

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Opora v partnerovi a okolí pociťovaná ženou v těhotenství

Bc. Daniel Toul

Diplomová Práce

2016

Prohlášení

Tuto práci jsem vypracoval samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využil, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byl jsem seznámen s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne

.....
Bc. Daniel Toul

Poděkování

Poděkování patří paní Petře Mandysové, Ph.D. MSN za odborné vedení, cenné rady a trpělivost při vedení mé diplomové práce. Rád bych taky poděkoval paní Ing. Janě Holé, Ph.D. za rady ohledně statistického zpracování výsledků.

Také děkuji všem respondentkám za spolupráci při výzkumném šetření.

ANOTACE

Diplomová práce se zabývá těhotnými ženami, jejich těhotenstvím a partnery a okolím těhotné ženy. Celkovým cílem práce je lepší pochopení psychosociálních faktorů působících na ženu v době těhotenství. V teoretické části je popsán vznik těhotenství, růst plodu, dále je popsán celkově stres a stres v těhotenství a poslední kapitola je věnována partnerovi a rodině těhotné ženy. V teoretické části byly také popisovány studie, které již na tato témata byly provedeny. Ve výzkumné části byla zjišťována míra opory od partnera a ostatních lidí (rodina, přátelé) těhotné ženy, dále byla zjišťována míra stresu a sebeúcty ženy a také byl zjišťován vztah mezi stresem pocíťovaným ženou během těhotenství a oporou od partnera a ostatních lidí. Do výzkumu bylo zařazeno 51 těhotných žen, které vyplňovaly dotazník Prenatal Psychosocial Profile (PPP) z roku 1994 od Curry et al., a také odpovídaly pomocí Visual Analogue Scale (VAS).

Z výsledků šetření vyplývá, že ženy pocíťují během těhotenství jistou míru stresu, zároveň ale pocíťují velkou oporu od partnera a o něco menší oporu od ostatních lidí a nakonec během těhotenství ženy pocíťují přibližně střední sebeúctu vůči sobě. Mezi stresem a oporou od partnera a ostatních lidí byl vztah, kdy mezi stresem a oporou od ostatních lidí byl o něco málo větší vztah, než mezi stresem a oporou od partnera.

Jako doporučení pro výzkum lze uvést, že by bylo vhodné provést výzkum s dotazníkem Prenatal Psychosocial Profile s větším výzkumným vzorkem a ve více zdravotnických zařízeních. Jako doporučení pro praxi lze uvést, že Dotazník Prenatal Psychosocial Profile by mohl být zařazen do prenatální péče o ženu a dítě, kdy pomocí tohoto dotazníku by bylo možné předejít určitým nežádoucím událostem během těhotenství ženy (stresové situace, fyzické násilí, zneužívání).

KLÍČOVÁ SLOVA

Prenatal Psychosocial Profile, těhotenství, rodina, partner, stres, opora.

TITLE

Subjectively perceived support provided to pregnant women by their partner and other people.

ANNOTATION

This master's thesis is dealing with pregnant women, their pregnancy and their partners, and the surroundings of pregnant woman. The aim of this thesis is to better understand the psycho-social factors affecting woman during her pregnancy.

In the theoretical part, the creation of pregnancy and the growth of the fetus is described. Further the stress during pregnancy is characterized. The last chapter is dedicated to the partner and the family of the pregnant woman. In the theoretical part studies are described that has been already done on the same topics.

In the practical part a level of a support from family and other people (family, friends) to the pregnant woman is investigated. Further the level of stress and a self-respect of the woman is examined. The last thing that is researched is the relationship between the stress perceived by the woman during the pregnancy and the support of her partner and of other people. The survey included 51 pregnant women who filled the questionnaire Prenatal Psychosocial Profile (PPP) by Curry et al. (1994). They were also responding with Visual Analogue Scale (VAS).

The results of the research show that women are affected by a certain level of stress during their pregnancy, nevertheless, they feel a great support from their partner and a bit smaller support from other people, at last women feel approximately medium level of the self-respect towards themselves during the pregnancy. Between the stress and the support from the partner and other people is a relationship, where the stress and the support from other people is more related than the stress and the support of the partner.

As a recommendation for the research with a questionnaire Prenatal Psychosocial Profile, greater research sample of women and greater number of medical centres would be sufficient to carry out the research on. As a recommendation for the practice the questionnaire Prenatal Psychosocial Profile could be classified to prenatal care of the woman and the baby, where by answering this questionnaire it is possible to avoid certain undesirable events during the pregnancy (stressful situations, physical violence, and abuse).

KEYWORDS

Prenatal Psychosocial Profile, pregnancy, family, partner, stress, support.

1 Obsah

Seznam tabulek	9
Seznam obrázků	10
Seznam zkratk	11
ÚVOD	12
Cíl práce	13
I TEORETICKÁ ČÁST	14
1 TĚHOTENSTVÍ	14
1.1 Oplození (fertilizace)	14
1.2 Vývoj plodu	14
1.3 Fyziologické a psychosociální změny v těhotenství	16
1.4 Odkládání těhotenství	17
1.5 Manželství a těhotenství	18
2 Stres	20
2.1 Činitelé vyvolávající stres (stresory)	20
2.2 Reakce na stres	20
2.3 Zvládání stresu	21
2.4 Stres v těhotenství	22
2.5 Nástroje pro měření stresu	24
2.6 Prenatal Psychosocial Profile (PPP)	25
2.6.1 Cizojazyčné verze PPP	27
2.7 Visual Analogue Scale (VAS)	28
3 Partner a rodina	29
3.1 Partner a těhotenství ženy	29
3.2 Očekávání od partnera	30
3.3 Rodina těhotné ženy	31
3.4 Partner (otec) u porodu	32

3.5	Příprava na porod	33
II PRAKTICKÁ ČÁST		34
4	Výzkumné otázky	35
5	Metodika výzkumu	36
5.1	Typ výzkumu	36
5.1.1	Kvantitativní výzkum	36
5.1.2	Dotazník Prenatal Psychosocial Profile (PPP).....	37
5.2	Visual analogue scale (VAS)	38
5.3	Zpětný překlad dotazníku PPP	38
5.4	Charakteristika výzkumného vzorku.....	42
5.5	Technika sběru dat	42
5.5.1	Instrukce pro ženy.....	42
5.5.2	Předvýzkum	44
5.6	Statistické zpracování dat.....	44
6	Prezentace výsledků.....	45
6.1	Charakteristika respondentů.....	45
6.2	VO 1: Jaká je míra subjektivně pociťovaného stresu ženy během těhotenství dle PPP?	47
6.3	VO 2: Jaká je míra subjektivně pociťovaného stresu ženy během těhotenství dle VAS?	48
6.4	VO 3: Jaká je míra opory pociťovaná ženou od partnera v průběhu těhotenství dle PPP?	49
6.5	VO 4: Jaká je míra opory pociťovaná ženou od partnera v průběhu těhotenství dle VAS?	50
6.6	VO 5:Jaká je míra opory pociťovaná ženou od ostatních osob (příbuzní, přátelé) v průběhu těhotenství dle PPP?	51
6.7	VO 6: Jaká je míra opory pociťovaná ženou od ostatních osob (příbuzní, přátelé) v průběhu těhotenství dle VAS?	52

6.8	VO 7: Jaké je sebevědomí těhotných žen v průběhu těhotenství dle PPP?	53
6.9	VO 8: Jaké je sebevědomí těhotných žen v průběhu těhotenství dle VAS?	54
6.10	VO 9: Jaký je vztah mezi pocíťovaným stresem a oporou od partnera během těhotenství?	56
6.11	VO 10: Jaký je vztah mezi pocíťovaným stresem a oporou od ostatních lidí během těhotenství?	57
7	Diskuze	59
7.1	Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1, 2.	59
7.2	Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3, 4	60
7.3	Vyhodnocení výzkumné otázky č. 5, 6	60
7.4	Vyhodnocení výzkumné otázky č. 7, 8	61
7.5	Vyhodnocení výzkumné otázky č. 9	62
7.6	Vyhodnocení výzkumné otázky č. 10	62
7.7	Limitace výzkumu a doporučení pro praxi	63
	Závěr	64
	Soupis bibliografických citací	65
	Seznam příloh	72
	Příloha A: Tabulky hodnocení PPP	73
	Příloha B: Tabulky hodnocení VAS	77
	Příloha C: Informovaný souhlas	79

Seznam tabulek

Tabulka 1 Vývoj plodu (Macků 1998, s. 44–45, Binder et al. 2011, s. 14–15)	15
Tabulka 2 Rozdělení publikací a nástrojů podle kategorií	24
Tabulka 3 Použití nástrojů ve výzkumech.....	25
Tabulka 4 Rozdělení studií.....	27
Tabulka 5 Kontingenční tabulka – stres vs. opora partnera	57
Tabulka 6 Kontingenční tabulka – stres vs. opora ostatních lidí.....	58
Tabulka 7 Hodnocení stresu pomocí PPP	73
Tabulka 8 Hodnocení opory od partnera pomocí PPP	74
Tabulka 9 Hodnocení opory ostatních pomocí PPP	75
Tabulka 10 Hodnocení sebeúcty pomocí PPP.....	76
Tabulka 11 Hodnocení stresu pomocí VAS	77
Tabulka 12 Hodnocení opory partnera pomocí VAS	77
Tabulka 13 Hodnocení opory ostatních pomocí VAS.....	78
Tabulka 14 Hodnocení sebedůvěry pomocí VAS	78

Seznam obrázků

Obrázek 1 Metoda 8P (Plamínek 2013, s. 147).....	21
Obrázek 2 Grafické znázornění zpětného překladu dotazníku PPP	41
Obrázek 3 Graf – rozložení věkových kategorií.....	45
Obrázek 4 Graf – dosažené vzdělání	46
Obrázek 5 Graf – počet těhotenství	46
Obrázek 6 Graf – Počet porozených dětí.....	47
Obrázek 7 Graf – Stres pomocí PPP: žádný stres (0–11 bodů), jistá míra stresu (12–22 bodů), střední míra stresu (23–33 bodů) a vysoká míra stresu (34–44 bodů).....	48
Obrázek 8 Graf – Stres pomocí VAS: – žádný stres (0–25 bodů), jistá míra stresu (26–50 bodů), střední míra stresu (51–75 bodů) a vysoká míra stresu (76–100 bodů).	49
Obrázek 9 Graf – opora partnera pomocí PPP: žádná opora (0–16 bodů), nízká opora (17–33 bodů), střední opora (34–50 bodů) a vysoká opora (51–66 bodů).....	50
Obrázek 10 Graf – opora partnera pomocí VAS: žádná opora (0–25 bodů), nízká opora (26–50 bodů), střední opora (51–75 bodů) a vysoká opora (76–100 bodů).....	51
Obrázek 11 Graf – opora ostatních lidí pomocí PPP: žádná opora (0–16 bodů), nízká opora (17–33 bodů), střední opora (34–50 bodů) a vysoká opora (51–66 bodů).	52
Obrázek 12 Graf – opora ostatních lidí pomocí VAS: žádná opora (0–25 bodů), nízká opora (26–50 bodů), střední opora (51–75 bodů) a vysoká opora (76–100 bodů)	53
Obrázek 13 Graf – sebeúcta pomocí PPP: vysoká sebeúcta (0–11 bodů), střední sebeúcta (12–22 bodů), nízká sebeúcta (23–33 bodů) a žádná sebeúcta (34–44 bodů).	54
Obrázek 14 Graf – sebeúcta pomocí VAS: žádná sebeúcta (0–25 bodů), nízká sebeúcta (26–50 bodů), střední sebeúcta (51–75 bodů) a vysoká sebeúcta (76–100 bodů).	55
Obrázek 15 Bodový graf – stres vs. opora partnera – křivka znázorňuje vztah mezi jednotlivými proměnnými (čím blíže jsou body ke křivce, tím větší je vztah).	56
Obrázek 16 Bodový graf – stres vs. opora ostatních lidí – křivka znázorňuje vztah mezi jednotlivými proměnnými (čím blíže jsou body ke křivce, tím větší je vztah).	57

Seznam zkratek

ČSÚ – Český Statistický Úřad

PPP – Prenatal Psychosocial Profile

VAS – Visual Analogue Scale

ÚVOD

Rozmnožování lidí je základním projevem života. Pro každého člověka – jak pro oba rodiče, tak i pro jedince přicházející na svět, je těhotenství a porod určitý zlom v životě. Mnoho lidí si neuvědomuje jakou zásadní, téměř revoluční změnou během posledních desetiletí prošel a v současné době prochází tento projev lidské existence (Pařízek 2006, s. 21).

O partnerech u porodu se můžeme dočíst kdekoliv, ale málokdo si uvědomuje, že role partnera začíná mnohem dříve než samotným porodem. V dnešní době jsou partneři zapojeni více do celého děje. Muži doprovázejí své partnerky do těhotenské poradny, jsou s ženou na ultrazvukovém vyšetření dítěte, navštěvují společně předporodní kurzy, spolu s partnerkou vybírají porodnici, kde bude žena rodit a společně chodí na její prohlídku. A nakonec i muži prožívají mnoho nových pocitů radosti z příchodu dítěte, ale i obavy o jeho zdraví (Pařízek 2006, s. 215–216).

Muži by neměli brát těhotenství ženy jako samozřejmost, a měli by se více zapojovat a zajímat o svou partnerku a zejména o svého potomka. Žena by neměla být na těhotenství a přípravu na přicházející dítě sama, jelikož to může zanechat následky jak na ženě, tak i na dítěti.

