

Univerzita Karlova v Praze

1.lékařská fakulta

Studijní program: porodní asistence

Studijní obor: porodní asistentka



Barbora Šplíchalová

Stres u žen s hrozícím předčasným porodem

Stress in women with impending preterm birth

Bakalářská práce

Vedoucí závěrečné práce: PhDr. Šárka Slabá PhD.

Konzultant: doc. Mgr. PhDr. Lenka Krámská PhD.

Praha, 2022

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 29. dubna 2022

Barbora Šplíchalová

.....

Identifikační záznam:

ŠPLÍHALOVÁ, Barbora. *Stres u žen s hrozícím předčasným porodem. [Stress in women with impending preterm birth]*. Praha, 2022. 51 stran, 1 příloha. Bakalářská práce (Bc.). Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika. Vedoucí práce Slabá, Šárka.

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala PhDr. Šárce Slabé Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za její trpělivost a cenné rady a připomínky. Dále bych taktéž chtěla vyjádřit svůj dík doc. PhDr. Lence Krámské, která mi byla cennou konzultantkou. V neposlední řadě patří obrovský dík mé rodině za jejich trpělivost a mému drahému partnerovi za neskonalou podporu.

Abstrakt

Tato bakalářská práce se věnuje problematice předčasného porodu a s ním spojeného stresu. Ačkoliv se zdravotnická péče v oblasti porodnictví stále zlepšuje, incidence předčasných porodů zůstává ve světě stále konstantní. Předčasný porod je závažným perinatologickým problémem a je proto důležité se tomuto tématu nadále věnovat. V porodnictví pak nesmíme zapomínat na psychologickou problematiku, která je nedílnou součástí tohoto lékařského odvětví a hraje v něm důležitou roli. Také proto se tato práce zaměřuje i na psychologickou část dané problematiky a detailněji pojednává o souvislosti stresu a předčasného porodu.

Práce je koncipována jako teoreticko-praktická. Teoretická část se skládá z části porodnické a části psychologické. Část porodnická pojednává o problematice předčasného porodu. Zaobírá se jeho příčinami, diagnostikou, prevencí, léčbou a managementem. Psychologická část se věnuje problematice stresu. Zabývá se druhy stresu, stresory, důsledky stresu a popisuje fáze adaptačního syndromu a taktéž psychologické mechanismy zvládnání stresu. Dále pak popisuje psychologicko-porodnickou problematiku, kdy se věnuje souvislosti stresu a předčasného porodu a popisuje emoce, které u žen v souvislosti s předčasným porodem můžeme pozorovat. V neposlední řadě nezapomíná na komunikaci s ženou, jež se v takovéto situaci vyskytne.

Praktická část se zabývá rozбором dotazníkového šetření, které se věnuje měření míry stresu u těhotných žen pomocí Škály vnímaného stresu a pojednává o problematice komunikace a edukace v porodnictví. Hlavním cílem praktické části bylo změřit míru stresu u těhotných žen a tuto míru porovnat mezi ženami ohroženými předčasným porodem a těmi neohroženými.

Z výzkumu je pak zřejmé, že u žen, které jsou ohroženy rizikem předčasného porodu byla prokázána větší míra stresu než u kontrolní skupiny žen. Ze získaných dat je pak možné usoudit, že v komunikaci zdravotnického personálu s těhotnou ženou jsou stále mezery a je třeba na kvalitní komunikaci nadále pracovat.

Klíčová slova

Předčasný porod, stres, těhotenství, psychologie, mateřství, komunikace

Abstract

This bachelor's thesis deals with the issue of premature birth and the stress associated with it. Although health care in the field of obstetrics is improving, the incidence of preterm birth remains constant worldwide. Preterm birth is a serious perinatal problem and it is therefore important to continue to address this topic. In obstetrics, then, we must not forget the psychological issue, which is an integral part of this branch of medicine and plays an important role in it. Therefore, this thesis also focuses on the psychological part of the issue and discusses in detail the connection between stress and premature birth.

The thesis is conceived as a theoretical-practical one. The theoretical part consists of an obstetric part and a psychological part. The obstetric part deals with the issue of premature birth. It deals with its causes, diagnosis, prevention, treatment and management. The psychological part deals with the problem of stress. It deals with types of stress, stressors, consequences of stress and describes the stages of the adaptation syndrome as well as psychological mechanisms of coping with stress. It then goes on to describe the psychological and obstetric issues, discussing the link between stress and preterm birth and describing the emotions that can be observed in women in relation to preterm birth. Last but not least, it does not forget about communication with the woman who is in such a situation.

The practical part deals with the analysis of a questionnaire survey measuring the level of stress in pregnant women using the Perceived Stress Scale and discusses the issues of communication and education in obstetrics. The main aim of the practical part was to measure the level of stress in pregnant women and to compare this level between women at risk of preterm birth and those not at risk.

The research then showed that women who are at risk of preterm birth were found to have higher levels of stress than the control group of women. From the data obtained, it can then be concluded that there are still gaps in the communication between the health care personnel and the pregnant woman and that there is still a need to work on quality communication.

Key words:

Preterm birth, stress, pregnancy, psychology, maternity, communication

Obsah

Úvod	10
Teoretická část	11
1 Předčasný porod	11
1.1 Definice	11
1.2 Druhy předčasného porodu	12
1.2.1 Dělení podle délky trvání těhotenství	12
1.2.2 Dělení dle počátku porodu	12
1.3 Klinická stádia předčasného porodu	12
1.3.1 Partus praematurus imminens	12
1.3.2 Partus praematurus incipiens	13
1.3.3 Partus praematurus in cursu	13
1.3.4 Defluvium liquoris amnialis praecox	13
1.4 Příčiny a rizikové faktory předčasného porodu	13
1.5 Diagnostika předčasného porodu	14
1.5.1 Anamnéza	14
1.5.2 Testy k průkaznosti odtoku plodové vody	14
1.5.3 Průkaz děložní činnosti	15
1.5.4 Ultrazvukové vyšetření	15
1.5.5 Zánětlivé markery	15
1.5.6 Biochemické vyšetření	15
1.5.7 Vaginální vyšetření	16
1.6 Léčba předčasného porodu	16
1.6.1 Tokolytická léčba	16
1.6.2 Léčba antibiotiky	17
1.6.3 Léčba kortikosteroidy	17
1.7 Predikce předčasného porodu	18
1.8 Management předčasného porodu	18
1.9 Prevence předčasného porodu	19
1.9.1 Cerkláž	20
1.9.2 Progesteron	20
2 Stres	21

2.1 Definice stresu.....	21
2.2 Druhy stresu.....	21
2.2.1 Eustres.....	21
2.2.2 Distres	21
2.3 Stresory	21
2.3.1 Dělení stresorů.....	22
2.4 Fáze adaptačního stresového syndromu	23
2.4.1 První fáze – alarmová.....	23
2.4.2 Druhá fáze – adaptační	23
2.4.3 Třetí fáze – vyčerpání.....	23
2.5 Důsledky stresu	23
2.6 Psychologické mechanismy zvládnání stresu.....	24
2.6.1 Pasivní techniky.....	24
2.6.2 Aktivní techniky.....	25
3 Mateřský stres a jeho souvislost s těhotenstvím a předčasným porodem.....	26
3.1 Co říkají studie?.....	26
4 Komunikace se ženou, které hrozí předčasný porod	28
4.1 Pocity u žen v souvislosti s předčasným porodem.....	28
4.1.1 Stres.....	28
4.1.2 Strach	28
4.1.3 Bezmoc.....	28
4.1.4 Pocit selhání v rodičovské roli.....	28
4.1.5 Žárlivost na zdravotnický personál.....	29
4.1.6 Deprese a úzkost	29
4.2 Zásady komunikace se ženou v rámci předčasného porodu	29
4.2.1 Otázky ohledně dítěte	30
4.2.2 Pravidla pro správnou komunikaci.....	30
4.2.3 Čemu se v rámci komunikace vyvarovat.....	31
Praktická část	32
6 Výzkumné cíle a předpoklady	32
6.1 Cíle.....	32
6.2 Výzkumné předpoklady.....	32
7 Metodika výzkumu	33

7.1 Metoda sběru dat.....	33
7.2 Charakteristika zkoumaného vzorku.....	33
7.3 Metoda zpracování dat	33
8 Výsledky	34
8.1 Výsledky vlastního dotazníkové šetření	34
8.1.1 Otázka č.1 – Váš věk?	34
8.1.2 Otázka č.2 – Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?	35
8.1.3 Otázka č.3 – Po kolikáté jste těhotná?	36
8.1.4 Otázka č. 4 – Jste ohrožená zvýšeným rizikem předčasného porodu?	37
8.1.5 Otázka č. 5 - Pokud jste v předchozí otázce odpověděla „ano“, vyberte, prosím, jakým aspektem jste ohrožena. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla „ne“, tuto otázku přeskočte.....	38
8.1.6 Otázka č. 6 – Napadla Vás v posledním měsíci myšlenka, že porodíte předčasně?	38
8.1.7 Otázka č. 7 – Setkala jste se s předčasným porodem v rámci své rodiny?	39
8.1.8 Otázka č. 8 – Sebevzděláváte se ohledně porodu, těhotenství a šestinedělí?	40
8.1.9 – Otázka č. 9 – Myslíte si, že by Vaším obavám pomohla dostatečná komunikace s porodníkem či porodní asistentkou?.....	42
8.1.10 Otázka č. 10 – Setkala jste se ve zdravotnickém zařízení s tím, že různí zdravotničtí pracovníci Vám sdělili naprosto odlišné informace?	42
8.1.11 Otázka č. 11 - Pokud jste v přechodí otázce odpověděla „ano“, jak na Vás tato skutečnost působila? Pokud jste v předchozí otázce odpověděla „ne“, tuto otázku přeskočte.....	43
8.1.12 Otázka č. 12 - Kolik času byste potřebovala na veškeré dotazy, které Vás zajímají, abyste se podle Vás zbavila všech obav?.....	44
8.2 Výsledky „škály vnímaného stresu“	44
8.2.1 Výsledky PSS u neohrožených žen	45
8.2.2 Výsledky PSS u ohrožených žen	46
8.2.3 Porovnání míry stresu u obou skupin	47
9 Vyhodnocení cílů a diskuse	48
10 Závěr.....	51
Seznam literatury.....	52
Seznam zkratk	56
Seznam tabulek.....	57
Seznam grafů.....	58
Přílohy	59

Úvod

Předčasný porod představuje zátěž nejen fyzickou, ale také psychickou a to jednak pro matku předčasně narozeného dítěte, pro jeho pro druhého rodiče, ale také pro zdravotnický personál. Předčasný porod se řadí do popředí nejzávažnějších porodnických problémů ve světě. Je taktéž jednou z hlavních příčin perinatální mortality a morbidity. Frekvence předčasných porodů v celém světě stále neklesá i navzdory neustálým pokrokům moderní medicíny. Konkrétně v České republice se předčasně narodilo v posledních letech přibližně 7-8 % z celkového počtu všech narozených dětí.

Přesná příčina předčasného porodu nebyla dosud plně objasněna, je však známo mnoho rizikových faktorů, které se na etiologii předčasného porodu podílí. Stres matky je pak uváděn jako jeden z mnoha rizikových faktorů pro vznik předčasného porodu. Ačkoliv se spojitosti stresu a předčasného porodu věnuje již několik let spousta výzkumů a studií, nikde nebyly prokázány stoprocentní závěry. I proto je důležité se této problematice věnovat mnohem komplexněji.

Předčasný porod a vše s ním spojené je velkým psychickým náparem pro těhotnou ženu. Je tedy zapotřebí se věnovat psychologickým aspektům předčasného porodu. Ve své práci se budu věnovat problematice stresu, jeho spojitosti s předčasným porodem a dalším jiným emocím, které se u žen mohou v souvislosti s předčasným porodem objevit.

Toto téma jsem si vybrala hlavně z toho důvodu, že mám pocit, že psychologická stránka předčasného porodu je velmi často opomíjena a to i navzdory tomu, že víme, že například již výše zmíněný stres s ním prokazatelně souvisí. Psychologie ve zdravotnictví, a obzvláště v oboru porodnictví, je nesmírně důležitým aspektem. Neměli bychom na ni zapomínat a s každou ženou, která si musí projít takto stresující situací jako je předčasný porod, bychom měli jednat s úctou, empatií a respektem.

Ve své bakalářské práci mám v plánu rozebrat problematiku předčasného porodu jednak z porodnického hlediska, jednak z hlediska psychologického. V praktické části práce se pak zaměřím na měření míry vnímaného stresu a budu se zabývat edukačními a komunikačními problémy.

Teoretická část

1 Předčasný porod

1.1 Definice

Na úvod je třeba vysvětlit rozdíl mezi předčasným porodem a potratem. V České republice hranici mezi předčasným porodem a potratem definuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. (Marková, Chvílová-Weberová, 2020)

Potratem se rozumí takové ukončení těhotenství, kdy embryo nebo plod neprojevující známky života je samovolně vypuzen nebo vyjmut z dělohy a zároveň je jeho hmotnost nižší než 500 gramů. Pokud hmotnost nelze zjistit, jedná se o potrat tehdy, je-li těhotenství kratší než 22 týdnů. (Zákon č. 372/2011 Sb.)

Porodem se rozumí jakékoliv ukončení těhotenství narozením živého nebo mrtvého dítěte.

Porodem živého dítěte se rozumí taková situace, kdy novorozenec projevuje alespoň jednu ze známek života nehledě na délku gestace. Mezi známky života řadíme dýchání, srdeční činnost, pulzaci pupečnicku a v neposlední řadě nesporný svalový tonus bez ohledu na to, zda byl pupečník přerušen. (Hájek et al., 2014; Marková, Chvílová-Weberová, 2020)

Mrtvě rozeným dítětem se pak rozumí plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je současně větší než 500 gramů. Nelze-li hmotnost určit, jedná se o těhotenství trvající déle než 22 týdnů, pokud nelze zjistit ani délku trvání těhotenství, je to plod nejméně 25 centimetrů dlouhý při měření od temene hlavy k patě. (Hájek et al., 2014; Zákon č. 372/2011 Sb.)

Jako předčasný porod se označuje takový porod, který proběhne před dokončeným 37. týdnem gravidity, tedy dříve než 37+0. (Procházka, 2020)

Jak již bylo výše zmíněno, jestliže dítě po narození projevuje alespoň jednu ze známek života, jedná se o porod živého dítěte. S tím se pojí velice důležité téma, kterým je hranice viability. Viabilita, neboli životaschopnost, je pojem vyjadřující schopnost novorozence přežít mimo matčino tělo. (Kokešová, 2021) Viabilita není synonymem toho narodit se živě. Hranice viability se postupem času výrazně snižovala především díky neustále se zlepšující neonatologické péči. Je důležité ji definovat hlavně proto, že po jejím dosažení dochází k zahájení intenzivní neonatologické péče. V různých zemích na ni může být pohlíženo zcela odlišně. Aktuálně v České republice a současně v mnoha vyspělých zemích stanovujeme hranici viability na 24+0. (Marková, Chvílová-Weberová, 2020, Procházka, 2020)

Úzce spjatým pojmem je problematika takzvané šedé zóny. Jedná o období, kdy je viabilita plodu sporná. Nejčastěji tak označujeme období mezi 22. až 24. týdnem těhotenství (tedy 22+0–24+0). V tomto období je pravděpodobnost přežití konkrétního jedince různá a je těžké ji odhadnout. Pravděpodobnost přežití stoupá s vyšším gestačním stářím. (Marková, Chvílová-Weberová, 2020) Etický problém pak nastává tehdy, kdy se rozhoduje o tom, zda-li se u novorozence zahájí intenzivní péče či nikoliv. Musíme si ale připomenout, že mortalita není jediný pojem, o kterém v neonatologii hovoříme. Současně se velmi diskutuje o vývoji pozdní morbidity. Na viabilitu lze jedním pohledem hledět jako na možnost narodit se živě a nějaký čas přežít, druhý pohled si ale můžeme pod pojmem viabilita představit možnost nejenom pouhého přežití, ale i

následného života bez postižení. Neonatologie tak není oborem pouze o záchraně životů, nýbrž také o záchraně zdraví. (Fendrychová, Borek, 2012; Marková, Chvílová-Weberová, 2020)

Neschopnost novorozence rozhodnout o svém životě představuje základní etický problém. Během šedé zóny je tedy metodou volby společné rozhodování s rodiči. (Stanak, 2018)

1.2 Druhy předčasného porodu

1.2.1 Dělení podle délky trvání těhotenství

Předčasný porod můžeme rozdělit podle délky trvání těhotenství do následujících kategorií, které shrnuje tabulka 1. (Marková, Chvílová-Weberová, 2020)

Tabulka 1 - Rozdělení předčasných porodů dle délky trvání těhotenství

Druhy předčasných porodů	Gestační týdny
Pozdní předčasný porod	34+0-36+6
Středně předčasný porod	32+0-33+6
Velmi předčasný porod	28+0-31+6
Extrémně předčasný porod	Méně než 28+0

Zdroj: Marková, Chvílová-Weberová, 2020, str. 13

1.2.2 Dělení dle počátku porodu

Podle toho, jak porod započne ho dále můžeme dělit na iatrogenní a spontánní. Iatrogenní porod je takový, který je uměle vyvolán. Spontánním porodem se rozumí takový porod, jenž započne samovolně bez jakéhokoliv vnějšího umělého zásahu.

Iatrogenní porod představuje přibližně 20-30 % všech předčasných porodů. Jedná se o takový porod, který je záměrně vyvolán a to nejčastěji z důvodu ohrožení zdraví či života matky nebo plodu. Těhotenství může být ukončeno buďto vyvoláním, nebo také císařským řezem (SC). Mezi nejčastější příčiny pro takové ukončení těhotenství patří jednak zdravotní komplikace z mateřské strany (např.: preeklampsie, placenta praevia, abrupce placenty, atd.), nebo zdravotní komplikace ze strany plodu, u kterého může nastat například fetální růstová restrikce (FGR), nebo může dojít k aloimunizaci. (Procházka, 2020)

Spontánní předčasný porod zahrnuje zbylých 70-80 % všech předčasných porodů. Ten dále dělíme do dvou podkategorií podle toho, zda došlo k odtoku plodové vody či nikoliv. Ve 40-50 % se jedná o předčasný porod se zachovalým vakem blan, kdy dochází k nástupu děložních kontrakcí a zkracování a následnému otevírání děložního hrdla. Druhou podkategorií je předtermínový předčasný odtok plodové vody (PPROM), který se vyskytuje přibližně ve 20-30 %. V tomto případě dochází k ruptuře plodových obalů a následnému odtoku plodové vody. (ČGPS ČSL JEP, 2017; Procházka, 2020)

1.3 Klinická stádia předčasného porodu

1.3.1 Partus praematurus imminens

Jedná se o hrozící spontánní předčasný porod, který představuje riziko předčasného porodu do následujících sedmi dnů. Žena může pociťovat bolesti různé intenzity v podbřišku či v zádech.

