naučit během kontrakcí uvolnit pánevní dno a tím usnadnit otevírání porodních cest a prostoupení plodu pánevními rovinami. Konec této fáze nastává v době, kdy je děložní hrdlo otevřeno natolik, že jím projde hlavička plodu, to je asi 10 cm. Tuto skutečnost většinou rodička sama pozná díky velkému tlaku hlavičky na konečník a pocitu na tlačení. Pocity, které rodičky vnímají v průběhu první doby porodní jsou rozmanité, závislé na mnoha faktorech, jakou jsou například délka trvání, stupeň vyčerpání, možná nebo nemožná spolupráce a domluvy s personálem zdravotnického zařízení, také přítomnost blízké osoby po celou dobu v této několikahodinové fázi. Mohou se objevovat pocity vzrušení z očekávání narození dítěte, radosti, úlevy, sebejistoty, bezpečí, ale na druhou stranu také pocity bezmoci, netrpělivosti, únavy, vyčerpání či osamocení. Rodičky mohou zaujmout odmítavý postoj k samotnému porodu a nejsou schopné si věřit, že zvládnou porodit dítě. (Rastislavová, 2011, s. 36) Některé rodičky mohou propadat panice, projevují se křikem a pláčem a často se ptají: „Kdy už bude konec?“ nebo říkají: „Já už nemůžu!“ I v závislosti na samotném charakteru ženy můžeme vycítit, že některé rodičky se v průběhu porodu projevují podrážděně, netrpělivě a některé jsou naopak klidné a přizpůsobí se samotnému ději. (Juříková, 2007, s. 28) Pocity pozitivní i negativní k první době porodní patří a každá žena se s nimi snaží vyrovnat po svém. Proto se v profesi porodních asistentek velmi cení vlastnost empatie, kdy reakce ženy na danou situaci jsou velmi rozmanité a individuální.

Druhá doba porodní (fáze „vypuzovací“) začíná zánikem porodnické branky a končí porodem plodu. U prvorodiček zpravidla trvá tato doba déle než u vícerodiček, avšak neměla

by trvat více než hodinu. Ženy pociťují naléhavé nutkání tlačit, které je vyvoláno tlakem hlavičky na pánevní dno a konečník. V této fázi se může žena aktivně zapojit do procesu porodu tlačáním, ale ve spolupráci s porodní asistentkou, která by měla zhodnotit progresi a efektivitu tlačení, aby se žena zbytečně dlouho nevysilovala. Na základě propojení mechanismů aktivního tlačení pomocí břišního listu a síle děložních kontrakcí je porozeno dítě. V této fázi žena pociťuje protichůdné pocity. V období mezi kontrakcemi žena odpočívá a nabírá síly k dokončení porodu. Zažívá nový příval energie a optimismu, že už se blíží konec. Během kontrakcí jí její tělo dává signály k tlačení, ale současně prožívá úpornou bolest a stupňující se tlak a reflexně se snaží zabránit průchodu dítěte. Tlak hlavičky na poševní stěnu je zpravidla velice nepříjemný až nesnesitelný. (Pařízek, 2002, s. 125) Při tomto procesu je opět důležité, aby žena dokázala uvolnit své pánevní dno a tím usnadnila průchod dítěte na svět. Na ženu je kladen nárok zároveň tlačit do správných míst, především do konečníku, aby její snažení bylo efektivní. U prvorodiček obvykle trvá delší dobu, než dojde k souhře všech požadavků a dostaví se správný výsledek. Ženy v dané situaci provází pocit nejistoty a potřebují slyšet slova povzbuzení a emocionální podpory ze strany partnera a porodní asistentky. Obzvláště když klidové období mezi kontrakcemi trvá příliš dlouho, může mít žena pocit neschopnosti a obavy. V této chvíli je velmi zranitelná v ohledu nevhodných slovních narážek od jakéhokoliv člověka. Jestliže dojde k závěru porodu velmi rychle, může být rodička z průběhu porodu zaskočená a mít pocit, že nedokáže ovládat své tělo. Naopak pokud trvá konečná fáze příliš dlouho, může žena cítit pocit nedostatečnosti. Ovšem závěr porodu je završen příchodem dítěte na svět, když žena pociťuje sice vyčerpanost, ale také nesmírnou úlevu. (Rastislavová, 2008, s. 107)

Třetí doba porodní (fáze „k lůžku“) je spojena s porodem placenty (lůžka) a plodových obalů. Začíná po porodu plodu a končí porodem placenty. Za fyziologických podmínek obvykle trvá několik minut až jednu hodinu a je ve většině případů podpořena uterotoniky – léky, které způsobují stahy dělohy a usnadňují vypuzení placenty, zavnutí dělohy a pomohou ke zmírnění poporodního krvácení. Třetí doba porodní již nemá tak dramatický průběh ani vyvrcholení, jelikož porod placenty není ani zdaleka tak bolestný, jako porod plodu, i když ženy i v této chvíli cítí tlak a mohou se připojit aktivním tlačáním. Protože placenta je měkká přizpůsobivá tkáň, její průchod porodními cestami někdy ženy jen letmo zaznamenají, ale to hlavně také proto, že jejich pozornost je nyní plně zaměřena na nového člověka. Okamžiky bezprostředně po porodu jsou popisovány jako nejsilnější a nejnádhernější chvíle života. Dochází k vyplavování hormonů štěstí, jako jsou oxytocin a endorfíny. Tyto hormony pak zajišťují vznik silného pouta mezi matkou a jejím dítětem. Ženy prožívají euforii a pociťují

narození svého dítěte jako něco velice emotivního a nepopsatelného. (Komár, 2011, s. 33) Pocity štěstí jsou opojeni také partneři a zahrnují svou ženu slovy uznání, což napomáhá k celkovému pozitivnímu dojmu z porodu.

Čtvrtá doba porodní (poporodní období) začíná po porodu placenty a končí překladem ženy s dítětem na oddělení šestinedělí. Tato doba trvá obvykle 2 hodiny. Během ní dochází k vzájemnému propojení matky a dítěte v podobě bondingu. Jde o kontakt „kůže na kůži“ a jedná se o metodu, jejíž hlavním cílem je podporovat zdravé adaptační mechanismy dítěte a vytvořit tak vzájemný vztah mezi matkou a dítětem, potažmo dalších rodinných příslušníků. (Mrowetz, Peremská, 2013, s. 201) Tento bezprostřední kontakt významně ovlivní schopnost péče matky o dítě. Pozitivní vliv a vytvoření silné citové vazby se může utvořit také u otců, kteří byli o porodu přítomni. (Fait, 2006, s. 43)

Popis událostí během čtyř dob porodních v předešlých odstavcích se týká situace, kdy vše probíhá za fyziologických podmínek a bez komplikací ohrožující zdraví matky nebo dítěte. Prakticky ale v každé fázi může dojít k neočekávanému vývoji událostí, které mohou způsobit, že závěr porodu nebude probíhat zcela spontánně, ale se zásahem lékaře. Takový zásah může znamenat ukončení druhé doby porodní vakuumentraktorem, kleštěmi nebo akutním císařským řezem. V následující kapitole se budeme věnovat císařskému řezu, jelikož je součástí kvantitativního výzkumu k této práci.

1.2 Císařský řez

Císařský řez patří do porodnických operací a označujeme jím porod plodu a placenty incizí v přední břišní a děložní stěně. (Procházka, Pilka, 2016, s. 194) V roce 2018 pokračoval klesající trend v incidenci císařských řezů v České republice na 24 %. (MZCR, 2019) Procento této porodnické operace je zpravidla vyšší v perinatologických centrech, kde se soustředí riziková a patologická těhotenství. Nespornou výhodou těchto center je péče založená na úzké spolupráci specialistů z oboru gynekologie-porodnictví a neonatologie tak, aby byla zajištěna co nejlepší péče v komplikovaných situacích, které mají silný vliv na psychiku ženy. (Mardešicová, Velebil, 2010, s. 171) Císařský řez je velký chirurgický zákrok, který může vést k mnoha komplikacím pro matku, tak i pro plod, dle rozsáhlé studie WHO, která probíhala ve 24 zemích světa v letech 2004 až 2008. Právě proto nelze císařský řez považovat za rovnocennou alternativu spontánnímu porodu. (Mylonas a kol., 2015, s. 30) K jeho provedení by tedy mělo být přistupováno s uvážlivostí a obezřetností.

Císařský řez je indikován v případech, kdy vaginální vedení porodu není proveditelné nebo bezpečné pro matku či plod. (Procházka, Pilka, 2016, s. 194) Naproti tomu k císařskému řezu by nemělo dojít, pokud je velká část hlavičky plodu vstouplá a fixovaná v pánvi. Tedy pokud je zadní okraj stydké spony dosažitelný, je podmínka splněna. (Hájek et al., 2014, s. 493)

V nynější době je indikací k císařskému řezu celá řada. Lze je rozdělit podle několika kritérií například na plánovaný (primární) a akutní (sekundární). U plánovaného císařského řezu je indikace známa obvykle v těhotenství a o jeho provedení je rozhodnuto na dobu předpokládaného porodu nebo ještě před ní. Akutní císařský řez nastává ve chvíli, kdy indikace vzniká postupně nebo náhle, když je nepředpokládaně ohrožena matka či plod. Akutnost indikace k císařskému řezu závisí na závažnosti patologického stavu (ukazatel kvalitativní) a také na jeho stupni (ukazatel kvantitativní). (Hájek et al., 2014, s. 493)

Dále můžeme císařský řez rozdělit dle urgentnosti na emergentní (neodkladný), kdy k začátku operace by mělo dojít do 15 minut od rozhodnutí lékaře. V dané chvíli vznikla situace tak naléhavá, že je ohrožen život matky, plodu nebo obou životů současně a k operaci by mělo dojít okamžitě bez zbytečné časové prodlevy. Mezi příčiny způsobující takovouto naléhavost situace řadíme například abrupci placenty, prolaps pupečníku, placenta praevia s masivním krvácením nebo bradykardie plodu. O něco menší naléhavost má císařský řez urgentní. Ten je nevyhnutelný, i když se nejedná o situaci přímého ohrožení života, ale existuje zde vysoké riziko poškození zdraví matky nebo plodu. Z příčin tohoto stavu můžeme zmínit abnormální srdeční frekvenci plodu, distres plodu, děložní činnost u ženy po dvou císařských řezech v anamnéze. Nejméně urgentní je plánovaný císařský řez vykonaný v předem stanoveném termínu. Mezi indikace k této operaci se řadí například oční onemocnění pro nedostatečnou funkci sítnice oka, ortopedické abnormality pánve, jako jsou zúžená pánev, stav po úrazu pánve s operačním řešením a další. (Dosedla a kol., 2017, s. 31) Binder zmiňuje podobné rozdělení císařských řezů na elektivní (plánovaný), akutní (krizový) a interaktivní (opakovaný). (Binder, 2011, s. 266)

Indikacemi k císařskému řezu z hlediska rodičky mohou být:

- Fetopelvický a kefalopelvický nepoměr
- Včasně překážky pro vaginální ukončení porodu
- Jiná jizva na děloze
- Pelveolýza, symfyzeolýza
- Větší omezení v rozsahu abdukce v kyčelním kloubu

- Poruchy placentace – placenta praevia, placenta accreta, placenta increta, placenta percreta
- Naléhání a výhřez pupečníku
- Krvácení v těhotenství nebo za porodu – abrupce placenty nebo jiný placentární či pupečnickový zdroj
- Poruchy vypuzovacích sil
- Herpes genitalis
- Celková onemocnění ženy – na základě konziliárního uvážení s odborníky na dané onemocnění
- Císařský řez v anamnéze ženy
- Psychologická indikace
- Selhání indukce porodu nebo neprogredující primárně spontánní porod
- Vícečetné těhotenství – u dvojčetných těhotenství rozhoduje několik faktorů, u trojčetných těhotenství se jedná o absolutní indikaci
- Nepravidelné uložení plodu – poloha příčná a šikmá, naléhání čelní, obličejové a nožkami nebo kolénkami, výhřez ruky při poloze podélné hlavičkou, přední a zadní asynklitismus, vysoký přímý stav
- Poloha plodu koncem pánevním – závisí na mnoha faktorech
- Akutní nebo chronická tíseň plodu – zejména z hlediska hypoxie, anémie plodu
- Těžká intrauterinní růstová restrikce plodu
- Akutní a chronická hypoxie plodu
- Naléhání a výhřez pupečníku
- Anémie plodu
- Herpes genitalis
- Sdružené indikace
- Žena umírající a mrtvá (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 493)

1.2.1 Anestezie u císařského řezu

Specifickou oblastí v rámci císařského řezu je anestezie u tohoto typu operace. Práce anesteziologů v oblasti porodnictví je vzhledem ke standardním podmínkám rozšířena nejen o ztížené časové podmínky, protože díky nastalým událostem může dojít k ohrožení dvou životů zároveň, ale také o fyziologické změny v těle těhotné ženy. Bezprostřední význam pro

anestezii mají především změny v orgánových soustavách dýchacího ústrojí, srdce a krevního oběhu, objemu a složení krve a v gastrointestinálním traktu. Příčiny změn v těchto soustavách jsou způsobeny těhotenskými hormony a rostoucí dělohou. (Hájek a kol., 2014, s. 203)

Nejdůležitější rozhodnutí musí padnout již před začátkem operace. Toto rozhodnutí se týká volby druhu anestezie. Faktory, které pomáhají při rozhodování jsou celkový stav pacientky, indikace k operaci, časová naléhavost, přání ženy a úsudek a zkušenosti lékaře anesteziologa. (Fuňka, 2008, s. 28) Pařízek ve své publikaci uvádí dva hlavní druhy anestezie při císařském řezu. Jedním druhem je celková anestezie a druhá regionální nebo také neuroaxiální, která se ještě dělí na epidurální, spinální a kombinovanou. (Pařízek, 2015, s. 87-88)

Celková anestezie zaujímá přední místo především pro akutní případy, kdy je na životě ohrožen plod nebo matka a existuje zde časová tíseň. Pro plánované výkony se také využívá, a to například v situacích, kdy žena odmítá regionální anestezii nebo když je regionální anestezie kontraindikována. Provedení této techniky spočívá v uvedení rodičky do umělého bezvědomí nejčastěji použitím inhalačních anestetik. (Pařízek, 2015, s. 88) Protože u těhotných žen je zejména v pozdějším období těhotenství vysoké riziko aspirace žaludečního obsahu, je nutné přistoupit k endotracheální intubaci, která je však asi desetkrát obtížnější, než u netěhotných žen. (Hájek a kol., 2014, s. 203) Z hlediska dítěte je při tomto druhu anestezie náročnější poporodní adaptace. Vlivem zvýšeného průniku anestetik a celkově farmak použitých během operace, přes placentární, fetální a hematoencefalickou bariéru může být dítě utlumeno a uvádí se, že je ve větší depresi. (Pařízek a kol., 2002, s. 46) Samozřejmě dochází k úplnému přerušení bezprostředního kontaktu matky s dítětem po porodu, jak je tomu u spontánních porodů bez komplikací. K prvnímu kontaktu dochází až ve chvíli, kdy odezní anestetika, žena je stabilizovaná a cítí se připravena na první přiložení dítěte k prsu. Ve většině případů také není možná přítomnost otce u porodu. Jelikož je prožívání porodu na významnou část pozastaveno navozením umělého bezvědomí ženy, více již se celkovou anestezii a průběhem operace nezabýváme, protože není součástí výzkumu.