Diplomová práce se skládá z teoretické a výzkumné části. V teoretické části je cílem přiblížit fyziologické a psychosociální aspekty těhotenství, dále stres a nakonec zapojení partnera a rodiny do těhotenství ženy. Ve výzkumné části je hlavním cílem zjistit, jaká je opora partnera a ostatních lidí pocíťovaná ženou v těhotenství. Následně je zjišťováno, zda existuje vztah mezi oporou od partnera a ostatních lidí a stresem pocíťovaným ženou během těhotenství. Výsledky jsou porovnávány s výsledky jiných studií zabývajících se tímto tématem a na základě výsledků jsou učiněna doporučení pro praxi i výzkum.

Cíl práce

Celkovým cílem práce je lepší pochopení psychosociálních faktorů působících na ženu v době těhotenství. Cílem výzkumné části je zjistit, jaká je opora partnera pocíťovaná ženou v těhotenství. Dalším cílem je zjistit, jaká je opora těhotné ženy od ostatních lidí. Dále je cílem se zaměřit na to, jaká je míra objektivně pocíťovaného stresu u žen v těhotenství a zjištění, zda existuje vztah mezi tímto stresem a oporou od partnera a ostatních lidí. Nakonec je snahou zjistit, jaký mají ženy v těhotenství pohled na sebe sama.

Dílčí cíl 1

Zjistit, jaká je míra subjektivně pocíťovaného stresu u žen v těhotenství.

Dílčí cíl 2

Zjistit, jaká je opora ženy v těhotenství od ostatních lidí (rodina, přátelé).

Dílčí cíl 3

Zjistit, jaké je sebevědomí žen v průběhu těhotenství.

Dílčí cíl 4

Zjistit, jaký je vztah mezi subjektivně pocíťovaným stresem těhotné ženy a oporou od partnera.

Dílčí cíl 5

Zjistit, jaký je vztah mezi subjektivně pocíťovaným stresem těhotné ženy a oporou od ostatních lidí.

I TEORETICKÁ ČÁST

Těhotenství je období, kdy ženu provázejí určité změny v jejím životě, a proto je cílem teoretické části přiblížit těhotenství ženy se zaměřením na jeho fyziologické a psychosociální faktory, které těhotenství provázejí. Dále je cílem popsat stres, a to jak celkově, tak i stres v těhotenství. Na závěr teoretické části je popsána opora od partnera a okolí, kterou žena pociťuje, a které se jí dostává během těhotenství. Součástí teoretické části je také studium již proběhlých výzkumů na daná témata.

1 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství je období, ve kterém u ženy dochází v jejím organismu k vývoji plodu. Toto období trvá 10 lunárních měsíců (28 dní) což je 280 dní. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem. Těhotenství je možné dělit na oplození, implantaci a nidaci a vývoj plodového vejce. Přejedem z intrauterinního prostředí do mimomateřského prostředí během porodu se z plodu stává novorozenec (Roztočil et al. 2008, s. 86).

1.1 Oplození (fertilizace)

K oplodnění dochází při spojení mužské zárodečné buňky – spermie s ženskou zárodečnou buňkou – vajíčkem (oocyt). K oplození dochází nejčastěji ve fimbriální části vejcovodu. V ampule vejcovodu malé množství spermií obklopí vajíčko. Spermie adherují k povrchu oocytu, kdy dochází k akrozomální reakci, jejíž součástí je ztráta plazmatické membrány akrozomální čapky a uvolnění lytických enzymů. Do zona pellucida může proniknout několik spermií, ale pouze jedna spermie se dostane fagocytózou do cytoplasmy vajíčka. Po vniknutí jedné spermie (hlavičky a spojovací části) do vajíčka se zona pellucida oddělí a vajíčko se stane nepřístupným penetraci dalšími spermiemi (Čech et al. 2006, s. 38).

1.2 Vývoj plodu

Vývoj plodu trvá přibližně 40 týdnů. Během této doby dochází k vývoji od oplozeného vajíčka až po vyvinutý plod. V následující tabulce je stručný přehled vývoje plodu po určitých měsících:

Tabulka 1 Vývoj plodu (Macků 1998, s. 44–45, Binder et al. 2011, s. 14–15)

Období	Váha	Délka	Vývoj
0. - 4. týden	cca 3g	cca 5mm	Oplození, nidace, implantace, embryogeneze.
Na konci 4. týdne	cca 3g	cca 8mm	Na hlavové části jsou viditelné základy pro oči, uši, nos. Na končetinách jsou vidět základy pro prsty. Počátek krevního oběhu poháněn srdcem.
5. - 8. týden	cca 5g	cca 3cm	Končetiny a trup jsou k hlavě poměrně malé. Embryo získává zřetelný lidský tvar a na konci 8 týdne se označuje jako plod - fetus.
9. - 12. týden	cca 20g	3cm	Základy chrupavčité kostry, rozeznání prstů na končetinách. Diferenciované pohlaví. Vytvořena placenta.
13. - 16. týden	120g	16cm	Vytvořen kožní kryt (není vytvořen tukový polštář), objevuje se lanugo.
17. - 20. týden	250g	25cm	Počátek růstu vlasů a nehtů. Počátek cítění pohybů plodů.
21. - 24. týden	600g	cca 30 cm	Rozdělování očních víček.
25. - 28. týden	1200g	caa 35cm	V plicích dochází k tvorbě antiatelektatického faktoru – surfaktantu (směs lecitinu a sfingomyelinu).
29. - 32. týden	1800g	cca 40cm	Je vytvořeno osifikační jádro v dolní epifyze stehenní kosti.
33. - 36. týden	2700g	cca 45cm	Kůže je napjatá, je vyvinutý tukový podkožní polštář a lanugo mizí z obličeje a břicha.
37. - 40. týden	3300 - 3600g	cca 50cm	Lanugo je jen na zádech a kůže je pokryta mázkem. Jsou vyvinuty chrupavky nosní, ušní, nehty přesahují špičky prstů, švy mezi lebečními kostmi jsou úzké, fontanely jsou malé.

1.3 Fyziologické a psychosociální změny v těhotenství

Fyziologické změny

Během těhotenství ženy se celý mateřský organismus musí podřídit situaci, kdy vývoj plodu zasahuje do jeho všech funkcí. V zásadě se dají procesy přizpůsobení organismu rozdělit do čtyř základních skupin:

- růst tkání – hypertrofie rodidel (růst dělohy – objem až 5 litrů a hmotnost 900–1100 g), prsů, někdy se může objevit zvýšené ochlupení (hypertrichosis gravidarum) a také hypertrofie periostu s určitými rysy akromegalie,
- retence tekutin ve tkáních způsobená hormonálními vlivy (zvýšení tekutin v těle ženy až o 20 %) – prosáknutí vulvy a vagíny,
- relaxace hladkého svalstva pod vlivem progesteronu, v první řadě uvolnění dělohy, dále dilatace a snížená peristaltika střev, močových a žlučových cest,
- celkové funkční přizpůsobení zvýšeným nárokům během těhotenství – kardiovaskulární změny – zvětšení cirkulujícího objemu krve (zvýšení o 1000–1500 ml), zvýšení srdeční činnosti (zvýšení o 10–15 úderů za minutu), zvýšené prokrvení ledvin a celkové zvýšení metabolických (zvýšení o 15–20 %) a endokrinních aktivit (Čech et al. 2006, s. 45–49, Roztočil et al. 2008, s. 98–101).

Psychosociální změny

Těhotenství pro ženy znamená nejen radost, ale také strach a úzkost. Být matkou, obzvlášť poprvé, je pro ženy nová role, s novými zodpovědnostmi a s novým člověkem. Úzkostná reakce na tuto situaci je pochopitelná. Ženy během těhotenství mají starosti a obavy, problémy s koncentrací, jsou velmi často náladové, podrážděné, nejisté, pochybují o sobě, mají pocit unavenosti a slabosti. Tyto fenomény, které potká až 90 % žen během těhotenství, jsou většinou považovány za celkem normální (Praško 2002, s. 46).

Ženy mohou také během těhotenství mít strach ze ztráty partnera, a to kvůli ztrátě sexuální atraktivity. Také existuje extrém, kdy ženy mají strach, aby nebylo ublíženo dítěti, a proto odmítají pohlavní styk, přestanou s partnerem komunikovat na úrovni obvyklé před těhotenstvím, zahledí se zcela do sebe a gravidity a přestanou v partnerství vykonávat jakékoliv funkce. Ne všichni partneři jsou schopni tento stav tolerovat, a tak se může stát, že během těhotenství jsou položeny základy rozpadu partnerství (Čech et al. 2006, s. 86).

Důležitým psychosociálním činitelem je osobnost ženy, její očekávání od sebe, partnera a rodiny. Těhotenství jako nová role (omezení, nové nároky) a s tím spojená očekávání mohou prohloubit ambivalence ve vztazích, následně se může promítnout i do vztahu k dítěti a také může vést ke značným změnám v sebehodnocení. To, jak je schopna se s těmito změnami vyrovnat matka (ale i celá rodina), rozhoduje o její emoční stabilitě. Ženské očekávání od těhotenství, porodu, partnera a rodiny mohou být nejrůznější, od „zralých“ odrážejících skutečné možnosti, až po naivní a katastrofická. Pokud jsou očekávání rigidní, nereálná, nebo až přehnaně „růžová“, či naopak negativní, často v konfrontaci se skutečností, mohou vést k nadměrnému stresu. Postoje a dysfunkční očekávání se týkají především následujících oblastí:

- zvládnání těhotenství, porodu a poporodního období (těhotná nebo prvorodička má vysoká očekávání od svého fungování, chce být ve všech funkcích bezchybná),
- prožívání citů, blízkosti a bezpečí (žena má nepřiměřená očekávání, že bude naplněná láskou k dítěti i ostatním členům, oproti tomu se bojí ze ztráty těchto očekávání),
- sociální podpory (předpoklady, jak těhotenství a porod zlepši kvalitu partnerského vztahu, zvýší podporu okolí, nebo naopak povede v těchto oblastech ke ztrátám),
- vlastních hodnot (těhotenství by mělo vést ke zvýšení hodnoty pro svou vlastní osobu i pro okolí, nebo naopak ke strachu z poklesu vlastní hodnoty např. v práci nebo sexualitě),
- vztahu k vlastnímu tělu (nereálné představy o nutnosti krásy vlastního těla – jako nezbytné podmínky pro přijetí sebe samotné i lásky druhých) (Praško 2002, s. 47–48).

1.4 Odkládání těhotenství

Mateřství starších žen, tzv. pozdní mateřství (označení pro ženu rodící po dosažení 35 let) není novým jevem. Trend odkládání prvního početí v České republice je také doprovázen nárůstem intenzity bezdětnosti, která se za socialistické doby pohybovala na velmi nízké úrovni. V současnosti můžeme sledovat zejména nárůst bezdětných žen ve věkové kategorii 18–25 let. Tato bezdětnost vyplývá právě z trendu, kdy se zakládání rodiny plánuje až v pozdějším věku (Šamanová 2006, s. 10). Z pohledu žen existuje mnoho důvodů, proč odkládat těhotenství do vyššího věku. Podle výzkumu od Bínové (2007), kdy se autorka zabývala sociálně psychologickým trendem – odkládání rodičovství, byly určeny jako hlavní příčiny odkládání kariéra, hledání vhodného partnera, medicínské faktory (neplodnost).

Dalšími příčinami byly psychologické a sociální tlaky a pozitivní a negativní stránky rodičovství (Bímová 2007, s. 41).

V dalším výzkumu od Kozákové et al. (2015), který měl za cíl zjistit, jaké jsou důvody odkládání těhotenství, výsledky ukázaly, že nejvíce žen (42,4 %) z celkového počtu 92 žen, uvedlo jako hlavní důvod oddálení těhotenství výběr vhodného partnera. Jako druhá nejčastější odpověď (32,6 %) byly problémy s otěhotněním, dále pak kariéra a studium (26,1 %) a jako další uvedené jsou problémy s bydlením, finanční potíže, problémy s partnerskými vztahy, preference nezávislého způsobu života, obavy ze ztráty volnosti atd. (Kozáková et al. 2015, s. 20).

Český statistický úřad (ČSÚ) uvádí, že se v roce 2014 narodilo 109 860 dětí a z toho bylo prvně narozených 52 106 dětí. Průměrný věk prvorodiček byl 28,8 let a celkový průměrný věk rodiček byl 30,6 let. Z celkového počtu narozených dětí se 51 267 dětí narodilo mimo manželství (ČSÚ 2015).

1.5 Manželství a těhotenství

Podle výzkumu Fučíka et al. (2014), který se zabýval rodičovskými dráhami, je patrné, že v době socialismu byl vstup do manželství prvotním krokem k rodičovství. Avšak přechodem do moderní doby ztrácí vstup do manželství své pevné místo na počátku rodičovské dráhy. V posledních dvaceti letech trvale ubývá vdaných matek a místo nich nastupují matky svobodné. I když se zvýšila rozvodovost, podíl rozvedených matek se razantně nezměnil, ale zároveň se snížil počet sňatků a tím se snížil i počet párů, u kterých by byl rozvod možný. Pro část žen je mimomanželská plodnost jenom přechodnou fází, po které bude následovat vstup do manželství. Převažují však svobodné matky, které jsou svobodné dlouhodobě, a jejich podíl ve společnosti průběžně narůstá. Svobodné rodičovství, tak jako tomu bylo na počátku devadesátých let, se už netýká jen mladých žen bez partnera a z nižších sociálních vrstev, ale dá se říct, že všech skupin obyvatel. Jako vysvětlení nárůstu mimomanželské plodnosti autor uvádí, že je zapotřebí zvážit několik faktorů. Mezi faktory obecně hraje svou roli společenská přijatelnost tohoto jevu, rozdílnost svobodných matek, kdy se jimi staly nedobrovolně a byly donuceny okolnostmi, nebo se jimi staly dobrovolně. S rostoucí heterogenitou matek realizující rodičovství mimo manželství roste i heterogenita příčin a důvodů k tomuto aktu. Na počátku sledovaného období mohlo jít o matky nedobrovolně svobodné, které byly mladé a bez partnera.