Děložní činnost je vytrvalá, pozorujeme více než 4 kontrakce za 20 minut nebo více než 8 kontrakcí za hodinu. Vaginálním vyšetřením zjišťujeme zkrácení děložního hrdla, jeho případnou dilataci či změnu jeho konzistence. Žena může přijít také pro PPROM. (ČGPS ČSL JEP, 2017; Hájek et al., 2014)

1.3.2 Partus praematurus incipiens

Jedná se o předčasný porod počínající, při kterém již děložní hrdlo zcela zaniká a porodnická branka je dilatována více než na 3 centimetry. (Hájek et al., 2014)

1.3.3 Partus praematurus in cursu

V této fázi již probíhajícího předčasného porodu dále dochází k dilataci porodnické branky a velká část plodu vstupuje do pánve. Povětšinou také dochází k odtoku plodové vody, pokud již neodtekla. (Hájek et al., 2014)

1.3.4 Defluvium liquoris amnialis praecox

Samostatnou a také nejméně prognostickou kategorií předčasného porodu je předčasný odtok plodové vody bez děložních kontrakcí. Z porodnického hlediska se jedná o nejrizikovější situaci, kdy je zde vysoké riziko intraovulární infekce. Hájek et al., 2014)

1.4 Příčiny a rizikové faktory předčasného porodu

I navzdory neustálým pokrokům moderního porodnictví, není příčina předčasného porodu stále zcela jasná. Avšak je známo, že předčasný porod nastává zejména vlivem dlouhodobých dějů a je známá celá řada rizikových faktorů, které k předčasnému porodu přispívají. (Hájek et al., 2014; Procházka, 2020)

Nejdůležitější faktor, který hraje roli v etiologii předčasného porodu, je infekce matky, lépe řečeno infekce fetomaternální jednotky. Ve většině případů se jedná o infekci dolního genitálního traktu, která často probíhá bezpříznakově. Mezi agens způsobující vaginální infekci patří například Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Gardnerella vaginalis či streptokoky skupiny B (GBS). (Hájek et al., 2014; Pařízek, 2012)

Rizikové faktory mohou být ovlivnitelné či neovlivnitelné a mohou působit samostatně nebo v kombinaci. Ať je tomu tak či onak, všechny prokazatelně zvyšují riziko předčasného porodu a mohou finálně vést k syndromu předčasného porodu. Rizikové faktory předčasného porodu shrnuje tabulka číslo 2. (Hájek et al., 2014; Procházka, 2020)

Ani v dnešní době ale nejsou výjimkou situace, kdy příčina předčasného porodu zůstává zcela neobjasněna. Tuto skupinu tvoří nezanedbatelné procento případů. (Pařízek, 2012)

Tabulka 2 - Přehled rizikových faktorů předčasného porodu

Anamnestické faktory	Faktory související s nynějším těhotenstvím	Epidemiologické faktory	Faktory související s životním stylem	Faktory související se zdravotním stavem matky
VVV dělohy ¹	Polyhydramnion	Nuliparita	Kouření cigaret	Infekce
Předčasný porod	VVV plodu	Věk >40 či <18 let	Abusus drog	Anemie
Potrat ve 2. trimestru těhotenství	Insuficience placenty	Nízký socioekonomický status	Nepřiměřený pohlavní styk	Porucha imunologické tolerance plodu
Výkony na děložním hrdle	Vícečetná gravidita	Špatná prenatalní péče	Malnutrice	Psychický stres
Délka děložního hrdla <25 mm	Odlučování placenty	Afroamerická rasa	Nízká hmotnost těhotné	Celková onemocnění
Interval mezi porody <12 měsíců	Těhotenství po umělém oplodnění	Enviromentální faktory ²	Dlouhá pracovní doba	Choroby děložního hrdla
Genetické vlivy	Mužské pohlaví plodu	Nemanželské těhotenství	Práce v noci	Onemocnění paradontu
	Inkompetence děložního hrdla		Fyzicky náročná práce	

Zdroj: Hájek et al., 2014; Malik, Baarda, 2020; Procházka, 2020

1.5 Diagnostika předčasného porodu

1.5.1 Anamnéza

Hodnotíme subjektivní obtíže rodičky. Ta si může stěžovat na pravidelné či nepravidelné kontrakce, které mohou mít podobu tvrdnutí břicha, křížových bolestí nebo mohou připomínat menstruační bolesti. Těhotná může mít zvýšený výtok z pochvy, může krvácet či může dojít k PPRM. V anamnéze těhotné pátráme po možných předchozích předčasných porodech nebo jakkoliv jinak zatížené porodnické anamnéze. (Hájek et al., 2014; Procházka, 2020)

1.5.2 Testy k průkaznosti odtoku plodové vody

Jestliže žena vyhledá lékaře při podezření na předčasný odtok plodové vody, je třeba toto podezření ověřit pomocí dostupných metod. Předčasný odtok plodové vody může být totiž snadno zaměnitelný s vaginálním výtokem či únikem moči. Nejčastěji se setkáváme s Temešváryho testem, což je bromtylomová modř. Jestliže se polije Temešváryho činidlem vložka, na které je plodová

¹ VVV = vrozená vývojová vada

² Mezi enviromentální faktory zvyšující riziko předčasného porodu řadíme například znečištění ovzduší, pesticidy či kontaminaci vody.

voda, dojde ke zmodrání. Často se ale můžeme setkat s falešně pozitivními výsledky. Jedná se o situace, kdy žena měla pohlavní styk, užila vaginální globule či je na vložce příměs krve. Proto je vždy vhodné doplnit Temešváryho zkoušku ultrazvukovým vyšetřením, na kterém vyhodnotíme aspekty plodové vody. (Hájek et al., 2014; Kokešová, 2021)

Dalšími uznávanými testy, se kterými se můžeme setkat, jsou actim PROM test a AmniSure PROM test. Oba testy fungují na podkladě imunochromatografické metody a jejich spolehlivost je vysoká. AmniSure test vyhodnocuje přítomnost Placental alpha mikroglobulin-1 (PAMG-1). Actim PROM test zase hodnotí výskyt Insulin-like growth factor binding protein-1 (IGFBP-1). Je třeba mít na paměti, že výše zmíněné specifické testy mohou vyjít pozitivně i u žen, u kterých očekáváme vysoké riziko porodu do následujících sedmi dnů a k odtoku plodové vody u nich nedošlo. (Kokešová, 2021; Koucký, Smíšek, 2014)

1.5.3 Průkaz děložní činnosti

Děložní kontrakce subjektivně pociťuje sama rodička. Pro objektivní prokázání děložních kontrakcí můžeme využít kardiokografický záznam. V případě, že během půl hodiny nalézáme čtyři a více kontrakcí, je rodička ohrožena předčasným porodem. (Hájek et al., 2014)

1.5.4 Ultrazvukové vyšetření

Abdominální sondou posuzujeme odhadovanou porodní hmotnost nezralého plodu a zjišťujeme lokalizaci placenty. Transvaginální sondou provádíme ultrazvukovou cervikometrii. Jedná se o posouzení děložního hrdla, konkrétně měření jeho délky mezi zevní a vnitřní brankou. Pokud je délka děložního hrdla kratší než 25 mm před 30. gestačním týdnem, jedná se o prognosticky nepříznivou variantu, která může být důvodem k terapeutickému zásahu. Pokud je děložní hrdlo zkráceno pod 20 mm délky, těhotná žena povětšinou rodí předčasně. Důležitým varovným signálem hrozícího předčasného porodu je tzv. funneling viditelný při ultrazvukovém vyšetření, při kterém dochází k dilataci vnitřní branky ve tvaru písmen U, V nebo Y. (Hájek et al., 2014; Pařízek, 2012; Procházka, 2020)

1.5.5 Zánětlivé markery

Zaměřujeme se na biochemické zánětlivé markery, kterými jsou počet leukocytů a C-reaktivní protein (CRP). Navýšení těchto hodnot může signalizovat probíhající infekci. Významnou předvídací hodnotu mají také interleukin 1, 6 a 8, faktor nádorové nekrózy, prokalcitonin a proteázy. (Pařízek, 2012; Procházka, 2020)

1.5.6 Biochemické vyšetření

Vyšetřujeme tři biochemické markery z cervikovaginálního sekretu. PAMG-1 a IGFBP-1 byly již zmíněny v kapitole věnující se průkaznosti odtoku plodové vody. Třetím biochemickým markerem je fetální fibronektin (FFN). Jedná se o protein, jenž je přítomen v extravilózním trofoblastu, tedy tam, kde se stýkají výběžky deciduy a formovaných choriových klků. Během předčasného porodu dochází ke zvýšené choriodeciduální proteolytické aktivitě, která vede k vyššímu uvolňování FFN do cervikovaginálního sekretu. Jeho přítomnost v cervikovaginálním sekretu po 24. týdnu těhotenství významně zvyšuje riziko předčasného porodu. FFN se fyziologicky nachází v cervikovaginálním sekretu ke konci gravidity či v začátku těhotenství před 20. týdnem. Z těchto důvodů může často docházet k falešně pozitivitě, v praxi má tedy vyšší vypovídající hodnotu negativní výsledek tohoto testu. Pokud vyjde těhotné negativní výsledek, s nejvyšší

pravděpodobností by neměla porodit v následujících dvou týdnech. (Hájek et al., 2014; Pařízek, 2012; Procházka, 2020)

1.5.7 Vaginální vyšetření

Při šetrném vaginálním vyšetření zjišťujeme, zda hmatáme vak blan k případnému vyloučení či potvrzení odtoku plodové vody. Popisujeme parametry děložního hrdla, takzvané cervix skóre, které je v případě hrozícího předčasného porodu důležitým ukazatelem. (Hájek et al., 2014) Během stanovení cervix scóre popisujeme pět základních parametrů – dilataci děložního hrdla, zkrácení děložního hrdla, konzistenci děložního hrdla, pozici děložní hrdla a vzdálenost vedoucího bodu pod rovinou procházející spinae ischiadicae. Čím více bodů těhotná obdrží, tím více je její organismus připraven na vaginální porod, a tudíž je více ohrožena rizikem předčasného porodu. (Hostinská et al., 2016)

1.6 Léčba předčasného porodu

1.6.1 Tokolytická léčba

Tokolytika jsou léčiva, která zmírňují nebo úplně zastavují děložní činnost. V důsledku jejich účinku tedy oddalují hrozící předčasný porod a tím dávají zdravotnickému personálu dostatek času pro management konkrétního případu. Za úspěšnou tokolýzu považujeme takovou, která oddálí předčasný porod alespoň o 48 hodin. Zmíněné dva dny jsou dobou nutnou k indukci plicní zralosti nenarozeného dítěte pomocí kortikosteroidů a dodají taktéž čas pro „transport in utero“³. (ČGPS ČSL JEP, 2017; Hájek et al., 2014; Procházka, 2020)

Tokolytickou léčbu můžeme rozdělit na parciální, během které regulujeme činnost dělohy u spontánního vedení porodu, znamená to tedy, že nedochází k zastavení děložní činnosti, ale ke snížení frekvence a síly děložních stahů. Na druhé straně stojí tokolýza akutní, která slouží k úplné zástavě děložních stahů. Akutní tokolýzu je doporučeno podat ženám mezi gestačním týdnem 24+0-33+6. Aplikace tokolytik začíná být účinná až po 20. týdnu gravidity. (Hájek et al., 2014; Procházka, 2020)

Tokolýza se nepoužívá pouze k oddálení předčasného porodu. Můžeme se s ní setkat například v situacích jako je utlumení děložní činnosti před císařským řezem, před provedením zevního obratu, při hyperaktivitě dělohy, cerkláži, cervikokorporální dystokii nebo při podezření na intrauterinní tíseň plodu. (Hájek et al., 2014; Procházka, 2020)

Kontraindikace k podání tokolýzy jsou rozdílné u jednotlivých druhů tokolytik. Existují ale všeobecná pravidla pro to, kdy by se tokolýza neměla podávat. Jedná se o následující tři situace: neviabilní plod, klinické známky chorioamnitidy a indikace z hlediska matky nebo plodu akutnímu k ukončení těhotenství. “ (ČGPS ČSL JEP, 2017)

Přehled tokolytik shrnuje tabulka 3.

³ Transport plodu v děloze.

Tabulka 3 - Přehled tokolytik

Tokolytika	Lékový příklad
Antagonisté oxytocinových receptorů	Atosiban ⁴
Beta-sympatomimetika	Hexaprenalin
Blokátory	Nifedipin
Inhibitory syntézy prostaglandinů	Indometacin
Síran hořečnatý⁵	-

Zdroj: ČGPS ČSL JEP, 2017, str. 163

1.6.2 Léčba antibiotiky

Antibiotika (ATB) jsou podávána za účelem předcházení a snižování incidence mateřských a neonatálních infekcí. Je všeobecně známým faktem, že bakterie mohou započít syntézu prostaglandinů, jež dále stimulují počátek děložní činnosti. (Hájek et al., 2014; Pařízek, 2012; Procházka, 2020)

Kdykoliv žena přichází na porodní sál pro hrozící předčasný porod, je zapotřebí udělat kultivační vyšetření na přítomnost GBS. Dále se antibiotická terapie liší podle toho, zda se jedná o předčasný porod se zachovalou plodovou vodou, nebo zda došlo k PPRM. (Pařízek, 2012)

V případě PPRM jsou ATB podána ihned, pokud možno intravenózně. Pokud ale žena přichází se zachovalou plodovou vodou, rutinnímu podání ATB se raději vyhneme, jelikož se prokázalo jako neefektivní. Sledujeme počet leukocytů, CRP a případné klinické známky infekce, kterými mohou být subfebrilie či tachykardie. Pokud cokoliv naznačuje možné infekci, stěr na GBS vychází pozitivně nebo je předčasný porod již nevyhnutelný, profylaxi antibiotiky započneme. (Hájek et al., 2014; Pařízek, 2012; Procházka, 2020)

V ČR volíme jakožto antibiotikum první volby penicilin G a to i z důvodu, že streptokoky skupiny B jsou bezesporu citlivé na peniciliny. Alternativou penicilinu je pak ampicilin. Pokud si je žena vědoma alergie na penicilinová ATB, volíme cefalosporiny 1. generace nebo klindamycin. Pokud jsou přítomny již výše zmíněné klinické či laboratorní známky infekce, je metodou volby dvojkombinace ATB, povětšinou ampicilin v kombinaci s gentamycinem. (Hájek et al., 2014; Pařízek, 2012; Procházka, 2020)

1.6.3 Léčba kortikosteroidy

Glukokortikoidy přispívají ke zrání orgánových systémů nenarozeného dítěte a to zejména systémů respiračního. Jejich účinek spočívá v podněcování tvorby surfaktantu v plicích plodu a významném snižování rizika syndromu respirační tísně u nezralých novorozenců. Kortikosteroidy dále snižují riziko úmrtí novorozence a riziko intraventrikulárního krvácení plodu či novorozence. (Hájek et al., 2014; Pařízek, 2012; Procházka, 2020)

⁴ Pro svoje minimální nežádoucí účinky je v současné době považován za tokolytikum první volby v Evropské unii. (Hájek et al., 2014)

⁵ Jeho tokolytické působení je velmi nejisté, jistý je ale jeho neuroprotektivní vliv na plod, kdy snižuje riziko výskytu dětské mozkové obrny. (Procházka, 2020)

V ČR se podává betamethason nebo dexamethason. Aplikace kortikosteroidů je doporučena v případě, že je těhotná ohrožená rizikem předčasného porodu do následujících sedmi dnů a to mezi týdny od 24+0 do 34+6 týdne těhotenství. Do sedmi dnů z toho důvodu, že jejich účinky trvají pouze sedm dnů po jejich aplikaci, přičemž první účinky můžeme pozorovat již za 24 hodin od aplikace. Během těhotenství je doporučováno podat pouze jednu kúru kortikosteroidů. (Hájek et al., 2014; Pařízek, 2012; Procházka, 2020)

Jako většina léků, i kortikosteroidy mají řadu nežádoucích účinků jak u plodu, tak u těhotné. V případě opakovaného podání kortikosteroidů u plodu existuje spojitost s poruchami myelinizace centrální nervové soustavy, poruchou vývoje mozku možnými poruchami psychomotorického vývoje u dětí v předškolním věku. (Hájek et al., 2014) Právě i proto by se měla aplikace kortikosteroidů vždy velmi pečlivě zvážit. (ČGPS ČSL JEP, 2017)

1.7 Predikce předčasného porodu

Predikci spontánního předčasného porodu můžeme rozdělit na predikci u těhotných žen asymptomatických a symptomatických. Predikce je stále velmi obtížná, současně jako prevence předčasného porodu, a tak stále není bezchybná. (ČGPS ČSL JEP, 2017)

Predikce spontánního předčasného porodu u asymptomatických těhotných je založena zejména na analýze rizikových faktorů, které mohou k předčasnému porodu vést. Jedná se zejména o zatíženou porodnickou anamnézu předčasným porodem či pozdním potratem ve druhém trimestru těhotenství a ultrazvukovým nálezem zkráceného děložního hrdla pod 25 mm do 30. týdne těhotenství. Pokud je děložní hrdlo zkráceno pod 15 mm, je riziko předčasného porodu do následujících sedmi dnů 50 %. (ČGPS ČSL JEP, 2017)

V rámci predikce předčasného porodu u symptomatických těhotných se používá vyšetření pomocí transvaginálního ultrazvuku, na kterém se zjišťuje funkční zkrácení hrdla děložního pod 25 mm do 30. týdne gravidity a stanovení hodnot tří biochemických markerů. Těmi jsou již výše zmíněný FFN, PAMG-1 a IGFBP-1. Všechny tři vyšetřujeme z cervikovaginálního sekretu. V případě negativního výsledku FFN mezi 22. a 34. týdnem gravidity by žena na 99,5 % neměla porodit do sedmi dnů. Přítomnost IGFBP-1 v cervikovaginálním sekretu svědčí o negativní prediktivní hodnotě až na 95 %. PAMG-1 má ve srovnání s výše zmíněnými biochemickými markery obdobnou negativní, ale současně i vyšší pozitivní prediktivní hodnotu pro porod do 7 dnů od stanovení tohoto markeru. (ČGPS ČSL JEP, 2017)

1.8 Management předčasného porodu

Před zahájením jakékoliv terapie je třeba vyhodnotit, zda-li je možné předčasný porod odvrátit, nebo jestli je předčasné ukončení těhotenství nevyhnutelné. To nám napomáhá zhodnotit Baumgartenovo skóre. Toto skóre vyhodnocuje 4 základní parametry. V případě, že žena v tomto skóre získá 6 nebo více bodů, je proces předčasného porodu nezvratný. Skóre podle Baumgartena shrnuje tabulka 4. (Roztočil, 2017)

Pokud se předčasný porod nachází ve fázi, kdy je možné ho zastavit, volíme adekvátní léčbu dle situace. Pokud není další pokračování těhotenství možné, musí se zdravotnické zařízení okamžitě připravit na porod nezralého novorozence. V případě že zdravotnické zařízení není na péči o takto předčasně narozené děti stavěno, je nutné zajistit okamžitý převoz těhotné do jednoho z perinatologických center. (Hájek et al., 2014; Pařízek, 2012; Roztočil, 2017)

V ČR se tuto chvíli nachází 12 perinatologických center, která se specializují na ty nejzávažnější případy a fungují na systému „transport in utero“. Tato centra se zaměřují na péči o extrémně nezralé novorozence, kterým mohou zajistit adekvátní intenzivní péči, včetně podpůrné ventilace. Tato centra soustřeďují děti narozené mezi 23. a 32. gestačním týdnem. Pokud žena rodí předčasně až po 32. týdně těhotenství, může být převezena do jednoho z intermediárních center. Těch máme v ČR 20 a fungují na úrovni okresů. I díky této organizaci péče se ČR řadí mezi země s nejnižší perinatální mortalitou. (Hájek et al., 2014; Pařízek, 2012)

Tabulka 4-Skóre podle Baumgartena

Rizikové faktory	0	1	2	3	4
Odtok plodové vody	Ne	Nejistý	-	Z dolního pólu	-
Kontrakce	Ne	Nepřavidelné	Pravidelné	-	-
Krvácení	Ne	Krvavý hlen	Krvácení	-	-
Dilatace hrdla	Ne	1 cm	2 cm	3 cm	4 cm

Zdroj: Roztočil, 2017, str.249

Samotné vedení předčasného porodu má řadu svých specifíků. Platí všeobecné pravidlo, že by porod měl být co nejšetrnější pro předčasně rozený plod. I z toho důvodu by se neměl porod před 34+0 týdnem těhotenství ukončovat operačně pomocí vakuumextraktoru. Nelze tvrdit, že císařský řez je k nenarozenému dítěti vždy šetrnější. Studie neprokázaly jakýkoliv benefit před vaginálním porodem. Velmi také záleží, jaká příčina k předčasnému porodu vedla. Pokud nastane akutní stav jako je například abrupce placenty, těžká preeklampsie, zásadní FGR s patologickými průtoky v pupečních cévách, hypoxie plodu či plod v poloze, kdy jej nelze родit vaginálně, neváháme a těhotenství ihned ukončujeme císařským řezem. Pokud žena rodí předčasně, měli bychom vždy myslet na možné riziko nadměrné děložní činnosti, která může vést až k hypoxii plodu. Předčasný porod je stresem jednak fyzickým, kdy rodička není dostatečně hormonálně připravena, jednak psychickým, kdy předčasný porod je vysoce stresující situací. Můžeme se proto u žen setkat s horším vnímáním bolesti. Ačkoliv jsme si zde vymezili pár základních rysů, jak by měl být předčasný porod organizován a veden, vše záleží na zvyklostech pracoviště. Setkat se můžeme s epiziotomií či pudendálním blokem. Procházka ale ve své knize uvádí, že „Podle mnoha studií provedení preventivní epiziotomie nepřináší prospěch pro předčasně narozené dítě.“ (Procházka, 2020) V neposlední řadě nesmí být opomenut psychologický aspekt předčasného porodu, který by měl být veden s citem a co největší empatií vůči rodičce. (Pařízek, 2015; Procházka, 2020)

1.9 Prevence předčasného porodu

Během předčasného porodu dochází k řadě složitých patofyziologických mechanismů, i proto je prevence předčasného porodu velmi složitá. Lze říci, že nyní neexistuje stoprocentně účinná primární prevence. (Koucký, Smíšek, 2014)

Každá těhotná žena může učinit v rámci prekoncepční péče i během těhotenství opatření, která snižují riziko předčasného porodu. Tato opatření se týkají zejména změny životního stylu, zanechání závislostí či léčení onemocnění, zejména těch urogenitálního traktu. (Kokešová, 2021)

V rámci úpravy jídelníčku se doporučuje konzumace omega3-nenasycených mastných kyselin, kyseliny listové či jejího biologicky aktivního folátu-5-methyltetrahydrofolátu. Pokud žena zanechá kouření již před těhotenstvím, riziko předčasného porodu tím také snižuje. Nesmíme zapomínat na důležitost preventivního zubního vyšetření, neboť během gravidity dochází k větší kazivosti zubů a léčení zánětlivého postižení periodontálních tkání riziko předčasného porodu snižuje. Všechna výše zmíněná opatření jsou pro těhotnou snadno dostupná a ačkoliv jejich dodržení není stoprocentním ručitelem toho, že předčasný porod nenastane, je na místě učinit tyto preventivní kroky. (Koucký, Smíšek, 2014)

U žen, které jsou ohroženy rizikem předčasného porodu, můžeme přistoupit k následujícím preventivním opatřením, kterými jsou cerkláž nebo podání progesteronu. Ženy mohou být ohroženy anamnesticky, symptomaticky nebo i na základě laboratorních výsledků svědčících o riziku předčasného porodu. (Procházka, 2020)