Tabulka 1 Výhody a nevýhody celkové anestezie

Výhody celkové anestezie	Nevýhody celkové anestezie
rychlý a spolehlivý účinek	zvýšené riziko aspirace
nehrozí nebezpečí poklesu krevního tlaku	může být příčinou dechového útlumu plodu
spolehlivější kontrola dýchání při zajištění dýchacích cest	není možný bezprostřední kontakt matky s novorozencem
dobrá relaxace kosterního svalstva	nemožnost přítomnosti otce u porodu

zdroj: Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 203

Regionální anestezii u císařského řezu upřednostňují lékaři po celém světě, dle Voighta až v 80 % při plánovaných výkonech. (Voight a kol. 2013, s. 993) Mimo výhody pro mateřský organismus můžeme říci, že nedochází k takovému útlumu novorozence, jako po použití léků provázející celkovou anestezii. Jelikož je žena v plném vědomí, tak může být novorozenec po porodu v přímém kontaktu a pokud to personál a zvyklosti zdravotnického zařízení dovolí, může proběhnout i bonding. Tento proces je velmi důležitý a napomáhá k vytvoření citového pouta mezi matkou a jejím dítětem. (Gregora, 2013, s. 405) Regionální druh anestezie lze rozdělit podle technik podání na epidurální, spinální (subarachnoidální) nebo kombinovanou.

Epidurální anestezie je zajištěna podáním lokálního anestetika do míšního vaku (epidurálního prostoru) pomocí speciálního epidurálního katetru. Anestetikum se dostává do oblasti několika milimetrů, kde umrtvuje odstupující míšní kořeny v prostoru nad a pod vpichem. Způsob tohoto druhu anestezie je možné provést na všech úrovních páteře a při správném zavedení je téměř bez komplikací. (Wichsová, 2013, s. 146) V oblasti porodnictví se běžně vyskytuje pojem epidurální analgezie, kdy se využívá stejných anatomických míst a stejného katetru, ale liší se v podaném léčivu (druh, množství nebo koncentrace). Epidurální analgezie se využívá pro zmírnění porodních bolestí při spontánním porodu. Výhodou epidurální anestezie je, že při něm dochází k méně výraznému poklesu krevního tlaku a také to, že epidurální katetr můžeme využít taky po operaci k aplikaci analgetik k tlumení pooperačních bolestí. Tím ženu ochráníme před dalšími bolestivými vjemy, jelikož aplikace léčiv do epidurálního katetru je zcela bezbolestná. Menší nevýhodou oproti spinální anestezie se zdá být pomalejší nástup účinku, který se ovšem může srovnat dobou manipulace a připevnění katetru. Ten se u spinální anestezie nevyužívá. (Nosková, 2016, s. 94)

Spinální anestezie se provádí ve stejné oblasti páteře jako zavedení epidurálního katetru, ale s rozdílem, že aplikace anestetika je provedena jednorázově hlouběji

do subarachnoidálního prostoru v dolní části páteře. Lokální anestetikum začíná působit ihned po podání. Tato metoda se používá při porodech císařským řezem častěji. Při tomto druhu anestezie dojde také ke znemožnění pohybu dolních končetin. Komplikací tohoto výkonu mohou být bolesti hlavy následkem úniku malého množství mozkomíšního moku a poklesem krevního tlaku. Proto je žena po operaci upoutána na několik hodin do vodorovné polohy. (Nosková, 2016, s. 96)

Kombinovaná regionální anestezie znamená spojení epidurální a spinální anestezie, za účelem využití výhod obou technik. Spojí se zde výhoda rychlého nástupu účinku spinální anestezie, pro samotný průběh operace, a výhoda epidurálního podávání analgezie v pooperační době. (Bláha, 2014, s. 30)

Tabulka 2 Výhody a nevýhody spinální anestezie

Výhody spinální anestezie	Nevýhody spinální anestezie
rychlejší nástup účinku	motorická blokáda – nemožnost časné mobilizace
jednodušší provedení	bez taktilních vjemů bezprostředně po operaci
menší množství anestetika – méně toxických účinků	postpunkční cephalea
větší komfort pro operátora	bez pooperační analgezie
rychlejší úleva od porodních bolestí	
rychlá orientace o účinku	

zdroj: Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 202

Tabulka 3 Výhody a nevýhody epidurální anestezie

Výhody epidurální anestezie	Nevýhody epidurální anestezie
bez motorické blokády – časnější mobilizace	delší nástup účinku
přechod z porodnické analgezie na anestezii	častější toxická reakce
kontinuální pooperační analgezie	riziko blokády při nechtěné punkci subarachnoidálního prostoru
	větší dávka anestetik
	nutné větší zkušenosti anesteziologa
	vyšší cena

zdroj: Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 202

Mezi celkové nevýhody regionální anestezie se řadí také menší relaxace příčně pružovaného svalstva, riziko poklesu krevní tlaku u matky s následnou hypoxií plodu a při nechtěné punkci tvrdé pleny epidurální jehlou hrozí výskyt postpunkční bolesti hlavy a syndrom likvorové hypotenze. (Hájek, Čech a Maršál, 2014, s. 204)

Za posledních 20 let evidujeme u nás i v zahraničí vzestup regionální anestezie vůči celkové anestezii při operačním porodu císařským řezem, což můžeme brát jako pokrok vzhledem ke srovnání komplikací a výslednému stavu žen a novorozenců. Na vzestupu je také dostupnost anesteziologické péče, která je k dispozici v 84 % českých porodnic non-stop. (Bláha, 2013, s. 287)

2 PSYCHOLOGIE PORODU A ŠESTINEDĚLÍ

2.1 Psychologie porodu

Porod dítěte je pro ženu hluboká zkušenost, která má dopad na oblast fyzickou, psychickou, sociální a existenční v krátkodobém i dlouhodobém měřítku. (Held, 1989) Samotný průběh porodu se stává tak silným emočním podnětem, ke kterému se žena ve svých myšlenkách vrací a porovnává tuto náročnou situaci se sebepojetím. (Rastislavová, 2008, s. 82)

Porod a psychika jsou spolu úzce spojeni. Momenty, které ženy prožívají během porodu jsou unikátní a neopakovatelné. Mají zásadní vliv na obecnou a emocionální pohodu novopečených matek, otců (pokud byli přítomni) a novorozenců na údobí prvních společných šesti týdnů po porodu. S negativním prožitkem u porodu se dle německé studie pojí také větší riziko problémů s kojením a subjektivně horším hojením ran. (Hoffmann, 2020, s. 111)

Z pohledu neurobiologie porod řídí hormony produkující v mozku matky i plodu. (Buckley, 2015, s. 145) Během porodu i bezprostředně po něm jsou oba mozky ponořeny do velmi specifického neurohormonálního scénáře. Psychologii porodu tedy ovlivňují tyto neuro-hormony, tak jako kulturní a osobnostní složky. Nejvyšší koncentrace endogenního oxytocinu spolu s postupným uvolňováním endorfinů v mozku matky během porodu pravděpodobně způsobují změnu stavu vědomí, který je v zahraničních člancích označován jako „labour land“. Tohoto stavu je možno dosáhnout u porodů, u nichž nebyly použity farmakologické prostředky. Tomuto fenoménu ovšem není věnováno v oblasti neuropsychologie mnoho pozornosti. (Olza et al. 2018, s. 1)

Pro práci porodních asistentek a lékařů porodníků se vyžaduje hluboké porozumění emocionálním aspektům porodu, aby uspokojili emocionální a psychosociální potřeby rodičích žen. Faktory, které usnadňují pozitivní zkušenost s porodem, zahrnují pocit kontroly během porodu, příležitost k aktivnímu zapojení do péče a zodpovědná péče těch, kteří jsou ve vztahu k rodičí ženě s bolestmi (Karlsdottir, 2018, s. 178)

Pochopení psychologické zkušenosti žen s fyziologickým porodem může přispět k posílení salutegenního přístupu ke zdraví a z dlouhodobého hlediska může přispět k podpoře zdraví jednotlivců a šťastných rodinných vztahů. (Olza et al., 2018, s. 2)

2.2 Strach z porodu

Strach z porodu, jinak také tokofobie nebo maieusiofobie, je popisována jako psychologická porucha, která se může projevovat od nesignifikantní jevu až po extrémní

strach z porodu. (Hofberg & Ward, 2003, s. 505) Tento stav je obvykle koncipován do oblasti úzkostných poruch a klinické hodnocení strachu z porodu je často charakterizováno projevy symptomů připomínající emocionální poruchy. (Huizink, Mulder, de Medina, Visser & Buitelaar, 2004, s. 81) Nicméně v časopise *Journal of Anxiety Disorders* v roce 2016 byl publikován článek s objasněním, že strach z porodu nebyl nikdy strukturálně agregován a hodnocen s parametry úzkosti a že psychologický mechanismus strachu z porodu je velmi málo prozkoumaný. (Rondung, Thomtén & Sundin, 2016, s. 80)

Etiologie strachu z porodu je jednoznačně multifaktoriální a může být asociována s kombinacemi predisponujícími faktory, jako je citlivost k úzkosti či depresi (Andersson et al., 2003, s. 148), spokojenost s interpersonálními vztahy (Hodnett, Gates, Hofmeyr & Sakala, 2011, s. 21), zkušenost se sexuálním zneužitím nebo traumatická zkušenost z předchozího porodu. (Nieminen, Stephansson & Ryding, 2009, s. 807) Kromě toho ovlivňuje strach z porodu sociálně kulturní prostředí ženy a její rodiny. (Fisher, Hauck & Fenwick, 2006, s. 64) Pojem „strach z porodu“ je široký a v tuto chvíli neexistuje přesná definice tohoto stavu. (Nilsson et al., 2018, s. 28) Neshodují se také způsoby jeho měření, (Richens, Lavender & Smith, 2018, s. 98) což spolu s kulturními rozdíly vedou k nejednotné globální prevalenci. (Wigert et al. 2020)

Strach z porodu u žen postupně vede ke vzrůstajícímu počtu žádostí rodit císařským řezem a samotných výkonů v Evropě, Austrálii a Spojených Státech Amerických. (D'Alton & Heir, 2015) Prevalence intenzity strachu z porodu se při stejném způsobu porovnání pohybuje od 4,8 % v Austrálii (Toohill, Fenwick, Gamble & Creedy, 2014, s. 275) přes 6,3 % v Belgii a 14,8 % ve Švédsku (Nilsson et al. 2018, s. 28) Je to zřejmě pocit nejistoty v otázce porodu, který je základním problémem spojeným se strachem z porodu. (Sheen & Slade, 2018, s. 2523)

Strach vzniklý před prvním porodem se označuje jako primární strach z porodu. Naproti tomu sekundární je spjat s dřívější zkušeností s porodem. (Lukasse, Schei & Ryding, 2014, s. 99) Výsledky jednoho systematického přehledu příčin strachu z porodu ukazují, že předchozí negativní nebo traumatizující zkušenost a také operativní způsob porodu jsou nejsilnějšími prediktory, a proto autor naznačuje, že je důležité označit strach způsobený porodem jako „strach po porodu.“ (Dencker et al. 2019, s. 99)

Ačkoliv doposud nebyla stanovena jednotná léčba, dostupné informace ukazují na slibné účinky některých způsobů léčby zaměřených na strach žen a jejich zkušenosti spjaté s porodem. (Nieminen et al., 2017, s. 438) Pozitivní efekt na strach z porodu potvrdily intervence jako jsou různé druhy poradenství zaměřené na strach žen a předchozí stresující

zkušenost s porodem, (Gamble, Toohill, Creedy & Fenwick, 2015, s. 15) edukace o porodu během prenatalního období (Haapio, Kaunonen, Arffman & Astedt-Kurki, 2017, s. 293) a jóga. (Newham et al. 2014, s. 631) Některé ženy také popisují, že poradenství vedené porodní asistentkou zvýšilo jejich důvěru, cítily se bezpečněji a mělo to celkově pozitivní vliv na jejich zkušenost s porodem. (Larsson et al. 2019, s. 88)

Ženy se strachem z porodu mohou pociťovat nedostatek důvěry v porod, mohou být ovlivňovány negativními příběhy o porodech jiných žen, dále mohou cítit obavy z porodních bolestí a z toho, že ztratí kontrolu a také z fyzického poranění během porodu. (Fenwick et al., 2015, s. 239)

Strach z porodu je asociován s vyšší frekvencí indukci porodu, císařským řezem na přání rodičky, vyšší hladinou stresových hormonů, negativními zkušenostmi s porodem, post-traumatickým stresem a s problémem matky přilnout k dítěti. (Ayers, 2014, s. 145) Pro dnešní odborníky, kteří poskytují ženám předporodní péči, je výzvou postarat se adekvátně o ženy se silným strachem z porodu, jelikož ten je spojován s predisponujícími anamnestickými faktory, sociodemografickými a psychosociálními charakteristikami a může vyústit ve vážné zdravotní komplikace. Je proto důležité stanovit intervence, které by pomohly zvýšit ženám důvěru v její vlastní schopnost zvládnout porod. (Striebich et al., 2018, s. 97)

2.2.1 Strach z porodu v době pandemie koronaviru SARS-CoV-2

Pandemie nového typu koronaviru má za následek rozšíření protiepidemických opatření, které se týkají celé společnosti. Tato opatření se vyskytují také ve zdravotnických zařízeních a celkově znesnadňují setkávání žen i jejich partnerů s profesionály poskytující péči o těhotné nebo rodící ženy, či šestinedělky. Tato situace vede u žen k obavám nejen o své a potomkovo zdraví, ale také vyvolává obavy a nejistotu. (Souto, Albuquerque & Prata, 2020) V kontextu se strachem z porodu je třeba se zamyslet nad dopadem pocitů úzkosti, bezmocnosti, nejistoty, izolace a omezení, které protiepidemická opatření mohou u každého člověka vyvolat.