Druhou skupinu jsou matky, které volí pragmatické důvody – může jít o matky, které zamlčují otce z důvodu sociálních dávek, ale také může jít o matky, které žijí s partnerem a z nějakého jiného důvodu nevidí důležitost vstoupit do manželství. A poslední, třetí skupinou, jsou vzdělanější ženy, které se z počátku věnují jiným oblastem života a následně ve vyšším věku vstoupí s partnerem do rodičovství, ale už nemají potřebu vstupovat do manželství (Fučík et al 2014, s 172). Podle ČSÚ v roce 2014 bylo uzavřeno 45 575 sňatků a bylo rozvedeno 26 764 párů (ČSÚ 2015).

Z této kapitoly tedy vyplývá, že těhotenství a porod jsou důležitými etapami v životě ženy, partnera a celé rodiny. Chtěné těhotenství bývá pokládáno za radostnou událost, bývá spojeno s klidem, vnitřním vyrovnáním a vede k dozrání ženy a nárůstu sebeúcty. Avšak během těhotenství se mohou objevit i somatické potíže (zhoršené dýchání, únava, vegetativní symptomy, pocity nesvobody, přetížení), které mohou zapříčinit, že žena během těhotenství bude pociťovat stres (Praško et al. 2002, s. 46–47).

2 Stres

Slovo stres se dostalo do našeho jazyka zřejmě z angličtiny. U anglických slov je velmi běžné, že mají dlouhou řadu významů, mezi ně patří i slovo stres (ve své původní podobě stress). Uvádí se významy jako napětí či pnutí. Přesně v tomto smyslu lze stres definovat jako stav napětí, kterým lidský organismus reaguje na podněty (stresory). O velikosti stresu v lidském organismu rozhodují dvě veličiny: zátěž a odolnost. Čím větší zátěž, tím větší stres, a čím větší odolnost, tím menší stres (Plamínek 2013, s. 128).

2.1 Činitelé vyvolávající stres (stresory)

Jako stresory lze považovat např. spěch, hluk, napětí, nedostatek spánku, nedostatek odpočinku, pracovní přetížení, napjaté mezilidské vztahy, nepravidelné změny, napětí z nesplněného časového rozvrhu, ale může sem patřit i svatba, narození dítěte, rozvod, úmrtí. V současné době se ukazuje jako významný faktor při vzniku stresu vztah člověka ke způsobu zpracování informací. Člověk žijící běžným životem v civilizované společnosti může být přetížen informacemi. Psychická výkonnost se u člověka zhoršuje, pokud musí dlouhodobě zpracovávat více informací, než odpovídá optimálním možnostem jeho centrálního nervového systému. Častým zdrojem stresu je také oblast intimního soužití s druhými lidmi. Rodina je pro dítě nejdůležitějším místem jeho socializace. Stresy pramenící z rodinných vztahů jsou pro vývoj jeho osobnosti zvláště zatěžující. Těžko bychom mohli zabránit všem stresům v životě, ale je důležité stres nerozmnožovat a předcházet mu (Kutínová 2015, s. 4).

2.2 Reakce na stres

Stresové situace vyvolávají reakce na úrovni emocí, sahající od veselí (pokud je situace náročná, ale je zvládnutelná) až po úzkost, vztek, skleslost a depresi. Pokud stres přetrvává, emoce mohou kolísat podle toho, jak se daří danou situaci zvládnout. Dále stres vyvolává fyziologické reakce organismu na stresor. Pokud je ohrožení rychle vyřešeno, pohotovostní reakce ustoupí, pokud stresor přetrvává, organismus se pokouší přizpůsobit a objevují se jiné vnitřní reakce. Mezi emoční reakce na stresovou situaci patří úzkost, vztek, agrese, apatie a deprese. Mezi fyziologické reakce patří útok, nebo útek (Nolen-Hoeksema et al. 2009, s. 589,595).

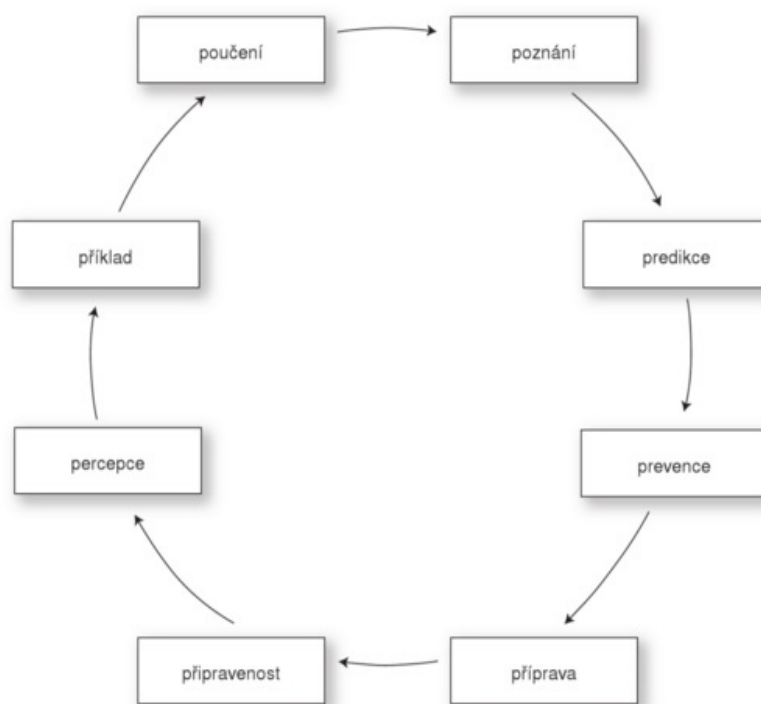
2.3 Zvládání stresu

Základním nástrojem pro zvládání stresu je mozková kůra. Již pouhým přemýšlením o stresu můžeme omezit moc jednoho z nejobávanějšího stresoru – nejistoty. Poznáním stresu, se lze dozvídat o jeho příčinách, působení a důsledcích (**poznání**), lze otupit jeho ostří.

Mnohé stresové situace se dají předvídat (**predikce**) a některým se dá i předejít (**prevence**). Na situace, které se podařily předpovědět, ale nelze se jim vyhnout, je možné se důkladně připravit (**příprava**) a lze udělat určitá protistresová opatření ještě před tím, než začne stresor působit.

Jsou samozřejmě případy, kdy stresor začne působit rychle, bez varování. Potom mozková kůra jako nástroj ustupuje do pozadí a svou roli začne plnit mozkový kmen. Dobrým užíváním prvních čtyř „P“ (poznání, predikce, prevence, příprava), lze pravděpodobně snížit množství takovýchto stresových situací. Ale i pro ostatní situace se dá leccos udělat. Je možné pěstovat vlastní odolnost vůči stresu a snažit se dosáhnout stavu připravenosti organismu čelit stresu (**připravenost**).

Tréninkem lze v těle vytvořit určitou zásobu reakcí, ze kterých bude organismus vybírat ve stresových situacích. Volbou životního stylu je možné zajistit, že organismus bude mít neustále dostatek energie na vypořádání se s vyhocenými stresovými situacemi (Plamínek 2013, s. 146).



Obrázek 1 Metoda 8P (Plamínek 2013, s. 147)

Obrázek 1 ukazuje schéma jednotlivých stavebních kamenů metody zvládání stresu, která vychází z nastíněných úvah, a kterou můžeme vzhledem k osmi klíčovým slovům (poznání, predikce, prevence, příprava, připravenost, percepce, příklad a poučení) označit jako **metodu 8P** (Plamínek 2013, s. 146).

K zvládání stresu se využívají také behaviorální techniky, které pomáhají lidem ovládat fyziologické reakce na stresové situace a patří mezi ně relaxační trénink a anaerobní cvičení. Relaxační trénink člověka učí, jak se soustředit na své myšlenky, zároveň uvolnit svaly a zvolnit tempo. Lidé pravidelně cvičící (jakákoliv vytrvalostní činnost, která zvyšuje tepovou frekvenci a spotřebu kyslíku např. běhání, plavání nebo jízda na kole) vykazují oproti ostatním lidem významně menší tepovou frekvenci a krevní tlak při stresové situaci (Nolen-Hoeksema et al. 2009, s. 615).

Výzkum od Soósová et al. (2013) se zabýval stresem u sester poskytující paliativní péči. Výzkumu se zúčastnilo 68 sester poskytující paliativní péči s věkovým průměrem 37,9 let. Výzkum probíhal na Slovensku. Cílem výzkumu bylo zjistit míru stresu, kterou pociťují sestry při poskytování péče, zjistit reakce na stres a nakonec zjistit jaké strategie používají ženy na zvládání stresu. Podle výsledku byl u sester poskytující paliativní péči zaznamenán mírný výskyt stresu. Sestry nejčastěji odpovídaly, že projevy stresu se vyskytovaly ve fyzické a emocionální oblasti. Dále podle výsledku lze říci, že nejčastějším stresorem pro sestry byla smrt, umírání pacienta, pracovní zátěž a také pracovní prostředí. A jako strategie, které sestry používají k zvládání stresu, sestry nejčastěji uvedly vyřešení problému, sociální oporu a také fantazijní únik (Soósová et al. 2013, s. 264–265).

2.4 Stres v těhotenství

Stres v těhotenství a dopad na matku

V studii od Hayase et al. (2014), které se zúčastnilo 56 žen, kdy ženy vyplňovaly dotazník, výsledky ukazují, že těhotné ženy s gestační hypertenzí a gestačním diabetem mají větší stres a horší kvalitu spánku než zdravé těhotné ženy a netěhotné ženy. Navíc kvalita spánku se zhoršuje od druhého do třetího trimestru u těhotných žen s komplikacemi. Také ukazuje, že těhotné ženy, které potřebují nějaké ošetření od druhého trimestru, vykazují více subjektivního stresu, méně spánku a mají horší kvalitu spánku než ženy bez komplikací (Hayase et al. 2014, s. 194).

V teoretickém úvodu kontrolní randomizované studie od Chang et al. (2015), která se zabývala hudbou v těhotenství, a které se zúčastnilo celkem 296 žen, uvádí, že těhotenství je událost, která má signifikantní a dlouhodobý dopad na život nastávající matky. Fyziologický a psychologický dopad těhotenství vede ke změnám v jeho průběhu. Zatímco ženy mají různé zkušenosti se stresem vyvolaným v důsledku fyziologických a psychologických změn v těhotenství, účinky těchto zkušeností v těhotenství mají vliv na matku i po zbytek jejího života (Chang et al. 2015, s. 510).

Zvládání stresu v těhotenství

McEwen (2000) uvádí v článku, že porodní asistentky v předporodních kurzech mají zásadní roli v podpoře intervence vedoucí ke snížení stresu a zlepšení výsledků matky a novorozence. Příprava na porod zahrnuje mnoho technik pro zvládání stresu. Metoda zvládání stresu může indikovat obrovské rozdíly mezi jednotlivci v jejich odpovědích na stresové životní situace, protože určitá zkušenost může být pro část žen vnímána jako velmi stresující, zatímco pro jiné může být vnímána rozdílně. Škody způsobené stresem jsou zdravotníky uznávány jako společenské choroby, jako jsou kardiovaskulární onemocnění, deprese, úzkost (McEwen 2000, s. 113).

Studie od Chang et al. (2015) zabývající se hudbou v těhotenství, kdy byly ženy rozděleny do dvou skupin – experimentální (n=145) a kontrolní (n=151) ukazuje, že účinky poslouchání hudby napomáhají těhotným ženám vypořádat se se stresem, zejména se stresem vyvolaným těhotenstvím. Hudba je efektivní, neinvazivní intervence pro ženy se stresem v těhotenství, která má minimální nebo žádné vedlejší účinky a je levná a pohodlná. Tato zjištění mají signifikantní dopad pro zdravotníky, kteří chtějí tuto bezpečnou a nefarmakologickou metodu zařadit do prenatální péče (Chang et al. 2015, s. 514–515).

Dostatečná sociální opora, která se dostává ženě během těhotenství, výrazně snižuje četnost úzkostných komplikací, jelikož ženě poskytuje pocit bezpečí a jistoty, že není na toto zátěžové období sama. Sociální oporu může těhotné ženě poskytovat partner, širší rodina, matka, sestra a další blízcí lidé, jako jsou kamarádky nebo susedky (Praško et al. 2002, s. 48).

2.5 Nástroje pro měření stresu

V článku autorů Nast et al. (2013) byly porovnávány publikace a nástroje, které se zaměřují na psychosociální stres v průběhu těhotenství. Autoři vyhledali 2355 publikací, ze kterých vybrali pouze původní články, v anglickém jazyce a publikované mezi lety 1999 a 2009. Výběr obsahoval 827 publikací, z nichž většina byla eliminována pomocí dalších kritérií. Po eliminaci zůstalo 118 publikací a 58 nástrojů, kdy z tohoto počtu bylo vyřazeno 15 nástrojů, jelikož nebylo dostatek informací o validitě a reliabilitě a v důsledku toho byly vyloučeny i 3 publikace. Konečný výběr tedy obsahoval 115 publikací a 43 nástrojů na měření psychosociálního stresu během těhotenství. Nalezené publikace a nástroje byly rozděleny do určitých skupin, podle oblastí, ve kterých byly použity (úzkost, deprese, denní problémy, aspekty psychologické symptomatologie, životní události, specifické socio-environmentální stresory, stres související s těhotenstvím a rodičovstvím). V tabulce 2 je znázorněné rozdělení publikací a nástrojů ve výše zmíněných kategoriích, a také jsou uvedeny nejlepší nástroje v každé kategorii.