1.9.1 Cerkláž

Jedná se o sekundární prevenci, v některých případech i o terapeutický výkon. V dnešní době není prováděna tak často jako v letech minulých. S jejím provedením se setkáváme u žen, jež mají v anamnéze více předčasných porodů nebo těhotenských ztrát ve druhém trimestru. Může být provedena také u žen se zkráceným děložním hrdlem a současně zatíženou porodnickou anamnézou. Indikována může být v rámci prevence u žen s vícečetnou graviditou. Provádět by se měla nejdříve po 12. gestačním týdnu a nejpozději do 26. týdne těhotenství. Cerkláž by se v žádném případě neměla provádět v případě neztížitelné děložní činnosti, vaginálního krvácení, neviabilního plodu, PPRM nebo při známkách fetálního distresu či chorioamnitidy. (Hájek et al., 2014; Procházka, 2020)

Jestliže nenastanou komplikace, steh se u transvaginální cerkláže odstraňuje obvykle mezi 36. a 37. týdnem těhotenství. V případě plánovaného císařského řezu se ponechává až do samotného operačního dne, kdy je následně odstraněna. Pokud nastane jakákoliv z výše zmíněných kontraindikací cerkláže, odstraňujeme steh ihned. (Procházka, 2020)

Samostatnou kategorií je záchranná cerkláž, nazývána též „emergency“ cerkláž. K té se přistupuje tehdy, když vak blan prolabuje do pochvy. Pokud je hrdlo dilatováno na více než 4 centimetry a vak blan dosahuje před zevní branku, je zde vysoké riziko neúspěchu a selhání výkonu. (ČGPS ČSL JEP, 2017)

1.9.2 Progesteron

Progesteron je steroidní hormon, jehož úloha spočívá v tom, že udržuje relaxaci děložní svaloviny až do konce gravidity. Potlačuje tedy kontraktilitu myometria a tím udržuje kontinuitu těhotenství tak, aby dospělo do řádného termínu. (Lisnawati et al., 2019)

Progesteron se podává u těhotných bez příznaků s krátkým děložním hrdlem. Jeho podání by se mělo zvážit u těhotných se zatíženou porodnickou anamnézou předčasným porodem či potratem ve druhém trimestru gravidity. Podávat by se měl mezi 16. a 35. týdnem těhotenství a to vaginálně, kdy má současně protizánětlivé působení. (Procházka, 2020)

2 Stres

2.1 Definice stresu

Stres je definován jako jakákoliv situace, kdy je živý organismus vystaven určité zátěži a v reakci na ní aktivuje obranné mechanismy, jež mají za cíl zachovat stálost vnitřního prostředí organismu a zabránit jakémukoliv jeho poškození. (Adam et al., 2019) Stresová situace pak nastává v případě, že intenzita stresogenní situace převyšuje schopnost daného jedince situaci zvládnout a přizpůsobit se jí. Nadlimitní zátěž vede k vnitřnímu napětí a to následně k narušení homeostázy daného organismu. Zejména v minulosti stresová reakce sloužila jako neurohumorální a metabolicko-funkční průprava na boj a útek. Stresová situace bývá povětšinou spjatá s negativním emocionálním zážitkem, ale nemusí tomu tak být vždy. (Bartůňková, 2010; Křivohlavý, 2009)

2.2 Druhy stresu

Stres můžeme rozdělit na pozitivně prožívaný eustres a negativně prožívaný distres. (Křivohlavý, 2009)

2.2.1 Eustres

Eustresem se rozumí pozitivní zátěž, která jedinci přináší radost, rozvíjí ho v pozitivním slova smyslu a do jisté míry jedince stimuluje k vyšším výkonům. Eustres provází pozitivní emocionální zážitek, kterým může být například svatba, narození dítěte nebo výhra. S eustresem se můžeme setkat u lidí praktikujících adrenalinové sporty jako je horolezectví, potápění bez kyslíkového přístroje či bungee jumping. Během těchto činností se lidé dostávají do rizikových situacích z vlastní iniciativy. Eustres je také typický pro workoholiky. (Adam et al., 2019; Křivohlavý, 2009)

2.2.2 Distres

Distresem se rozumí jakákoliv nadměrná zátěž, ať už fyzická či psychická, která jedince poškozují a ohrožuje. Distres může vyvolat řadu onemocnění nebo v horším případě dokonce způsobit smrt. Distres bývá doprovázen negativními emocionálními zážitky. Během distresu se cítíme slabí a zranitelní, máme pocit, že nemáme dost sil. (Adam et al., 2019; Křivohlavý, 2009)

V neposlední řadě nesmíme zapomínat na to, že ne vždy je eustres prospěšný a naopak distres poškozující. I v důsledku působení eustresu také dochází k poruchám spojeným se stresem, kterými je například vyšší výskyt infarktů. Na druhé straně distres nám mnohdy může zachránit život, například hraje roli během útěku před požárem. (Adam et al., 2019)

2.3 Stresory

Stresory představují různé faktory, životní podmínky a zkušenosti, které testují v průběhu života naše adaptační schopnosti. (Kugelmass, M Lynch, 2014) Jednoduše řečeno se jedná o faktory, které ke stresu vedou. (Křivohlavý, 2009)

Opakem stresorů jsou pak salutory, které představují pozitivní faktory, které nám naopak v těžkých situacích pomáhají, povzbuzují nás a dodávají nám sílu stresovou situaci překonat. (Křivohlavý, 2009)

Stresorem může být prakticky cokoli a záleží na povaze každého z nás. To, co pro jednoho může být stresující, může druhého nechávat v klidu a naopak.

Důležitou roli u působení stresoru hraje i věk jedince. S rostoucím věkem schopnost adaptace vůči stresoru klesá. Pro staré jedince mohou být i dobře myšlené změny, které naruší stereotyp, vysoce stresující. (Jančík, 2011) U starších jedinců se také setkáme s vyšší hladinou stresových hormonů i v klidových podmínkách. (Bartůňková, 2010)

2.3.1 Dělení stresorů

Stresory se dělí podle zdroje působení, které shrnuje tabulka 5. (Bartůňková, 2010)

Tabulka 5 - Druhy stresorů podle zdroje působení a jejich příklady

Druhy stresorů	Konkrétní příklady
Fyzikální stresory	Teplo; chlad; tlak; vibrace; záření
Chemické stresory	Jedy; toxiny; otravy; infekce; alkohol
Biologické stresory	Hlad; žízeň; bolest; popáleniny; infekce
Psychosociální stresory	Strach ze smrti, z nemoci, ze zkoušky
Interpersonální stresory	Šikana; konflikt; ztráta blízké osoby

Zdroj: Bartůňková, 2010, str.16

Druhým způsobem rozdělení stresorů, se kterým se můžeme setkat, je dělení na akutní a chronické stresory. V poslední době se věnuje pozornost i tzv. každodenním starostem. (Kugelmass, Lynch, 2014)

Akutní stresory jsou ty stresory, které narušují obvyklý životní chod. Jedná se převážně o velké životní události, které vybočují z každodenního stereotypního života. Příkladem je smrt partnera, odchod do důchodu, porušení zákona či dovolená. (Kugelmass, Lynch, 2014) Stresory pak vedou k akutnímu stresu, který trvá v řádu minut či hodin. Na ten organismus reaguje mobilizací energetických zdrojů pro bezprostřední přežití organismu. (Bartůňková, 2010) U akutního stresu se můžeme setkat se zmateným jednáním, ztuhnutím, šokem⁶ či dokonce ztrátou paměti. (Hlávková, 2010)

Jako chronické stresory jsou definovány dlouhodobé, přetrvávající obtíže. Jednat se může o finanční potíže, zdravotní obtíže či nevyhovující bydlení. Chronické stresory jsou často spojovány s problémy zastávat jisté role (např. role rodiče dítěte s postižením). (Kugelmass, Lynch, 2014) Na rozdíl od akutních stresorů nemají nutně danou dobu trvání a jejich intenzita bývá mírnější a v časovém horizontu může kolísat či přicházet v nepravidelných intervalech. (Hlávková, 2010)

Následkem dlouhodobého působení chronických stresorů může dojít k prodlouženému fyziologickému vzrušení. Následuje kontinuální aktivita stresových hormonů, která vede k alostatickému stresu. (Kugelmass, Lynch, 2014) Jako alostatický stres je označován takový stres, který vede k patologickým změnám, nemoci či tkáňovému poškození. Promítnout se může pod obraz potlačení sexuálních funkcí, u žen sníženou schopností ovulace a otěhotnění či u mužů jakožto neschopnost mít dostatečnou erekci a produkovat testosteron. (Bartůňková, 2010)

Akutní a chronické stresory se vzájemně často proplétají a ovlivňují. Výsledkem působení chronického stresoru může být akutní stresor a naopak. Tento jev bývá označován jako „proliferace

⁶ Šok je definován jako snížená dodávka kyslíku do tkání.

stresu“. Příklad může být ztráta zaměstnání v podobě akutního stresoru, jenž vyvolá dlouhodobé finanční obtíže. Opačným způsobem mohou dlouhodobé manželské obtíže, jakožto chronický stresor, vést k rozvodu, tedy akutnímu stresoru. (Kugelmass, Lynch, 2014)

Každodenní starosti jsou drobná podráždění, která charakterizují každodenní život jedince. Mohou být pravidelné, epizodické či naprosto nepravidelné. Jde například o vaření, nakupování potravin, potíže s autem či špatné počasí. (Kugelmass, Lynch, 2014)

2.4 Fáze adaptačního stresového syndromu

Jedná se o obranné biologické mechanismy uplatňující se při stresu tak, aby umožnily přežití jedince, jenž je vystavený určitému nebezpečí. Tyto fáze popsal Hans Selye. (Adam et al., 2019)

Během jednotlivých fází tělo vyřazuje z provozu systémy, které nejsou nezbytně důležité a zbytečně by spotřebovávaly energii. Ta je naopak směřována do systémů nutných pro boj a útěk. Mezi základní stresové hormony řadíme kortizol a adrenalin. (Adam et al., 2019)

2.4.1 První fáze – alarmová

Nazývána taktéž fází poplachovou. Vyvolá reakci, jež dává tělu signál o přesunu energetických zdrojů. Krev proudí směrem do mozku, srdce a kosterních orgánů. Somatomotorické reflexy zapříčiní změnu svalového napětí v důsledku čehož jsou zahájeny obranné pohyby. Hlavním zalarmovaným nervovým systémem je sympatikus. Celá reakce je krátkodobá. Vcelku nevyzařuje velkou efektivitu, ale je nutná k překonání primární krize. (Bartůňková, 2010)

Jejím cílem je tedy především rychlá mobilizace energetických zdrojů pro odvrácení akutního ohrožení jedince. (Jančík, 2011) Ta zahrnuje vyšší funkci kardiorepiračního systému, vyšší svalový tonus a sílu, nižší práh bolesti, rozšíření zornic, potlačení trávicích pochodů, nadměrné pocení, snížení reprodukčních mechanismů a v neposlední řadě zlepšení kognitivních a smyslových dovedností. (Bartůňková, 2010)

2.4.2 Druhá fáze – adaptační

Jedná se fázi rezistence, která nastává vlivem opakovaného působení stresoru. (Bartůňková, 2010) Během této fáze se jedinec vyrovnává s přetrvávajícím ohrožením všemi možnými prostředky a přizpůsobuje se stresu. (Jančík, 2011)

Adaptační reakce může být buď absolutní, částečná či žádná. (Bartůňková, 2010)

2.4.3 Třetí fáze – vyčerpání

V této fázi již není jedinec schopen odolávat dále trvajícím stresu a byly vyčerpány všechny jeho adaptační mechanismy. Organismus je natolik vyčerpán, že bývá nevratně poškozen či dokonce umírá. (Jančík, 2011) Rezistence je nedostačující nebo se úplně vytrácí. Důvodem může být porucha adaptačních mechanismů nebo příliš vysoká intenzita působení stresoru. (Bartůňková, 2010)

2.5 Důsledky stresu

Působení nadměrného stresu může jedince poznamenat na mnoha frontách. Promítnout se může jak do duševního, tak do tělesného zdraví. Není pravidlem, že se všechny uvedené důsledky vždy objeví. Každý individuální tvor reaguje na stres odlišným způsobem. Například u dětí se stres často promítá pod obrazem tělesné bolesti. Tabulka 6 shrnuje roviny, do kterých se stres může promítnout, a jejich příklady. (Nešpor, 2019)

Tabulka 6 - Možné důsledky stresu a jejich konkrétní příklady

Roviny stresu	Příklady
Emocionální rovina	Neklid, úzkost, roztěkanost, apatie, prudké změny nálad, trápení se maličkostmi
Tělesná rovina	Oslabení imunitního systému, nucení na močení, sevřené hrdlo, plynatost, bušení srdce, nepravidelná menstruace, bolesti hlavy
Chování	Napětí ve vztazích, nedostatečná komunikace, neschopnost sympatie a empatie, nerozhodnost, egocentrismus, zvýšení závislostí všeho druhu
Pracovní výkonnost	Ztráta výkonnosti, pokles sebedůvěry a energie, zanedbávání povinností, nižší kvalita i objem vykonané práce, absence v práci

Zdroj: Jančík, 2011, str.15; Nešpor, 2019, str. 10

2.6 Psychologické mechanismy zvládnání stresu

Psychologické mechanismy přirozeně provázejí každou stresovou reakci.

Velmi záleží na tom, jak na konkrétní stresovou situaci pohlížíme. Tím je částečně určeno, jak bude probíhat psychobiologická reakce. Primární hodnocení spočívá v tom, že jedinec určí podstatnost situace a vyhodnotí, zda se jedná o pomyslnou hrozbu či výzvu. Psychologickým mechanismem v tomto případě je např. ten, kdy se jedinec odcizí od situace a svých aktuálních myšlenek a na situaci pohlíží objektivněji. (Gamaiunova et al., 2019)

Dalším důležitým mechanismem je regulace emocí, skrz kterou můžeme ovlivnit kdy máme jaký druh emoce, jak ji prožíváme a jak ji vyjadřujeme. (Gamaiunova et al., 2019)

Obranné mechanismy zvládnání stresu pak můžeme rozdělit na aktivní či pasivní. (Bartůňková, 2010) V případě, že se obranné mechanismy stanou převládající technikou reakce na stres, jsou projevem špatně přizpůsobené osobnosti. (Jančík, 2011)

2.6.1 Pasivní techniky

Mezi pasivní techniky zvládnání lidského stresu řadíme:

- Popření – Jedinec si odmítá připustit závažnost stavu. Jedná se o jakousi rezignaci na řešení problému. Příkladem je dětské zavírání očí.
- Regresi – Jedná se o metodu, kdy jsou reakce jedince zpřimitivněné. Ten se navrácí k vývojově nižšímu stádiu. Příkladem je infantilní chování u dospělého.
- Izolaci – Jedinec uniká do samoty a pokouší se problém ignorovat. Izolace představuje destruktivní metodu, která snižuje schopnost jedince řešit nové stresové situace.
- Denní snění – Jde o útek z reality na fantazijní úrovni. Jedinec prožívá své „kdyby“. V malém rozsahu může přinášet jedinci inspiraci. Vyskytuje se zejména u dětí.
- Únik do nemoci – I tato pasivní technika je známá zejména u dětí. Pozorujeme snahu zvýšit zájem o sebe samotného. Je nesmírně důležité odlišit záměrnou simulaci od nezáměrné hypochondrie. (Bartůňková, 2010; Jančík, 2011)
- Vytěsnění – Bolestné a nepříjemné zážitky jedinec vytěsní z vědomí.

- Potlačení – Veřejně své myšlenky popíráme, ale vnitřně si je plně připouštíme. (Jančík, 2011)

2.6.2 Aktivní techniky

Mezi aktivní techniky zvládnání lidského stresu řadíme:

- Agresi – Jedná se velice efektivní techniku zvládnání stresových situací, ne vždy je ale společensky vhodná.
- Upoutávání pozornosti – Zastávání extrémních názorů během diskuse či nošení kontroverzního oblečení.
- Identifikaci – Jedinec se ztotožní s nějakou osobností, což mu zvýší sebevědomí. (Bartůňková, 2010)
- Kompenzaci – Příklad, kdy nemůže být určitá potřeba uspokojena a tak se zaměří na jinou. Časté u jedinců s pocitem méněcennosti a u sportovců.
- Sublimaci – Jedná se o přesun svých nesplněných tuh a přání do sociálně přijatelných aktivit. Příkladem je agrese v boxu, či negativní sublimace pedofilních sklonů u vedoucího na dětském táboře. Sublimaci bývá také vysvětlován vznik náboženství či umění. (Bartůňková, 2010; Jančík, 2011)
- Projekci – Své nehezké vlastnosti přepisujeme ostatním. Jedinec pije alkohol, protože přece pijí všichni či se chová vůči ostatním onak, protože jim to patří.
- Racionalizaci – Svému chování dáváme logické vysvětlení a obhajujeme ho.
- Sebetrestání – Neracionální technika racionalizace, při které se jedinec trestá za své činy.
- Intelektualizace – Se stresovou situací se jedinec vyrovnává pomocí intelektuálních pojmů. Intelektualizaci vídáme zejména u lékařů. (Jančík, 2011)

3 Mateřský stres a jeho souvislost s těhotenstvím a předčasným porodem

Stres během těhotenství zažívají téměř všechny těhotné ženy. U žen, které byly během gravidity vystaveny větší míře stresu, je popisován zvýšený výskyt psychických i porodnických komplikací, kterými jsou například předčasný porod, porod novorozence nízké porodní hmotnosti či hypertenzní choroby matky. (Cardwell, 2013) Během těhotenství se také můžeme setkat se specifickým stresem, který pramení ze samotného těhotenství. Typické stresory jsou v tomto případě fyzické změny fyziologicky spojené s těhotenstvím či obavy z porodu a následné rodičovské role. (Shapiro et al., 2013)

Stres během gravidity může mít za následek vyšší produkci zánětlivých markerů, kterými jsou cytokiny. U žen, které byly vystaveny vyššímu psychosociálnímu stresu byly pozorovány zvýšené hladiny cytokinů. Ty se uvolňují v situaci, kdy žena prožívá chronický stres. Cytokiny pak podporují produkci prostaglandinů účinkujících na myometrium s cílem vyvolat děložní stahy. Můžeme tak poukázat na možnou spojitost předčasného porodu se stresem. (Cardwell, 2013; Shapiro et al., 2013)

U matek, které porodily předčasně byly prokázány zvýšené hladiny mateřského kortizolu. Kortizol je primárním stresovým hormonem, který je vylučován osou hypotalamus-hypofýza-nadledviny v reakci na stresovou situaci. Jeho vyšší hladiny jsou nezbytné pro fyziologický začátek porodu, který provází uvolnění oxytocinu a příprava myometria na jeho účinek. Nicméně stres má za následek skutečnost, že dojde ke zvýšení hladin mateřského kortizolu významně před termínem porodu, což může vést k předčasnému porodu. (Cardwell, 2013)

Zajímavým faktem je, že osa hypotalamus-hypofýza-nadledviny je pokračujícím těhotenstvím utlumována. To ve výsledku vede k faktu, že stresující události prožité v začátku těhotenství mohou být ženou vnímány jako významně více stresující než ty, které se odehrají ke konci gravidity. (Shapiro et al., 2013)

Chronický stres má pak za následek vyšší náchylnost ženy k infekci, která je nejrizikovějším faktorem předčasného porodu. (Shapiro et al., 2013)

Velmi zranitelnou skupinou žen, u kterých pozorujeme zvýšený výskyt předčasných porodů vyvolaných stresem, jsou ty ženy, které byly dlouhodobě léčeny pro neplodnost nebo mají v anamnéze habituální potrácení. Nejdůležitější psychosociální rizikový faktor předčasného porodu představuje nechtěná gravidita. (Cardwell, 2013)

3.1 Co říkají studie?

Studie z roku 2015 se zaměřila na spojitost deprese, úzkosti a vnímaného stresu v souvislosti s předčasným porodem. Vztah předčasného porodu a vnímaného stresu byl zkoumán v pěti různých studiích, přičemž ve všech z nich byla prokázána významná souvislost. Ze tří studií, které vykazovaly nízké riziko zkrácení, dvě poukázaly na zvýšené riziko předčasného porodu. Stres v kombinaci s elevací zánětlivých biomarkerů se pak podepsal na významném zkrácení délky gestace. Pouze jedna studie poukázala na samotný stres jako na významný faktor přispívající k předčasnému porodu, zbytek studií ho uvádí v kombinaci s úzkostí, zánětlivými biomarkery, zatíženou porodnickou anamnézou, stupněm vzdělání a abusem kouření. (Staneva et al., 2015)

Další, tentokrát retrospektivní studie, zase pojednává o souvislosti stresu, předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti novorozence u žen, které byly vystaveny během těhotenství raketovým útokům se ženami neexponovanými těmto útokům. Výsledky ukázaly, že ženy, které byly útokům vystaveny, měly výrazně vyšší riziko porodu novorozence nízké porodní hmotnosti oproti ženám nevystaveným. Konkrétně se jednalo o 14,9 % ku 3,8 %. Naopak ale nebyl pozorován rozdíl v četnosti předčasného porodu mezi ženami exponovanými a neexponovanými. Studie také poukázala na fakt, že některá stadia těhotenství jsou citlivější na vnímání stresu než jiná. Konkrétně v této studii měla největší dopad na psychiku těhotné expozice během druhého trimestru. (Wainstock et al., 2012)

Studie porovnávající hladiny mateřského kortizolu ve vlasech v různých obdobích gravidity dospěla k závěru, že ženy, které porodily předčasně, měly vyšší průměrnou koncentraci kortizolu ve vlasech ve druhém trimestru než ženy, které porodily v termínu. Jednalo se ale pouze o druhý trimestr, nikoliv o první ani o třetí. Zdá se tedy, že míra stresu ve druhém trimestru se jeví nejsilněji spojena s předčasným porodem. (Hoffman et al., 2016)

Jiná studie zase potvrdila mateřský stres jako významný prediktor předčasného porodu. U žen, které porodily předčasně byla signifikantně vyšší míra stresu než u žen, které porodily v termínu. Jednalo se o 42,3 % u předčasného porodu versus 20 % u porodu v termínu. Stres byl měřen pomocí Thai Perceived Stress Scale-10. (Tanpradit, Kaewkiattikun, 2020)

V jiné studii bylo odhadnuto 20 % předčasných porodů jakožto důsledek působení mateřského stresu během těhotenství jako přiřaditelného rizikového faktoru. (Lilliecreutz et al., 2016)

Výše bylo zmíněno pouze pár studií z mnoha, které můžeme dohledat. Studie jsou mnohdy protichůdné. Dalším úskalím těchto studií je fakt, že stres je vskutku těžce měřitelný. Stres je vnímán individuálně každým z nás. I tak ale stále častěji nalzáme novodobé studie, které potvrzují stres jakožto důležitý prediktor předčasného porodu. Proto je důležité se tomuto tématu nadále věnovat a dále ho zkoumat. Zdravotníci mohou snížit míru stresu cílenými intervencemi vůči těhotné.