Postupy týkající se restrikcí v době pandemie zasáhly a zasahují také porodnice. Mezi nejvýraznější a nejdiskutovanější restrikce patří zákaz přítomnosti partnera u porodu, zákaz jakýchkoliv doprovázejících osob u porodu včetně dul, zákaz návštěv na oddělení šestinedělí a také kritéria spojená s onemocněním koronaviru pro skin-to-skin kontakt po porodu, přerušování pupeční šňůry a pro oblast kojení. (Souto, Albuquerque & Prata, 2020)

Indická studie publikovaná v roce 2020 poukazuje na preexistující problémy s nerovnoměrným rozložením profesionální péče a odborníků v systému zdravotnictví v Indii již před obdobím pandemie a zmiňuje narůstající problémy se zaplňováním zdravotnických zařízení pacienty s koronavirovým onemocněním. Těhotné ženy zde zažívají obrovské fyzické a psychické potíže pro dosažení adekvátní prenatální péče především kvůli uzavření nebo odmítnutí ze strany zdravotnických zařízení, špatnému chování a zacházení od poskytovatelů zdravotní péče, špatné dopravní dostupnosti a také strachu z infekce. (Saha & Jungari, 2020, s. 1)

Také studie z Izraele se zabývala úzkostmi spojenými s porodem a sociální oporou v kontextu výskytu koronaviru. V této studii zkoumaly autorky židovské a arabské ženy a jejich vnímanou sociální oporu, stejně tak obavy spojené s pandemií, jako například obavy z nakažení infekcí nebo starost o zdraví plodu. U těhotných žen pozorovaly globální strach z porodu, ale také úzkost z porodu související s covidem-19. Při porovnání dvou etnických skupin vykazovaly arabské ženy signifikantně větší strach spojený s infekcí koronavirem a obavy o zdraví plodu. Také úzkosti a strach z porodu spojené s koronavirem se projeví výrazněji u skupiny arabských žen. Obecně lze říci, že zkoumaný vzorek arabských i židovských žen dohromady potvrdil silnější strach z porodu u žen s nižší vnímanou sociální oporou, ale také u žen se subjektivně horším zdravím, rizikovým těhotenstvím a strachem spojeným s covidem-19. (Taubman, Chasson & Abu-Sharkia, 2020, s. 5)

2.3 Psychologie šestinedělí

Období šestinedělí (puerperium) začíná vypuzením placenty a plodových obalů po porodu dítěte a trvá 6 týdnů. Toto období se dá rozdělit na časně a pozdní. Časně šestinedělí trvá prvních 7 až 10 dní po porodu a pozdní šestinedělí dále trvá do 42. poporodního dne. (Hájek a kol., 2014, s. 208)

V období šestinedělí dochází k adaptaci těla matky na novou situaci vzniklou po ukončení těhotenství. Tato adaptace probíhá díky regresivním změnám na reprodukčním systému a také změnám všech orgánových systémů. Dochází také ke změnám progresivním například v kojení. (Zwinger et al. 2004, s. 155) Po porodu dítěte nastávají v těle matky významné změny v endokrinní soustavě, které jsou doprovázeny poklesem estrogenů a progesteronu, a naopak vzestupem prolaktinu a oxytocinu. Dále je potřeba zmínit také fyzické změny, které ženy i jejich okolí můžou snadněji pocítit, jako například zvýšená únava, vysoké nároky na výkon a bdělost a také změna vzhledu.

Během šestinedělí probíhají anatomické a fyziologické změny tak, aby se tělo rodičky dostalo do stavu, v jaké bylo před otěhotněním. Přesto jsou změny na psychické a fyzické úrovni tak obsáhlé, že k původnímu návratu nedojde téměř nikdy. (Čech a kol. 2006, s. 143)

Sociální změny, které zahrnují novou roli matky, s sebou přináší mimo jiné zvýšenou úzkost, smutek, plačtivost, pocity nedostatečnosti a nestabilitu nálady. (Líbalová, 2005, s. 181)

Všechny citové stavy a myšlenky, které byly součástí těhotenství a porodu, se přenášejí do poporodního období. (Rastislavová, 2008, s. 82) Radostnou a povznášející náladu po porodu vystřídají obavy, emocionální nestabilita a úzkost. Žena se vyrovnává s přijetím novorozence jako samostatné bytosti. Stadelmannová hovoří o pocitu vnitřního prázdna, kdy žena vnímá své břicho jako prázdné, bez pocitů a ochablé. K překonání těchto stavů jí pomůže zejména neustálá blízkost jejího dítěte. (Stadelmann, 2009, s. 260)

Nově se zejména u prvorodiček objevuje a sílí pocit zodpovědnosti za dítě, jeho zdraví a výchovu. V této souvislosti přicházejí pocity nedostačivosti a neschopnosti. Nová role si vyžaduje odříkání a neustálou pozornost ve prospěch dítěte, což může být pro ženu ze začátku velmi tíživé a omezující. K tomu se přidávají únava, nedostatek spánku a výkyvy hladin hormonů. (Rastislavová, 2008, s. 82)

Přestože je narození dítěte vnímáno jako radostná a očekávaná situace, mohou nastat negativní změny nálady a některým je potřeba věnovat pozornost odborníků. Podle závažnosti jsou rozděleny do tří skupin:

- Poporodní blues
- Poporodní deprese
- Postnatální psychóza

Tato diplomová práce a její výzkumné šetření je zaměřeno především na specifika poporodního blues, a proto se dále nevěnuje poporodní depresi a postnatální psychóze.

Z psychologického hlediska je období šestinedělí rizikové z důvodu bouřlivých neurohormonálních změn. V tomto období může dojít k manifestaci několika duševních poruch, nejčastěji tak afektivní poruchy, úzkosti a deprese. (Takács a kol. 2015, s. 75) Významnou roli hrají také nově vzniklé úzkostné poruchy v těhotenství, protože následně ovlivňují péči o dítě po porodu. Těhotná žena trpící úzkostnou poruchou patří do péče psychologa či psychiatra. Raboch informuje, že v poporodním období se často vyskytují depresivní potíže různého charakteru a intenzity, a proto označuje poporodní období jako nejrizikovější období pro ženy. (Raboch a kol., 2006, s. 102) V tomto období se dostávají příznaky mírné depresivity nebo neurotických projevů, které jsou do značné míry adekvátní.

Jedná se o behaviorální syndromy spojené s poruchami psychickými, ale také somatickými. (Roztočil, 2008, s. 361) Významným faktorem pro vznik těchto obtíží představuje osobnost rodičky. Záleží na stupni její emoční zralosti v náročných situacích, mezi které řadíme porod. Je prokázán také vliv osobní, sociální a ekonomické situace šestinedělky. Svou roli hraje také zdravotní stav ženy, její životospráva a případné závislosti na návykových látkách. (Roztočil, 2008, s. 131) Jednou z prevencí emočních změn u ženy v období šestinedělí je dobrá příprava na rodičovství, stabilní partnerský vztah a podpora ze strany rodiny. (Dušová, Moniaková, 2010, s. 122)

2.3.1 Poporodní blues

Poporodní blues označováno v zahraničních studiích jako „maternity blues“ nebo „baby blues“ je mírná a přechodná porucha nálady, jež se vyskytuje v raném puerperiu (O'Hara & Wisner, 2014, s. 3) Poporodní blues je nejméně závažnou poporodní psychickou poruchou. Jedná se o syndrom s mírným klinickým průběhem, jenž nevyžaduje léčbu a nepředstavuje překážku pro vytvoření vztahu mezi matkou a dítětem. (Takács, 2016, s. 355) Jeho výskyt je však ve srovnání s ostatními poruchami velmi častý. Prevalence tohoto syndromu bývá prezentována v širokém rozpětí od 1,8 % (Romero-Gutiérrez, 2010) do 80 % (Noacs & Cohen, 1998) a výskyt není omezen ani na určitou oblast či kulturu.

Již v prvních dnech po porodu se mohou objevit symptomy poporodního blues. (Quintero et al., 2014, s. 5) Tyto symptomy by měly zpravidla spontánně ustoupit mezi 7. až 10. dnem. Výsledky dosavadních výzkumů poukazují na to, že se jedná o syndrom s charakteristicky vývojovou tendencí. Intenzita symptomů nejprve postupně narůstá a po dosažení určitého bodu dochází k jejímu postupnému snižování. Vrchol se obvykle vyskytuje mezi 3. až 6. dnem po porodu. (O'Keane et al., 2011, s. 1150)

Syndrom poporodního blues není s ohledem na jeho mírnost zahrnut v žádném oficiálním diagnostickém systému, což má za následek jeho nejednotné vymezení u různých autorů. Mezi symptomy, na nichž se většina autorů shoduje, patří emoční labilita, přecitlivělost, podrážděnost, plačtivost, úzkost, iritabilita, zmatenost, napětí a neklid. (Rastislavová, 2008, s. 29; Patel et al., 2012, s. 534) V raném puerperiu se mohou objevovat i pocity smutku, depresivní symptomy, ale dle Takács tyto příznaky nepatří mezi typické symptomy poporodního blues. (Takács et al., 2016, s. 356) Syndrom poporodního blues se často pojí s doprovodnými somatickými příznaky, jako je únava, bolest hlavy, palpitace nebo dysfagie. (Roztočil et al., 2008, s. 288) Pokud příznaky tento specifický průběh

nekopírují a přetrvávají déle než dva týdny, je nutné posoudit, zda se nejedná o nastupující poporodní depresi.

Na řadě příznaků poporodního blues se autoři shodují, ale co se týče vůdčího symptomu, zde panuje nejednotnost. Dle některých autorů je hlavním znakem emoční labilita. (O'Hara & Wisner, 2014, s. 10) Jiní považují hypersenzitivitu a tenzi za dominantní symptomy (Gonidakis et al. 2007, s. 109). Další autoři dokonce zdůrazňují poporodní elaci, tedy současný výskyt pozitivních i negativních emocí. (Pop et al. 2015, s. 47) Výsledky české adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire“ poukazují na nejčastěji prožívané pocity a stavy po porodu. Mezi nimi jsou: únava, nejistota, snížená sebedůvěra, přecitlivělost a tenze. (Takács et al. 2016, s. 360) Tato studie také odhalila, že struktura symptomů poporodního blues se neliší s ohledem na jeho mírnou a intenzivní formu (nižší a vyšší dosažené skóry v „Maternity Blues Questionnaire“) U žen s intenzivní formou poporodního blues („severe blues“) se pouze uvedené pocity a stavy vyskytují výrazně častěji a mají vyšší tendenci pojit se s dalšími symptomy.

Poporodní blues představuje přechodnou poruchu nálady, jež má u většiny žen spíše mírný klinický průběh, jak již bylo řečeno výše a tento stav není indikací k zahájení medikamentózní léčby. (Roztočil et al., 2017, s. 218) Jistě by ale dostatečná edukace preventivního rázu mohla ženám i jejich partnerům pomoci překonat emočně nejisté údobí těsně po porodu, kdy oba přijímají novou roli. U menšiny žen po porodu může intenzivní forma poporodního blues přerůst do poporodní deprese, která si žádá odborný dohled a léčbu. Poporodní blues se od poporodní deprese liší především rychlostí nástupu, kolísáním stavu a omezenou dobou trvání. (Šebela a kol., 2019, s. 69)

Jelikož Watanabe et al. potvrdili, že poporodní blues souvisí s výskytem poporodní deprese, je potřebné znát etiologii tohoto syndromu a tím mu lépe porozumět, což vede k přesnějšímu určení pravděpodobnosti výskytu u jednotlivých žen. (Watanabe et al., 2008, s. 206)

Etiologie poporodního blues není zcela objasněna. Období po porodu je u ženy doprovázeno fyziologickými a psychickými změnami, jež se mohou podílet na vzniku poporodního blues. (Rastislavová, 2008, s. 27) Několik autorů poukazuje na souvislost mezi hormonálními změnami a vznikem poporodního blues. (Rastislavová, 2008, s. 28, Rondón, 2003, s. 168) Na vzniku a intenzitě tohoto syndromu se však zřejmě podílejí i faktory psychologické, sociální nebo faktory související s porodem a mateřstvím. (Maliszewska et al. 2016, s. 442) Takács et al. přisuzuje častější výskyt intenzivního poporodního blues

kombinaci těchto různých faktorů ve spojení s vyšší senzitivitou k hormonálním změnám a vyšší psychickou vulnerabilitou. (Takács et al., 2016, s. 356)

Hormonální změny mají vliv na psychickou pohodu žen. Souvislost mezi prudkým poklesem hormonů v poporodním období týkající se zejména progesteronu a estrogeneru a rozvojem poporodního blues poukazuje například Rastislavová. (Rastislavová, 2008, s. 32) Tento názor podporuje fakt, že poporodní blues se vyskytuje napříč různými kulturami, tudíž biologické příčiny syndromu by dávaly smysl. Nápadná je také časová souvislost mezi zmiňovaným poklesem hladiny hormonů, k němuž dochází v souvislosti s odchodem placenty (Rastislavová, 2008, s. 32) a intenzitou syndromu, který vrcholí mezi třetím až šestým dnem po porodu. (O'Keane et al., 2011, s. 1150)

Starší studie od Harrise et al. uvádějí, že u populace žen s poporodním blues dochází mezi prenatálním a postnatálním obdobím k značně vyššímu poklesu hladiny progesteronu ve srovnání se skupinou žen bez symptomů poporodního blues. Rovněž se také zkoumaly souvislosti mezi hladinou prolaktinu, estradiolu a estriolu v organismu a vznikem poporodního blues. Z této studie vyplývá, že pro rozvoj poporodního blues lze považovat jako prediktor pouze vyšší hladinu estriolu (v rámci prenatálního i postnatálního měření), nikoli hladiny ostatních hormonů. (Harris et al. 1994, s. 949) Jiné studie ovšem nenalezly žádnou souvislost mezi hladinou ženských pohlavních hormonů a výskytem poporodního blues v raném poporodním období. (Chatzicharalampous et al., 2011, s. 543; Aswathi et al., 2015, s. 85) V této studii však autoři nerozlišovali jednotlivé druhy estrogenů, což může vysvětlit tuto nejednotnost výsledků.

Studie Aswathi et al. dále zkoumala souvislost mezi poporodním blues a hladinami testosteronu. Došli k závěru, že zvýšená hladina testosteronu v rozmezí 24 až 28 hodin po porodu značně souvisí s častějším výskytem symptomů poporodního blues v téže časovém údobí. (Aswathi et al. 2015, s. 85)

Další hormon, který by mohl mít za následek ovlivnění výskytu poporodního blues je kortizol. Výsledky systematické review poukazují, že zvýšená hladina kortizolu patrně souvisí s výskytem poporodního blues. Naopak snížená hladina kortizolu se více vyskytuje u poporodní deprese. (Seth, Lewis a Galbally, 2016)

S častějším výskytem poporodního blues jsou spojovány některé osobnostní charakteristiky. Dle starších studií je významným prediktorem syndromu zejména vysoká míra neuroticismu. Maliszewska et al. (2016) zjistili, že ženy s vyššími hodnotami neuroticismu mají více než dvojnásobné riziko vzniku intenzivního poporodního blues (severe blues). Dále také zjistili, že vyšší míra extravertze hraje ve vztahu k poporodnímu blues

protektivní roli. Byla také prokázána signifikantní souvislost mezi úzkostností a rozvojem poporodního blues. (Gonidakis et al. 2007, s. 108)

Dalším rizikovým faktorem pro rozvoj poporodního blues je depresivní porucha. Několik autorů zjistilo signifikantní souvislost mezi depresivní epizodou v minulosti a intenzitou poporodního blues. (Takács et al., 2016, s. 360, Pop et al. 2015, s. 49) Dle autorů Pop et al. (2015) mají ženy s depresí v anamnéze 3,5krát vyšší riziko výskytu poporodního blues. Takács et al. (2016) zaznamenávají toto riziko dokonce pětinasobně vyšší.