Tabulka 2 Rozdělení publikací a nástrojů podle kategorií

Kategorie	Publikace	Nástroje	Nejlepší nástroj
Úzkost	60	11	„State-Trait Anxiety Inventory, trait form“ (Spielberger et al. 1970)
Deprese	58	8	„Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (Cox et al. 1987)
Denní problémy	29	4	„Perceived Stress Scale“ (Cohen et al. 1983)
Aspekty psychologické symptomatologie	24	8	„Abbreviated Scale for the Assessment of Psychosocial Status in Pregnancy“ (Goldenberg et al. 1997)
Životní události	21	5	„Prenatal Life Events Scale“ (Lobel et al. 1990)
Specifické socio-environmentální stresory	16	7	Nebyl určený žádný z nalezených nástrojů, jako nejlepší
Stres související s těhotenstvím a rodičovstvím	13	6	„Prenatal Distress Questionnaire“ (Yali et al. 1999)

Mezi další nástroje k měření stresu souvisejícího s těhotenstvím a rodičovstvím patřily: „Prenatal Psychosocial Profile“ (Curry et al. 1994), „Pregnancy Experience Scale“ (DiPietro et al. 2002), „Prenatal Social Environment Inventory“ (Orr et al. 1992). Závěrem článku se doporučuje vytvořit jednotný nástroj pro hodnocení potenciálních aspektů stresu, jelikož existuje v této oblasti málo studií (Nast et al. 2013, s. 313–320).

V tab. 3 jsou uvedeny nástroje, které jsou nejčastěji používané ve výzkumech a jsou často citované a lze je považovat za cenné nástroje.

Tabulka 3 Použití nástrojů ve výzkumech

Nástroj	Studie
„State-Trait Anxiety Inventory, trait form“ (Spielberger et al. 1970)	Balsamo et al. (2012), Ladd et al. (2015), Jones et al. (2015)
„Edinburgh Postnatal Depression Scale“ (Cox et al. 1987)	Massoudi et al. (2013), Bina et al. (2014), Zhao et al. (2015)
„Perceived Stress Scale“ (Cohen et al. 1983)	Almadia et al. (2012), Barbosa-Leiker et al. (2013), Ezzati et al. (2014)

Další z uvedených nástrojů v tab. 2 („Abbreviated Scale for the Assessment of Psychosocial Status in Pregnancy“, „Prenatal Life Events Scale“, „Prenatal Distress Questionnaire“) nejsou tolik používané ve výzkumech jako nástroje v tab. 3.

2.6 Prenatal Psychosocial Profile (PPP)

Dotazník Prenatal Psychosocial Profile byl vytvořený autory Curry et al. v roce 1994 v USA. Dotazník se skládá ze čtyř částí – posouzení stresu, posouzení opory od partnera a ostatních lidí a posouzení sebeúcty.

První část posouzení stresu obsahovala zpočátku 18 položek, které byly vybrány z Daily Hassles Scale (Kanner et al. 1981). Položky byly hodnoceny z hlediska vhodnosti a srozumitelnosti. Do hodnocení bylo zapojeno 10 odborníků, kteří poskytovali prenatalní péči ženám s nízkým příjmem. Na základě zpětné vazby byl nástroj snížen na 11 položek, kdy dvě se týkaly finančních starostí, další položky se týkaly rodiny, přátel, nedávných ztrát, problémy s prací, užívání drog/alkoholu, současného těhotenství, emočního/sexuálního/fyzického zneužívání a pocitu všeobecného přetížení. Ženy v rámci pilotního zkoumání nehlásily žádné problémy s vyplňováním. Jako výsledek pilotáže nebyly položky odstraněny ani přidány. Menší redakční návrhy byly začleněny.

Druhá část dotazníku PPP posouzení opory byla vytvořena zkrácenou verzí nástroje „Support Behaviors Inventory“ (Brown, 1986), který měří velikost vnímané opory během těhotenství. V dotazníku PPP byl zkrácený nástroj „Support Behaviors Inventory“ použit u hodnocení opory od partnera i od ostatních lidí. Zkrácená verze obsahuje 11 položek. Mezi těmito položkami byly otázky týkající se sdílení podobné zkušenosti, pomoci v nouzi, tolerování vzestupu a pádu a projevů zájmů o každodenní činnosti.

Poslední část posouzení sebeúcty byla vytvořena pomocí „Self-Esteem Scale“ (Rosenberg 1965). Tento nástroj byl vybrán, jelikož je stručný a byl značně používán u těhotných žen. Nástroj „Self-Esteem Scale“ z počátku obsahoval 10 položek, kdy polovina byla pozitivně formulována a obsahovala otázky týkající se pozitivního postoje, spokojenosti sama se sebou atd. Druhá polovina byla formulována negativně a obsahovala otázky týkající se pocitu selhání, méněcennosti atd. Dodatečná otázka „Pocitujete, že máte svůj život pod kontrolou?“ byla přidána, protože kontrola může být klíčem k intrapsychickému faktoru v sebeúctě. Osoby, které mají svůj život pod kontrolou, mají tendenci mít vyšší sebevědomí. Platnost nástroje „Self-Esteem Scale“ byla ověřována klinickými odbornými lékaři (Curry et al. 1994, s. 130–131).

V rámci tvorby dotazníku PPP byly provedeny dvě studie. První studie probíhala na univerzitní prenatalní klinice v USA. Studie se zúčastnilo 91 žen s nízkým příjmem, docházejících na prenatalní poradnu, ve věkovém rozmezí 18–40 let, kdy průměrný věk byl 24,5 let. Ženy odpovídaly na PPP po vyplnění informovaného souhlasu. Cílem studie bylo otestovat platnost stresové škály, zkoumat vzájemné vztahy mezi jednotlivými položkami a určení spolehlivosti dalších škál. Druhá studie také probíhala na univerzitní prenatalní klinice, zúčastnilo se jí 88 žen docházejících na prenatalní poradnu. Věkové rozmezí bylo 18–40 let a průměrný věk byl 26,4 let. Cílem studie bylo ověření platnosti všech čtyř měřítek při opakování testu. Ženy odpovídaly na PPP při rutinní prenatalní kontrole a znovu odpovídaly při další návštěvě v rozmezí 6–56 dnů (Curry et al. 1994, s. 131–133).

Další výzkum, kde byl použit dotazník PPP je také od Curry et al. (1998). V tomto výzkumu bylo sloučeno pět studií – „Rural Oregon Minority Prenatal Project“, „Low Birthweight Study“, „North Carolina Preterm Birth Prevention Study“, „Oregon Preterm Birth Intervention“, „San Francisco Study“. Dohromady se zúčastnilo 3444 žen různých národností, z měst a vesnic.

Tabulka 4 Rozdělení studií

Studie	Ženy	Velikost vzorku	Věkový průměr
„Rural Oregon Minority Prenatal Project“	Rodilé Američanky žijící na vesnici	83	22,6 let
	Hispánské ženy žijící na vesnici	100	24,0 let
„Low Birthweight Study“	Kavkazské ženy	1223	24,3 let
	Afroameričanky	406	22,1 let
	Hispánské ženy	80	22,9 let
	Rodilé Američanky	60	22,1 let
„North Carolina Preterm Birth Prevention Study“	Afroameričanky	791	21,8 let
	Kavkazské ženy	234	20,3 let
„Oregon Preterm Birth Intervention“	Kavkazské ženy	349	24,2 let
„San Francisco Study“	Afroameričanky	118	25,3 let

V první studii byl dotazník PPP pro hispánské ženy přeložen do španělštiny, kdy tato španělská verze nebyla publikována a ve všech studiích byl dotazník PPP použit pro popsání psychosociálních rizik, rozvoj klinických intervencí, pro měření potenciálního efektu intervencí, nebo kombinací všeho (Curry et al. 1998, s. 212–215).

Studie od Yu et al. (2011) měla za cíl ověřit psychometrické vlastnosti PPP jak s těhotnými ženami, tak i s jejich partnery. Studie se účastnilo 66 párů (n=132), kteří kouřili a byli zapsáni do studie odvykání kouření během těhotenství. Výzkum probíhal ve státě Missouri v USA. Výzkumníci ženám podávali dotazník v prvních 24 týdnech těhotenství. Nejprve vyplnily informovaný souhlas a poté buď sami vyplnily dotazník, nebo odpovídaly na otázky, které jim četli výzkumníci (Yu et al. 2011, s. 1768–1769).

2.6.1 Cizojazyčné verze PPP

Dotazník PPP byl přeložen v rámci výzkumů do různých jazyků. Studie od Weissheimer et al. (2015) měla za cíl překlad dotazníku PPP do portugalštiny pro použití v Brazílii. Dále bylo cílem ověřit platnost a spolehlivost. Výzkum probíhal od ledna do června 2007 na 10 prenatalních klinikách ve městě Porto Alegre v Brazílii. Výzkumu se zúčastnilo 241 žen s věkovým průměrem 26,4 let. Pro zařazení do studie musely ženy splňovat kritéria – žena musí být těhotná, musí být zapsaná do prenatalního programu, starší 18 let a stáří 12. – 40. týden těhotenství. Výzkum provádělo 7 studentů oboru zdravotní sestra, kteří dostali specifické pokyny od hlavního výzkumníka. Ženy mohly dotazník vyplnit samy, nebo jim sestry mohly číst otázky z dotazníku a ony slovně odpovídaly (Weissheimer et al. 2015, s. 1157–1159).

2.7 Visual Analogue Scale (VAS)

Vizuální analogová škála je nástroj používán k měření bolesti a dalších ukazatelů u pacienta. Nástroj je navržený, aby co nejméně omezoval pacienta při vyplňování. Většinou je VAS prezentována jako 100 mm dlouhá úsečka, která má pouze okrajové body (např. žádná bolest – největší bolest) a vyhodnocuje se měřením vzdálenosti od levého bodu. První publikace této škály byla v roce 1921 autory Hayes a Pattersonv *Psychological Bulletin* (Kersten et al. 2012, s. 609).

Ve studii od Lesage et al. (2012) použili VAS k hodnocení klinického stresu. Cílem výzkumu bylo ověřit dvě psychometrické vlastnosti VAS – diskriminační citlivost a jeho platnost. Výzkumu se zúčastnilo 249 žen a 252 mužů (n=501) a výzkum probíhal ve Francii (Lesage et al. 2012, s. 601–602).

V dalším výzkumu od Phan et al. (2012) použili VAS k hodnocení intenzity svědění u osob s chronickým svěděním různého původu, trvající déle jak 6 týdnů. V této studii použili navíc další nástroje – číselná stupnice a verbální stupnice. Studie probíhala v Německu. Cílem studie bylo zhodnotit spolehlivost použitých nástrojů. Studie se zúčastnilo 200 mužů a 271 žen (n=471). VAS byla 100 mm úsečka pouze s okrajovými body. Opakované testování pro spolehlivost podstoupilo 250 pacientů po jedné hodině. Výsledky ukázaly, že nástroje jsou vysoce spolehlivé a zároveň platné (Phan et al. 2012, s. 502–504).

Studie od Brokelman et al. (2012) také použila VAS, ale tentokrát při hodnocení spokojenosti pacientů po totální kyčelní endoprotéze. Této studii se zúčastnilo 147 osob, kterým bylo dohromady vyměněno 153 kyčlí. VAS byla porovnávána s dalšími nástroji („Harris hips score“, „Oxford hips score“, „Western Ontario McMaster Universities osteoarthritis indexatd“), které se zabývaly také spokojenosti po totální kyčelní endoprotéze. Výzkum ukázal, že mezi VAS a ostatními nástroji je vztah pohybující se v rozmezí $r=0,53-0,70$ (Brokelman et al. 2012, s. 101–103).

Jelikož lékaři stále častěji vyžadují krátké a účinné metody k posuzování stresu, bolesti, spokojenosti atd., a to jak v oblasti aplikovaného výzkumu, tak i v klinických zařízeních, je tedy VAS široce používána k posouzení těchto prvků.

3 Partner a rodina

Partnerský vztah mezi mužem a ženou před založením rodiny prochází třemi vývojovými stádii. V prvním stádiu je zamilovanost, kdy partnerství je provázáno vzájemným respektem, úctou a citovým souladem. V tomto stádiu dochází k výběru životního partnera. V dalším stádiu se partneři vzájemně poznávají, začínají spolu bydlet, nebo uzavírají manželství. Partneři se chovají přirozeně a tím dochází k tomu, že se navzájem kritizují a odhalují své nedostatky. To následně vede k vzájemnému pochopení, rozdělení jednotlivých rolí a tvorbě základů rodiny. Poslední stádium nastává po narození dítěte a označuje se jako úplná rodina (Velemínský 2005, s. 16–17).

3.1 Partner a těhotenství ženy

Těhotenství doprovází psychické změny nejen ženy, ale i partnera a blízkého okolí. Otec dítěte prochází změnami identity, a také se mění jeho vztah k partnerce. Partnerská role bývala v minulosti podceňována a nebyla jí věnována významnost, kterou by si zasloužila. Během těhotenství a po porodu se partner předně vypořádává s radikální přeměnou osobnosti budoucí matky a následně i s tím, že jejich dítě požaduje mnoho matčina času, energie a pozornosti, které žena nemůže věnovat jemu. Těhotenství přesouvá ustálený partnerský život do fáze, kdy se rodinné vztahy a role musí jinak uspořádat (Vašutová et al. 2010, s. 89).