4 Komunikace se ženou, které hrozí předčasný porod

Předčasný porod je velice stresující a hlavně ve většině případů neočekávanou situací v životě ženy i jejího partnera. Celé těhotenství se žena těší na pocit, až bude své zdravé dítě držet v náručí a ani ji nenapadne, že by tomu mohlo být jinak. A pak to přijde, předčasný porod, svět se otáčí vzhůru nohama. Štěstí a očekávání zdravého donošeného potomka se rázem mění v pocity beznaděje a strachu o nenarozené dítě.

Předčasný porod se výrazně odlišuje od mentálního modelu termínové porodu, který si osvojila většina rodičů. Pro většinu rodičů se také jedná o naprosto cizí zkušenost. Matka může pociťovat smutek nad ztrátou normálního fyziologického těhotenství. Oba rodiče bývají často zahlceni řadou silných negativních emocí, které je třeba respektovat. Jedná se o vysoce stresující situaci, která si žádá ze strany rodičů spoustu nezodpovězených otázek. (Watson, Stokes, 2015)

4.1 Pocity u žen v souvislosti s předčasným porodem

4.1.1 Stres

Akutní stres je velice častým projevem, zejména po sdělení diagnózy hrozícího předčasného porodu. (Takács et al., 2015)

Samotný vzhled předčasně narozeného potomka a jeho chování je pro matky také velice stresující. To je na první pohled velmi malé a křehké. Mnoho matek při prvním pohledu na dítě prožilo pocit, že dítě nemůže být jejich. (Spinelli et al., 2016)

Stresují je také prostředí jednotky intenzivní péče (JIP), kde může novorozenec strávit týdny až měsíce. (Kantrowitz-Gordon, 2013) Hlučící přístroje, spousta hadiček, modré světlo a v neposlední řadě droboučké miminko uprostřed velkého inkubátoru zanechá v matce stresující zážitek.

Studie poukázala na fakt, že matky, které byly podrobeny antenatální hospitalizaci prožívaly větší míru stresu. Čím delší pak hospitalizace před porodem byla, tím je u žen popisována větší míra stresu. Stres pak také stoupá se snižujícím se gestačním týdnem, ve kterém má být novorozenec narozen. Žena s diagnózou hrozícího předčasného porodu pak může v nemocničním zařízení strávit týdny až měsíce. (Pichler-Stachl et al., 2016)

4.1.2 Strach

Často provází tyto ženy pocit strachu. Převážně se jedná o strach o své dítě, konkrétně o jeho zdravotní stav, jeho přežití či jeho vyhlídky do budoucna na kvalitní život. (Takács et al., 2015) Bezprostředně po porodu převažuje u ženy strach o samotné přežití dítěte, se zlepšujícími se prognózami však strach ze smrti potomka vystřídá strach z případných následků. (Andělová, 2009) Strach může mít žena také o své další děti, které nestihla zabezpečit.

4.1.3 Bezmoc

Nemožnost ovlivnit situaci a rozhodovat o svém dítěti vyvolává v ženě pocit bezmoci. (Andělová, 2009) Žena pokládá sama sobě otázku „proč já?“ a hledá viníka předčasného porodu. Často dochází k sebeobviňování. (Ratislavová, 2008)

4.1.4 Pocit selhání v rodičovské roli

Žena má kvůli nepřírozenému ukončení těhotenství pocit, že selhala jako matka. Pocit, že neposkytla svému dítěti bezpečí jejího těla a nezvládla ho donosit a ochránit před bolestí a okolním

světem. Po narození novorozence pak mají pocit, že nejsou schopny zajistit nejzákladnější potřeby pro své dítě. Často u těchto matek chybí mateřský cit v podobě pocitu, že své dítě nemiluje nebo si dokonce přeje, aby zemřelo. Chybění mateřského citu může mít souvislost s časným odebráním dítěte ihned po porodu. Mateřské pouto utvořené již v těhotenství bývá dočasně pozastaveno než začnou být vyhlídky na přežití dítěte pravděpodobnější. (Spinelli et al., 2016; Takács et al., 2015) Při delší separaci matky a dítěte se může dostavit dokonce pocit „nereálnosti“ dítěte, tedy pocit, jako by její dítě vůbec neexistovala či nevnímá dítě jako své vlastní. (Ratislavová, 2008)

4.1.5 Žárlivost na zdravotnický personál

Pokud dojde k předčasnému narození dítěte, bude pravděpodobně ihned převezeno na specializovanou JIP pro novorozence. Tam si převezme dítě do péče zdravotnický personál. Matky se mnohdy musí ptát, jestli se dítěte mohou vůbec dotknout, což vyvolává pocit, jako by dítě patřilo někomu jinému. To může v ženě podpořit již výše zmíněný pocit rodičovské nekompetence nebo se dokonce může projevit žárlivost na sestry pečující o předčasně narozeného novorozence. Proto je velmi vhodné zapojit rodiče do péče o jejich dítě. (Spinelli et al., 2016; Takács et al., 2015) Výborným způsobem zapojení rodičů do péče je i nám již známe „klokánkování“.

4.1.6 Deprese a úzkost

Matky předčasně narozených dětí jsou náchylnější k depresi a úzkosti než matky dětí narozených v termínu. To je vcelku logické a vyplývá to z logiky této nečekané a vysoce stresující situace. (Andělová, 2009; Kantrowitz-Gordon, 2013) Důležité je ale podotknout, že právě mateřská deprese a perinatální úzkost mají negativní dopad na vztah mezi matkou a dítětem. (Petit et al., 2016) To potvrzuje ve své studii Stevenson-Hinde et al., 2011, kde zároveň uvádí, že matky, které neměly partnera prožívaly výrazně vyšší míru úzkosti než ty, které partnera měly.

4.2 Zásady komunikace se ženou v rámci předčasného porodu

S ženou by mělo být řádně komunikováno po celou dobu těhotenství, ať je ohrožená předčasným porodem či nikoliv. V rámci prenatalních poraden bychom ženu měli edukovat o probíhajícím těhotenství a fyziologických procesech, které nastanou či případněm rozpoznání známek patologie. Žena je v tu chvíli plně odkázána na informace, které jí podají zdravotničtí pracovníci. Právě proto je klíčovou ona trpělivá a empatická komunikace.

V případě předčasného porodu je pak komunikace o to důležitější. Ta si žádá během této mimořádné situace množství empatie.

Je také třeba mít na paměti, že takovou situaci, jakou je předčasný porod, doprovází velká míra stresu. Ta má za následek to, že vnímání informací stresovaných rodičů předčasně narozeného dítěte je omezené a současně je narušena krátkodobá paměť. I tomu je třeba komunikaci přizpůsobit například opakováním daných informací. (Takács et al., 2015)

Je přirozené, že člověk vyžaduje mít děti, které budou růst a vyvíjet se správným směrem, a právě předčasné narození dítěte je významným narušitelem této základní lidské potřeby. Při komunikaci s rodiči mějme tento fakt na paměti. (Matoušová, 2011)

Samozřejmostí by měla být možnost využití klinického psychologa či jiné odborné pomoci. Neváhejme ženu o těchto možnostech informovat. (Takács et al., 2015)

4.2.1 Otázky ohledně dítěte

Ze strany rodičů zůstává spousta nezodpovězených otázek ohledně jejich dítěte. Pokud je to alespoň trochu možné a nejedná se o extrémně akutní situaci, je vhodné informovat rodiče ještě před samotným porodem. Důležitou informací je fakt, že dítě od nich bude ihned odděleno a bude mu poskytnuta nezbytná intenzivní pomoc. Rodičům v hlavě leží otázky typu „na jakém oddělení bude jejich dítě ležet, jaké úkony na jejich dítěti budou prováděny a v neposlední řadě kdo o takto předčasně narozené dítě bude pečovat“. Neonatologové by měli oběma rodičům tyto intervence objasnit již před samotným narozením dítěte a zmírnit tak jejich obavy a úzkost. Doba, kdy rodiče své dítě neuvidí a jsou vzájemně odděleni se může zdát jako nesnesitelná věčnost a proto je na místě zmírnit obavy řádnou informovaností rodičů. (Watson, Stokes, 2015)

I nadále by poté měli být rodiče kontinuálně informováni o zdravotním stavu jejich dítěte. Tyto informace by rodičům dítěte měly být podávány pravdivě, jasně, srozumitelně a současně vždy velmi šetrně. Je více než pravděpodobné, že rodič nepochopí hned na poprvé vše, co je mu sděleno. Je tedy vhodné si vyhradit vždy dostatečný čas na doplňující otázky ze strany rodičů. Současně je třeba zachovat trpělivost. Pokud je to možné, měli by být přítomni oba rodiče. (Matoušová, 2011)

4.2.2 Pravidla pro správnou komunikaci

Komunikace by měla probíhat na vhodném místě, kde bude na komunikaci dostatečný prostor, klid a soukromí. Pro komunikaci je také vhodné vyhradit si patřičnou dobu na sdělení informací (není např. vhodné mluvit na ženu během kontrakce). Než vůbec komunikaci započneme, je vhodné se představit včetně sdělení našeho postavení.

Samotný projev empatie a trpělivé naslouchání vykazuje často samo o sobě terapeutický efekt. (Takács et al., 2015)

Je také třeba připomenout, že bychom měli respektovat jakékoliv pocity a reakce na tuto stresovou situaci a opakovaně vysvětlovat, že tyto reakce jsou naprosto normální a v pořádku. (Takács et al., 2015) Ženu bychom měli podpořit v těchto citových projevech a povzbuzovat ji k vyjadřování otevřenými otázkami a reflektováním obav ženy. Uznejme smutek a ztrátu a naopak jemně zpochybňujeme pocit nedostatečnosti a sebeobviňování. (Kantrowitz-Gordon, 2013)

Přijměme a respektujeme příběh ženy. Povzbuzujeme ji ve vyprávění jejího příběhu a snažme se ji nepřerušovat. Bavme se o tom, co podle ženy mohlo proběhnout jinak. (Kantrowitz-Gordon, 2013) V případě že jsme ženě nemohli vyhovět, vysvětleme jí proč. (Takács et al., 2015)

Informujme ženu o existenci podpůrných skupin věnujících se problematice předčasně narozeného porodu. Je to jeden ze způsobů, jak žena může získat emocionální podporu. (Kantrowitz-Gordon, 2013) Jednou z neziskových organizací věnujících se problematice předčasně narozených dětí u nás v ČR je například organizace Nedoklubko. Ženě může pomoci sdílet příběh se ženami, které si prošly tím samým.

Vyberme vhodné oslovení ženy. Nejlepší je užít „paní“ následováno příjmením dotyčné. (Takács et al., 2015) Vyhněme se žoviálnímu oslovení jakým je např. „mamko“, „mamčo“ či „maminko“.

V neposlední řadě nezapomínejme, že porodnictví je velmi citlivý obor. To, co se nám zdravotníkům může zdát každodenní rutinou, může být pro ženu velice intimní a choulostivé.

V případě, že se vyskytneme v situaci, kdy nevíme, co bychom měli říct, je lepší neříkat nic. Mnohdy pomůže i pouhé pohlazení či obětí. (Takács et al., 2015)

4.2.3 Čemu se v rámci komunikace vyvarovat

V následujících pár bodech shrnu to, čemu bychom se během komunikace se ženou měli naopak vyvarovat

- Pokud se opakují dotazy na ty samé otázky, nehněvejme se, je normální, že v takto náročné situaci nemusí žena postřehnout všechny informace
- Neslibujme ženě, že její dítě bude zdravé, to slíbit nikdy nemůžeme
- Neříkejme rodičům, že jim pomůže, když si pořídí dalšího potomka
- Minimalizujme použití odborné terminologie
- Vyhněme se sdělování informací z našeho osobního života
- Nedávejme najevo případné interpersonální antipatie. (Takács et al., 2015)

Praktická část

6 Výzkumné cíle a předpoklady

Výzkumná část bakalářské práce se věnuje problematice stresu v těhotenství a měří míru stresu u těhotných žen pomocí „Škály vnímaného stresu“. Porovnává míru stresu u žen s fyziologickým průběhem těhotenství, bez zatížené porodnické anamnézy, se ženami se zatíženou porodnickou anamnézou předchozím předčasným porodem, potratem ve II. trimestru těhotenství, porodem mrtvého plodu, či mají v této graviditě zkrácené děložní hrdlo pod 25 mm či u nich došlo k PPRM. Dále se výzkumná část bakalářské práce zaměřuje na problematiku komunikace, edukace a vzdělávání žen v oblasti perinatální péče. Bylo stanoveno 5 cílů a 3 výzkumné předpoklady.

6.1 Cíle

Cíl 1: Zjistit míru stresu u těhotných žen.

Cíl 2: Porovnat míru stresu u žen bez zatížené porodnické anamnézy se ženami, které jsou předčasným porodem prokazatelně ohroženy.

Cíl 3: Zjistit, zda by dle názoru žen, pomohla jejich těhotenským obavám dostatečná komunikace s porodní asistentkou či porodníkem a jak dlouhá by edukace případně měla podle nich být.

Cíl 4: Zjistit, odkud ženy čerpají informace ohledně těhotenství, porodu a šestinedělí.

Cíl 5: Zjistit, zda se ženy ocitly v situaci, kdy jim různý zdravotnický pracovní sdělili naprosto různé a protichůdné informace.

6.2 Výzkumné předpoklady

Výzkumný předpoklad 1: U těhotných žen ohrožených předčasným porodem bude prokázána vyšší míra stresu než u těhotných žen neohrožených předčasným porodem.

Výzkumný předpoklad 2: Více než dvě třetiny žen má obavy z předčasného porodu a napadne je na něj myšlenka.

Výzkumný předpoklad 3: Více než polovina žen, která se ocitla v situaci, kdy jí různí zdravotnický pracovníci sdělili naprosto odlišné informace, se cítila vystresovaně či zmateně.

7 Metodika výzkumu

7.1 Metoda sběru dat

Do bakalářské práce byla použita data získaná formou dotazníkového šetření. Výzkum probíhal v období od 17.11.2021 do 28.2.2022 a účastnilo se jej celkem 645 respondentek. Dotazník byl distribuován na sociální sítě facebook a instgram. Byl vytvořen dotazník pomocí aplikace „Survio“ obsahující celkem 22 otázek. Ten byl dále pro přehlednost rozdělen na vlastní dotazníkové šetření (otázky číslo 1-12) a Škálu vnímaného stresu (otázky číslo 13-22). Dotazník pak obsahuje 19 uzavřených otázek, 2 otázky otevřené a 1 otázku polouzavřenou. Uzavřené otázky tvoří 2 otázky identifikační, 6 otázek dichotomických, 4 otázky výběrové a 10 škálových otázek. V úvodu byly respondentky obeznámeny s tím, kdo je autorem dotazníku, pro koho je dotazník určen, k čemu dotazník poslouží a byly ujištěny o anonymitě. V závěru pak nechybělo poděkování za strávený čas vyplněním dotazníku.

7.2 Charakteristika zkoumaného vzorku

Výzkumný soubor tvořily všechny těhotné ženy bez ohledu na věkovou kategorii. Ženy vyplňovaly dotazník zcela dobrovolně a anonymně. Pro to, abychom ženy mohli rozdělit mezi ty, které jsou ohroženy rizikem předčasného porodu (tj. po předchozím předčasném porodu, potratu ve II. trimestru těhotenství, po porodu mrtvého plodu, se zkráceným děložním hrdlem pod 25 mm či u nich došlo k předčasnému odtoku plodové vody) a ty předčasným porodem neohrožené, sloužila otázka číslo 4. U těchto dvou skupin pak byla porovnávána míra vnímaného stresu.

7.3 Metoda zpracování dat

Dotazník vyplnilo celkem 645 respondentek. Jeden odeslaný dotazník ale nebyl kompletně vyplněný a v dalších dvou ženy nesplnily kritérium, které by jim umožnilo účastnit se tohoto výzkumu (tzn. těhotenství). Celkem tedy bylo do výzkumu použito 642 vyplněných dotazníků. Získaná data pak byla zpracována formou grafů, tabulek a prostého textu. Ve vlastním dotazníkovém šetření bylo užito několik veličin, kterými jsou absolutní četnost, celková četnost (n), a relativní četnost. Celková četnost představuje celkový počet respondentek, přičemž absolutní četnost vyobrazuje pouze konkrétní počet respondentek na konkrétní otázku. A nakonec relativní četnost, která je výsledkem dělení absolutní četnosti četností celkovou. Je vyjadřována v procentech a zaokrouhlena vždy na jedno desetinné číslo. Výsledná relativní četnost je pak vždy zaokrouhlena na celé číslo. K vyhodnocení Škály vnímaného stresu byly použity hodnoty minimum, maximum, součet, průměr a směrodatná odchylka. Směrodatná odchylka vypovídá o tom, jak moc se od sebe liší jednotlivé odpovědi. Čím je její hodnota vyšší, tím se hodnoty více liší a naopak. Tyto hodnoty jsem vypočítala pomocí programu Microsoft Excel. Všechny výsledné hodnoty Škály vnímaného stresu jsou zaokrouhleny na tři desetinná čísla.

8 Výsledky

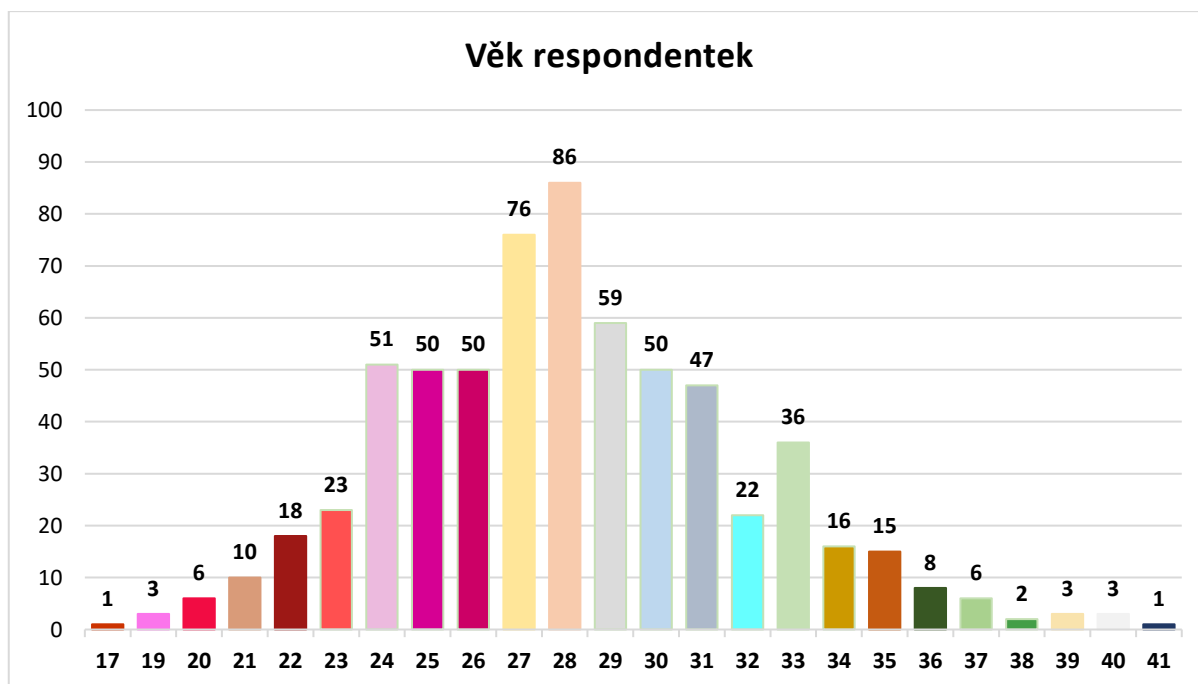
8.1 Výsledky vlastního dotazníkové šetření

Vlastní dotazníkové šetření se skládalo celkem z 12 otázek. Jeho hlavním cílem bylo seznámit se s charakteristikou respondentek, zjistit, jaké mají zkušenosti s předčasným porodem, jestli a jakým způsobem čerpají informace ohledně těhotenství porodu a šestinedělí, jak by si představovaly edukaci a komunikaci ze strany zdravotníků a v neposlední řadě tyto respondentky primárně rozdělit na ty ohrožené předčasným porodem a ty bez většího rizika předčasného porodu. Toto rozdělení pak slouží zejména k poměrování míry vnímaného stresu v další části dotazníkového šetření.