V Řecku zjistili spojitost mezi výskytem poporodního blues a symptomy depresí v průběhu těhotenství. (Gonidakis et al. 2007, s. 108) Ismail (2006) uvádí, že těhotné ženy s depresivními symptomy mají následně 3,5krát vyšší riziko poporodního blues. Rozvoj syndromu poporodního blues není spojován pouze s depresivními, ale též úzkostnými pocity v průběhu těhotenství. Překvapivý je také fakt, že vliv má také pocit úzkosti přímo v den porodu. (Gonidakis et al., 2007, s. 111) Výzkumy také potvrdily, že mezi predisponujícími faktory patří i stres v průběhu těhotenství. (Ismail, 2006; Gonidakis et al. 2007, s. 112)

Rodinný stav je jedním ze zkoumaných sociodemografických proměnných. Někteří autoři došli k závěru, že svobodné matky signifikantně častěji trpí poporodním blues. (Adewuya, 2005; Faisal-Cury et al. 2008) Toto tvrzení ale jiná studie vylučuje. (Gonidakis et al. 2007) Tyto rozporuplné výsledky mohou být vysvětleny tím, že do kategorie svobodných matek mohou být zahrnuty jak ženy žijící bez partnera, tak ženy, které s partnerem žijí, ale nejsou sezdány. Na základě tohoto poznatku lze předpokládat, že významnějším rizikovým faktorem je míra spokojenosti v partnerském vztahu. Problematice sociální opory bude věnováno několik odstavců dále.

Dalším zkoumaným faktorem při výskytu poporodního blues je parita. Výsledky české studie ukázaly, že vícerodičky mají oproti prvorodičkám o 58 % nižší riziko výskytu intenzivního blues. (Takács et al. 2016, s. 361) Toto tvrzení ovšem jiná studie nepotvrzuje. (O'Hara et al. 2014, s. 10)

Jiné studie nacházejí souvislost mezi mírou finančního zajištění a výskytem poporodního blues. Častější výskyt syndromu se potvrdil u žen s nízkým rodinným příjmem. (Manjunath, Venkatesch & Rajanna, 2011, s. 231) Bergant et al. (1999, s. 393) na vzorku 1250 žen zaznamenal, že poporodní blues se vyskytuje častěji u žen s nižší sociální třídou. Většina autorů se však shoduje na tom, že sociodemografické proměnné jako věk, vzdělání nebo povolání při vzniku poporodního blues patrně nehrají významnou roli. (Maliszewska et al. 2016, s. 447)

Výskyt poporodního blues může souviset také s typem a průběhem porodu. Některé studie poukazují na rizikovost porodu císařským řezem. (Gonidakis et al., 2007, s. 110) V rámci české adaptace dotazníku MBQ (Maternity blues questionnaire) se ukázalo, že ženy po porodu císařským řezem (akutním i plánovaným) mají dvakrát vyšší riziko intenzivního blues než ženy po spontánním porodu. (Takács et al., 2016, s. 360) Ovšem jiná studie došla k závěru, že mezi císařským řezem a poporodním blues není souvislost. (Edhborg et al., 2008, s. 231) Autoři této studie poukazují na fakt, že v této studii nerozlišovali mezi akutním a plánovaným císařským řezem, což může vést k zavádějícím výsledkům. Plánovaný císařský řez by mohl totiž představovat protektivní faktor, zatímco akutní císařský řez jako rizikový faktor.

Několik málo výzkumů se zaměřuje i na vliv dalších porodnických faktorů. Mezi ně patří studie Takács et al. (2016), která došla k závěru, že ženy po vaginální extrakční operaci mají dokonce šestkrát vyšší riziko intenzivního blues než ženy po spontánním vaginálním porodu. Dále také Glangeaud-Freudenthal, Crost & Kaminski (1991, s. 44) uvádějí, že na poporodní blues má vliv vaginální porod, který trval déle, než žena očekávala. Jiné studie však žádný vztah mezi typem porodu a výskytem syndromu nenalezly. Nejednotnost takových výsledků může být patrně vysvětlena tím, že pouze část žen vnímá porod císařským řezem či další porodnické faktory jako stresující, což může primárně souviset s vyšší mírou neuroticismu.

Dalším rizikovým faktory výskytu poporodního blues je i logicky separace dítěte od matky po porodu (Sakumoto, Masamoto & Kanazawa, 2002, s. 29) nebo nízká porodní váha dítěte (Hannah et al., 1992)

2.4 Sociální opora

Sociální oporu popisuje Křivohlavý jako: „pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.“ (Křivohlavý, 2009, s. 94) Hewstone & Stroebe o sociální opoře píšou, že „je zaměřená na poskytování a přijímání pomoci ve vztahu, musí-li se jedinec či jedinci vyrovnávat s náročnými životními okolnostmi nebo každodenními problémy.“ (Hewstone & Stroebe, 2006, s. 358) Pokud člověk cítí podporu svého okolí, má pocit sociální jistoty a je lépe připraven na řešení stresových situací a dovede se k nim stavět čelem. (Křivohlavý, 2009, s. 95)

Existuje několik druhů dělení sociální opory. Jedno z možných dělení je na kognitivní a behaviorální. Kognitivní sociální oporou rozumíme vnímanou dostupnou pomoc, naproti tomu behaviorální sociální opora je skutečná pomoc. (Hewstone & Stroebe, 2006, s. 358)

Z hlediska psychologie zdraví rozlišujeme čtyři druhy sociální opory:

- Instrumentální opora – konkrétní hmatatelná pomoc například finanční nebo materiální
- Informační opora – poskytnutí informací, které mohou jedinci v náročné životní situaci pomoci (tato opora může přijít jak od profesionálů, tak od lidí, kteří si zažili obdobnou situaci)
- Emocionální opora – patří zde například dodávání naděje, soucitné vyslechnutí nebo vyjádření náklonnosti a blízkosti
- Hodnotící opora – dodání potřebné sebeúcty, sebehodnocení, sebedůvěry atd. (Křivohlavý, 2009, s. 96)

Dle rozsahu Křivohlavý dělí sociální oporu do třech úrovní. Makroúroveň je celospolečenská pomoc potřebným lidem. Spadá sem například pomoc lidem zasažených zemskými živly nebo tzv. sociální podpora. Mezoúroveň se týká pomoci určité skupiny lidí jednomu člověku buď ze svých členů nebo lidem ve svém okolí, kteří se ocitli v určité nouzi. Zde spadá například pomoc chronicky nemocným a starým lidem, Charita, Diakonie, pomoc pracovníků kolegovi v tísní a náboženská sdružení. Mikroúroveň sociální opory poskytují nejbližší osoby. Patří sem pomoc mezi manžely, opora matky dítěti nebo dítěte matce. (Křivohlavý, 2009, s. 95)

Sociální opora pozitivně ovlivňuje zdraví jedince, a to dvěma způsoby. Buďto přímým účinkem, prostřednictvím pravidelné pozitivní zkušenosti, anebo bariérovým účinkem, kdy sociální opora chrání jedince před negativním dopadem stresu. (Hewstone, 2006, s. 67) „Schopnost identifikovat, přijmout a využívat sociální oporu může člověku ulehčit v jeho tíživé situaci. Ať už jde o její sdílení, ocenění aktivity, či faktickou pomoc. Důležité je, že se necítí s problémem sám, účinná může být i skutečnost, že si někdo všimne jeho potíží a vyjádří mu účast.“ (Vágnerová, 2004, s. 36)

Dnes již mnoho výsledků experimentálních studií a kazuistik potvrdilo, že existuje pozitivní vztah mezi sociální oporou, psychickou pohodou a zdravím. Sociální opora může mít kladný vliv na lidi v těžkých životních situacích a může být pomocí v celkové životní orientaci a v sociálním životě. (Křivohlavý, 2009, s. 95) Odhaduje se, že v západních zemích se nejméně 30krát více lidí vyrovnává s emočně stresujícími událostmi díky neformální

sociální podpoře než díky pomoci profesionála trénovaného v psychosociálních metodách pomoci. (Matoušek, 2003, s. 77)

2.4.1 Vliv sociální opory na porodní prožitek

Již od nepaměti poskytovaly rodičím ženám podporu porodní báby. Jednalo se o princip „ženské péče o rodící ženu“. Porod byl postupně vyčleněn ze sféry každodennosti rodinné komunity, magických rituálů a ženské solidarity do prostoru lékařské dominance a autority reprezentované mužskými odborníky. Ztráta sociální opory ztělesněné porodní bábou, případně rodinných příslušníků ženského pohlaví, je dále dovršena přesunem porodů z domácností do porodnic. Zde byla žena oddělena od svých blízkých, odkázána na péči neznámého zdravotnického personálu a ponechána značnou část porodu o samotě. (Tinková, 2010, s. 89)

Na počátku 80. let 19. století vzniká ožehavá diskuse na téma „otec u porodu“ a podle záznamů byl oficiálně poprvé přítomen otec u porodu ve znojenské nemocnici v roce 1984. (Štimpl & Slezák, 1986, s. 565) Ovšem mnoho studií nepotvrdilo příznivý vliv partnera u porodu. (Takács, Kodyšová & Seidlerová, 2012, s. 203) V této studii přišli k závěru, že přítomnost partnera u porodu korelovala s delší dobou trvání porodu a souvisela také s častějším výskytem nepostupujícího porodu a častějším užitím epidurální anestezie.

Sociální opora u porodu patří mezi hlavní determinanty ovlivňující porodní prožitek. (Kodyšová, 2013, s. 258) Individuální podpora rodičky má prokazatelně příznivý vliv na průběh i vnímání porodu, kratší trvání, menší spotřebu analgetik a uterotonik. (Rastislavová, 2008, s. 68)

Ženám při porodu může podporu poskytnou i jiná blízká osoba než jen otec dítěte. Jsou to ženy z příbuzenského vztahu, například matka, sestra nebo i mimo něj. Kladný vliv na průběh porodu může mít její zkušenost s prožitím spontánního porodu bez komplikací. V opačném případě, kdy žena doprovázející rodičku zažila problematický a komplikovaný porod nebo nikdy nerodila, může vnést do porodu úzkost a strach.

Téměř při každém porodu by měla být rodičí ženě oporou porodní asistentka. Ta představuje většinou osobu doprovázející, než příkazující nebo omezující, a její úlohou je provést ženu porodem tak, aby odcházela spokojená a silná. (Rastislavová 2008, s. 61) I když je dnešní porod převeden do prostředí porodních místností obklopující ženu přístrojovým vybavením, porodní asistentka se snaží zajistit ženě intimní atmosféru a poskytnout pohodlí a pocit bezpečí svým profesionálním chováním a odborným dohledem. Úkolem porodní asistentky je také podpořit doprovázející osobu a vést ji ke správné aktivní opoře rodící ženě.

Další osobou, která může být rodičce oporou je dula. Její úlohou je stát se psychickou oporou rodičce. Dula nijak nezasahuje do porodu vedeným porodní asistentkou nebo lékařem a zůstává po matčině boku spolu s partnerem. Její přítomnost doplňuje úlohu otce. Má možnost mu poradit, co může dělat, jak na ženu mluvit a povzbuzovat ho v doteku a aby jí pomáhal způsobem, jaký bude příjemná pro ženu i pro něj. Partneři tak mají možnost zapojit se do takové míry, aby jim samotným to bylo příjemné a přirozené. (Klaus et al., 2004, s. 58)

Důležitost přítomnosti blízké osoby u rodící ženy se nedá popřít. Porod je jedinečnou událostí vyvrcholující zázrak početí a mnohokrát se v životě ženy neopakuje. Je velkým úspěchem, že dnešní medicína může rodičce nabídnout bezpečnější zázemí k porodu a zdravotnická zařízení jsou přizpůsobena tak, aby navozovala útulnější atmosféru. Přítomnost blízké osoby nebo sociální opora poskytována empatickým personálem je dalším významným pokrokem v holistickém pojetí člověka.

3 METODIKA PRÁCE

3.1 Metodologie výzkumu

Východiskem pro výzkumnou část se staly nejnovější teoretické poznatky z domova i ze zahraničí. Tato další část diplomové práce se zabývá výzkumnými cíli a hypotézami, charakteristikou souboru, průběhem výzkumu, metodou výzkumného šetření a sběru dat a způsobem zpracování dat. Dotazníkové šetření se věnuje strachu z porodu, zkoumání poporodního blues a míry sociální opory.

3.2 Výzkumné cíle a hypotézy

Hlavním cílem diplomové práce bylo určit míru strachu z porodu. Cíle a hypotézy byly stanoveny na základě prostudování odborné literatury a rešeršní strategie nejnovějších poznatků.

Cíl 1: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v míře strachu z porodu mezi skupinou žen, které rodily spontánně a skupinou žen, které rodily operativně.

H10: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře strachu z porodu mezi skupinou žen, které rodily spontánně a skupinou žen, které rodily operativně.

HA: Existuje signifikantní rozdíl v míře strachu z porodu mezi skupinou žen, které rodily spontánně a skupinou žen, které rodily operativně.

Cíl 2: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v míře strachu z porodu mezi skupinou žen, které navštěvovaly kurzy předporodní přípravy a skupinou žen, které kurzy nenavštěvovaly.

H20: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře strachu z porodu mezi skupinou žen, které navštěvovaly kurzy předporodní přípravy a skupinou žen, které kurzy nenavštěvovaly.

HA: Existuje signifikantní rozdíl v míře strachu z porodu mezi skupinou žen, které navštěvovaly kurz předporodní přípravy a skupinou žen, které kurzy nenavštěvovaly.

Cíl 3: Zjistit míru poporodní blues u žen, které rodily spontánně a u žen, které rodily operativně.

H30: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře poporodní blues u žen po spontánním porodu a u žen, které rodily operativně.

HA: Existuje signifikantní rozdíl v míře poporodní blues u žen po spontánním porodu a u žen, které rodily operativně.

Cíl 4: Zjistit, zda existuje vztah mezi strachem z porodu a mírou sociální opory

H40: Neexistuje vztah mezi mírou strachu z porodu a mírou sociální opory.

HA: Existuje vztah mezi mírou strachu z porodu a mírou sociální opory.

Cíl 5: Zjistit, zda existuje vztah mezi mírou strachu z porodu a mírou poporodní blues.