Yablonsky (1995) ve své knize rozděluje muže podle chování během těhotenství do tří skupin:

- Partneři, kteří projevují přiměřenou účast a pozornost. S partnerkou absolvují např. předporodní přípravu.
- Druhý typ mužů jsou tzv. muži „machři“, kteří projevují názor, že oplodněním ženy splnili úkol a těhotenství připisují jako „ženinu věc“. Nepřipouští, že by těhotenství mohlo omezovat jejich pohodlí.
- A poslední jsou otcové, kteří se přehnaně ztotožňují se svou partnerkou, prožívají přehnaný strach a požadují vysvětlení každého symptomu – mužské těhotenství (Yablonsky 1995, s. 145).

„Těhotenství mužů“ se nazývá **couvade** – kuváda, který zavedl antropolog E. B. Taylor a v překladu z francouzštiny to znamená připravovat se či sedět na vejcích. „Těhotenství mužů“ – couvade se vyskytuje více u starších mužů, u mužů s těsnou vazbou na matku a manželů úzkostných žen.

Ve 3. – 4. měsíci těhotenství partnerky se objevují u nastávajících otců somatické symptomy: váhový přírůstek, bolesti zubů, gastrointestinální problémy (průjem, zácpa, nauzea). Následně příznaky pomalu klesají a až v posledních dvou měsících jich opět přibývá (Ratislavová 2008, s. 46). Syndrom couvade vysvětluje mnoho teorií. Řadí se mezi ně žárlivost muže, a to z důvodů, že se muž cítí opomíjený a touží po pozornosti, strach z příchodu dítěte, nebo pocit viny, že za nepříjemný stav ženy je zodpovědný. Nepříjemné příznaky couvade syndromu mohou být způsobeny zvýšenou hladinou ženských hormonů u mužů (Murkoffová et al. 2004, s. 439).

Studie od Kazmierczak et al. (2013) zkoumala couvade syndrom. Šetření se zúčastnilo 143 mužů a šetření probíhalo v Polsku. K výzkumu autoři použili seznam 16 symptomů identifikovaných Lipkinem a Lambem (1982), který byl přeložený do polštiny a jako další nástroj použili „Empathic Sensitiveness Scale“. Výsledky ukázaly, že muži subjektivně sami o sobě nevnímali příznaky couvade syndromu, avšak nejvíce se vyskytovaly symptomy spojené s hmotností (zvýšení hmotnosti, změny chuti k jídlu, nadýmání). Ze všech mužů zapojených do výzkumu 28 % nepocíťovalo žádné symptomy couvade syndromu. Frekvence výskytu couvade syndromu je spojená s empatií mužů. Přesněji řečeno muži, kteří jsou emocionálně citliví a náchylní na stres, mohou fyziologicky zažít těhotenství svých partnerek (Kazmierczak et al. 2013, s. 134–136).

3.2 Očekávání od partnera

Od dnešních mužů se očekává, že budou své ženě neustálou oporou, ochranou, budou jí dávat najevo dostatek porozumění a poskytovat pocit bezpečí a jistoty. Mnozí muži se v současnosti daleko více aktivně zapojují do průběhu těhotenství než dříve, a mnohdy se intenzivně připravují na porod i následnou péči o dítě, proto je dobré partnera začlenit do děje těhotenství, vzít ho na ultrazvukové vyšetření, předporodní kurzy, kde se setkává s ostatními muži ve stejné situaci a se stejnými pocity.

V období před porodem, kdy se partner sžívá s novou rolí, se mohou objevit obavy. Muži se začínají obávat, jak uživí rodinu, čeho se budou muset vzdát – některých přátel, dosavadního života. Oproti tomu partnerka je ve stádiu „stavění hnízda“ a od partnera se očekává financování potřebných věcí, často bez možnosti podílet se na výběru a rozhodování. O psychiku nastávajících otců se odborníci moc nezajímají, a proto zůstávají se svými problémy sami. Není výjimkou, že v období těhotenství a po porodu, dochází k prvním partnerským problémům.

Prevenčí těchto problémů je otevřená komunikace a akceptování všech pocitů mezi partnery. Zaleží na zralosti osobnosti partnerů, na vztahu mezi partnery a jak jsou schopni navzájem si naslouchat, respektovat se a hledat kompromisy (Ratislavová 2008, s. 46).

Výzkumu od Yu et al. (2011), který probíhal v USA, se zúčastnilo 66 párů. Součástí výzkumu bylo hodnocení opory od partnera a výsledky ukázaly, že ženy pociťují během těhotenství vysokou oporu od partnera. V tomto výzkumu se také zkoumalo, jakou oporu pociťují muži od svých partnerek. A podle výsledku muži pociťují menší oporu od svých partnerek. Lze říci, že to může být způsobené tím, že ženy se více zaobírají svým těhotenstvím, a proto se o muže tolik nezajímají (Yu et al. 2011, s. 1774).

3.3 Rodina těhotné ženy

Celý rodinný systém se začíná měnit již s očekáváním příchodu dítěte. Všechny členy rodiny čeká změna sociálních rolí. Z rodičů se stávají prarodiče, z jedináčků sourozenci atd. Celý rodinný systém se přesouvá během těhotenství do fáze, kdy je potřeba znovu uspořádat rodinné vztahy a role, aby se v rodině vytvořilo místo pro očekávané dítě (Ratislavová 2008, s. 47).

Vztah těhotné ženy se svou matkou se obvykle aktivuje v průběhu těhotenství. Tento vztah má značný význam, jelikož se matka pro svou dceru stává oporou a také slouží jako model pro utvoření vztahu mezi ženou a jejím dítětem. Těhotná žena je zranitelnější, nedokáže se sama bránit a očekává větší ochranu od okolí a rodiny. Tímto se aktivuje vztah k rodičům a hlavně k matce, která především uspokojovala její potřeby v dětství. Pokud má těhotná žena dobrý vztah s matkou, dokáže svému dítěti poskytnout a dokáže čelit i rizikovému těhotenství. Pokud má žena narušený vztah s matkou, může žena špatně prožívat celé těhotenství a může se začít silně vázat na svého partnera (Hučín 2000, s. 10).

Prarodiče mohou nové rodině pomáhat nejen fyzicky, ale mohou také poskytovat emoční podporu pro matku zejména v sociálně rizikových rodinách, rodinách s postiženým dítětem atd. Všechny tyto aktivity mohou být prospěšné pro nukleární rodinu, ale také pro samotného starého člověka tím, že jej udržují v aktivitě a poskytují mu pocit užitečnosti pro druhé.

Na příchod dalšího dítěte do rodiny by měli rodiče připravit i své děti a přípravě podřídit věk dětí. Narození sourozence většinou u dětí vyvolá reakci žárlivosti, která však při rozumné výchově trvá krátce, nebo je nahrazována pozitivnější interakcí. Rodiče na příchod sourozence mohou své děti připravovat pomocí obrázkových knížek, ultrazvukových obrázků, nebo zapojením do příprav na příchod nového člena rodiny (Ratislavová 2008, s. 47).

3.4 Partner (otec) u porodu

Přítomnost partnera u porodu byla praktikována nejdříve v 60. letech v USA a poté i v dalších západních zemích. V Československu se poprvé partner u porodu objevil ve znojenské nemocnici v roce 1984, kdy propagátoři byli porodníci Slezák a Štimpl (Mlynářová, Tošner 1995, s. 216). Klady měly spočívat ve shodě se zahraniční literaturou v příznivém vlivu na průběh porodu a v upevnění citových vztahů v rodině, a také navázání brzkého vztahu otec – dítě. Tato metoda byla v té době podrobena velké kritice a bouřlivé diskuzi v odborném tisku, které nahrává malý zájem otců. Bylo zdůrazňováno, že humanizace zdravotnictví by měla probíhat na vědecké bázi, že podmínky na našich porodních sálech nejsou zatím na tuto změnu připraveny (velké porodní sály pro více rodiček, zásah do prestižního postavení porodníků). Po roce 1989, kdy se změnil vztah lékař-pacient, diskuze utichly a spíše zaznívají pozitivní stanoviska (Sobotková, Štembera 2003, s. 385–389).

V dnešní době je přítomnost partnerů u porodů na porodním sále samozřejmostí a počet otců přítomných u porodu svého dítěte dosahuje zhruba 90 %. Tento odhad se týká západní Evropy (Roztočil et al. 2008, s. 152). V rozvojových zemích se tento trend také rozvíjí, např. v Nigérii podle výzkumu autorů Udofia et al. (2012) více jak 72 % žen očekává, že jejich partneři budou přítomni u porodu a více jak 69 % žen potvrdilo, že jejich partneři byli přítomni u posledního porodu. Výzkumu se zúčastnilo 378 žen (Udofia et al. 2012, s. 114).

Odent (1995) ze svých vlastních pozorování z nemocnice v městě Pithiviers nedaleko Paříže uznává, že přítomnost některých partnerů může mít blahodárny vliv na porod a rodičku, ale také barvitě popisuje muže, kteří porod jenom zpomalují. Mezi takové muže, kteří nepůsobí na rodičku příznivě, řadí:

- muže úzkostlivé, kteří svojí nejistotu zakrývají přehnanou upovídáním,
- nadměrně protektivní či vlastenecké muže (mazlí se, drží svou ženu, neustále ji masíruje),
- muže pozorující, nabádající ženu k sebekontrolě.

Dále zdůrazňuje, že muži často nedokážou pochopit a přijmout ženino instinktivní chování během porodu. Tímto ztěžují její soustředění na porodní děj a neposkytnou ženě potřebný klid během porodu. Také zdůrazňuje, že v tradičních společnostech asistují rodičím ženám nikoliv muži, ale ženy, které již mají děti (Odent 1995, s. 67–68).

3.5 Příprava na porod

Pokud se partneři rozhodnou, že budou prožívat porod společně, měli by se domluvit, zda má žena nějaké přání nebo zvyky, které by ji pomohly se u porodu uvolnit. Partner by měl něco vědět o průběhu fyziologického porodu, aby věděl, co se bude dít, co očekávat a jaké jsou zásady běžně používané u porodu. Muž u porodu by měl znát citové rozpoložení ženy během porodu. Aby byl partner ženě u porodu užitečný, měl by si předem nastudovat nějaké polohy a metody, které mohou partnerce pomoci zmírnit bolesti. Pro vzdělávání o těhotenství a porodu slouží předporodní kurzy, které mohou partneři navštěvovat společně. Partner se v kurzech naučí určité masážní techniky a s partnerkou se naučí úlevové polohy, které potom mohou využít u porodu (Simkinová 2000, s. 39–40).

Během porodu se ještě vše může změnit. Vhodná je předporodní příprava celého páru. Důležité je poučení otce o možných komplikacích a o tom, jak se má v těchto situacích chovat. Jestliže se partner neúčastní prenatálních kurzů, neměl by to být důvod k zákazu přítomnosti partnera u porodu (Ratislavová 2008, s. 73).

Muži si ani neuvědomují, že porod je pro ně stejně náročný a stresující jako pro jejich partnerku. Partner může pociťovat únavu z deficitu spánku, vynechání jídla, ale i z podporování své partnerky. Aby se partner u porodu cítil dobře, měl by mít u sebe všechny věci, které bude potřebovat. Měl by jíst výživnou stravu, dostatečně přijímat tekutiny a měl by mít pohodlné oblečení. Pokud jsou intervaly mezi bolestmi ještě celkem dlouhé, může tento čas partner využít k odpočinku. Při nejistotě partnera by se neměl bát na cokoli zeptat porodní asistentky (Simkinová 2000, s. 100).

Na závěr teoretické části lze říci, že studium opory ženy v těhotenství, stresu v těhotenství a sebeúcty v těhotenství nebylo prozatím v ČR rozšířené. Těmto tématům se zatím nevěnovalo mnoho výzkumů. Dotazník PPP nebyl v ČR použit a přitom je ve světě nástroj PPP hojně využíván.

II PRAKTICKÁ ČÁST

Cílem výzkumné části je zjistit jaká je opora partnera pocíťovaná ženou v těhotenství pomocí dotazníku Prenatal Psychosocial Profile (Curry et al., 1994). Dalším cílem je zjistit, jaká je opora těhotné ženy od ostatních lidí. Dále se zaměřit jaká je míra subjektivně pocíťovaného stresu u žen v těhotenství a zjištění vztahu mezi tímto stresem a oporou od partnera a ostatních lidí. Nakonec je snahou zjistit, jaký mají ženy v těhotenství pohled na sebe sama.

K získání informací byla zvolena forma dotazování pomocí dotazníku Prenatal Psychosocial Profile. Tento dotazník se skládá ze 4 částí (posouzení stresu, posouzení opory od partnera, posouzení opory od ostatních lidí a posouzení sebeúcty). Každá část se skládá z 11 otázek. K tomuto dotazníku bylo použito jako paralelní metoda ještě hodnocení pomocí VAS, a to ve stejných částech jako v dotazníku Prenatal Psychosocial Profile.

Vyhodnocení sesbíraných výsledků povede k odpovědím na níže uvedené výzkumné otázky.

4 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka č. 1

Jaká je míra subjektivně pociťovaného stresu ženy během těhotenství dle PPP?

Výzkumná otázka č. 2

Jaká je míra subjektivně pociťovaného stresu ženy během těhotenství dle VAS?

Výzkumná otázka č. 3

Jaká je míra opory pociťovaná ženou od partnera v průběhu těhotenství dle PPP?