8.1.1 Otázka č.1 – Váš věk?

Jednalo se o otázku otevřenou, jejíž odpovědí bylo číslo. Graf 1 vyobrazuje věk žen a počet respondentek, které jsou právě tohoto věku. Vyobrazuje tedy i to, ve kterém věku ženy nejvíce těhotní. Nejvíce respondentek bylo starých 28 let, jednalo se o 13,4 % ze všech respondentek. Nejmladší respondentce bylo pouhých 17 let, nejstarší pak 41 let. Pro přehlednost byla vytvořena tabulka 7, kde byly respondentky rozděleny do několika věkových kategorií. Tam měla největší zastoupení věková kategorie 21-30 let, která tvořila 73,7 %, věková kategorie 31-40 měla zastoupení 24,6 %, věková kategorie 15-20 let zaujímala 1,6 % a nejméně bylo respondentek ve věkové kategorii 41-50 let, kde se nacházela pouze jedna žena a zaujímala 0,2 %.

Graf 1 – Věk respondentek



Tabulka 7 - Věkové rozdělení respondentek do věkových kategorií

Věková kategorie	Absolutní četnost	Relativní četnost
15-20 let	10	1,6 %
21-30 let	473	73,7 %
31-40 let	158	24,6 %
41-50 let	1	0,2 %
Celkem	642	100 %

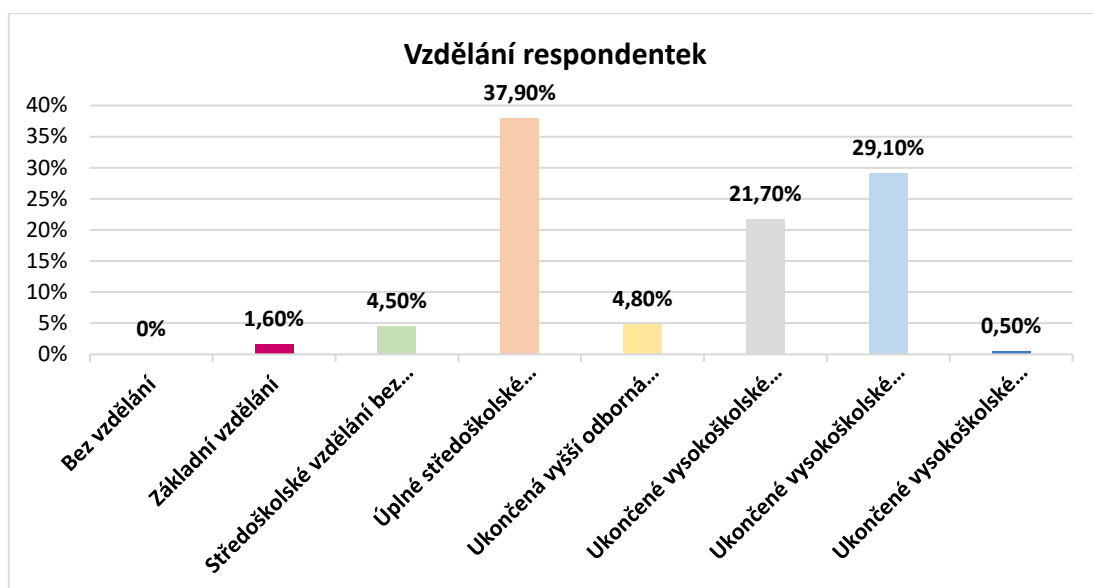
8.1.2 Otázka č.2 – Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Z otázky číslo 2 vyplývá, že nejvíce respondentek dosáhlo úplného středoškolského vzdělání s maturitou (37,9 %). 29,1 % respondentek uvedlo ukončené vysokoškolské vzdělání v magisterském studiu, 21,7 % ukončené vysokoškolské vzdělání v bakalářském studiu, 4,8 % ukončenou vyšší odbornou školu nebo konzervatoř, 4,5 % středoškolské vzdělání bez maturity, 1,6 % základní vzdělání a 0,5 % uvedlo ukončené vysokoškolské vzdělání v doktorském studiu. Bez dokončeného základního vzdělání nebyla ani jedna z respondentek. Výše zmíněná data přehledně shrnuje tabulka 8 a graf 2.

Tabulka 8 - Vzdělání respondentek

Vzdělání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Bez vzdělání	0	0 %
Základní vzdělání	10	1,6 %
Středoškolské vzdělání bez maturity	29	4,5 %
Úplné středoškolské vzdělání s maturitou	243	37,9 %
Ukončená vyšší odborná škola nebo konzervatoř	31	4,8 %
Ukončené vysokoškolské vzdělání v bakalářském studiu	139	21,7 %
Ukončené vysokoškolské vzdělání v magisterském studiu	187	29,1 %
Ukončené vysokoškolské vzdělání v doktorském studiu	3	0,5 %
Celkem	642	100 %

Graf 2 – Vzdělání respondentek



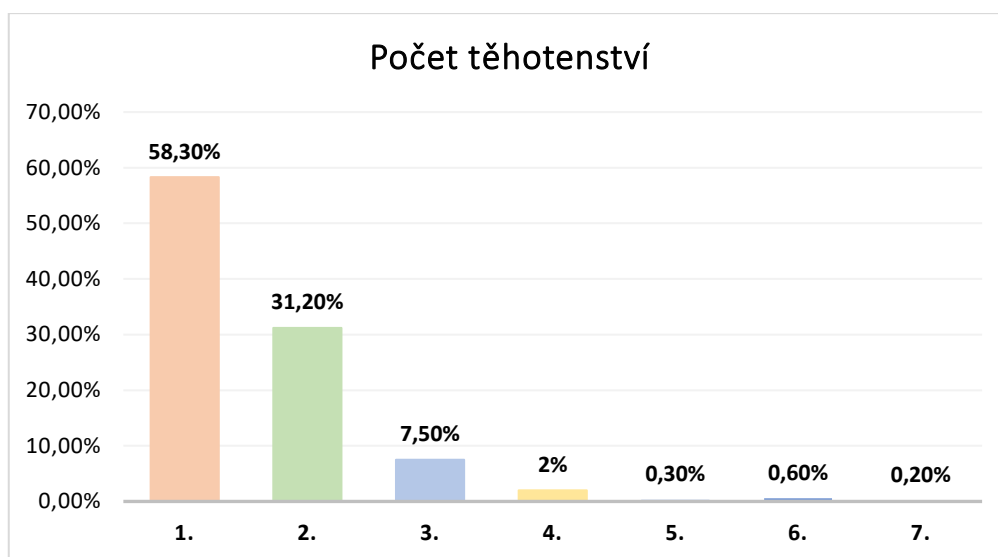
8.1.3 Otázka č.3 – Po kolikáté jste těhotná?

Otázka č. 3 ukazuje na to, kolikáté dítě ženy čekají. Ženy byly v úvodu otázky upozorněny, že mezi těhotenství se započítávají i všechny předchozí potraty. Prvorodičky tvořily nadpoloviční většinu (58,3 %). Druhé miminko čekalo 31,2 % respondentek, třetí 7,5 % a čtvrté 2 % těhotných žen. Ženy čekající pátého, šestého nebo sedmého potomka byly jednotlivé případy. Všechny tyto hodnoty zaznamenává tabulka 9 a graf 3.

Tabulka 9 - Počet těhotenství

Těhotenství	Absolutní četnost	Relativní četnost
1.	374	58,3 %
2.	200	31,2 %
3.	48	7,5 %
4.	13	2 %
5.	2	0,3 %
6.	4	0,6 %
7.	1	0,2 %
Celkem	642	100 %

Graf 3 - Počet těhotenství



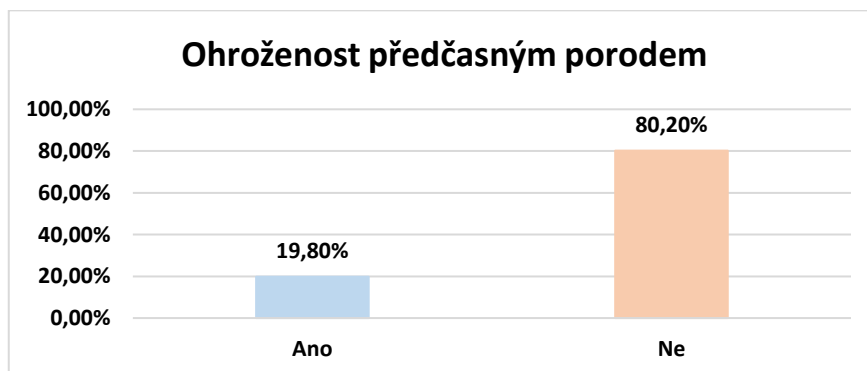
8.1.4 Otázka č. 4 – Jste ohrožená zvýšeným rizikem předčasného porodu?

V tomto dotazníku byla kritéria pro zařazení ženy jakožto ohrožené předčasným porodem následující: Předchozí těhotenství skončilo předčasným porodem, potratem ve II. trimestru těhotenství či porodem mrtvého plodu nebo má žena v tomto těhotenství zkrácené děložní hrdlo pod 25 mm nebo u ní došlo k předčasnému odtoku plodové vody. Otázka č. 4 pak poukazuje na to, kolik ohrožených žen se dotazníku zúčastnilo. Ty neohrožené zaujímaly většinu s 80,2 % což se dalo očekávat vzhledem k faktu, že dotazník byl cílen všeobecně na těhotné ženy a nikoliv na skupiny rizikových žen. I tak se našly ženy ohrožené, které tvořily 19,8 %. Výše zmíněné hodnoty shrnuje tabulka 10 a graf 4.

Tabulka 10 - Ohroženost předčasným porodem

Ohroženost předčasným porodem	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	127	19,8 %
Ne	515	80,2 %
Celkem	642	100 %

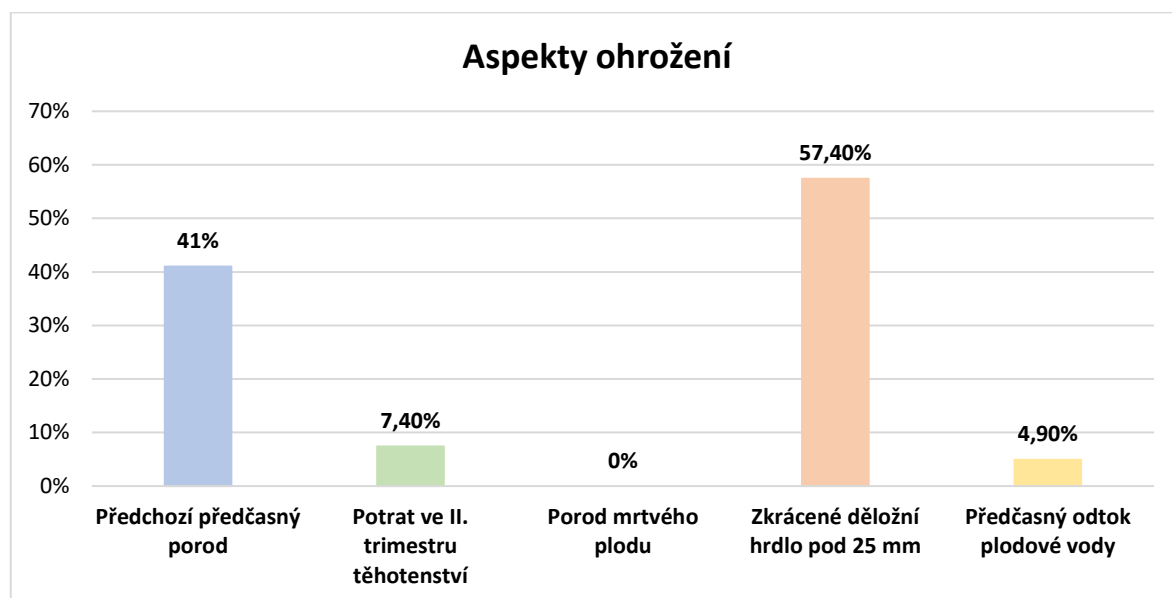
Graf 4 - Ohroženost předčasným porodem



8.1.5 Otázka č. 5 - Pokud jste v předchozí otázce odpověděla „ano“, vyberte, prosím, jakým aspektem jste ohrožena. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla „ne“, tuto otázku přeskočte.

Otázka č. vyobrazuje to, jakým aspektem bylo výše zmíněných 127 žen ohroženo. V této otázce mohly ženy zvolit i více odpovědí. I proto celková procentuální suma netvořila rovných 100 %. Celkem bylo nasbíráno 135 odpovědí. Největší zastoupení měly ženy se zkráceným děložním hrdlem pod 25 mm (57,4 %). Ženy, které již jednou předčasně porodily představovaly 41 %. 7,4 % žen potratilo ve II. trimestru těhotenství, 4,9 % žen zažilo předčasný odtok plodové vody. V tomto výzkumu se nenacházela žádná žena, která by porodila mrtvý plod. Aspekty, jimiž jsou ženy ohroženy vyšším rizikem předčasného porodu shrnuje graf 5.

Graf 5 - Aspekty ohrožení



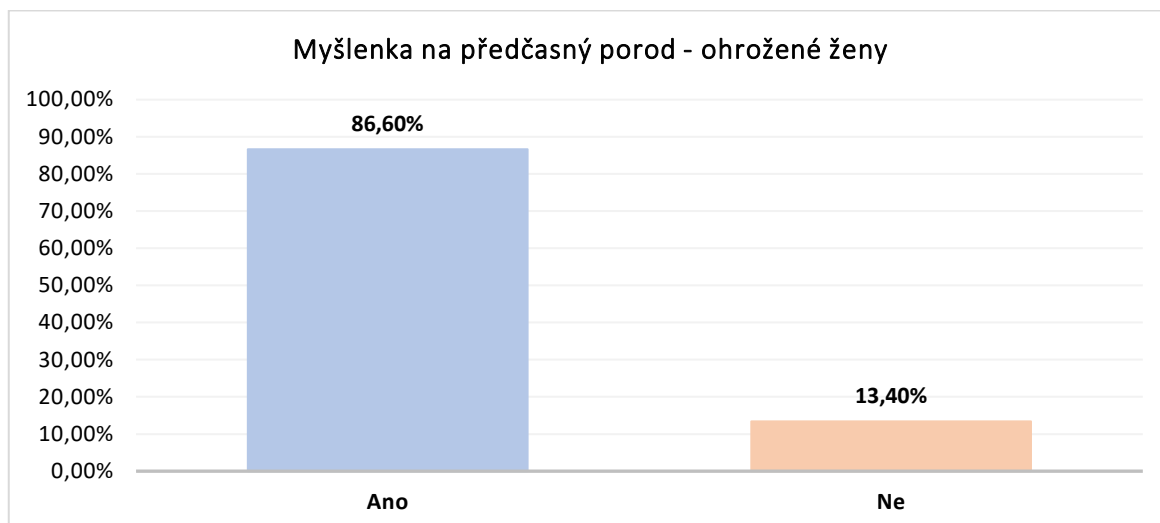
8.1.6 Otázka č. 6 – Napadla Vás v posledním měsíci myšlenka, že porodíte předčasně?

Myšlenku na předčasný porod v posledním měsíci mělo 74,9 % respondentek. Naopak 25,1 % respondentek myšlenka na předčasný porod nenapadla. Tato data shrnuje tabulka 11. Pro porovnání četnosti myšlenky na předčasný porod u žen s rizikem předčasného porodu v porovnání s ženami anamnesticky nezatíženými byl vytvořen graf 6 a graf 7. U žen se zatíženou porodnickou anamnézou byla myšlenka na předčasný porod v 86,6 %, u neohrožených žen pak 72 %.

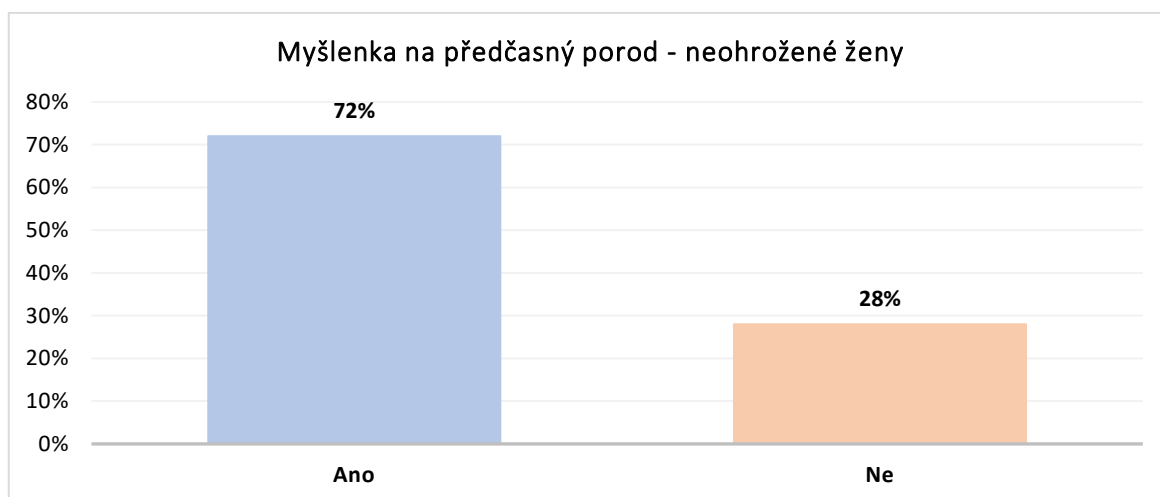
Tabulka 11 - Myšlenka na předčasný porod

Myšlenka na předčasný porod	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	481	74,9 %
Ne	161	25,1 %
Celkem	642	100 %

Graf 6 - Myšlenka na předčasný porod – ohrožené ženy



Graf 7 - Myšlenka na předčasný porod – neohrožené ženy



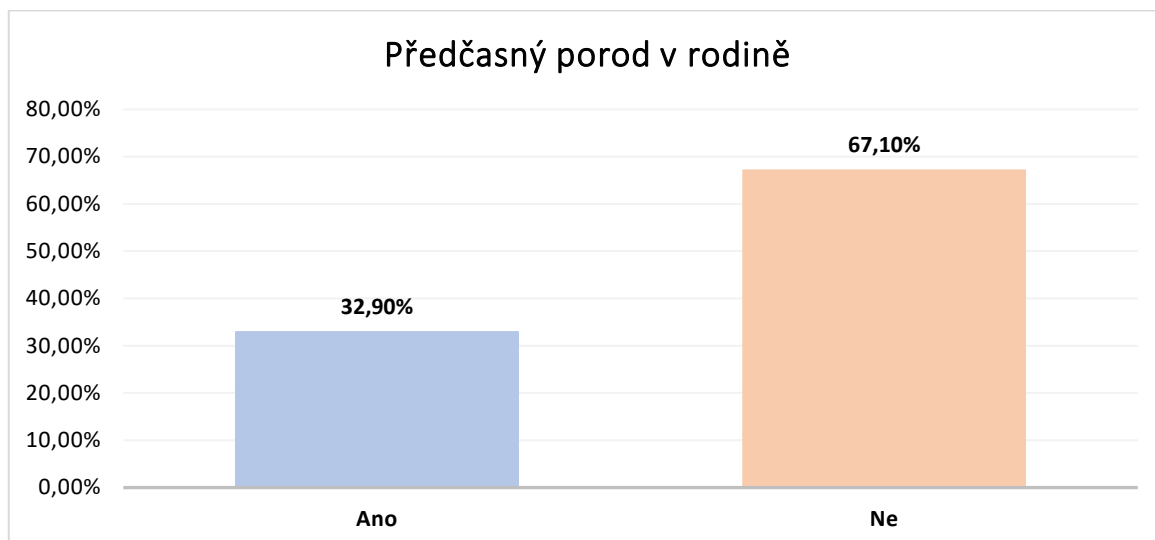
8.1.7 Otázka č. 7 – Setkala jste se s předčasným porodem v rámci své rodiny?

Z otázky č. 7 vyplývá, že 67,1 % respondentek nemá zkušenost s předčasným porodem v rámci své rodiny. 32,9 % žen se pak s předčasným porodem v rodině setkala. Tato data shrnuje tabulka 12 a graf 8.