H50: Existuje vztah mezi mírou strachu z porodu a mírou poporodní blues.

HA: Neexistuje vztah mezi mírou obav z porodu a mírou poporodní blues.

Cíl 6: Zjistit, zda existuje vztah mezi mírou sociální opory a mírou poporodního blues.

H60: Existuje vztah mezi mírou sociální opory a mírou poporodního blues.

HA: Neexistuje vztah mezi mírou sociální opory a mírou poporodního blues.

3.3 Charakteristika souboru

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 71 respondentek. Z tohoto množství dotazníků bylo pro výzkumnou část této diplomové práce použito 67 dotazníků, 4 dotazníky byly vyřazeny z důvodu nekompletního vyplnění. Výběr respondentek byl záměrný a prostý.

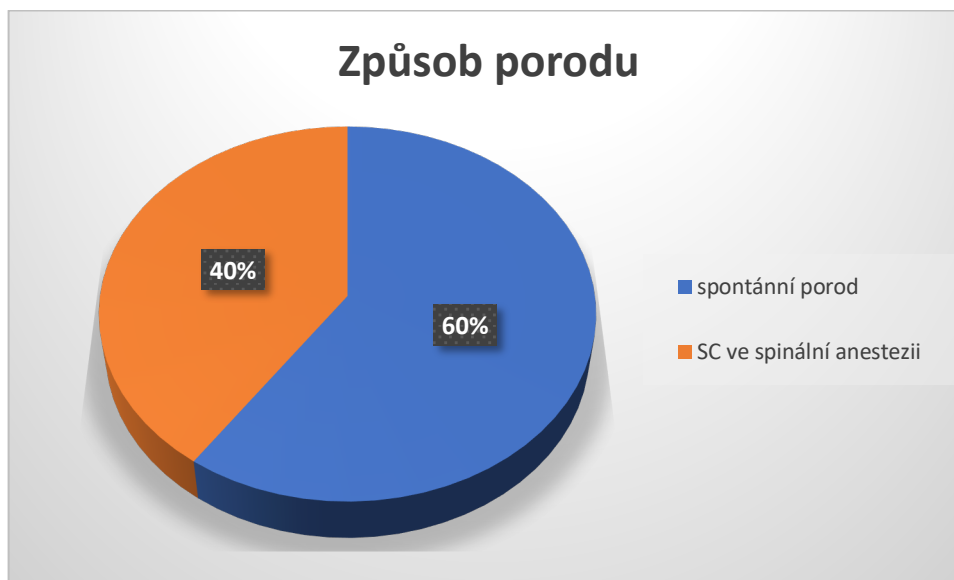
Výzkumný soubor byl tvořen ženami, které porodily ve Fakultní nemocnici Olomouc a byly hospitalizované na oddělení šestinedělí, kde jim byly dotazníky volně přístupné. V informovaném souhlasu v úvodu dotazníku byly obeznámeny se kritérii účasti na tomto výzkumném šetření, zachováním anonymity a dobrovolnosti vyplnění. Pro zařazení respondentky do výzkumu bylo nutné splnit kritérium způsobu porodu: buďto spontánní vaginální porod nebo plánovaný císařský řez ve spinální anestezii.

V následující části jsou popsány demografické a doplňující údaje zařazených 67 respondentek. Údaje jsou uvedené také v tabulkách. Nejmladší účastnice měla 18 let, nejstarší bylo 40 let a průměrný věk respondentek byl 29,44 let. Ve výzkumném vzorku se nachází 40 žen, které rodily spontánně a 27 žen, které rodily plánovaným císařským řezem ve spinální anestezii.

Tabulka 4 Věk respondentek

Věk [roky]	Průměr	Medián	Maximum	Minimum
	29,44	30	40	18

Graf 1 Způsob porodu



Dále 23 žen (34 %) uvedlo, že absolvovalo předporodní kurz jakoukoliv formou. Naproti tomu 44 žen (66 %) žádný předporodní kurz neabsolvovalo.

Graf 2 Navštívení kurzu předporodní přípravy



Co se týče doprovodu k porodu, většina žen (88 %) uvedla, že měla u sebe partnera/manžela. Dále také jiného rodinného příslušníka (2 %) nebo partnera a rodinného příslušníka (1 %) nebo dokonce dvě osoby, nejčastěji partnera a matku (3 %) nebo partnera a kamarádku (3 %). Dvě ženy neměly žádný doprovod (3 %). Konkrétní data představuje Tabulka 5.

Tabulka 5 Doprovod k porodu

Doprovod k porodu	Počet respondentek
partner/manžel	59
matka	0
jiný rodinný příslušník	1
soukromá porodní asistentka	0
dula	0
kamarádka	0
nikdo	2
partner a matka	2
partner a jiný rodinný příslušník	1
partner a kamarádka	2

3.4 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal ve Fakultní nemocnici Olomouc na Porodnicko-gynekologické klinice. Výzkum byl schválen Etickou komisí FZV Univerzity Palackého v Olomouci (Vyjádření Etické komise – Příloha 1). Byla podána oficiální žádost vedení nemocnice o dotazníkové šetření, která byla schválena. Dotazník byl k dispozici na oddělení šestinedělí, stejně tak box pro vyplněné dotazníky. Výzkum probíhal v termínu od 1.10.2019 do 31.12.2019.

3.5 Metody výzkumného šetření a sběru dat

Pro vypracování praktické části této diplomové práce byla využita metoda kvantitativního výzkumu pomocí dotazníkového šetření. Sběr dat byl uskutečněn pomocí standardizovaných dotazníků. Po úvodním informovaném souhlasu a seznámení se s účelem

dotazníkového šetření následovalo zjištění věku, otázky ke způsobu porodu, absolvování předporodního kurzu a doprovodu u porodu. Následovaly 3 standardizované dotazníky:

- WDEQ – Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (Wijmův dotazník očekávání/zkušenosti s porodem)
- PSSS – Perceived Social Support Scale (Dotazník sociální opory)
- MBQ – Maternity Blues Questionnaire (Dotazník poporodního blues)

Dotazník Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire byl vytvořen Wijmou, Wijmovou a Zarem (1998) a má dvě verze. Verze A (před porodem) má za cíl měřit strach z porodu v těhotenství a verze B (po porodu) měří strach z porodu po porodu. Při tvorbě dotazníku vycházeli autoři z toho, že strach z porodu je samostatná psychologická oblast, pro kterou je potřeba vytvořit specifický nástroj měření, jelikož nástroje na měření úzkosti obecně nemusí v tomto případě fungovat spolehlivě.

Ve výzkumu je použita verze B dotazníku WDEQ. Dotazník se skládá ze třiatřiceti otázek rozdělených do šesti kategorií týkajících se celkového hodnocení porodu, celkových pocitů během porodu, konkrétních pocitů během porodu, chování v době nejintenzivnějších bolestí, pocitů v momentě narození dítěte a představ během porodu. Respondentky při vyplňování dotazníku posuzují své pocity vztahující se k jednotlivým otázkám na šestibodové škále Likera typu od odpovědi „*vůbec ne*“ po odpověď „*extrémně*“. Šestibodová škála byla v originálním dotazníku zvolena z toho důvodu, aby se předešlo neutrálním odpovědím. Výsledná hodnota intenzity strachu z porodu je vytvořena sečtením jednotlivých odpovědí a pohybuje se od 0 do 165. Čím je vyšší výsledná hodnota, tím je vyšší intenzita prožívaného strachu z porodu. Aby výsledná hodnota byla sečtena správně, je třeba při výpočtu rekódovat kladně formulované výroky v otázce číslo 2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31. (Wijma, Wijma & Zar, 1998, s. 85) Interpretace výsledků tohoto dotazníku se v zahraničních studiích liší. Originální výše zmiňovaná studie stanovila hranici pro „závažný strach z porodu“ hodnotu větší nebo rovno 85 bodů. (Wijma, Wijma & Zar, 1998) Jiná studie stanovila hranici větší nebo rovno hodnotě 100 bodů pro fobii z porodu (Rouhe et al., 2012, s. 1) a v Australské studii stanovili hranici pro „silný strach z porodu“ větší nebo rovno 66 bodů. (Toohill, Fenwick, Gamble & Creedy, 2014, s. 275) V této studii rovněž platí, čím je vyšší výsledná hodnota dotazníku WDEQ, tím větší je strach z porodu. Konkrétně hodnoty rozděluje do tří skupin. „Mírný strach z porodu“ mají ženy s hodnotou menší nebo rovno 37 bodů, dále „střední strach z porodu“ mají ženy s hodnotou v rozmezí 38 až 65 bodů a „silný strach z porodu“ označuje hodnoty větší nebo rovno 66 bodů. Toto vyhodnocení strachu z porodu je využito i v tomto výzkumném šetření.

Druhým standardizovaným dotazníkem použitým k výzkumné části byl zvolen dotazník sociální opory PSSS (Perceived Social Support Scale) od J. A. Blumenthala a kol. Tento dotazník hodnotí úroveň sociální opory pomocí posouzení 12 - ti položek. K posouzení těchto položek slouží sedmibodová škála od „rozhodně nesouhlasím“ po „rozhodně souhlasím“. Výsledkem dotazníku jsou tři dílčí skóre:

- Sociální opora od blíže neurčené osoby
- Sociální opora od členů rodiny
- Sociální opora od přátel

Celkové skóre dotazníku je dáno součtem dílčích skóru a maximální počet získaných bodů je 84. (Kebza, Šolcová, 1999, s. 31)

Třetím a posledním standardizovaným dotazníkem je MBQ (Maternity Blues Questionnaire). Tento dotazník slouží k vyhodnocování přítomnosti symptomů poporodního blues a jeho intenzity. (Takács et al. 2016, s. 356) Škála se celkově skládá z 28 položek spadajících do 7 subškál: primární blues, útlum, hypersenzitivita, sebedůvěra, deprese, sklíčenost a odstup. Celkový rozsah výsledného skóru je 0 až 28 bodů, přičemž vyšší skór indikuje větší intenzitu poporodního blues. (Takács et al. 2016, s. 358)

3.6 Způsob zpracování dat

Empirické údaje z dotazníků byly přepsány a překódovány v programu Microsoft Excel a následně statisticky vyhodnoceny. Na statistické zpracování byl použit Spearmanův korelační koeficient a Mann-Whitney test.

4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Interpretace výsledků k cíli 1

Cíl 1: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v míře strachu z porodu mezi skupinou žen, které rodily spontánně a skupinou žen, které rodily operativně.

K dosažení cíle porovnání míry strachu z porodu u rodiček po spontánním porodu a po porodu císařským řezem ve spinální anestezii byl použit standardizovaný dotazník Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (WDEQ) verze B. Pro interpretaci zjištěných výsledků měření byly použity hrubé skóry dotazníku WDEQ.

Z dotazníkového šetření pomocí dotazníku WDEQ, který zkoumá strach z porodu, vyplývá, že ve skupině žen po spontánním porodu bylo minimum bodů 16 a maximum 111 bodů. Průměrná hodnota v této skupině byla 68,73 a medián 69. U žen po plánovaném císařském řezu ve spinální anestezii bylo minimum 19 bodů a maximum 93 bodů. Ovšem průměr této skupiny byl 71,74 bodů a medián 78 bodů. Přehledné porovnání obou skupin popisuje **Chyba! Nenalezen zdroj odkazů..**

Tabulka 6 Hodnoty bodů z dotazníku WDEQ měřící strach z porodu

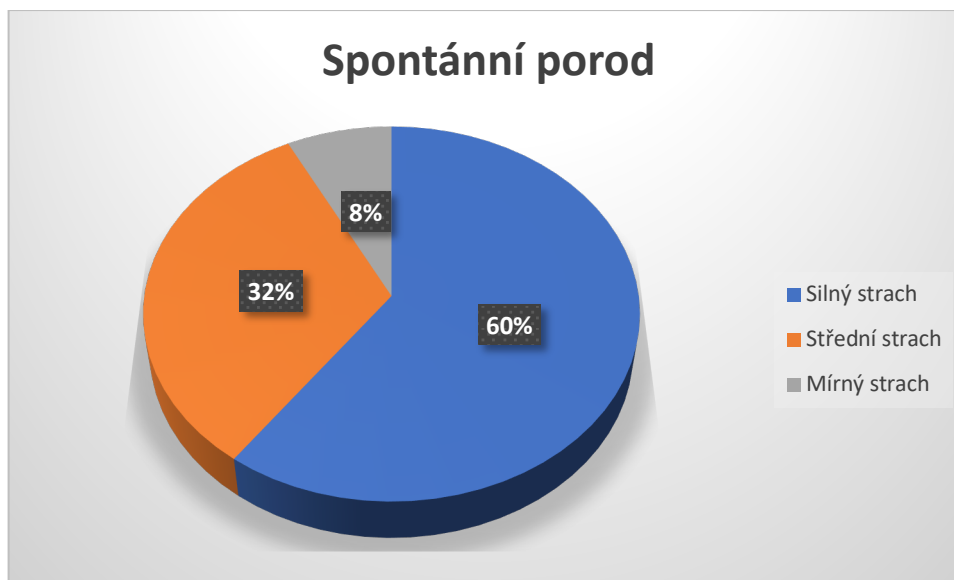
Způsob porodu	N	SD	minimum	maximum	průměr	modus	medián
Spontánní	40	23,21	16	111	68,73	76	69
Císařský řez	27	18,46	19	93	71,74	84	78

N = počet respondentek, SD = směrodatná odchylka

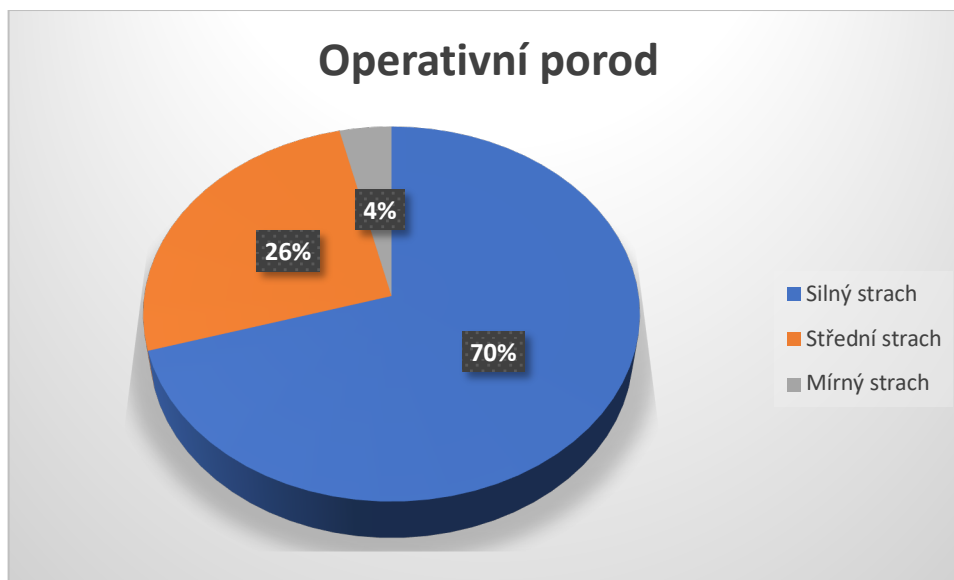
Z hlediska porovnání stupně závažnosti strachu z porodu mezi skupinami žen s rozdílným způsobem porodu se prokázala nejsilnější forma strachu porodu více u žen po spontánním porodu. Konkrétně 24 ze 40 žen po spontánním porodu vykazovalo silný strach z porodu, to je 60 %. 13 žen (32 %) mělo střední strach z porodu a 3 ženy (8 %) měly mírný strach z porodu. Ve skupině žen po plánovaném císařském řezu ve spinální anestezii mělo 19 ze 27 žen hodnoty spadající do skupiny silného strachu z porodu, to je 70 %. 7 žen (26 %) mělo střední strach z porodu a 1 žena (4 %) mírný strach z porodu. Žádná žena

ze skupiny po spontánním porodu ani po císařském řezu nedosáhla hodnoty 0 bodů, tedy úplně beze strachu z porodu. Míru strachu z porodu v procentech u skupiny žen po spontánním porodu znázorňuje Graf 3 a u skupiny žen po operativním porodu Graf 4.