Výzkumná otázka č. 4

Jaká je míra opory pociťovaná ženou od partnera v průběhu těhotenství dle VAS?

Výzkumná otázka č. 5

Jaká je míra opory pociťovaná ženou od ostatních osob (příbuzní, přátelé) v průběhu těhotenství dle PPP?

Výzkumná otázka č. 6

Jaká je míra opory pociťovaná ženou od ostatních osob (příbuzní, přátelé) v průběhu těhotenství dle VAS?

Výzkumná otázka č. 7

Jaké je sebevědomí těhotných žen v průběhu těhotenství dle PPP?

Výzkumná otázka č. 8

Jaké je sebevědomí těhotných žen v průběhu těhotenství dle VAS?

Výzkumná otázka č. 9

Jaký je vztah mezi pociťovaným stresem a oporou od partnera během těhotenství?

Výzkumná otázka č. 10

Jaký je vztah mezi pociťovaným stresem a oporou od ostatních lidí během těhotenství?

5 Metodika výzkumu

Výzkum v diplomové práci se zaměřuje na těhotné ženy, jejich těhotenství a na to, jak se jejich partner a ostatní lidé zajímají o těhotenství ženy. Pro výzkumné šetření bylo použito kvantitativní šetření a jako nástroj tohoto šetření byl použit dotazník Prenatal Psychosocial Profile od Curry z roku 1994, který se skládá ze čtyř částí (posouzení stresu, posouzení opory od partnera a od ostatních lidí a posouzení sebeúcty) a jako paralelní metodu hodnocení pomocí VAS ve stejných částech jako u dotazníků.

5.1 Typ výzkumu

5.1.1 Kvantitativní výzkum

Kvantitativní výzkum pracuje s větším souborem respondentů a je zaměřen na statistické popisování typu závislosti mezi proměnnými a měření intenzity této závislosti. Tento výzkum používá metod standardizovaného rozhovoru, analýzy dat a dotazníkového šetření. Zahrnuje systematické shromažďování a analýzu numerických informací za předpokladu kontroly podmínek. Výsledky měření jsou vyhodnocovány a interpretovány pomocí statistických metod zpracování dat. V ošetrovatelství lze tento výzkum použít pro zkoumání v jaké míře, frekvenci a intenzitě se vyskytují ošetrovatelské jevy nebo jak se vyvíjely (Bártlová et al 2005, s. 13, Kutnohorská 2009, s. 21–22). V této diplomové práci bylo použito kvantitativní dotazníkové šetření pomocí dotazníku Prenatal Psychosocial Profile.

Dotazník

Dotazník je jednou z nejčastěji používaných metod k získávání dat. Jedná se o techniku získávání empirických dat pomocí předem formulovaných otázek. Ze všech technik sběru dat dokáže obsáhnout velký počet zkoumaných osob. Ve zdravotnictví se používají standardizované dotazníky (např. kvalita života), nebo nestandardizované – sestavované jenom pro výzkum. Mohou se používat jednorázově – pro aktuální problém, anebo periodicky (zachycení v čase). Dotazník by měl obsahovat název dotazníku, úvod, který by měl mít stručný úvodní text s motivačním významem pro získání respondenta, cíl a účel výzkumu, jeho společenský význam, zaručení anonymity, instrukce a pokyny k vyplňování dotazníku, výzkumné otázky a kategorizační (demografické) položky. V dotazníku mohou být použity otázky otevřené, polootevřené, uzavřené a uzavřené otázky mohou být dichotomické (ano – ne) a nebo polytomické (výběrové, stupnicové). Formulace otázek se většinou zkouší před zahájením výzkumu pilotáží (Jarošová 2006, s. 10, Bártlová et al. 2005, s. 46–47).

5.1.2 Dotazník Prenatal Psychosocial Profile (PPP)

Dotazník Prenatal Psychosocial Profile (PPP) od Curry et al. z roku 1994 byl vytvořen v USA a jelikož nebyl přeložen do češtiny je součástí této diplomové práce spolupráce na překladu s vedoucí práce a s dalším studentem magisterského oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví. Dotazník byl přeložen pomocí zpětného překladu. Dotazník Prenatal Psychosocial Profile se skládá ze 4 částí. První část se zabývá posouzením stresu, který žena pociťuje během těhotenství. Druhá část zjišťuje oporu partnera pociťovanou ženou v těhotenství. Třetí část je podobná jako druhá část, pouze místo partnera se zabývá oporou od ostatních lidí (rodina, přátelé). A poslední čtvrtá část se zabývá posouzením sebeúcty těhotné ženy. Na začátku každé části jsou napsány instrukce k odpovídání na otázky. Každá část má jedenáct otázek a žena odpovídá na bodové škále. Výčet otázek pro každou oblast je uveden ve výsledcích. U posouzení stresu odpovídají ženy na škále 1–4, kdy 1 je žádný stres a 4 velká míra stresu a mohly tím dosáhnout skóre v rozmezí 11–44 bodů. V druhé a třetí části u posuzování opory partnera a ostatních lidí odpovídají na škále 1–6, kdy 1 je velmi nespokojená a 6 je velmi spokojená a rozmezí dosaženého skóre se pohybuje od 11–66 bodů. A v poslední části, která se zabývá sebeúctou, odpovídají na škále 1–4, kdy 1 znamená rozhodně souhlasím a 4 znamená rozhodně nesouhlasím. V poslední části bylo záměrně 5 otázek formulováno negativně. Při vyhodnocování této části je důležité, aby u těchto pěti otázek bylo skóre obráceno (Weissheimer et al. 2015, s. 1160). V poslední části bylo možné dosáhnout skóre v rozmezí od 11–44 bodů. V každé části byly podle počtů bodů vytvořeny kategorie a podle dosažených bodů byla každá respondentka zařazena do určité kategorie v každé části dotazníku. V oblasti stresu byly vytvořeny kategorie - žádný stres (0–11 bodů), jistá míra stresu (12–22 bodů), střední míra stresu (23–33 bodů) a vysoká míra stresu (34–44 bodů), v oblasti opory od partnera a ostatních lidí byly vytvořeny kategorie - žádná opora (0–16 bodů), nízká opora (17–33 bodů), střední opora (34–50 bodů) a vysoká opora (51–66 bodů) a v oblasti sebeúcty byly vytvořeny kategorie - vysoká sebeúcta (0–11 bodů), střední sebeúcta (12–22 bodů), nízká sebeúcta (23–33 bodů) a žádná sebeúcta (34–44 bodů). Toto členění bylo vytvořeno pro tento výzkum. Členění bylo vytvořeno rozdělením maximálního počtu bodů na 4 díly, kdy tak v každé části dotazníku vznikly 4 kategorie.

5.2 Visual analogue scale (VAS)

Jako paralelní metoda bylo použito hodnocení všech zkoumaných oblastí (stresu, opory od partnera, opory od ostatních lidí, posouzení sebeúcty). Ke každé této oblasti byla vytvořena úsečka, která měří přesně 100 mm a má pouze okrajové body, kdy body vlevo označují – žádný stres, žádná opora (u partnera a ostatních lidí) a žádná sebeúcta a body vpravo označují – největší představitelný stres, největší představitelná opora (u partnera a ostatních lidí) a největší představitelná sebeúcta. Ženy do úseček zaznamenávaly pomocí křížku svůj subjektivní pocit ke každé části. Instrukce k zaznamenání křížků do úseček jsou napsány na začátku strany. Tuto metodu ženy vyplňovaly jako první, aby nebyly ovlivněny otázkami v dotazníku PPP. Vyhodnocení spočívalo ve změření vzdálenosti od levého okraje a tím byla získána vzdálenost v mm. Tyto hodnoty byly poté převedeny na body (1 mm=1 bod), kdy se skóre pohybovalo v rozmezí 0–100 bodů (Brokelman et al. 2012, s. 102). V každé části VAS byly vytvořeny kategorie podle počtu bodů a poté podle počtu bodů byly ženy do těchto kategorií zařazeny. V části hodnocení stresu byly vytvořeny kategorie - žádný stres (0–25 bodů), jistá míra stresu (26–50 bodů), střední míra stresu (51–75 bodů) a vysoká míra stresu (76–100 bodů), v části opory od partnera a ostatních lidí byly vytvořeny kategorie - žádná opora (0–25 bodů), nízká opora (26–50 bodů), střední opora (51–75 bodů) a vysoká opora (76–100 bodů) a v části sebeúcty byly vytvořeny kategorie - žádná sebeúcta (0–25 bodů), nízká sebeúcta (26–50 bodů), střední sebeúcta (51–75 bodů) a vysoká sebeúcta (76–100 bodů). Toto členění bylo vytvořeno pro tento výzkum. Členění bylo vytvořeno rozdělením maximálního počtu bodů na 4 díly, kdy tak v každé části dotazníku vznikly 4 kategorie tak jako u dotazníku PPP. Metodu použití 100 mm přímky popisují ve článku z roku 2012 autoři Lesage, Berjot a Deschamps, kteří ji použili k hodnocení klinického stresu pomocí vizuální analogové škály. Jelikož v dotazníku je posouzení stresu jako jedna část, byla tato metoda použita u všech částí.

5.3 Zpětný překlad dotazníku PPP

Překlad odborného textu je mnohem jednodušší než překlad krásné literatury. K tomuto názoru může však vést ta skutečnost, že slovník naučné literatury bývá většinou prost konotací a expresivitu, že větná vazba se zdá být mnohem jednodušší a průhlednější. Může se tedy zdát, že je dostačující jen základní znalost jazyka originálu i jazyka překladu. Skutečnost je však poněkud jiná. Jednoduchost jazyka je pouze zdánlivá, odborný text je mnohem méně dostupný a srozumitelný než text krásné literatury.

Překlad odborného textu vyžaduje dokonalou znalost obou jazyků jako u beletrie, navíc klade na překladatele určité nároky. Pokud jde o obsah – překladatel musí mít alespoň základní vědomosti o oboru, z něhož se překládá (proto se ostatně takoví překladatelé specializují, např. na texty z oblasti medicíny, humánní či veterinární, texty z oblasti matematiky apod.). Texty z humanitních oborů vyžadují relativně nejméně těchto specializovaných znalostí a pro filologicky vzdělaného člověka jsou poměrně známější. Styl těchto textů se velmi podobají stylu beletristickému a esejistickému. V každém případě by měl překladatel během překlada spolupracovat s odborníkem v daném oboru a text pravidelně konzultovat, jelikož to, co se laikovi zdá zcela správné a v daném kontextu pochopitelné, může být odborníkem odhaleno jako chybné (Knittlová et al. 2010, s. 203).

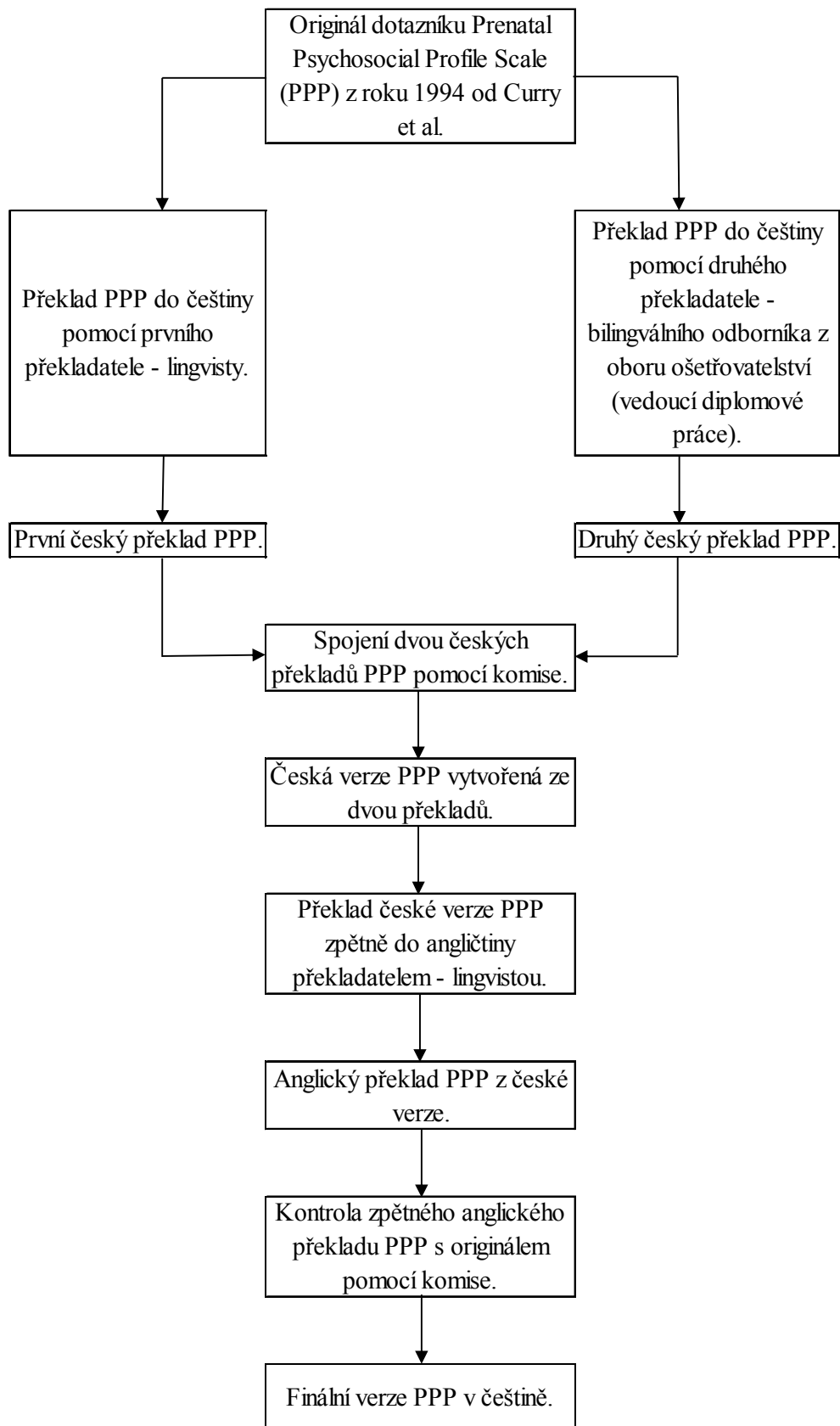
Překlad dotazníku Prenatal Psychosocial Profile do češtiny byla skupinová práce (vznikl ve spolupráci s vedoucí diplomové práce, která překlad vedla po metodické stránce, a se zapojením dalšího studenta magisterského oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví a dalšími dvěma překladateli). Překlad byl proveden pomocí zpětného překlada. Před vytvořením grafiky dotazníku bylo hledáno, zda není grafika dotazníku zobrazena v článcích od Curry et al. z roku 1994 a 1998. Jelikož v těchto článcích se grafika dotazníků nevyskytuje, byla podoba dotazníku vytvořena podle grafiky dotazníku, která se nachází v diplomové práci od Arabia z roku 2002. Příprava dotazníku k překlada a jeho přesná grafická úprava probíhala od března do května 2015. Zpětný překlad probíhal v následujících krocích:

1. Překlad originálu do češtiny dvěma na sobě nezávislými překladateli, a to jedním lingvistou a jedním bilingválním odborníkem z oboru ošetrovatelství (výše zmíněnou vedoucí diplomové práce), čímž vznikly dvě české verze.
2. Sjednocení obou českých verzí komisí tří uživatelů (autor této diplomové práce, vedoucí diplomové práce a další student magisterského oboru Perioperační péče v gynekologii a porodnictví). Pokud v překladech nebyly žádné rozdílné pasáže, komise je přijala bez dalších diskuzí. Pokud se však některé pasáže rozcházely, potom komise vybrala tu pasáž, která pro ně byla přijatelnější. Rozdíly, které byly pro komisy obtížné na vyřešení, komise navrhla jinou, obdobnou alternativu.
3. Sjednocená česká verze byla zpětně přeložena do angličtiny třetím překladatelem (lingvistou), který neměl k dispozici anglický originál dotazníku.
4. Obě anglické verze (originál a verze získaná zpětným překladem) byly porovnány komisí uvedenou výše.

Pasáže, které byly stejné, byly brány jako neproblematické a jejich česká verze byla přijata. Rozdíly byly konzultovány mezi členy komise a jejich původ byl hledán v české verzi. Po vyřešení rozdílů, byly rozdíly upraveny v české verzi.

5. Pro ověření srozumitelnosti a funkčnosti dotazníku se provedl předvýzkum.

Finální česká verze byla dokončena v září 2015. Také byla kontaktována Anne Marie Weissheimer, spoluautorka studie z roku 2015, kdy ve svém výzkumu autorky používaly dotazník PPP. Byla kontaktována ohledně grafické úpravy dotazníku PPP. Anne Marie Weissheimer zaslala jejich grafickou podobu dotazníku, kterou jim schválila paní Curry. Snaha kontaktovat paní Curry byla neúspěšná. Jako paralelní metoda k dotazníkům PPP bylo použito hodnocení všech částí tohoto dotazníků pomocí VAS. Dále byl dotazník doplněn o informovaný souhlas a o demografické údaje.



Obrázek 2 Grafické znázornění zpětného překladu dotazníku PPP

5.4 Charakteristika výzkumného vzorku

Ve výzkumu byl záměrně vybrán určitý soubor žen. Celkem v období od listopadu 2015 do února 2016 bylo osloveno 60 těhotných žen, které navštěvovaly příjmovou gynekologicko-porodnickou ambulanci v nemocnici okresního typu, a které zde docházely na těhotenskou poradnu. Osm žen nebylo zařazeno, z důvodu odmítnutí výzkumného šetření a jedna žena byla vyloučena z výzkumu, jelikož jako jediná neměla partnera a při vyhodnocování výsledků by to mohlo způsobovat problémy. Vlastního šetření se zúčastnilo celkem 51 těhotných žen.

Kritériem pro zařazení do šetření byl věk – min. 18 let a žena musí být těhotná a docházet do těhotenské poradny.

5.5 Technika sběru dat

Před zahájením výzkumu byla v nemocnici okresního typu podána žádost o povolení provádění výzkumu v rámci diplomové práce. Když byla žádost schválena, staniční sestra dané ambulance byla seznámena s průběhem šetření. Poté bylo domluveno docházení na danou ambulanci.

5.5.1 Instrukce pro ženy

Každé ženě byly podány informace ohledně vyplňování dotazníku a ženy byly seznámeny s tématem diplomové práce a s výzkumem. Aby všem ženám byly poskytnuty stejné informace a byl dodržen stejný postup, byly postup, informace a instrukce k výzkumu sepsány do jednotlivých bodů:

1. Oslovení těhotné ženy v gynekologické ambulanci, krátké seznámení s šetřením.
2. Jedná se o šetření, kdy je zjišťováno, jakou oporu pocítuje žena v těhotenství od partnera a okolí. Dotazník se skládá ze dvou částí, hodnocení pomocí vizuální analogové škály (pomocí úsečky) a z prenatálního psychosociálního profilu, u kterých se odpovídá na každou otázku jednou odpovědí.
3. Po slovním seznámení je ženám ukázán dotazník a hodnotící škály.
4. Pokud žena bude souhlasit a bude se chtít zapojit do šetření, je jí vysvětleno, že je potřeba vyplnit informovaný souhlas.
5. Pokud žena vyplní informovaný souhlas, jsou poskytnuty ženě instrukce k vyplnění dotazníku.

Ženy jsou upozorněny, aby si vždy řádně přečetly zadání u každého úkolu, dále je jim vysvětleno, že v první části budou zaznamenávat svou odpověď do úsečky pomocí křížku (vysvětlení na úsečce na příkladu bolesti). Poté jim je řádně zdůrazněno, aby si daly pozor na okrajové body, jelikož u jednoho může bod vlevo znamenat nejvyšší možná opora a u druhého to může znamenat nejvyšší možný stres.

OVĚŘOVÁNÍ POROZUMĚNÍ POKYŇŮM

6. Pro ověření, že ženy chápou vyplňování odpovědí na daných úsečkách, je ženám předložena na papíře předem připravená velká úsečka.
7. Každé ženě je zadáno, aby ukázala na připravené úsečce a) největší představitelný stres, b) mírná podpora od partnera a c) větší sebeúcta. Vždy předtím je ukázáno, co který okrajový bod označuje. Správné vyhodnocení: pro a) ukáže na krajní bod úsečky vpravo. Pro b) ukáže na tu část úsečky, která se nachází mezi krajním bodem vlevo a mezi středem úsečky, pro c) ukáže na tu část úsečky, která se nachází mezi krajním bodem vpravo a středem úsečky.
8. Pokud žena ukáže všechny 3 body na úsečce správně, bude pokračováno s dalšími instrukcemi, pokud ale žena neodpoví na všechny odpovědi správně, tak je nutno vrátit se zpět k instrukcím ohledně zaznamenání odpovědí do úsečky, ohledně okrajových bodů a jejich významu.
9. Poté je opět žena požádána, aby ukázala tři body na úsečce (nízkou sebeúctu, velká podpora od okolí, žádný stres). Pokud žena odpoví správně, bude pokračováno v podávání instrukcí.
10. Odpovědi budou hodnoceny podle dané metodiky a bude zcela jasné, že ženy danému úkolu rozumí a neukážou na malý stres na pravou stranu přímky, kde pravý okrajový bod znamená největší představitelný stres.
11. V další části budou odpovídat na každou otázku na číselné škále.
12. V poslední části ženy budou odpovídat na základní údaje o vlastní osobě.
13. Pokud žena nebude mít žádné otázky, tak může přejít k vyplňování dotazníku, pokud má nějaké otázky, tak se může zeptat ještě před začátkem vyplňování.
14. V kabině před ordinací se bude nacházet sběrný box, do kterého ženy budou vhadzovat vyplněný dotazník před tím, než půjdou do ordinace k lékaři. Na tento sběrný box budou odkázány ještě před vyplněním dotazníku.

5.5.2 Předvýzkum

Předvýzkum je první etapa výzkumu, pomocí kterého jsou ověřovány postupy, které budou následně použity při samotném výzkumu. Na menším počtu respondentů jsou ověřovány všechny výzkumné techniky, srozumitelnost pro respondenty a vhodnost použití. Přesněji řečeno předvýzkum prověřuje úvodní projekt a měl by být součástí každé výzkumné akce. Součástí předvýzkumu je pilotáž a pretest.

Pilotáž a pretest

Pilotní studie zkoumá výzkum po stránce věcné, pretest po stránce formální. Pilotáž ověřuje otázky z hlediska obsahu, řeší problémy spojené se zvoleným vzorkem, s tazateli, sleduje přístup tazatele k respondentům a předvídá další průběh výzkumu. Pretest ověřuje, jestli jsou otázky pro respondenty jasné a srozumitelné. Dále určuje kódování (předpis pro převod získaných dat) pro potřeby zpracování výzkumu. Výsledky předvýzkumu lze použít ke zkvalitnění přípravy vlastního výzkumu (Kutnohorská 2009, s. 53–54, Bártlová 2005, s. 11).

Předvýzkum byl prováděn na začátku listopadu 2015 na gynekologicko-porodnické ambulanci v nemocnici okresního typu. Do předvýzkumu bylo zařazeno 8 těhotných žen, které docházely na těhotenskou poradnu. Tato data nebyla použita do hlavního výzkumu.

V předvýzkumu bylo ověřováno, zda ženy rozumí veškerým otázkám a zda rozumí instrukcím, jak mají dotazník vyplňovat. Také bylo ověřováno, zda prvotní seznámení s dotazníkem, s VAS, s výzkumem a prvotní instrukce, které byly ženám poskytnuty před vyplněním dotazníku a VAS, jsou dostačující. Ověřování probíhalo ústním dotazováním, kdy po vyplnění dotazníku a VAS byla žena oslovena, zda všemu rozuměla a prvotní informace byly dostačující. V tomto předvýzkumu bylo zjištěno, že ženám bylo vše srozumitelné a informace poskytnuty od zadávajícího byly dostačující. Na základě těchto výsledků, nebylo v dotazníku, VAS, ani v poskytování informací před vyplňováním nic změněno.

5.6 Statistické zpracování dat

Data získaná z dotazníků byla zpracovaná pomocí programu Microsoft Excel 2013 a pomocí statistického programu STATISTICA 12. Data byla zpracovaná do tabulek a grafů. K vyhodnocení byly použity grafy, bodové grafy a kontingenční tabulky.

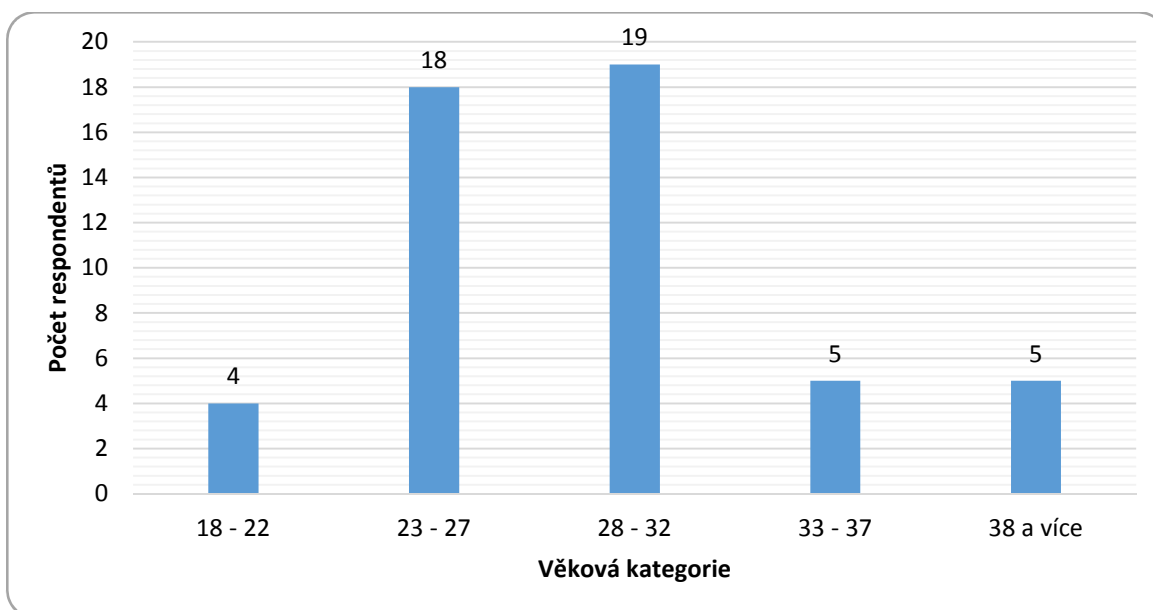
6 Prezentace výsledků

Ve výzkumném šetření bylo osloveno 60 (100 %) žen, z toho 8 (13,3 %) žen bylo vyloučeno z důvodů odmítnutí zařazení do výzkumného šetření a jedna žena (1,7 %) byla vyloučena z výzkumu, jelikož jako jediná neměla partnera a při vyhodnocování výsledků by to mohlo způsobovat problémy. Celkem bylo do výzkumného šetření zařazeno 51 (85 %) žen.