Tabulka 12 - Předčasný porod v rodině

Předčasný porod v rodině	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	211	32,9 %
Ne	431	67,1 %
Celkem	642	100 %

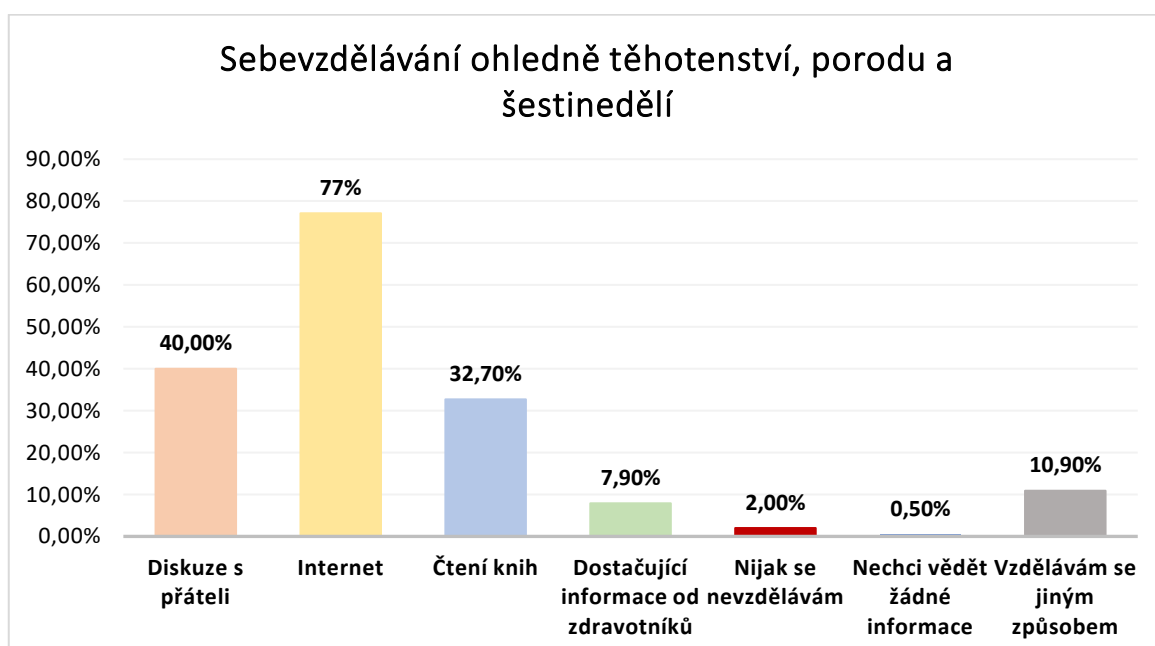
Graf 8 - Předčasný porod v rodině



8.1.8 Otázka č. 8 – Sebevzděláváte se ohledně porodu, těhotenství a šestinedělí?

Otázka č. 8 zjišťovala, jak se ženy sebevzdělávají v tématech týkajících se těhotenství, porodu a šestinedělí nebo jestli jsou pro ně dostačující informace od zdravotnického personálu. Jednalo se o otázku polouzavřenou s možností více odpovědí. Ženy tedy mohly libovolně sdílet všechny zdroje, ze kterých čerpají relevantní informace k dané problematice. Měly na výběr z čtyřech zdrojů vzdělání (které jsou dle mého názoru nejčastěji využívanými zdroji) a dvě odpovědi byly pro ty respondentky, které nejeví zájem o sebevzdělání. Poslední možná odpověď byla pro ženy, které se chtěly rozepsat ohledně jiných způsobů sebevzdělávání. Graf 9 ukazuje, že tři čtvrtiny respondentek (77 %) čerpá informace z internetu, 40 % diskutuje s přáteli, 32,7 % čte knihy věnující se dané problematice a 7,9 % žen přijdou informace od zdravotnického personálu dostačující. Menšinu tvořily respondentky, které o sebevzdělávání zájem nejeví – 2 % žen uvedly, že se nijak nevzdělávají a 0,5 % že ani žádné informace vědět nepotřebují. 10,9 % žen pak uvedlo jako metodu sebevzdělání jiný způsob, kterému se budu věnovat o pár řádků níže.

Graf 9 - Sebevzdělávání žen



Tabulka 13 - Jiné metody sebevzdělávání v oblasti těhotenství, porodu a šestinedělí

Metoda sebevzdělávání	Absolutní četnost	Relativní četnost
Předporodní kurz	38	40,4 %
Předešlé studium všeobecné sestry	1	1,1 %
Kurzy všeobecně	14	14,9 %
Konzultace s doulou ⁷	7	7,4 %
Konzultace s porodní asistentkou	9	9,6 %
Konzultace s lékařem	4	4,3 %
Předešlé studium porodní asistence	1	1,1 %
Podcasty	3	3,2 %
Povoláním zdravotník	1	1,1 %
Zkušenosti přátel	1	1,1 %
Odborné články	2	2,1 %
Online kurzy	5	5,3 %
Instagramové profily	6	6,4 %
Povoláním porodní asistentka	2	2,1 %
Celkem	94	100 %

Jak již bylo výše zmíněno, 6,4 % respondentek uvedlo, že se vzdělává jiným způsobem. Tabulka 13 pak shrnuje metody, které ženy vypsaly jakožto způsob sebevzdělávání, který jim dodává užitečné informace. U předporodního kurzu byly dokonce zmíněny i konkrétní názvy předporodních kurzů. Tři konkrétní kurzy, které ženy uvedly byly „Jemné zrození“, „Porod je krásný“ a „Hypnoporod“. Pro větší přehlednost jsem tyto odpovědi zařadila do kategorie předporodních kurzů. Tabulka 12 ukazuje, že 40,4 % žen uvedlo jako jinou metodu získávání informací předporodní kurz. 14,9 % uvedlo kurzy všeobecně, 9,6 % žen získávají informace od své porodní asistentky, 7,4 % získávají informace od duly, 6,4 % sledují instagramové profily zdravotníků, 5,3 % absolvovalo online kurz, 4,3 % získává informace od svého lékaře, 3,2 % poslouchá podcasty o dané problematice, 2,1 % čte odborné články a 2 respondentky, tedy 2,1 %, jsou povoláním porodní asistentky a nemají tedy zapotřebí se více sebevzdělávat. Jednotlivci pak uvedli jako způsob sebevzdělávání zkušenosti přátel, předešlé studium porodní asistence, předešlé studium všeobecné sestry a jedna respondentka byla taktéž povoláním zdravotník.

⁷ Dula je osoba bez zdravotnického vzdělání, která má ženě poskytnout hlavně psychickou podporu v období těhotenství, porodu a šestinedělí.

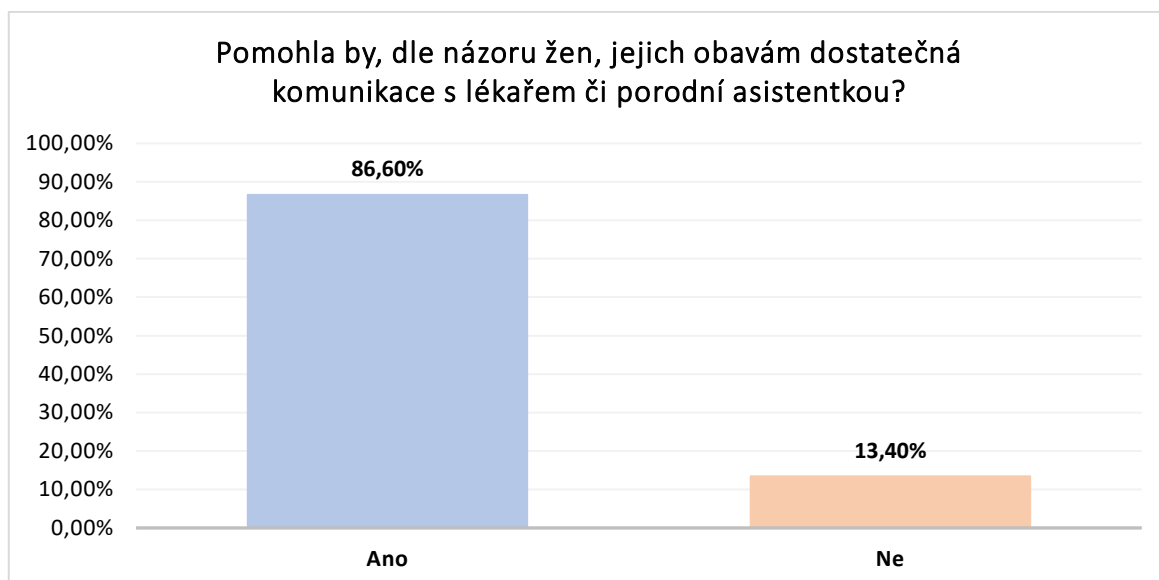
8.1.9 – Otázka č. 9 – Myslíte si, že by Vaším obavám pomohla dostatečná komunikace s porodníkem či porodní asistentkou?

Na otázku č. 9 odpovědělo 86,6 % respondentek, že by jejich obavám pomohla dostatečná komunikace s porodní asistentkou či porodníkem. 13,4 % žen naopak tvrdilo, že komunikace se zdravotníkem by jim nepomohla. Tyto odpovědi vyobrazuje graf 10 a tabulka 14.

Tabulka 14 - Dostatečná komunikace jako způsob snížení obav ženy

Zmírnění obav díky dostatečné komunikaci	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	556	86,6 %
Ne	86	13,4 %
Celkem	642	100 %

Graf 10 - Dostatečná komunikace jako způsob snížení obav ženy



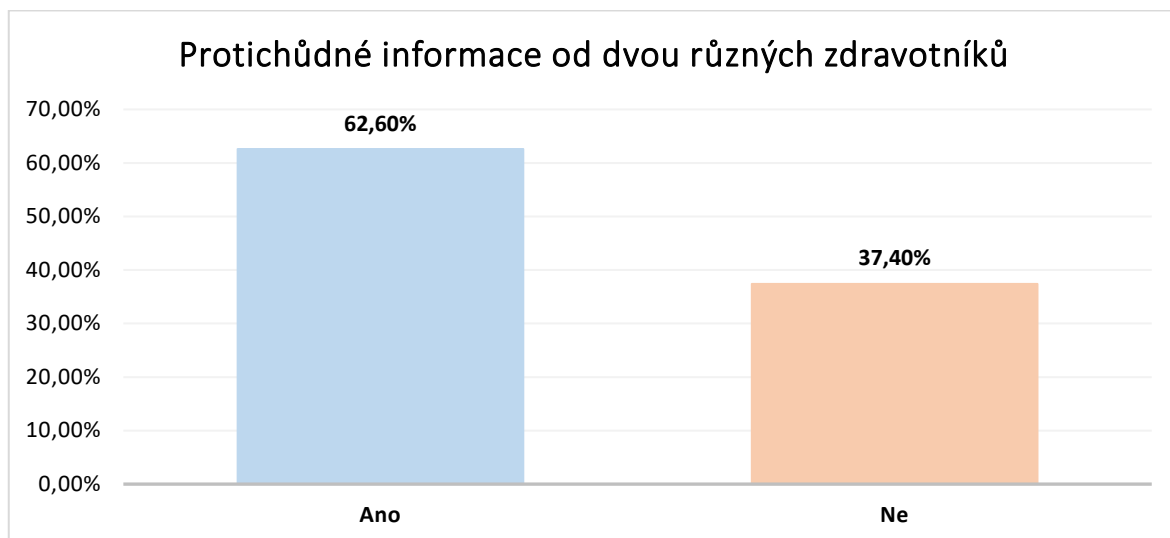
8.1.10 Otázka č. 10 – Setkala jste se ve zdravotnickém zařízení s tím, že různí zdravotničtí pracovníci Vám sdělili naprosto odlišné informace?

Otázka č. 10 mapuje problematiku toho, zda se ve zdravotnickém zařízení děje to, že různí zdravotníci sdělují ženě naprosto odlišné informace, které jsou místy až protichůdné. Tabulka 15 a graf 11 vyobrazují, že 62,6 % respondentek má se sdělováním naprosto odlišných informací od zdravotníků vlastní zkušenost, naopak 37,4 % žen se s touto situací nesešlo.

Tabulka 15 - Protichůdné informace ve zdravotnickém zařízení

Protichůdné informace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ano	402	62,6 %
Ne	240	37,4 %
Celkem	642	100 %

Graf 11 - Protichůdné informace ve zdravotnickém zařízení



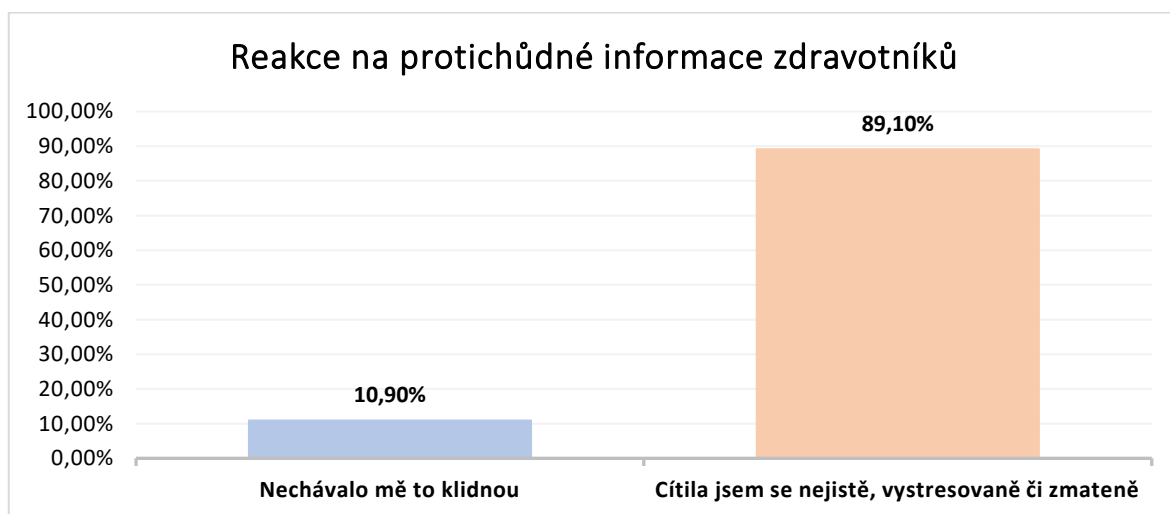
8.1.11 Otázka č. 11 - Pokud jste v přechozí otázce odpověděla „ano“, jak na Vás tato skutečnost působila? Pokud jste v předchozí otázce odpověděla „ne“, tuto otázku přeskočte.

Na otázku č. 11 odpovědělo celkem 402 respondentek, které v předchozí otázce č. 10 uvedly, že mají zkušenost s tím, že jim byly ze strany zdravotníků sděleny naprosto odlišné informace. Tabulka 16 a graf 12 ukazuje, že 89,1 % žen tato skutečnost nenechávala klidnou a cítily se nejistě, vystresovaně či zmateně. Jen 10,9 % respondentek nechávala tato zkušenost klidnými.

Tabulka 16 - Reakce na odlišné informace od zdravotníků

Reakce	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nechávalo mě to klidnou	44	10,9 %
Cítila jsem se nejistě, vystresovaně či zmateně	358	89,1 %
Celkem	402	100 %

Graf 12 - Reakce na odlišné informace od zdravotníků



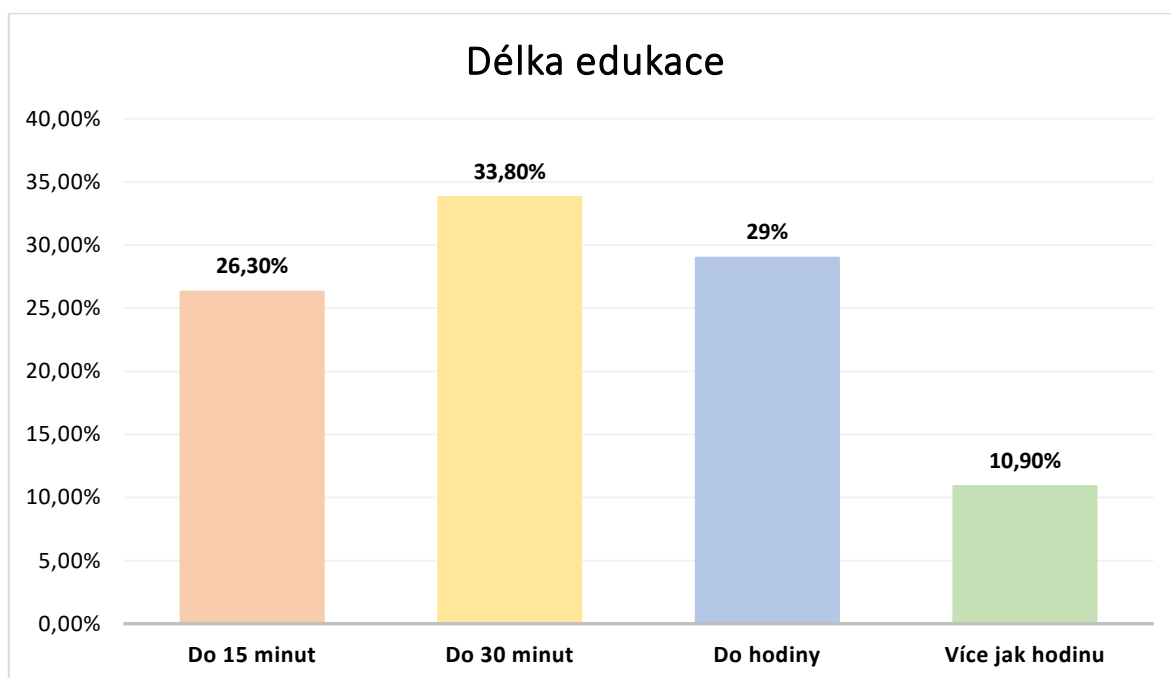
8.1.12 Otázka č. 12 - Kolik času byste potřebovala na veškeré dotazy, které Vás zajímají, abyste se podle Vás zbavila všech obav?

Otázka č. 12 zjišťovala, jak dlouhá by dle respondentek měla být edukace na to, aby je zbavila všech jejich obav. Výsledky byly velmi těsné a nebyla žádná výrazně převyšující odpověď. Dle 33,8 % respondentek by měla edukace trvat do 30 minut, podle 29 % do hodiny, podle 26,3 % do 15 minut a nejméně bylo respondentek, které by vyžadovaly edukaci delší než hodinu. Tyto výsledky vyobrazuje tabulka 17 a graf 13.

Tabulka 17 - Délka edukace

Délka edukace	Absolutní četnost	Relativní četnost
Do 15 minut	169	26,3 %
Do 30 minut	217	33,8 %
Do hodiny	186	29 %
Více jak hodinu	70	10,9 %
Celkem	642	100 %

Graf 13 - Délka edukace



8.2 Výsledky „Škály vnímaného stresu“

Škála vnímaného stresu (anglicky „Perceived Stress Scale“) je validní dotazník, který umožňuje měřit aktuální hladinu vnímaného stresu. Tento dotazník byl vytvořen Cohenem a Williamsonem, a má také stanovená pravidla na jeho vyhodnocení. Dotazník obsahuje celkem 10 otázek. Na každou otázku respondentka odpovídá na pětibodové stupnici (0-4 body) podle toho, jak často se u ní v uplynulém měsíci vyskytly zmíněné příznaky. Přičemž 0 = nikdy, 1 = téměř nikdy, 2 = někdy, 3 = docela často, 4 = velmi často. Šest položek je formulováno negativně a čtyři pozitivně. V případě, že žena odpovídá vyšší bodovou hodnotou na negativně formulovanou otázku, vypovídá to u ní o vyšší míře stresu, u pozitivně formulovaných otázek je to přesně naopak. U negativně

formulovaných otázek žena obdrží stejný počet bodů, jako je číselná odpověď. U pozitivně formulovaných otázek to funguje reverzním způsobem (tedy v případě, že žena odpoví číslem 4, tedy velmi často, získá 0 bodů). Celkem tedy respondentka může obdržet 0-40 bodů. Čím větší je výsledná suma všech bodů, tím žena prožívá větší míru stresu.

Výsledky Škály vnímaného stresu byly z aplikace Survio exportovány do programu Microsoft Excel, kde bylo vyhodnoceno několik základních parametrů zvláště u neohrožených a zvláště u ohrožených žen. K rozdělení žen nám pomohla již výše zmíněná otázka číslo 4. Byly hodnoceny následující parametry – minimum získaných bodů, maximum získaných bodů, bodový průměr a směrodatná odchylka. Směrodatná odchylka vypovídá o tom, jak moc se od sebe liší jednotlivé odpovědi. Čím je tedy směrodatná odchylka nižší, tím jsou si výsledky podobnější. Vysoká směrodatná odchylka naopak signalizuje vysokou odlišnost v jednotlivých odpovědích. Tyto hodnoty byly zvláště posouzeny u jednotlivých otázek v dotazníku a v závěru posléze u celku. Jednotlivé otázky jsou číslovány jako běžná Škála vnímaného stresu čísly 1-10, nikoliv čísly 13-22, kterým reálně odpovídají v mém dotazníku. Tento krok byl učiněn ve snaze zachovat původní znění Škály vnímaného stresu a nemystifikovat tak čtenáře odlišným číslováním otázek.