Graf 3 Míra strachu z porodu u žen po spontánním porodu



Graf 4 Míra strachu z porodu u žen po operativním porodu



Ověření hypotézy H1

H10: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře strachu z porodu mezi skupinou žen, které rodily spontánně a skupinou žen, které rodily operativně.

HA: Existuje signifikantní rozdíl v míře strachu z porodu mezi skupinou žen, které rodily spontánně a skupinou žen, které rodily operativně.

Pro statistické zpracování dat byl použit Mann Whitney test. Výsledné $U=459,5$. Výsledek není signifikantní. Mezi skupinami žen, které rodily spontánně a těmi, které rodily plánovaným císařským řezem ve spinální anestezii, neexistuje statisticky významný rozdíl v míře strachu z porodu.

Přijímáme nulovou hypotézu.

Cíl 1 byl splněn.

Tabulka 7 Výsledky Mann-Whitney testu zkoumající hodnoty strachu z porodu u žen s rozdílným způsobem porodu

Způsob porodu	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Spontánní	40	31,99	1279,50
Císařský řez	27	36,98	998,50
Celkem	67		

N = počet dotazníků

Tabulka 8 Statistické zpracování WDEQ na základě rozdílného způsobu porodu

	WDEQ
Mann-Whitney U	459,500
Wilcoxon W	1279,500
Z	-1,030
Asymp. Sig. (2-tailed)	,303

Z = standardizované skóre

4.2 Interpretace výsledků k cíli 2

Cíl 2: Zjistit, zda existuje statisticky významný rozdíl v míře strachu z porodu mezi skupinou žen, které navštěvovaly kurzy předporodní přípravy a skupinou žen, které kurzy nenavštěvovaly.

K dosažení cíle zjištění míry strachu z porodu v závislosti na navštěvování kurzu předporodní přípravy byl použit standardizovaný dotazník WDEQ verze B. Pro interpretaci

zjištěných výsledků měření byly použity hrubé skóry dotazníku WDEQ. Z tabulky 9 vyplývá, že průměrná hodnota dotazníku WDEQ zkoumající strach z porodu je vyšší u skupiny žen, které nenavštěvovaly kurz předporodní přípravy. U této skupiny žen je maximum bodů 111, minimum bodů 23, směrodatná odchylka 19,73 bodů a medián 70,50 bodů. Ve skupině žen, které navštěvovaly kurz předporodní přípravy bylo maximum bodů 107, minimum bodů 16, směrodatná odchylka 24,46 bodů a medián 76 bodů.

Tabulka 9 Hodnoty dotazníku WDEQ v závislosti na navštěvování kurzu předporodní přípravy

Předporodní příprava	maximum	minimum	průměr	SD	medián
ano	107	16	66,92	24,46	76
ne	111	23	70	19,73	70,50

SD = směrodatná odchylka

Ověření hypotézy H2:

H₂₀: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře strachu z porodu mezi skupinou žen, které navštěvovaly kurzy předporodní přípravy a skupinou žen, které kurzy nenavštěvovaly.

H_A: Existuje signifikantní rozdíl v míře strachu z porodu mezi skupinou žen, které navštěvovaly kurz předporodní přípravy a skupinou žen, které kurzy nenavštěvovaly.

Pro statistické zpracování dat byl použit Mann Whitney test. Výsledné $U = 470$. Výsledek není signifikantní. Mezi skupinami žen, které navštěvovaly nebo nenavštěvovaly kurzy předporodní přípravy, neexistuje statisticky významný rozdíl v míře strachu z porodu.

Přijímáme nulovou hypotézu.

Cíl 2 byl splněn.

Tabulka 10 Výsledky Mann-Whitney testu zkoumající hodnoty WDEQ v závislosti na navštívení kurzu předporodní přípravy

Kurz předporodní přípravy	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ano	23	35,57	818,00
Ne	44	33,18	1460,00
Celkem	67		

N = počet dotazníků

Tabulka 11 Statistické zpracování WDEQ na základě navštívení kurzu předporodní přípravy

	WDEQ
Mann-Whitney U	470,000
Wilcoxon W	1460,000
Z	-,476
Asymp. Sig. (2-tailed)	,634

Z = standardizované skóre

4.3 Interpretace výsledků k cíli 3

Cíl 3: Zjistit míru poporodní blues u žen, které rodily spontánně a u žen, které rodily operativně

K dosažení cíle zjištění míry poporodní blues byl použit standardizovaný dotazník MBQ (Maternity blues Questionnaire). Pro interpretaci zjištěných výsledků měření byly použity hrubé skóre dotazníku MBQ. Výsledné hodnoty jsou porovnány mezi skupinami žen s rozdílným způsobem porodu v tabulce 9. Je patrné, že průměrná hodnota je u skupiny žen po spontánním porodu vyšší o 1,85. Minimum bodů z dotazníku MBQ bylo u obou skupin shodné s hodnotou 0. Maximum bodů bylo u žen po spontánním porodu 23 a u žen po operativním porodu 21. Směrodatná odchylka je 6,07 ve skupině žen po spontánním porodu a 5,94 ve skupině žen po operativním porodu. Je jasné, že i medián je vyšší u žen po spontánním porodu.

Tabulka 12 Hodnoty MBQ v závislosti na způsobu porodu

Způsob porodu	maximum	minimum	průměr	SD	medián
spontánní	23	0	9	6,07	9
operativní	21	0	7,15	5,94	5

SD = směrodatná odchylka

Ověření hypotézy H3

H30: Neexistuje signifikantní rozdíl v míře poporodní blues u žen po spontánním porodu a u žen, které rodily operativně.

HA: Existuje signifikantní rozdíl v míře poporodní blues u žen po spontánním porodu a u žen, které rodily operativně.

Pro statistické zpracování dat byl použit Mann-Whitney test. Výsledné $U = 440$. Výsledek není signifikantní. Mezi skupinami neexistuje statisticky významný rozdíl v míře poporodní blues.

Přijímáme nulovou hypotézu.

Cíl 3 byl splněn.

Tabulka 13 Výsledky Mann-Whitney testu zkoumající hodnoty poporodní blues u žen s rozdílným způsobem porodu

Způsob porodu	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Spontánní	40	36,50	1460,00
Císařský řez	27	30,30	818,00
Celkem	67		

N = počet dotazníků

Tabulka 14 Statistické zpracování MBQ na základě rozdílného způsobu porodu

	WDEQ
Mann-Whitney U	440,000
Wilcoxon W	818,000
Z	-1,281
Asymp. Sig. (2-tailed)	,200

Z = standardizované skóre

4.4 Interpretace výsledků k cíli 4

Cíl 4: Zjistit, zda existuje vztah mezi mírou strachu z porodu a mírou sociální opory.

K dosažení cíle zjištění míry sociální opory byl použit standardizovaný dotazník sociální opory PSSS (Perceived social support scale). Pro interpretaci zjištěných výsledků měření byly použity hrubé skóre dotazníku PSSS. Výsledné hodnoty uvádí Tabulka 15. Ze 67 dotazníků byla maximální hodnota 131 a minimální 74. Průměrná hodnota byla 105,76 a směrodatná odchylka 12,87. Mediánem je 107.

Tabulka 15 Celkové hodnoty dotazníku PSSS

N	maximum	minimum	průměr	SD	medián
67	131	74	105,76	12,87	107

N = počet dotazníků, SD = směrodatná odchylka

Ověření hypotézy H4:

H40: Neexistuje vztah mezi mírou strachu z porodu a mírou sociální opory.

HA: Existuje vztah mezi mírou strachu z porodu a mírou sociální opory.

Ke statistickému zjištění vztahu mezi sledovanými proměnnými strachu z porodu a sociální opora byl použit Spearmanův korelační koeficient. Výsledné $r_s = -0,320$. Výsledek je signifikantní na hladině významnosti 0,01. Lze konstatovat, že existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou strachu z porodu a mírou sociální opory. Se vzrůstající mírou sociální opory se snižuje míra strachu z porodu. Vzájemnou korelaci míry strachu z porodu a míry sociální opory ukazuje Tabulka 17.

Přijímáme alternativní hypotézu.

Cíl 4 byl splněn.

4.5 Interpretace výsledků k cíli 5

Cíl 5: Zjistit, zda existuje vztah mezi mírou strachu z porodu a mírou poporodní blues.

Pro zpracování a zjištění míry poporodní blues byl použit standardizovaný dotazník MBQ (Maternity Blues Questionnaire). Jeho celkové hodnoty shrnuje Tabulka 16. Z celkového počtu 67 dotazníků byla nejvyšší hodnota 61, nejnižší 44. Průměrná hodnota byla 53,88 a směrodatná odchylka 3,70. Hodnota 55 je mediánem.

Tabulka 16 Celkové hodnoty dotazníku MBQ

N	maximum	minimum	průměr	SD	medián
67	61	44	53,88	3,70	55

N = počet dotazníků, SD = směrodatná odchylka

Ověření hypotézy H4:

H₀: Existuje vztah mezi mírou strachu z porodu a mírou poporodní blues.

H_A: Neexistuje vztah mezi mírou strachu z porodu a mírou poporodní blues.

Ke statistickému zjištění vztahu mezi sledovanými proměnnými strach z porodu a poporodní blues byl použit Spearmanův korelační koeficient. Výsledné $r_s = 0,367$. Výsledek je signifikantní na hladině významnosti 0,01. Lze konstatovat, že existuje signifikantní pozitivní vztah mezi mírou strachu z porodu a mírou poporodní blues. Se vzrůstající mírou strachu z porodu vzrůstá míra poporodní blues. Vzájemnou korelaci míry strachu z porodu a míry poporodní blues ukazuje Tabulka 17.

Přijímáme alternativní hypotézu.

Cíl 5 byl splněn.

4.6 Interpretace výsledků k cíli 6

Cíl 6: Zjistit, zda existuje vztah mezi mírou sociální opory a mírou poporodního blues.

Pro zkoumání míry sociální opory byly opět použity hodnoty standardizovaného dotazníku PSSS a pro míru poporodního blues hodnoty z dotazníku MBQ. Vzájemné korelace vystihuje Tabulka 17.

Ověření hypotézy H6:

H₆₀: Existuje vztah mezi mírou sociální opory a mírou poporodního blues.

H_A: Neexistuje vztah mezi mírou sociální opory a mírou poporodního blues.

Ke statistickému zjištění vztahu mezi sledovanými poporodní blues a sociální opora byl použit Spearmanův korelační koeficient. Výsledné $r_s = -0,306$. Výsledky je signifikantní na hladině významnosti 0,05. Lze konstatovat, že existuje signifikantní negativní vztah mezi mírou poporodní blues a mírou sociální opory. Se vzrůstající mírou sociální opory se snižuje míra poporodního blues.

Přijímáme alternativní hypotézu.

Cíl 6 byl splněn.

Tabulka 17 Vzájemné korelace WDEQ, MBQ a PSSS

		WDEQ	MBQ	PSSS12
WDEQ	Correlation Coefficient	1,000	,367**	-,320**
	Sig. (2-tailed)	.	,002	,008
	N	67	67	67
MBQ	Correlation Coefficient	,367**	1,000	-,306*
	Sig. (2-tailed)	,002	.	,012
	N	67	67	67
PSSS12	Correlation Coefficient	-,320**	-,306*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,008	,012	.
	N	67	67	67

N = celkový počet dotazníků

* Výsledky jsou signifikantní na hladině významnosti 0,01

** Výsledky jsou signifikantní na hladině významnosti 0,05

5 DISKUSE

Tato diplomová práce se zabývá zkušenostmi žen s porodem a zaměřuje se především na strach z porodu. Dotazníkové šetření zahrnovalo měření intenzity strachu z porodu, rizika výskytu poporodního blues a míry sociální opory u rodiček.

Prvním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda se liší míra strachu z porodu mezi ženami po spontánním porodu a po plánovaném porodu císařským řezem ve spinální anestezii. Ačkoliv se při porovnání celkových hodnot dotazníku WDEQ ukazuje vyšší průměrná hodnota strachu z porodu u skupiny žen po císařském řezu, při použití Mann Whitneyho testu nevyšel výsledek signifikantní. Tento výzkum tedy pomocí statistiky uvádí, že není signifikantní rozdíl v celkové míře strachu z porodu mezi ženami z těchto dvou skupin. Porovnáním těchto specifických skupin žen (především skupiny žen po plánovaném císařském řezu ve spinální anestezii) se ve spojitosti se strachem z porodu nezabývají zahraniční studie, ale blízké a velmi diskutované téma je vztah mezi strachem z porodu a akutním císařským řezem nejen v zahraničí, ale také u nás. V české studii publikované v roce 2019 se zabývali vlivem strachu z porodu na typ porodu. Ukázalo se, že statisticky významným prediktorem akutního císařského řezu byl právě strach z porodu, kde ženy se silným strachem z porodu měly dvojnásobně vyšší riziko akutního císařského řezu. (Takács, Seidlerová, Čepický, 2019, s. 33)

Strach z porodu ve spojitosti s kurzem předporodní přípravy byl předmětem zkoumání ve druhém cíli této práce. Při porovnání průměrných hodnot se zjistilo, že vyšší míra strachu z porodu se vyskytuje u skupiny žen, které nenavštěvovaly kurz. Ovšem při statistickém porovnání hodnot pomocí Mann Whitneyho testu nevyšel významný rozdíl v míře strachu porodu u těchto dvou skupin žen. Statisticky významný pozitivní vliv prenatální přípravy prvorodiček vyšel ve studii z Afriky z roku 2020. Příprava obzvláště prvorodiček poskytnutím informací o porodu pomohly snížit těhotným míru strachu z porodu. (Munkhondya, Munkhondya, Chirwa et al. 2020) Potvrzení přínosu edukace těhotných přináší také studie z Turecka, jejichž výsledky značí pozitivní vliv na redukci strachu z porodu a proces přijetí těhotenství. V této studii se ale neprokázal přínos edukace pro identifikaci žen s mateřskou rolí. (Karabulut et al. 2015, s. 60)

Zkoumání míry poporodní blues u žen, které rodily spontánně a u žen, které rodily operativně, se věnuje následující cíl. Porovnáním průměrných hodnot dotazníku MBQ v závislosti na způsobu porodu vyplývá, že ženy po spontánním porodu mají vyšší průměrnou hodnotu. Při statistickém zpracování se však neprokázal významný rozdíl v míře poporodní

blues mezi skupinami žen po spontánním porodu nebo po operativním porodu. Ke stejnému závěru došla také studie žen z Kamerunské republiky publikovaná v roce 2020. Autoři neprokázali statisticky významný vliv způsobu porodu na emoční stabilitu žen po porodu, i když o něco méně často trpěly na emoční nestabilitu ženy po císařském řezu. (Moyo & Djoda, 2020, s. 22)

Dalším zkoumaným jevem byl vztah mezi mírou strachu z porodu a sociální oporou. Tato výzkumná práce potvrdila negativní vztah mezi strachem z porodu a mírou sociální opory na základě Spearmanova korelačního koeficientu. Indonéská studie z roku 2019 uvádí, že čím je nižší spokojenost prvorodiček s podporou manžela, tím stoupá pravděpodobnost výskytu strachu z porodu, který byl měřen stejným dotazníkem, jako je použit v tomto výzkumu. (Marcelina, Rachmawati & Ungsianik, 2019, s. 382) Stejného výsledku, jako je uveden v této práci, se dobrala studie probíhající v roce 2016 v Íránu. Potvrzuje, že existuje negativní vztah mezi vnímanou sociální oporou u rodiček a strachem z porodu. (Azimi, Fahami & Mohamadirizi, 2018, s. 239) Famarzi & Pasha ve své studii z Teheránu uvádějí, že třetina zúčastněných žen uvedla, že zažila stres během těhotenství. Nejsilnějším negativním prediktorem stresu v těhotenství byla sociální opora poskytována rodinou, dále pak přáteli a sousedy. (Famarzi & Pasha, 2015, s. 60)

Zkoumání vztahu mezi mírou strachu z porodu a mírou poporodního blues u žen bylo dalším zaměřením této diplomové práce. Rodičky ve Fakultní nemocnici Olomouc potvrdily, že strach z porodu negativně ovlivňuje míru poporodního blues. Také Polská studie publikovaná v roce 2016 uvádí souvislost strachu z porodu a výskytem poporodního blues. (Maliszewska et al. 2016, s. 447) V zahraničních studiích se objevují spojitosti mezi strachem z porodu a poporodní depresí. Toto zjištění například prezentuje analýza z Finska z let 2002-2010. (Räisänen, Lehto, Nielsen et al., 2013) Francouzská studie publikovaná v roce 2007 uvádí spojitost mezi intenzitou porodních bolestí a poruchami nálad v raném šestinedělí. Intenzita poporodního blues se jeví jako nejsilnější prediktor vzniku postnatální deprese. Z této studie také vyplývá několik tvrzení k diskusi. Například že poporodní blues může být reakcí na stres způsobený porodními bolestmi. Navíc ženy, které se připravovaly na bezbolestný porod, mohou bolesti vnímat jako selhání. (Boudou et al., 2007, s. 810)

Posledním zkoumaným jevem byla souvislost mezi mírou sociální opory a mírou poporodní blues. Tato souvislost byla prokázána Spearmanovým korelačním koeficientem, kdy výsledky potvrzují, že se vzrůstající mírou sociální opory se snižuje míra poporodní blues. Potvrzení tohoto vztahu vyplývá i z mnoha zahraničních studií. Například studie z Indonésie publikovaná v roce 2015 uvádí jako nejsilnější rizikové faktory pro výskyt

poporodní blues především věk rodičky, paritu a faktor sociální opory od manžela. Další rizikové faktory, jako jsou vzdělání, zaměstnanost, způsob porodu, neplánované těhotenství a ekonomická situace rodiny, neměly signifikantní vliv na výskyt poporodní deprese. (Fatmawati, 2015, s. 82) V Korejské studii, které se zúčastnilo 131 žen, zkoumali emocionální status žen v těhotenství, přípravu k porodu, sociální oporu po porodu, poporodní blues a vztahy mezi těmito proměnnými. Významně negativní vztah na poporodní blues měla vedle sociální opory také výše měsíčního příjmu rodiny, kdežto příprava na porod nevykazovala žádnou signifikantní korelaci. Na základě těchto výsledků mnohé studie doporučují odborníkům, kteří se zabývají péčí o těhotné ženy, aby věnovali pozornost také parterům, kteří obvykle zabezpečují ženám nejsilnější sociální oporu ať již v těhotenství, pokud je to dovoleno tak při porodu a v nové roli matky po porodu. (Jung & Kim, 2005, s. 38)

ZÁVĚR

Tato diplomová práce je zaměřená na zkušenosti žen s porodem, a to především v oblasti strachu z porodu, který se vyskytuje napříč světadíly i dějinami. Mezi cíle této práce patřilo porovnání výskytu strachu z porodu mezi ženami po spontánním porodu a po porodu císařským řezem ve spinální anestezii. Dále také zkoumání strachu z porodu v závislosti na psychické přípravě těhotných žen na porod a sociální opoře. Výzkumná část se také věnuje výskytu poporodní blues a vzájemnému vztahu mezi sociální oporou a mírou poporodní blues. Předpokladem práce je, že její výzkumná zjištění mohou přispět k bližšímu objasnění některých souvislostí a příčin výskytu strachu z porodu a poporodní blues u žen a tím přispět hlubšímu pochopení pro zlepšení péče o těhotné ženy.

Analýzou dat z tohoto výzkumného šetření nebyl zjištěn signifikantní rozdíl v míře strachu z porodu mezi skupinou žen po spontánním vaginálním porodu a skupinou žen po císařském řezu ve spinální anestezii. Ani v porovnání žen, které navštěvovaly nebo nenavštěvovaly kurzy předporodní přípravy se neprokázal významný rozdíl v míře strachu z porodu. Ovšem při porovnání míry strachu z porodu a míry sociální opory vzniká signifikantně negativní vztah. Lze říct, že se vzrůstající mírou sociální opory se snižuje míra strachu z porodu. Signifikantně pozitivní vztah vzniká mezi mírou strachu z porodu a mírou poporodní blues. Se vzrůstající mírou strachu z porodu vzrůstá míra poporodního blues. Samotný výskyt poporodní blues není statisticky významně rozdílný u skupin žen po spontánním porodu nebo po porodu plánovaným císařským řezem ve spinální anestezii. Posledním cílem výzkumné části bylo vyhodnocení vzájemného vztahu mezi sociální oporou a poporodního blues. Zde se podobně jako u souvislosti mezi strachem z porodu a sociální oporou nachází negativní vztah. Je tedy možné konstatovat, že se vzrůstající mírou sociální opory se snižuje míra poporodního blues.

Vzhledem k nalezeným souvislostem se strachem z porodu by měla být v běžné praxi věnována dostatečná pozornost pocitům žen před samotným porodem. V případě, že žena vyjádří obavy, měla by mít možnost probrat tyto pocity individuálněji bez časové tísně a v případě závažnějších problémů by měla obdržet odbornou pomoc. Komplikace spojené se strachem z porodu se mohou objevit již v prvním těhotenství nebo také po předešlé zkušenosti u vícerodíček v dalších těhotenstvích. Nicméně mohou také vyplynout v průběhu porodu nebo po něm. Dostatečná pozornost věnovaná této problematice, včasné zjištění příznaků a jejich odstranění tak může ženě usnadnit vstup do mateřství, které je obrovskou životní změnou pro každou ženu.

V dnešním světě postiženém globálně pandemií koronaviru je třeba myslet na slabé a zranitelné lidské bytosti, které nemusí tuto situaci zvládnout. Ženy jsou obecně křehká stvoření a těhotné a šestinedělky obzvlášť. Dopřejme jim proto dostatek pozornosti a o něco více empatie, protože jejich děti nám samotným mohou pomoci tvořit lepší budoucnost.

REFERENČNÍ SEZNAM

ANDERSSON, L. et al. Point prevalence of psychiatric disorders during the second trimester of pregnancy: a population-based study. *Am J Obstet Gynecol.* 2003, 189, 148-154

ASWATHI, A. et al. High serum testosterone levels during postpartum period are associated with postpartum depression. *Asian Journal od Psychiatry.* 2015, 17, 85-88

AYERS, S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery.* 2014, 30(2), 145-148. doi:10.1016/j.midw.2013.12.001

AZIMI, M., F. FAHAMI & S. MOHAMADIRIZI. The Relationship between Perceived Social Support in the First Pregnancy and Fear of Childbirth. *Iranian Journal od Nursing and Midwifery Research.* 2018, 23(3), 235-239. doi: [10.4103/ijnmr.IJNMR_170_16](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_170_16)

BERGANT, A. M., K. HEIM, H. ULMER & K. ILLMENSEE. Early postnatal depressive mood associations with obstetric and psychosocial factors. *The Journal of Psychosomatic Research.* 1999, 46, 391-394

BINDER, T. *Porodnictví.* Praha: Karolinum. 2011. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1907-1.

BLÁHA, J. a kol. Postpunkční cefalea v porodnictví. *Anesteziologie a intenzivní medicína.* 2014, 25(3), 194-202. ISSN: cnb001239462.

BLÁHA, J. Porodnická anestezie – Česká republika versus svět. *Praktická gynekologie.* 2013, 17, 287-292. ISSN: 1211-6645.

BOUDOU, M. et al. Association between the intensity of childbirth pain and the intensity of postpartum blues. *Europe PMC.* 2007, 33(5), 805-810. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.encep.2006.10.002>

BUCKLEY, S. J. Executive summary of hormonal physiology of childbearing: evidence and implications for women, babies, and maternity care. *J Perinat Educ.* 2015, 24, 145–53. [doi:10.1891/1058-1243.24.3.145](https://doi.org/10.1891/1058-1243.24.3.145)

ČECH, E. a kol. *Porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada, 2007. 544 s. ISBN 80-2471-303-9

D'ALTON, M. E. & M. P. HEHEIR. Cesarean delivery rates: Revivisiting a 3-decades-old dogma. *JAMA*, 314(21), 2238-2240.

DENCKER, A. et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women and Birth.* 2019, 32(2), 99-111

DOSEDLA, E. a kol. Klasifikácia cisárskych rezu podľa urgentnosti – medicínske a právne aspekty. *Aktuální gynekologie a porodnictví.* 2017, 9, 28-33. ISSN: 1803-9588.

DUŠOVÁ B., N. MONIAKOVÁ. Emoční změny u žen v období šestinedělí. *Ošetrovatelství a porodní asistence.* 2010, 4, 121-123. ISSN: 1804-2740

EDHBORG, M., A. S. MATTHIESEN, W. LUNDH & A. M. WIDSTROM. Some early indicators for depressive symptoms and bonding 2 months postpartum: A study of mothers and fathers. *Archives of Women's Mental health.* 2005, 8(4), 221-231

HAPIO, S., M. KAUNONEN, M. ARFFMAN & P. ASTEDT-KURKI. Effects of extended childbirth education by midwives on the childbirth fear of first-time mothers – an RCT. *Scand J Caring Sci.* 2017, 31(2), 293-301

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. *Porodnictví. 3.*, zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HAŠTO, J. Vzťahová väzba, pripútaťavacie správanie a psychiatria – psychoterapia. *Psychiatrie.* 2006, č. 10, s. 36-40. ISSN: 1211-7579.

HELD, V. Birth and Death. *Ethics.* 1989, 99, 362:388. [doi:10.1086/293070](https://doi.org/10.1086/293070)

HODNETT, E. D., S. GATES, G. J. HOFMEYR & C. SAKALA. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011, 16, 1-117

HOFFMANN, L. On the Psychology of Birth. Bonn, 2020. *Disertační práce.* Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn. Filozofická fakulta. Dostupné z: <https://bonndoc.ulb.uni-bonn.de/xmlui/bitstream/handle/20.500.11811/8783/6039.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

FAIT, T. Šestinedělí. *Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii.* Praha: Levret, [2003]-2011. 2006, č. 9, 43-51. ISSN: 1214-5572.

FARAMARZI, M. & H. PASHA. The Role of Social Support in Prediction of Stress During Pregnancy. *Journal of Babol University of Medical Sciences.* 2015, 17(11), 52-60. Dostupné z: http://jbums.org/browse.php?a_id=5334&sid=1&slc_lang=en

FATMAWATI, D. A. Faktor risiko yang berpengaruh terhadap kejadian postpartum blues. *Journal edu health.* 2015, 5(2), 82-93. ISSN 2087-3271.

FENWICK J. et al. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery.* 2015, 31(1), 239-246

FISHER, C., Y. HAUCK & J. FENWICK. How social context impact on women's fear of childbirth: a Western Australian example. *Soc Sci Med.* 2006, 63, 64-75

FUŇKA, J. Anestezie k císařskému řezu. *Moderní gynekologie a porodnictví.* 2008, č.17, s. 28-36. ISSN 1211-1058.

GAMBLE J., J. TOOHILL, D. K. CREEDY & J. FENWICK. Types of conversations with women and families fearful of birth: Building childbirth resilience. *Women and birth.* 2015, 28, S15

GLANGEAUD-FREUDENTHAL, N. M. C., M. CROST & M. KAMINSKI. Severe post-delivery blues: associated factors. *Archives of Women's Mental Health.* 1999, 2, 37-44

GONIDAKIS, F., RABAVILAS, A. D., VARSOU, E., KREATSES, G. & CHRISTODOULOU, G. N. Maternity blues in Athens, Greece: a study during the first 3 days after delivery. *The Journal of Affective Disorders*. 2007, 99, 107-115

GOTTVALL, K. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. 2002, 109(3), 254-260. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2002.01200.x/full>

GREGORA, M. Porod císařským řezem a jeho možná negativa pro novorozence. *Pediatric pro praxi*. 2013, 14(6), 404-406. ISSN: 1213-0494.

HÁJEK, Z., E. ČECH a K. MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

HANNAH, P et al. Links between early post-partum mood and post-natal depression. *British Journal of Psychiatry*. 1992, 160, 777-780

HARRIS, B. et al. Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study II. *British Medical Journal*. 1994, 208, 949-953

HEWSTONE, M. & W. STROEBE. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-092-5.