Pro dobrou přehlednost byla sestavena tabulka 17, která rozděluje všechny ženy do tercilů podle součtu bodů, které po vyplnění PSS obdržely. Rozdělení tohoto typu, tedy do tercilů, použila ve svém výzkumu z roku 2015 i pracovní skupina Solivan, Xiong, Harville, Buekens. (Solivan et al, 2015) Za účelem zpřehlednění výsledků jsem se toto rozdělení rozhodla využít i v našem výzkumu. První skupinu, tedy tercil s nízkou mírou vnímaného stresu, tvoří ženy, které po součtu všech bodů získaly 0-13 bodů. Druhá skupina, tedy střední míra vnímaného stresu, představuje 14-26 bodů a poslední skupina, tedy vysoká míra vnímaného stresu, pak bodů 27-40. Z tabulky 17 je zřejmé, že nejvíce žen v tomto výzkumu prožívalo střední míru stresu (60,7 %). Ženy, které prožívaly nízkou míru stresu tvořily 24,8 % a ty, které přestavovaly vysokou míru vnímaného stresu 14,5 %. Konkrétními výsledky výzkumu u obou skupin se zabývá podkapitola níže.

Tabulka 18 - Rozdělení míry stresu do tercilů

Stres	Absolutní četnost	Relativní četnost
Nízká míra stresu	159	24,8 %
Střední míra stresu	390	60,7 %
Vysoká míra stresu	93	14,5 %
Celkem	642	100 %

8.2.1 Výsledky PSS u neohrožených žen

Tabulka 19 popisuje výsledné hodnoty u žen neohrožených předčasným porodem, kterých byla většina, konkrétně 515. U každé otázky se vždy našla respondentka, která obdržela jak nejvyšší možnou hodnotu (4), tak nejnižší možnou hodnotu (0). U všech otázek tedy bylo pozorováno maximální bodové rozpětí. Průměrné hodnoty na jednotlivé otázky se pak pohybují okolo hodnoty 2, která značí přesný střed stupnice. Finální bodový součet u všech žen pak činil průměrně 18,107, což se opět blíží středu celkově 40 bodové stupnice. Nejméně bodů obdržela respondentka s konečným jedním bodem, nejvyšší bodový skóre měla respondentka s celkovým součtem 39 bodů.

Tabulka 19 - Výsledky PSS neohrožených žen (n=515)

Otázka	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
1	0,000	4,000	1,986	1,009
2	0,000	4,000	1,866	1,147
3	0,000	4,000	2,305	0,972
4	0,000	4,000	1,245	0,974
5	0,000	4,000	1,525	0,942
6	0,000	4,000	2,027	1,093
7	0,000	4,000	1,711	0,899
8	0,000	4,000	2,148	1,026
9	0,000	4,000	1,794	0,965
10	0,000	4,000	1,441	1,137
Celkový skór	1,000	39,000	18,107	7,003

8.2.2 Výsledky PSS u ohrožených žen

U žen anamnesticky ohrožených předčasným porodem můžeme pozorovat poněkud odlišné výsledky, které popisuje tabulka 20. Zatímco v první skupině žen bylo zaznamenáno maximální bodové rozpětí u všech otázek, u této skupiny nikoliv. U otázky číslo 3 bylo minimum získaných bodů 1, ne 0 jako u předešlé skupiny. Průměr získaných bodů na jednotlivé otázky se blížil u většiny položek středové hodnotě, tedy číslu 2. Již jednou zmíněná otázka číslo 3 ale měla bodový průměr spíše k číslu 3, konkrétně 2,787. Celkový bodový součet pak činil průměrně 21,402. Jedná se opět o číslo blízké středové hodnotě. Minimum získaných bodů bylo 7, nejvíce pak 38.

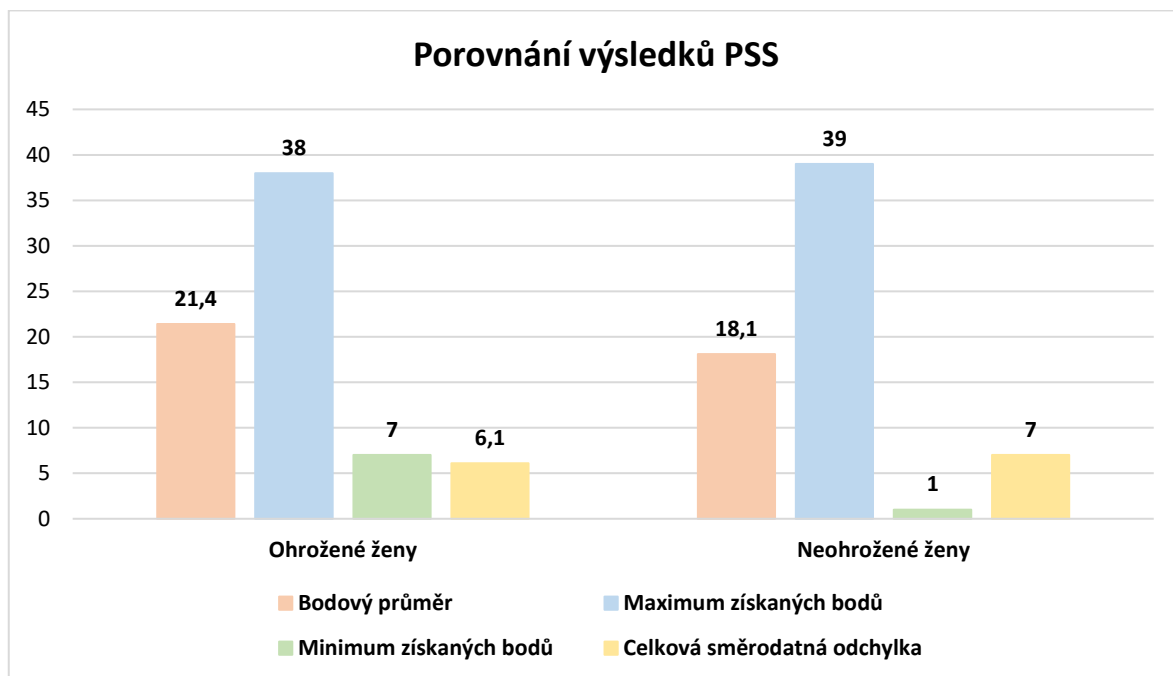
Tabulka 20 - Výsledky PSS ohrožených žen (n=127)

Otázka	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
1	0,000	4,000	2,409	0,995
2	0,000	4,000	2,323	1,090
3	1,000	4,000	2,787	0,879
4	0,000	4,000	1,386	0,918
5	0,000	4,000	2,024	0,947
6	0,000	4,000	2,268	1,011
7	0,000	4,000	1,882	0,860
8	0,000	4,000	2,362	1,013
9	0,000	4,000	2,126	0,864
10	0,000	4,000	1,835	1,037
Celkový skór	7,000	38,000	21,402	6,064

8.2.3 Porovnání míry stresu u obou skupin

Výše zmíněné tabulky již naznačují, že výsledky u dvou ženských skupin byly poněkud odlišné. Graf 14 vyobrazuje odlišné hodnoty u těchto dvou skupin. Vyšší bodový průměr byl zaznamenán u žen anamnesticky ohrožených, kde vystoupal na 21,4 bodů, což je lehce za polovinou možného bodového rozsahu. U druhé skupiny žen byl menší a jednalo se o 18,1 bodů. Maximum dosažených bodů se nijak nelišilo, u ohrožených žen to bylo 38 bodů, u neohrožených bodů 39. U minima dosažených bodů byl rozdíl větší. U neohrožených žen činilo minimum dosažených bodů pouhý jediný bod, u skupiny žen ohrožených to bylo 7 bodů. U této kategorie můžeme tedy pozorovat rozdíl. Směrodatná odchylka se taktéž moc nelišila, u ohrožených žen činila 7, u ohrožených 6,1, z čehož vyplývá, že u ohrožených žen byly pozorovány podobné hodnoty. Na závěr nesmím zapomenout připomenout, že vzorek fyziologických neohrožených žen byl větší než u druhé skupiny.

Graf 14 - Porovnání výsledků PSS



Možné maximum získaných bodů je 40, středem je tedy 20 bodů. Třetí centil vypovídá o vysoké míře stresu. Tabulka 21 ukazuje, kolik žen obdrželo výsledné bodové skóre 27 a více a do jaké skupiny tyto ženy patřily. Této hodnoty dosáhlo celkem 93 žen, z nichž bylo 65 žen neohrožených a 28 ohrožených. 65 žen ze všech neohrožených respondentek činí 12,6 %, kdežto 28 žen z ohrožených žen vykazuje 22 %.

Tabulka 21 - Výsledná bodová hodnota ≥ 27

Bodová hodnota ≥ 27	Absolutní četnost	Relativní četnost
Ohrožené ženy	28	30,1 %
Neohrožené ženy	65	69,9 %
Celkem	93	100 %

9 Vyhodnocení cílů a diskuse

Hlavním výzkumným cílem této bakalářské práce bylo zjistit míru stresu u těhotných žen, což se také podařilo. Výzkumu se zúčastnilo celkem 642 žen.

Průměrný bodový součet z všech respondentek dotazníku PSS činil 18,8. Ženy jsem dále rozdělila do tercilů. Nízkou míru stresu prožívalo 24,8 % respondentek, střední míru stresu 60,7 % a vysokou míru stresu 14,5 %. Když námi získané hodnoty porovnáme s jinými studii, které využívaly stejnou metodu u těhotných žen, dospějeme k následujícím zjištěním. Studie z roku 2016 měřila pomocí desetipoložkové PSS hladinu stresu v průběhu různých období těhotenství, bodový průměr v této studii pak činil 17,7; 16,46 a 16,30. (Liou et al., 2016) Tyto hodnoty představují hodnoty srovnatelné s naším výzkumem. Jiná studie s 219 respondentkami uvádí průměrný bodový zisk v PSS 16 bodů, což je o něco méně než průměr v našem výzkumu. Dále ta samá studie uvádí, že při rozdělení do tercilů dosáhlo nízké míry vnímaného stresu 33,8 % žen, střední míry 35,2 % žen a nejvyšší míry stresu 31,1 % žen. (Solivan et al., 2015) Zde můžeme pozorovat již velmi odlišné hodnoty hlavně v rámci rozdělení do tercilů, kdy studie disponuje hodnotami velmi obdobnými v každé kategorii. V našem výzkumu nadpoloviční většinu zaujímají ženy ve střední hodnotě. Studie z roku 2015 ale disponuje poměrně nízkým počtem respondentek, což může taktéž výsledné hodnoty zkreslovat.

Dalším cílem bylo porovnat míru stresu u žen anamnesticky ohrožených předčasným porodem se ženami předčasným porodem neohroženými. Z našeho výzkumu je zřejmé, že ženy anamnesticky ohrožené vykazovaly ve většině kategorií hodnoty svědčící o vyšší míře vnímaného stresu. Bodový průměr u těchto žen činil 21,4, přičemž u druhé skupiny neohrožených respondentek pouze 18,1. Minimum získaných bodů u ohrožených činil 7 v porovnání s 1 bodem u druhé skupiny. Ve třetím tercilu, který určuje vysokou míru vnímaného stresu, se z ohrožených žen umístilo 22 % a z neohrožených 12,6 %. Závěrem tedy můžeme říct, že výzkumný předpoklad 1 byl potvrzen a tudíž byla u žen ohrožených předčasným porodem prokázána vyšší míra stresu než u žen neohrožených. Je ale na místě zmínit, že počty respondentek ve dvou skupinách byly značně odlišné (127 ku 515). Proto by bylo třeba zajistit stejný počet respondentek v obou skupinách a cíleně vyhledávat ohrožené ženy, abychom mohli s jistotou náš výsledek potvrdit.

Třetím cílem bylo zjistit, zda by respondentkám pomohla ve zmírnění jejich obav dostatečná komunikace s porodní asistentkou či porodníkem a jak dlouhou by si tuto komunikaci představovaly. Většina (86,6 %) žen odpověděla, že by jejím obavám pomohla dostatečná komunikace. Těší mě, že nejen odborníci, ale i ženy samotné vidí v edukaci velký smysl. 33,8 % žen uvedlo jako dostatečnou komunikaci tu, která trvá do 30 minut, 29 % do hodiny, 26,3 % do 15 minut a nejméně bylo těch žen, které by požadovaly edukaci delší než jednu hodinu (10,9 %). Zpětně vidím, že jsem měla dát ženám možnost odpovědi, že komunikace, ať už jakkoliv dlouhá, je obav dle jejich názoru nikdy nezbaví. V této otázce tak narážím na problematiku prenatálních intervencí, které jsou dle mého názoru mnohdy nedostatečné. Často se setkávám s tím, že ženy přichází do porodnice nedostatečně edukovány. Edukace je dle mého názoru dosti spojená s obavami. Myslím si, že pokud se něčeho obáváme, bývá to často z toho důvodu, že nevíme, co nás od situace máme očekávat. Důsledná edukace těhotné může zajisté u mnoha z žen jisté obavy snížit, či je dokonce odstranit. Výzkum z roku 2016 od pracovní skupiny Sandall et al. dokonce dospěl k závěru, že ženy kterým byla věnována nepřetržitá péče porodní asistentkou měly menší pravděpodobnost předčasného porodu. (Sandall et al., 2016) Stojí tedy za zamyšlenou, jakým způsobem je v ČR formována

prenatální péče a zda bychom se neměli taktéž přiklonit v modelu kontinuální péče porodní asistentkou.

V případě, že je komunikace s těhotnou ženou nedostatečná, bude mít většina žen potřebu jim neznámé informace zjistit jiným způsobem. Dalším cílem této práce bylo zjistit to, odkud ženy čerpají informace ohledně těhotenství, porodu a šestinedělí či zda-li se jim zdají dostačující informace, které jim sdělí personál zdravotnického zařízení. Jako dostačující informace od zdravotnických pracovníků hodnotí jako zdroj vzdělání pouze 4,6 % respondentek. Naprostá většina žen (77 %) pak používá jako zdroj informací internet, což dá očekávat. K internetu má v dnešní době přístup téměř každý a nabízí mnoho možností, jak čerpat informace. Je ale třeba mít na paměti, že ne všechny zdroje jsou relevantní. Existuje řada internetových stránek, které zřizují osoby bez odborného vzdělání v dané problematice, a šíří mnohdy mylné informace ohledně témat týkajících se těhotenství, porodu a šestinedělí. Druhým nejčastějším zdrojem získávání informací je diskuze s přáteli (40 %) a dále čtení knih (32,7 %). 10,6 % žen uvedlo jiný způsob vzdělání, kdy naprostá většina žen absolvovala předporodní kurz či jiný typ kurzu věnující se problematice těhotenství, porodu a šestinedělí. Minimum bylo těch žen, které se nijak nevzdělávaly v dané problematice. Brandejsová ve své bakalářské práci věnující se problematice informovanosti žen ohledně stravování během gravidity a kojení uvádí, že nejčastěji ženy čerpaly informace ohledně dané problematiky taktéž z internetu. Vzápětí byl jako druhý nejvyužívanější zdroj informací rodina/přátelé a třetím nejvyužívanějším zdrojem bylo čtení odborné literatury. (Brandejsová, 2018) Tyto výsledky jsou tedy vcelku totožné s těmi našimi. Chtěla bych říci, že edukace těhotných žen je velice důležitá. Je přirozené, že se ženy budou chtít v dané problematice vzdělávat a pokud jim zdravotníci, jakožto studovaní odborníci, tyto informace neposkytnou, budou je přirozeně hledat jinde a možná ne právě v relevantních zdrojích. Pokud se ženou bavíme a zjistíme, že takových (třeba i mylných) informací někde nabyla, neodsuzujeme ji. Takács naopak doporučuje ženu pochválit a ocenit její snahu orientovat se v dané problematice. (Takács et al., 2015) Vzápětí pak ženě můžeme vysvětlit náš pohled na danou problematiku.

Nejednou jsem se na praxi setkala s tím, že mi žena sdělila, že jí zdravotnický pracovník radil dělat úplně něco jiného než ku příkladu sestřička z oddělení, kde jsem praktikovala. V tu chvíli to na mě působilo tak, že se žena cítí naprosto zmateně, jelikož neví, co je správné a jistým způsobem ztrácí i důvěru ve zdravotníky, jelikož ani ti se neumí na věci shodnout. Proto bylo mým posledním cílem zjistit, jestli tato situace doopravdy nastává tak často, jaká je má zkušenost a jak na tuto situaci případně ženy reagují. Z odpovědí na otázku číslo 10 je zřejmé, že nadpoloviční většina respondentek, konkrétně 62,6 %, se s takovou situací setkala, naopak 37,4 % žen takovou situaci nezažilo. Z 402 žen, které tuto situaci zažily pak 89,1 % odpovědělo, že se cítily vystresovaně či zmateně. Tímto tedy mohu potvrdit i svůj výzkumný předpoklad 3, ve které jsem se domnívala, že více než polovina žen se po této zkušenosti bude cítit zmateně či vystresovaně. Jen pouhých 10,9 % žen tento fakt nechával v klidu. Výsledky tedy napovídají, že se tato situace bezpochyby děje. Proto je třeba komunikaci nadále zlepšovat.

Jako už jsem zmiňovala v teoretické části, existuje něco, co je nazýváno stresem specifickým pro těhotenství. Mezi tento druh stresu se řadí nevyhnutelně i stres z porodu jako takového či z porodu před termínem, tzn. porodu předčasného. Dle mého názoru z něj má obavu většina žen nehledě na to, zda mají porodnickou anamnézu jakkoliv zatíženou či nikoliv. I proto jsem vnesla výzkumný předpoklad 2 a tedy že více než dvě třetiny tázaných žen se obávají předčasného porodu. Z výzkumu je patrné, že 74,9 % respondentek odpovědělo, že se u nich myšlenka na předčasný

porod v posledním měsíci doopravdy naskytla, naopak 25,1 % žen tato myšlenka nenapadla. Můžeme tedy s jistotou Pro srovnání, jak moc velkou roli hraje právě zatížená porodnická anamnéza byl vytvořen graf 6 a graf 7. Z těchto grafů se můžeme dočíst, že ženy anamnesticky ohrožené v posledním měsíci měly častěji obavy z předčasného porodu než ženy s fyziologickým průběhem těhotenství bez zatížené anamnézy. Konkrétně se jednalo o 86,6 % ku 72 %.

Všechny stanovené cíle tak byly naplněny a veškeré výzkumné předpoklady potvrzeny. Závěrem můžeme říci, že u žen, které byly v mém výzkumu zařazené jako rizikové pro předčasný porod (tj. ženy se zkráceným děložním hrdlem pod 25 mm, v současné graviditě s PPROM či v jejich anamnéze nalézáme záznam o předchozím předčasném porodu, potratu ve druhém trimestru těhotenství či porodu mrtvého plodu) vnímaly stres ve větší míře než respondentky, které tato kritéria nenaplněly. Těhotenství jako takové je pak samo o sobě stresující a strach z předčasného porodu má většina žen. I proto je třeba klást důraz na kvalitní prenatální intervence ze strany zdravotníků. Ti by si pak měli alespoň v rámci nemocnice sjednotit své vyjadřování, aby se nestávalo, že ženě pak sdělují protichůdné informace.

10 Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala předčasným porodem a s ním spojeným stresem. Předčasný porod představuje jednu z nejzávažnějších porodnických komplikací, se kterou se můžeme v porodnictví setkat. Jeho incidence ale ve světě stále neklesá i navzdory faktu, že se zdravotnická péče neustále zlepšuje. Předčasný porod se pak může promítnout pod obraz zdravotnických problémů, to zejména u novorozence, či pod obraz problémů psychických, to zejména u matky předčasně narozeného dítěte. Ta si ve své mysli může nést dlouhodobé následky, které ji budou provázet po zbytek života.

Ve své teoretické části věnující se problematice předčasného porodu jsem na základě odborné literatury shrnula dosavadní poznatky o předčasném porodu. Tato část práce pojednává o jeho rizikových faktorech, diagnostice, prevenci či případné léčbě a managementu.

V teoretické části věnující se psychologické problematice jsem se věnovala problematice stresu, popsala jeho druhy, důsledky, mechanismy jeho zvládnání a faktory, které ke stresu vedou. Dále jsem probrala souvislosti stresu a předčasného porodu, rozebrala řadu studií a zhodnotila různé závěry. V závěru teoretické části jsem se pak věnovala dalším emocím a pocitům, které mohou u žen v souvislosti s předčasným porodem nastat a zmínila taktéž správné zásady komunikace se ženou, která se v takovéto situaci nachází.

V praktické části jsem se věnovala zpracování kvantitativního dotazníku, který jsem pro tuto bakalářskou práci vytvořila. Ten byl rozdělen na vlastní dotazníkové šetření a na Škálu vnímaného stresu. Tento dotazník v relativně krátkém časovém úseku vyplnilo 645 respondentek. Z toho pak bylo použito 642 odpovědí vyhovující kritériím dotazníku. V úvodu praktické části byly stanoveny cíle a výzkumné předpoklady, které mi pomohly k dosažení potřebných výsledků. Na základě výsledků mého dotazníku jsem zjistila, že větší míru stresu zažívají ty ženy, které jsou ohroženy rizikem předčasného porodu. Vysoké procento žen pak vnímá komunikaci s porodníkem či porodní asistentkou jako způsob, který je zbaví obav souvisejících s těhotenstvím, porodem nebo šestinedělím. Jen minimum žen pak považuje informace získané od zdravotnického personálu za dostačující a dohledává je tak jinde. Bohužel se v ČR poměrně často děje i to, že personál jednoho zdravotnického zařízení sděluje ženě odlišné informace, které si mohou protiřečit. Strach z předčasného porodu má pak naprostá většina těhotných. Právě kvůli všem výše zmíněným poznatkům je neskutečně důležité věnovat se kvalitním prenatálním intervencím. Čím více informovaná žena bude, tím méně strachu a obav u ní patrně budeme pozorovat.

Závěrem lze shrnout, že jak všechny cíle, tak veškeré výzkumné předpoklady byly naplněny. Z této práce si odnáším především to, že na psychologii v porodnictví by se nemělo zapomínat. Hraje důležitou roli, a to nejen ve vztahu k předčasnému porodu. Věnujme ženám kvalitní prenatální edukaci, nechme je nám sdělit své strasti a obavy. Myslím si, že pokud budeme na porod pohlížet i z lidské stránky a kromě profesionální zdravotnické péče budeme ženám věnovat i kvalitní psychickou podporu, bude méně vystresovaných žen. Ačkoliv je předčasný porod velice závažná komplikace, tak se dá, v rámci možností, prožít krásně. Žena v této stresující a nečekané situaci potřebuje naši psychickou podporu jako nikdy jindy. Proto je naší téměř až povinností ji v této chvíli podpořit.

Seznam literatury

ADAM, Zdeněk, Jeroným KLIMEŠ, Luděk POUR, Zdeněk KRÁL, Alice ONDERKOVÁ, Aleš ČERMÁK a Jiří VORLÍČEK. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing, 2019. ISBN 978-80-271-2539-5.

ANDĚLOVÁ, Tereza. Pocity a potřeby matek po předčasném porodu [online]. Brno, 2009 [cit. 2022-03-01]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/ogtrn5/>. Bakalárska práca. Masarykova univerzita, Faculty of Social Studies. Vedoucí práce Mgr. Eva Pavlíková.

BARTŮŇKOVÁ, Staša. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum, 2010. ISBN 978-80-246-1874-6.

BRANDEJSOVÁ, Olga. *Informovanost těhotných žen o vhodné stravě během gravidity a kojení*. 2018. Diplomová práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, III. interní klinika - klinika endokrinologie a metabolismu 1.LF a VFN v Praze. Vedoucí práce Svačina, Štěpán.

CARDWELL, Michael S. Stress: Pregnancy Considerations. *Obstetrical & gynecological survey* [online]. PHILADELPHIA: Lippincott Williams & Wilkins, 2013, **68**(2), 119-129 [cit. 2022-03-22]. ISSN 0029-7828. Dostupné z: doi:10.1097/OGX.0b013e31827f2481

ČGPS ČSL JEP. Doporučený postup – Spontánní předčasný porod. *Česká gynekologie*. 2017, roč. 82, č. 2, s.160-165. ISSN 1210-7832.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Ivo BOREK. *Intenzivní péče o novorozence*. Vyd. 2., přeprac. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. ISBN 978-80-7013-547-1.

GAMAIUNOVA, Liudmila, Pierre-yves BRANDT, Guido BONDOLFI a Matthias KLIEGEL. Exploration of psychological mechanisms of the reduced stress response in long-term meditation practitioners. *Psychoneuroendocrinology* [online]. OXFORD: Elsevier, 2019, **104**, 143-151 [cit. 2022-03-22]. ISSN 0306-4530. Dostupné z: doi:10.1016/j.psyneuen.2019.02.026

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

HLÁVKOVÁ, Jarmila. *Stres a jeho zvládnání*. Olomouc, 2010. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta, Katedra křesťanské a sociální práce. Vedoucí práce Krylová, Hana.

HOFFMAN, M. Camille, Sara E MAZZONI, Brandie D WAGNER, Mark L LAUDENSLAGER a Randal G ROSS. Measures of Maternal Stress and Mood in Relation to Preterm Birth. *Obstetrics and gynecology (New York. 1953)* [online]. PHILADELPHIA: LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, 2016, **127**(3), 545-552 [cit. 2022-02-05]. ISSN 0029-7844. Dostupné z: doi:10.1097/AOG.0000000000001287

HOSTINSKÁ, E., M. ĽUBUŠKÝ, K. HUML a R. PILKA. Cervix skóre dle Bishopa a jeho modifikace. *ČESKÁ GYNEKOLOGIE* [online]. Olomouc, 2016, **81**(6), 426-430 [cit. 2022-01-01]. Dostupné z: <https://www.lubusky.com/clanky/110.pdf>

JANČÍK, Jaroslav. *Stress management* [online]. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2011 [cit. 2022-03-09]. Dostupné z: http://pokrok.ujep.cz/elektronicka_knihovna/Stress_management.pdf

- KANTROWITZ-GORDON, Ira. Expanded Care for Women and Families after Preterm Birth. *Journal of midwifery & women's health* [online]. United States: Blackwell Publishing, 2013, **58**(2), 158-166 [cit. 2022-03-01]. ISSN 1526-9523. Dostupné z: doi:10.1111/j.1542-2011.2012.00242.x
- KOKEŠOVÁ, Nikola. *Stres matky a předčasný porod*. Praha, 2021. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, 1. lékařská fakulta, Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN. Vedoucí práce Černý, Andrej.
- KOUCKÝ, Michal a Jan SMÍŠEK. *Spontánní předčasný porod*. Praha: Maxdorf, 2014. Jessenius. ISBN 978-80-7345-416-6.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KUGELMASS, Heather a Scott M LYNCH. Stressors, Types of. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* [online]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, 2014, 2383-2390 [cit. 2022-03-22]. ISBN 9781444330762. Dostupné z: doi:10.1002/9781118410868.wbehibs509
- LILLIECREUTZ, Caroline, Johanna LARÉN, Gunilla SYDSJÖ a Ann JOSEFSSON. Effect of maternal stress during pregnancy on the risk for preterm birth. *BMC pregnancy and childbirth* [online]. LONDON: BMC, 2016, **16**(1), 5-5 [cit. 2022-02-05]. ISSN 1471-2393. Dostupné z: doi:10.1186/s12884-015-0775-x
- LIOU, Shwu-ru, Panchalli WANG a Ching-yu CHENG. Effects of prenatal maternal mental distress on birth outcomes. *Women and birth: journal of the Australian College of Midwives* [online]. Netherlands: Elsevier, 2016, **29**(4), 376-380 [cit. 2022-04-16]. ISSN 1871-5192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2016.03.004
- LISNAWATI, Yuyun, Noroyono WIBOWO a Ana MARIANA. Correlation of cervical progesterone levels to plasma progesterone levels in normal pregnancy and preterm labor: A cross-sectional study [version 1; peer review. *F1000 research* [online]. 2019, **8**, 189 [cit. 2022-01-15]. ISSN 2046-1402. Dostupné z: doi:10.12688/f1000research.17525.1
- MALIK, Agnita a Adaja BAARDA. *Preterm birth: prevalence, risk factors and management*. New York: Nova Medicine & Health, 2020, 1 online resource (123 pages). ISBN 1-5361-8350-4.
- MARKOVÁ, Daniela a Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ. *Předčasně narozené dítě: následná péče - kdy začíná a kdy končí?*. Praha: Grada Publishing, 2020. ISBN 978-80-271-1745-1.
- MATOUŠOVÁ, Milada. *Psychologická intervence u matek nedonošených dětí*. Praha, 2011. Rigorózní práce. Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra psychologie. Vedoucí práce Šulová, Lenka.
- NEŠPOR, Karel. *Přirozené způsoby zvládnání stresu*. Praha: Raabe. ISBN 978-80-7496-443-5.
- PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti: Porod-Kniha druhá*. 5. vydání. Praha: Galén, 2015. ISBN 978-80-7492-215-2.
- PAŘÍZEK, Antonín. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7.
- PETIT, Anne-cécile, Julien EUTROPE, Aurore THIERRY, et al. Mother's emotional and posttraumatic reactions after a preterm birth: The mother-infant interaction is at stake 12 months after birth. *PLoS one* [online]. SAN FRANCISCO: PUBLIC LIBRARY SCIENCE, 2016, **11**(3), e0151091-e0151091 [cit. 2022-03-02]. ISSN 1932-6203. Dostupné z: doi:10.1371/journal.pone.0151091

- PICHLER-STACHL, Elisabeth, Gerhard PICHLER, Nariae BAIK, Berndt URLESBERGER, Avian ALEXANDER, Pia URLESBERGER, Po-Yin CHEUNG a Georg Marcus SCHMÖLZER. Maternal stress after preterm birth: Impact of length of antepartum hospital stay. *Women and Birth* [online]. 2016, 29(6), e105-e109 [cit. 2021-10-23]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2016.04.008
- PROCHÁZKA, Martin. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf, [2020]. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.
- RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 978-80-254-2186-4.
- ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
- SANDALL, Jane, Hora SOLTANI, Simon GATES, Andrew SHENNAN a Declan DEVANE. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database of systematic reviews* [online]. HOBOKEN: WILEY, 2016, 2016(4), CD004667-CD004667 [cit. 2022-04-17]. ISSN 1469-493X. Dostupné z: doi:10.1002/14651858.CD004667.pub5
- SHAPIRO, Gabriel D, William D FRASER, Martin G FRASCH a Jean R SÉGUIN. Psychosocial stress in pregnancy and preterm birth: associations and mechanisms. *Journal of perinatal medicine* [online]. BERLIN: De Gruyter, 2013, 41(6), 631-645 [cit. 2022-03-08]. ISSN 0300-5577. Dostupné z: doi:10.1515/jpm-2012-0295
- SOLIVAN, Amber E, Xu XIONG, Emily W HARVILLE a Pierre BUEKENS. Measurement of Perceived Stress Among Pregnant Women: A Comparison of Two Different Instruments. *Maternal and child health journal* [online]. New York: Springer US, 2015, 19(9), 1910-1915 [cit. 2022-04-16]. ISSN 1092-7875. Dostupné z: doi:10.1007/s10995-015-1710-5
- SPINELLI, Maria, Alessandra FRIGERIO, Lorenzo MONTALI, Mirco FASOLO, Maria Simonetta SPADA a Giovanna MANGILI. 'I still have difficulties feeling like a mother': The transition to motherhood of preterm infants mothers. *Psychology & health* [online]. ABINGDON: Routledge, 2016, 31(2), 184-204 [cit. 2022-02-26]. ISSN 0887-0446. Dostupné z: doi:10.1080/08870446.2015.1088015
- STANAK, Michal. Professional ethics: the case of neonatology. *Medicine, health care, and philosophy* [online]. Dordrecht: Springer Netherlands, 2018, 22(2), 231-238 [cit. 2022-01-09]. ISSN 1386-7423. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-018-9863-9>
- STANEVA, Aleksandra, Fiona BOGOSSIAN, Margo PRITCHARD a Anja WITTKOWSKI. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: A systematic review. *Women and Birth* [online]. 2015, 28(3), 179-193 [cit. 2021-10-23]. ISSN 18715192. Dostupné z: doi:10.1016/j.wombi.2015.02.003
- STEVENSON-HINDE, Joan, Anne SHOULDICE a Rebecca CHICOT. Maternal anxiety, behavioral inhibition, and attachment. *Attachment & human development* [online]. ABINGDON: Routledge, 2011, 13(3), 199-215 [cit. 2022-03-02]. ISSN 1461-6734. Dostupné z: doi:10.1080/14616734.2011.562409
- TAKÁCS, Lea, SOBOTKOVÁ, Daniela a Lenka ŠULOVÁ, ed. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5127-6.

TANPRADIT, Kittikhun a Kasemsis KAEWKIATTIKUN. The effect of perceived stress during pregnancy on preterm birth. *International journal of women's health* [online]. ALBANY: DOVE MEDICAL PRESS, 2020, **12**, 287-293 [cit. 2022-02-05]. ISSN 1179-1411. Dostupné z: doi:10.2147/IJWH.S239138

WAINSTOCK, Tamar, Eyal ANTEBY, Saralee GLASSER, Ilana SHOHAM-VARDI a Liat LERNER-GEVA. The association between prenatal maternal objective stress, perceived stress, preterm birth and low birthweight. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine* [online]. ABINGDON: Informa UK, 2013, **26**(10), 973-977 [cit. 2022-02-04]. ISSN 1476-7058. Dostupné z: doi:10.3109/14767058.2013.766696

WATSON, Katie a Theophil A STOKES. Neonatology consultations for preterm labour beyond the grey zone: reconceptualising our goals. *Acta Paediatrica* [online]. HOBOKEN: Blackwell Publishing, 2015, **104**(5), 442-443 [cit. 2022-03-22]. ISSN 0803-5253. Dostupné z: doi:10.1111/apa.12955

Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)

Seznam zkratek

ATB – antibiotika

CRP – C-reaktivní protein

ČR – Česká republika

FFN – fetální fibronektin

FRG – fetální růstová restrikce

GBS – streptokoky skupiny B

IGFBP-1 - Insulin-like growth factor binding protein-1

JIP – jednotka intenzivní péče

PAMG-1 – Placental alpha mikroglobulin-1

PPROM – předtermínový předčasný odtok plodové vody

PSS – Škála vnímaného stresu

SC – císařský řez

VVV – vrozená vývojová vada

Seznam tabulek

Tabulka 1 - Rozdělení předčasných porodů dle délky trvání těhotenství.....	12
Tabulka 2 - Přehled rizikových faktorů předčasného porodu	14
Tabulka 3 - Přehled tokolytik	17
Tabulka 4-Skóre podle Baumgartena.....	19
Tabulka 5 - Druhy stresorů podle zdroje působení a jejich příklady.....	22
Tabulka 6 - Možné důsledky stresu a jejich konkrétní příklady	24
Tabulka 7 - Věkové rozdělení respondentek do věkových kategorií	35
Tabulka 8 - Vzdělání respondentek.....	35
Tabulka 9 - Počet těhotenství	36
Tabulka 10 - Ohroženost předčasným porodem	37
Tabulka 11 - Myšlenka na předčasný porod	38
Tabulka 12 - Předčasný porod v rodině	39
Tabulka 13 - Jiné metody sebezvzdělávání v oblasti těhotenství, porodu a šestinedělí	41
Tabulka 14 - Dostatečná komunikace jako způsob snížení obav ženy.....	42
Tabulka 15 - Protichůdné informace ve zdravotnickém zařízení	42
Tabulka 16 - Reakce na odlišné informace od zdravotníků	43
Tabulka 17 - Délka edukace	44
Tabulka 18 - Rozdělení míry stresu do tercilů.....	45
Tabulka 19 - Výsledky PSS neohrožených žen (n=515)	46
Tabulka 20 - Výsledky PSS ohrožených žen (n=127)	46
Tabulka 21 - Výsledná bodová hodnota ≥ 27	47

Seznam grafů

Graf 1 – Věk respondentek	34
Graf 2 – Vzdělání respondentek.....	36
Graf 3 - Počet těhotenství.....	37
Graf 4 - Ohroženost předčasným porodem	37
Graf 5 - Aspekty ohrožení.....	38
Graf 6 - Myšlenka na předčasný porod – ohrožené ženy.....	39
Graf 7 - Myšlenka na předčasný porod – neohrožené ženy	39
Graf 8 - Předčasný porod v rodině	40
Graf 9 - Sebevzdělávání žen	40
Graf 10 - Dostatečná komunikace jako způsob snížení obav ženy	42
Graf 11 - Protichůdné informace ve zdravotnickém zařízení.....	43
Graf 12 - Reakce na odlišné informace od zdravotníků	43
Graf 13 - Délka edukace	44
Graf 14 - Porovnání výsledků PSS.....	47

Přílohy

Příloha č.1 - Dotazník

Následující dotazník je určen všem těhotným ženám.

Vážené a milé ženy,

jmenuji se Barbora Šplíchalová a jsem studentkou bakalářského oboru porodní asistence na 1.lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Ve své bakalářské práci se věnuji problematice předčasného porodu z psychologického hlediska, konkrétně stresu u žen s hrozícím předčasným porodem. Cílem tohoto dotazníku je zjistit, zda ženy ohrožené zvýšeným rizikem předčasného porodu prožívají větší míru stresu oproti ženám bez většího rizika předčasného porodu.

Tento dotazník je zcela anonymní a Vaše odpovědi budou sloužit ke statistickému zpracování v mé bakalářské práci.

Předem Vám děkuji za Váš čas, který věnujete vyplnění dotazníku.

S úctou, Barbora Šplíchalová

- 1) Váš Věk?
 - Kolonka pro číslo

- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - Bez vzdělání
 - Základní vzdělání
 - Středoškolské vzdělání bez maturity
 - Úplné středoškolské vzdělání s maturitou
 - Ukončená vyšší odborná škola nebo konzervatoř
 - Ukončené vysokoškolské vzdělání v bakalářském studiu
 - Ukončené vysokoškolské vzdělání v magisterském studiu
 - Ukončené vysokoškolské vzdělání v doktorském studiu
 - Vědecký titul na vysoké škole

- 3) Po kolikáté jste těhotná?

(Mezi těhotenství se započítávají i všechny předchozí potraty. Napište, prosím, číselnou odpověď odpovídající počtu těhotenství.)

 - Kolonka pro číslo

- 4) Jste ohrožená zvýšeným rizikem předčasného porodu?

(To znamená, že předchozí těhotenství skončilo předčasným porodem, potratem ve II. trimestru těhotenství či porodem mrtvého plodu. Nebo v tomto těhotenství máte zkrácené děložní hrdlo pod 25 mm či u Vás došlo k předčasnému odtoku plodové vody.)

 - Ano
 - Ne

- 5) Pokud jste v předchozí otázce odpověděla „ano“, vyberte, prosím, jakým aspektem jste ohrožena. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla „ne“, tuto otázku přeskočte.
 - Předchozí předčasný porod
 - Potrat ve II. trimestru těhotenství
 - Porod mrtvého plodu
 - Zkrácené děložní hrdlo pod 25 mm
 - Předčasný odtok plodové vody

- 6) Napadla Vás v posledním měsíci myšlenka, že porodíte předčasně?
 - Ano
 - Ne

- 7) Setkala jste se s předčasným porodem v rámci své rodiny?
 - Ano
 - Ne

- 8) Sebevzděláváte se ohledně porodu, těhotenství a šestinedělí?

(Vyberte jednu nebo více odpovědí)

 - Ano, diskutuji s přáteli

- Ano, hledám užitečné informace na internetu
- Ano, čtu knihy věnující se výše zmíněné problematice
- Postačí mi informace, které mi sdělí personál zdravotnického zařízení
- Nijak se nevzdělávám
- Nechci vědět žádné informace
- Vzdělávám se jiným způsobem – doplňte jakým

9) Myslíte si, že by Vašim obavám pomohla dostatečná komunikace s porodníkem či porodní asistentkou?

- Ano
- Ne

10) Setkala jste se ve zdravotnickém zařízení s tím, že různí zdravotničtí pracovníci Vám sdělili naprosto odlišné informace?

- Ano
- Ne

11) Pokud jste v předchozí otázce odpověděla „ano“, jak na Vás tato skutečnost působila? Pokud jste v předchozí otázce odpověděla „ne“, tuto otázku přeskočte.

- Nechávalo mě to klidnou
- Cítila jsem se nejistě, vystresovaně či zmateně

12) Kolik času byste potřebovala na veškeré dotazy, které Vás zajímají, abyste se podle Vás zbavila všech obav?

- Do 15 minut
- Do 30 minut
- Do hodiny
- Více jak hodinu

ŠKÁLA VNÍMANÉHO STRESU

Nyní se přesuneme ke Škále vnímaného stresu. Odpovědi na následující otázky budou hodnoceny číselnou škálou od 0 do 4. Přičemž 0 = nikdy, 1 = téměř nikdy, 2 = někdy, 3 = docela často, 4 = velmi často. Vyberte prosím pouze jednu odpověď.

13) Jak často jste byla v posledním měsíci rozrušená kvůli něčemu, co se stalo nečekaně?

0 1 2 3 4

14) Jak často jste měla v posledním měsíci pocit, že nemáte pod kontrolou důležité věci ve svém životě?

0 1 2 3 4

15) Jak často jste se v posledním měsíci cítila nervózní a vystresovaná?

0 1 2 3 4

16) Jak často jste si v posledním měsíci věřila v tom, že jste schopna zvládat své osobní problémy?

0 1 2 3 4

17) Jak často jste měla v posledním měsíci pocit, že věci jdou tak, jak byste si představovala?

0 1 2 3 4

18) Jak často jste v posledním měsíci pociťovala, že se nemůžete vypořádat se vším, co byste měla zařídit?

0 1 2 3 4

19) Jak často jste byla v posledním měsíci schopna mít pod kontrolou věci, které Vás iritují?

0 1 2 3 4

20) Jak často jste měla v posledním měsíci pocit, že jste nad věcí?

0 1 2 3 4

21) Jak často jste se v posledním měsíci rozhněvalo kvůli věcem, které jdou mimo Vaši kontrolu?

0 1 2 3 4

22) Jak často jste měla v posledním měsíci pocit, že se potíže hromadí natolik, že nejste schopna je překonat?

0 1 2 3 4

Děkuji za Váš čas a upřímné odpovědi. Velice si toho vážím.