HOFBERG, K. & M. R. WARD. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J*. 2003, 79, 505-510

HUIZINK, A. C., E. J. H. MULDER, P. G. R. de MEDINA, G. H. A. VISSER & J. K. BUITELAAR. Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Development*. 2004, 79(2), 81-91, doi:[10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014](https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014)

CHATZUCHAEALAMPOUS, C. et al. Reproductive hormones and postpartum mood disturbances in Greek women. *Gynecological Endocrinology*. 2011, 27, 543-550

ISMAIL, R. I. Ante partum depression and husband's mental problem increased risk maternity blues. *Medical Journal of Indonesia*. 2006, 15, 74-80

JUNG, M. H. & J. I. KIM. A Study on the Relationship among Prenatal Emotional Status, Preparation for Delivery, Postpartum Social Support and Postpartum Blues. *Korean J Women Health Nurs*. 2005, 11(1), 38-45

JUŘÍKOVÁ, L. Psychologické prožívání porodu. *Sestra (Praha)*. 2007, 17(12), 28-29. ISSN: 1210-0404.

KARABULUT, Ö. Et al. Does antenatal education reduce fear of childbirth? *International Nursing Review*. 2015, 63(1), 60-67. doi:10.1111/inr.12223

KARLSDOTTIR, S. I., H. SVEINSDOTTIR, H. KRISTJANSDORRIR et al. Predictors of women's positive childbirth pain experience: findings from an Icelandic national study. *Women Birth*. 2018, 31:e178–e184. Dostupné z: [doi:10.1016/j.wombi.2017.09.007](https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.09.007)

KEBZA, V., I. ŠOLCOVÁ. Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie*. 2003, XLVII(3), 220-228. ISSN 0009-062X

KODYŠOVÁ, E. Vliv sociálně psychologických faktorů porodního zážitku na ranou rodičovskou self-efficacy prvorodiček. *Psychosom*. 2013, 11(4), 257-270

KOMÁR, M. Umí ženy ještě rodit spontánně? *Sestra*. 2011, 21(3), 32-33. ISSN 1210-0404

KLAUS, M.H., J. H. KENNEL & P.H. KLAUS. *Porod s doulou*. 1.vyd. Praha: One Woman Press, 2004, 277 s. ISBN 80-86356-34-5

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009, 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

LARSSON B., I. HILFINGSSON, E. TERNSTRÖM, C. RUBERTSSON & A. KARLSTRÖM. Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: A qualitative study. *Women Birth*. 2019, 32(1), e88-e94

LÍBALOVÁ, Z. 2004. *Funkční poruchy v gynekologii a porodnictví*. In. Chromý, K. et al. Somatizace a funkční poruchy. Praha: Grada 2004, s. 159-181. ISBN 1214-6102.

LUKASSE, M., B. SCHEI & E. L. RYDING. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2014, 5(3), 99-106

MAJUNATH, N.G., G. VENKATESCH & RAJANNA. Postpartum Blues is Common in Social and Edonomically Insecure Mothers. *Indian Journal of Community Medicine*. 2011, 36(3), 231-233

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80.7178-549-0

MALISZEWSKA, K. et al. Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginekologia Polska*. 2016, 78(6), 442-447. doi: 10.5603/GP.2016.0023

MARCELINA, L. A., I. N. RACHMAWATI & T. UNGSIANIK. Dissatisfaction with the husband support increases childbirth fear among Indonesian primigravida. *Enfermería Clínica*. 2019, 29(2), 379-383. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2019.04.047>

MARDEŠÍCOVÁ, N., P. VELEBIL. Epidemiologie císařských řezů. *Postgraduální medicína*. 2010, č. 12, 171-174. ISSN: 1212-4184.

MOYO, G. P. K. & N. DJODA. The emotional Impact of Mode of Delivery in Cameroonian Mothers: Comparing Vaginal Delivery and Caesarean Section. *American Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2020, 8(1), 22-25. doi: 10.11648/j.ajpn.20200801.15

MROWETZ, M., M. PEREMSKÁ. Podpora raného kontaktu jako nepodkročitelná norma – chiméra, či realita budoucnosti. *Pediatric pro praxi*. 2013, č. 14, s. 201-204. ISSN: 1213-0494.

MUNKHONDYA, B. M. J., T. E. MUNKHONDYA, E. CHIRWA et al. Efficacy of companion-integrated childbirth preparation for childbirth fear, self-efficacy, and maternal support in primigravid women in Malawi *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020, 20. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2717-5>

NEWHAM, J. J. et al. Effects of antenatal yoga on maternal anxiety and depression: a randomized controlled trial. *Depress anxiety*. 2014, 31(8), 631-640

NIEMINEN, K., O. STEPHANSSON & E. L. RYDING. 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*. 2009, 88, 807-813

NIEMINEN, K. et al. Severe fear of childbirth indicates high perinatal costs for Swedish women giving birth to the first child. *Acta Obstetrica Et Gynecologica*. 2017, 96(4). 438-446

NILSSON et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: A systematic review. *BMC Pregnancy & Childbirth*. 2018, 18(1), 28.

NOACS, R., L. S. COHEN. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *The Journal of Clinical Psychiatry*. 1998, 59(2), 34-40

NOSKOVÁ, P. Lokální pooperační analgezie u císařského řezu v celkové anestezii. *Praktická gynekologie*. 2016, 20(2), 93-96. ISSN: 1211-6645.

OLZA, I., P. LEAHY-WARREN, Y. BENYAMINI, et al. Women's psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open* 2018;8:e020347. doi:10.1136/bmjopen-2017-020347

O'HARA, M. W., K. WISNER. Perinatal mental illness: Definition, description and aetiology. 2014. *Best Practice & Research Clinical Obstetric & Gynaecology*. 28(1), 2-12.

O'KEANE, V., LIGHTMAN, S., PATRICK, K., MARSH, M., PAPADOPOULOS, A. S., PAWLBY, S. et al. Changes in the maternal hypothalamic-pituitary-adrenal axis the early puerperium may be related to the postpartum 'blues'. *Journal of Neuroendocrinology*. 2011, 23, 1149-1155

PAŘÍZEK A. a kol. *Porodnická analgezie a anestezie*. Praha: Grada Publishing, 2002. 535 s. [ISBN](#) 9788072629497

PAŘÍZEK, A. a kol. Současné postupy v porodnické anestezii V. – pooperační péče po císařském řezu. *Anesteziologie a intenzivní medicína*. 2015, 26(2), 87-98. ISSN: cnb001239462.

PATEL, M., BAILEY, R.K., JABEEN, S., ALI, S., BARKER, N.C. & OSIEZAGHA, K. Postpartum depression: a review. *Journal of Health Care for the Poor & Underserved*. 2012, 23(2), 534-542

POP, V. J. M., TRUIJENS, S. E. M., SPEK, V., WIJNEN, H. A., van SON, M. J. M. & BERGINK, B. A new concept of maternity blues: Is there a subgroup of women with rapid cycling mood symptoms? *Journal of Affective Disorders*. 2015, 200, 45-50

PROCHÁZKA, M., R. PILKA, Š. BUBENÍKOVÁ, et al. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED - Olomouc, 2016. ISBN 9788090628007.

QUINTERO, J., ROJO, S.F., MORA, F., FÉLIX, M. & CHAPELA, E. Postpartum Rmotional Psychopathological Outcomes. *The European journal of general practice*. 2014, 2(4). Dostupné z: <http://www.researchgate.net/publication/264555287>

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P., JANOTOVÁ, D. 2006. *Psychiatrie*. Minimum pro praxi. 4. vyd. Praha: Triton, 2006. 211 s. ISBN 80-7254-746-1.

RÄISÄNEN, S., S.M. LEHTO, H.S. NIELSEN et al. Fear of childbirth predicts postpartum depression: a population-based analysis of 511 422 singleton births in Finland. *BMJ Open*. 2013, 3:e004047. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004047

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní ateliér Area s.r.o., 2008. 106 s. ISBN 978-254-2186-4

RATISLAVOVÁ, K. Psychologie pozdního šestinedělí. In: *Moderní babičtví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha: Levret, [2003]-2011. 2008, 16, 26-30. ISSN: 1214-5572.

RATISLAVOVÁ, K. Podpora vztahu matky a novorozence po porodu. *Sestra*. 2011, 21, 36-37. ISSN: 1210-0404

RICHENS, Y., D. T. LAVENDER & D. M. SMITH. Fear of birth in clinical practice: A structured review of current measurement tools. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2018, 16, 98-112

ROMEO-GUTIÉRREZ, G. et al. Prevalence of maternal sadness and its associated factors. *Ginecologia Y Obstetricia De Mexico*. 2010, 78, 53-57.

RONDÓN, M. B. Maternity blues: cross-cultural variations and emotional changes. *Primary Care Update for Obstetrics and Gynecology*. 2003, 10(4), 167-171

RONDUNG, E., J. THOMTÉN & Ö. SUNDIN. Psychological perspectives on fear of childbirth. *Journal of Anxiety Disorders*. 2016, 44, 80-91. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.10.007>

ROUHE, H. et al. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience – a randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2015, 36, 1-9

ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

ROZTOČIL, A. et al. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha, Grada Publishing a.s. 2017. ISBN 978-80-247-5753-7

SAHA, R. & S. JUNGARI. Fear of childbirth amid COVID-19 in India: Neglected aspect of maternal mental health. *International Journal of Social Psychiatry*. 2020, 1-3. doi: 10.1177/0020764020979019

SAKUMOTO, K., H. MASAMOTO K. KANAZAWA. Post-partum maternity 'blues' as a reflection of newborn nursing care in Japan. *The International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2002, 78(1), 25-30.

SETH, S., A. J. Lewis & M. Galbally. Perinatal maternal depression and cortisol function in pregnancy and the postpartum period: a systematic literature review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2016, 16(124). Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27245670>

SHEEN, K. & P. SLADE. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: A meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*. 2018, 27(13-14), 2523-2535

SOUTO, S. P. A., R. S. ALBUQUERQUE & A. P. PRATA. Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. *Rev. Bras. Enferm.* 202, 73(2). ISSN 1984-0446

STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 3. přepracované vydání. Praha: One Woman Press, 2009. 514 s. ISBN 978-80-86356-50-1

STRIEBICH, S. et al. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tocophobia – A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*. 2018, 61, 97-115. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.013>

ŠEBELA, A. a kol. Diagnostika a trendy v terapii poporodní deprese. *Česká gynekologie*. 2019, 84(1). ISSN: 1210-7832

ŠTIMPL, M. & L. SLEZÁK. Nejde o experiment. *Česká gynekologie*. 1986, 51, 565-567

TAKÁCS, L., E. KODYŠOVÁ & J. SEIDLEROVÁ. Souvislost psychosociálních aspektů perinatální péče s některými zákroky a zdravotními komplikacemi v průběhu porodu. *Česká gynekologie*, 77(3), 195-204. ISSN: 1210-7832

TAKÁCS, L. a kol. *Psychologie v perinatální péči*. Grada Publishing a.s. 2015. ISBN 978-80-247-9715-1

TAKÁCS, L. a kol. Poporodní blues – česká adaptace dotazníku „Maternity Blues Questionnaire“. *Česká gynekologie*. 2016, 81(5), 355-368. ISSN: 1210-7832

TAKÁCS, L., J. MLÍKOVÁ SEIDLEROVÁ & P. ČEPICKÝ. Psychosociální rizikové faktory akutního císařského řezu. *Česká gynekologie*. 2019, 84(1), 33-39. ISSN: 1210-7832

TAUBMAN – BEN-ARI, O., M. CHASSON & S. ABU-SHARKIA. Childbirth anxieties in the shadow of COVID-19: Self-compassion and social support among Jewish and Arab pregnant women in Israel. *Health & Social Care in the Community*. 2020, 00, 1-11. doi: 10.1111/hsc.13196

TINKOVÁ, D. *Tělo, věda, stát: Zrození porodnice v osvícenské Evropě*. Argo, 2010. ISBN 978-80-257-0223-9

TOOHILL, J., J. FENWICK, J. GAMBLE & D. K. CREEDY. Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2014, 14(1), 275.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3

VOIGHT, M. et al. Prophylaxis of intra-and postoperative nausea and vomiting in patients during cesarean section in spinal anesthesia. *Medical science monitor : international medical journal of experimental and clinical research*. 2013, 19, 993–1000. ISSN: 889597.

WATANABE, M. et al. Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2008, 29, 206-212

WIGERT, H. et al. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2020, 15(1). doi: [10.1080/17482631.2019.1704484](https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484)

WICHISOVÁ, J. *Sestra a perioperační péče*. 2013, 1. vyd. Praha: Grada, 192 s. ISBN 978-80-247-3754-6.

WIJMA, K., B. WIJMA & M. ZAR. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire of the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetric & Gynecology*, 1998. 19, 84-97

ZWINGER, A. et al. 2004. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

FZV	Fakulta zdravotnických studií
MBQ	Maternity blues questionnaire (Dotazník poporodního blues)
PSSS	Perceived Social Support Scale (Dotazník sociální opory)
SC	sectio cesarea
WDEQ	Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (Wijmův dotazník očekávání/zkušenosti s porodem)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Výhody a nevýhody celkové anestezie.....	14
Tabulka 2 Výhody a nevýhody spinální anestezie	15
Tabulka 3 Výhody a nevýhody epidurální anestezie.....	16
Tabulka 4 Věk respondentek	32
Tabulka 5 Doprovod k porodu.....	33
Tabulka 6 Hodnoty bodů z dotazníku WDEQ měřící strach z porodu.....	36
Tabulka 7 Výsledky Mann-Whitney testu zkoumající hodnoty strachu z porodu u žen s rozdílným způsobem porodu.....	38
Tabulka 8 Statistické zpracování WDEQ na základě rozdílného způsobu porodu	38
Tabulka 9 Hodnoty dotazníku WDEQ v závislosti na navštěvování kurzu předporodní přípravy.....	39
Tabulka 10 Výsledky Mann-Whitney testu zkoumající hodnoty WDEQ v závislosti na navštívení kurzu předporodní přípravy.....	40
Tabulka 11 Statistické zpracování WDEQ na základě navštívení kurzu předporodní přípravy	40
Tabulka 12 Hodnoty MBQ v závislosti na způsobu porodu	41
Tabulka 13 Výsledky Mann-Whitney testu zkoumající hodnoty poporodní blues u žen s rozdílným způsobem porodu	41
Tabulka 14 Statistické zpracování MBQ na základě rozdílného způsobu porodu.....	42
Tabulka 15 Celkové hodnoty dotazníku PSSS	42
Tabulka 16 Celkové hodnoty dotazníku MBQ.....	43
Tabulka 17 Vzájemné korelace WDEQ, MBQ a PSSS.....	45

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Způsob porodu.....	32
Graf 2 Navštívení kurzu předporodní přípravy	32
Graf 3 Míra strachu z porodu u žen po spontánním porodu.....	37
Graf 4 Míra strachu z porodu u žen po operativním porodu	37

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I: Stanovisko Etické komise FZV UP