6.1 Charakteristika respondentů

Věk

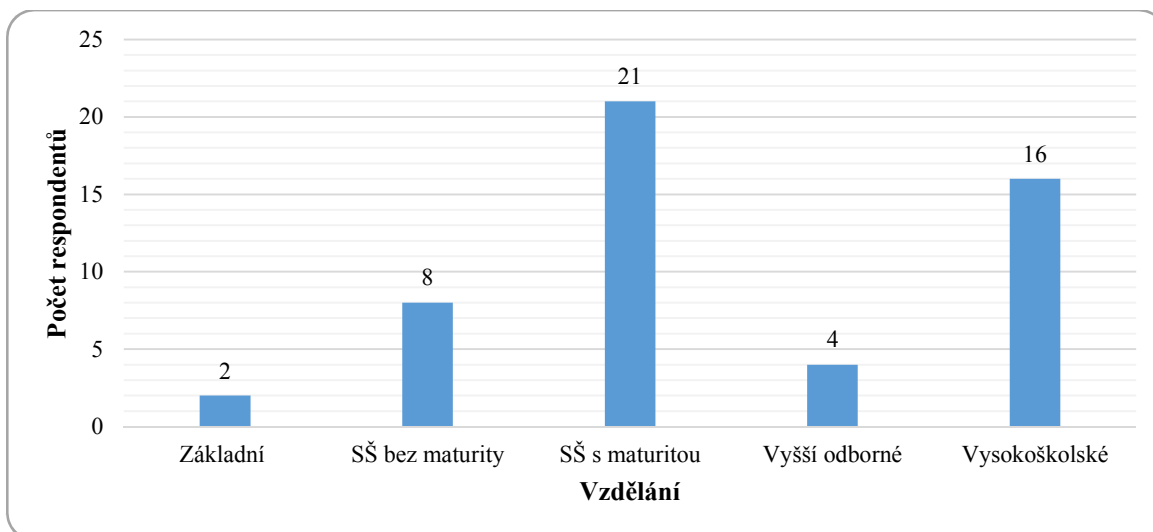
Průměrný věk žen zařazených do výzkumného šetření byl 28,8 let, kdy nejmladší žena měla 19 let a nejstarší 43 let. Nejvíce žen (19; 37,3 %) spadalo do kategorie 28–32 let. Druhá v pořadí je kategorie 23–27 let, kde spadalo 18 (35,3 %) žen. Nejméně (4; 7,8 %) žen spadalo do kategorie 18–22 let a do kategorie 33–37 let a 38 a více let spadalo 5 (9,8 %) žen v každé kategorii (obr. 3).



Obrázek 3 Graf – rozložení věkových kategorií

Vzdělání

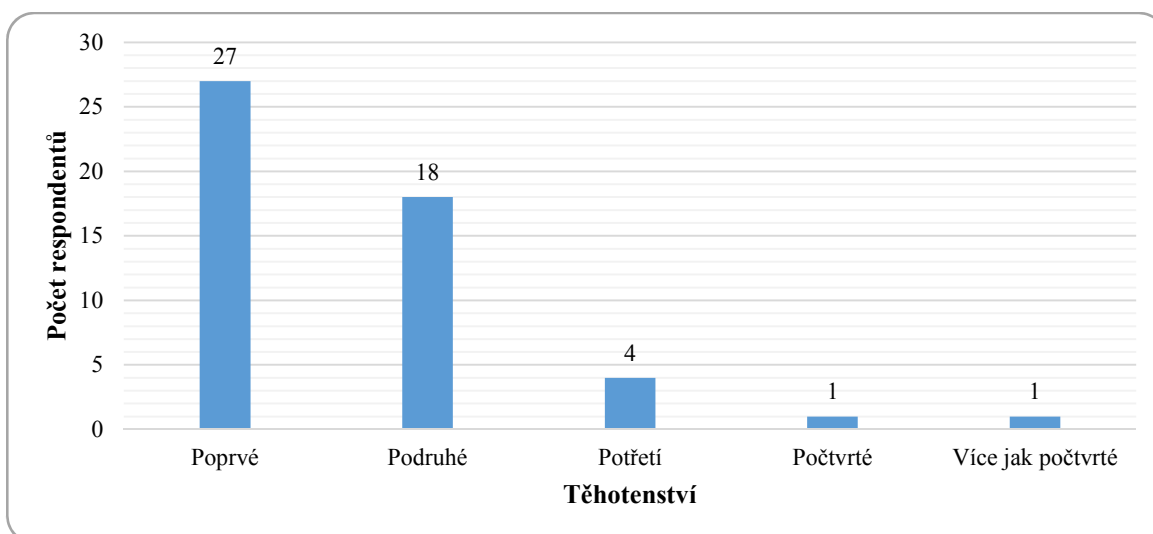
Nejvíce žen dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou (21, 41,2 %), dále dosáhlo 16 (31,4 %) žen vysokoškolského vzdělání. Nejméně žen (2; 3,9 %) dosáhlo základního vzdělání. Středoškolského vzdělání bez maturity dosáhlo 8 (15,7 %) žen a vyššího odborného vzdělání dosáhly 4 (7,8 %) ženy, jak je patrné z obr. 4.



Obrázek 4 Graf – dosažené vzdělání

Těhotenství

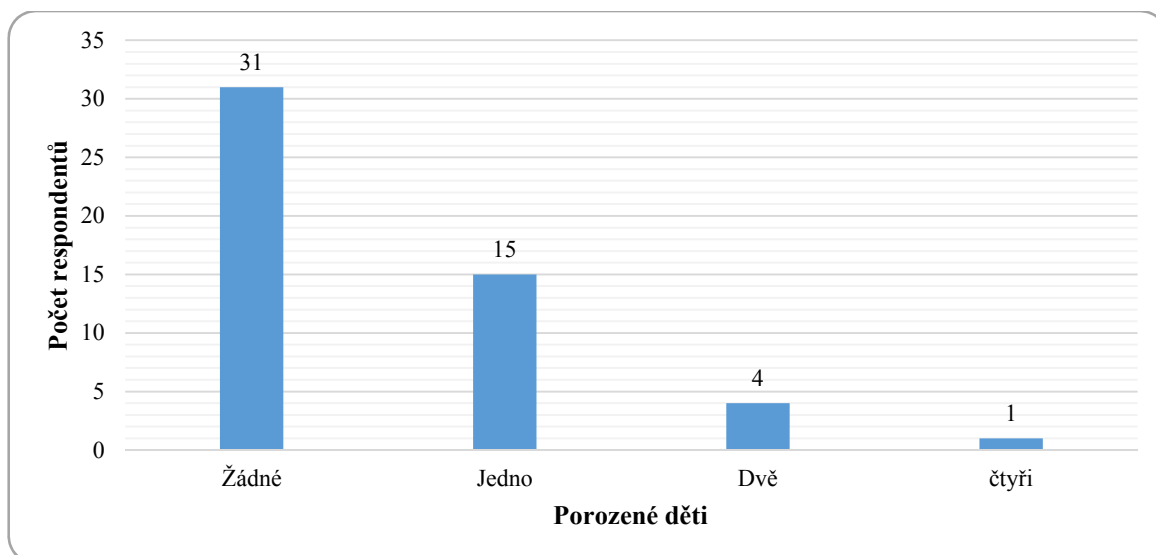
Z obr. 5 lze zjistit, že nejvíce žen (27; 52,9 %) bylo poprvé těhotných. Podruhé těhotných bylo celkem 18 (35,3 %) žen. Pořetí těhotné byly celkem 4 (7,8 %) a počtvrté a více jak počtvrté byly jen dvě ženy.



Obrázek 5 Graf – počet těhotenství

Porody

Nejvíce žen z celého vzorku neporodilo žádné dítě (31; 60,8 %). Jedno dítě porodilo 15 (29,4 %) žen. Z celkového počtu porodily 4 (7,8 %) ženy dvě děti a 4 děti ze všech žen porodila pouze jenom 1 (2,0 %) žena. Viz obr. 6.



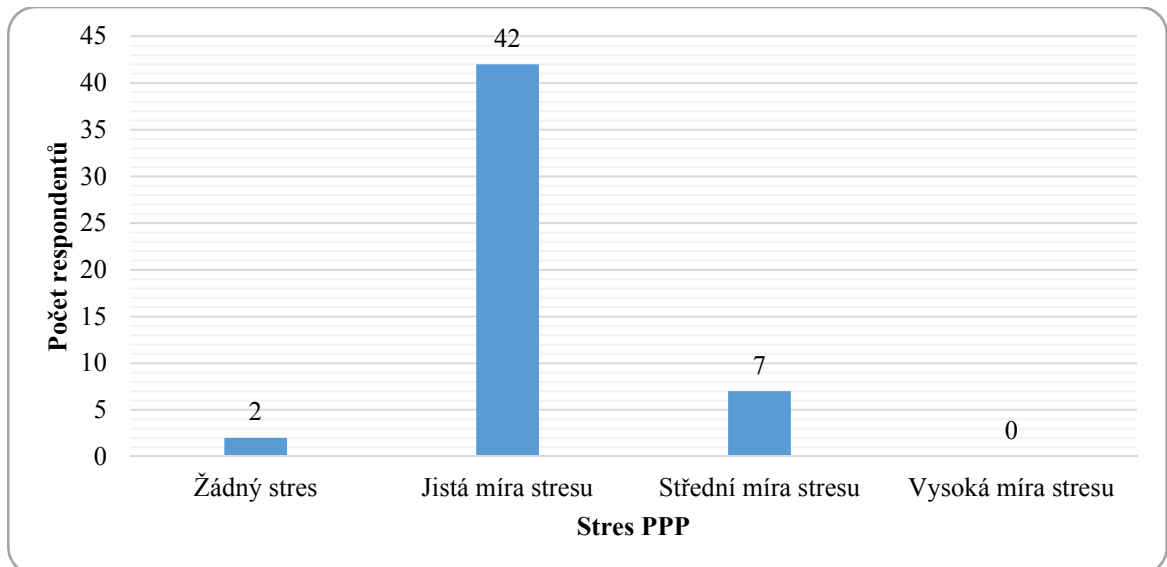
Obrázek 6 Graf – Počet porozených dětí

6.2 VO 1: Jaká je míra subjektivně pocíťovaného stresu ženy během těhotenství dle PPP?

V této části ženy hodnotily pocíťovaný stres v následujících 11 položkách:

1. Finanční starosti (např. jídlo, přístřeší, zdravotní péče, doprava).
2. Ostatní finanční starosti (např. složenky, atd.).
3. Problémy spojené s rodinou (např. partner/-ka, děti, atd.).
4. Nutnost stěhování, buď v nedávné době, nebo v budoucnosti.
5. Nedávná ztráta milované osoby (např. smrt, rozvod, velká vzdálenost).
6. Současné těhotenství.
7. Současné sexuální zneužívání, citové nebo fyzické týrání.
8. Problémy s alkoholem a/nebo drogami.
9. Problémy s prací (např. propouštění, atd.).
10. Problémy související s přáteli.
11. Pocit všeobecného „přetížení“.

Ženy získaly za odpovědi na otázky v oblasti stresu pomocí PPP průměrně 16,7 bodů. Možné dosažitelné skóre bylo v rozmezí od 11–44 bodů. Maximum bylo 29 bodů a minimum bylo 11 bodů. Do poslední kategorie nebyla zařazena žádná z žen, jelikož žádná žena nedosáhla rozmezí 34–44 bodů.

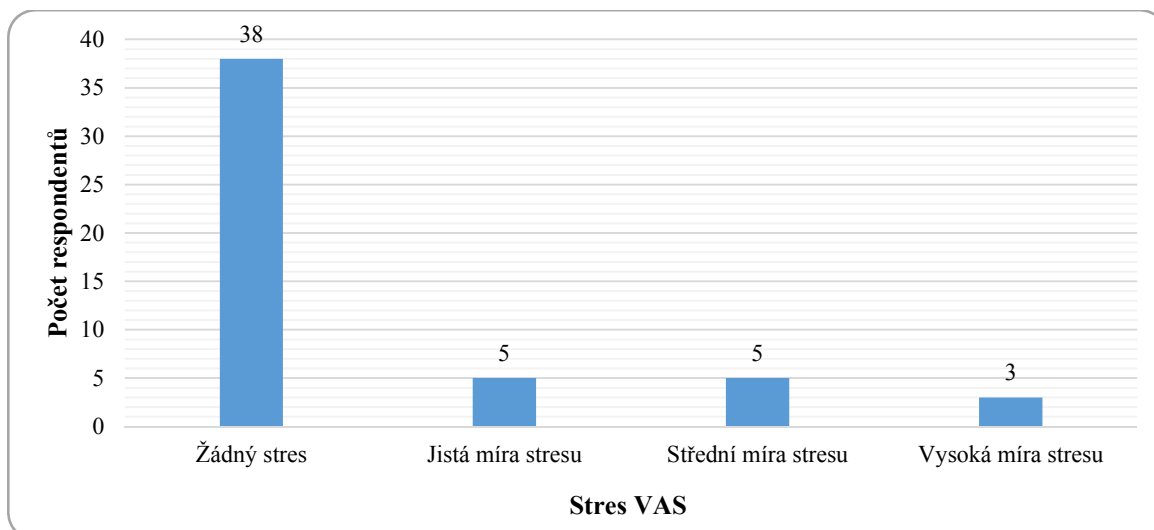


Obrázek 7 Graf – Stres pomocí PPP: žádný stres (0–11 bodů), jistá míra stresu (12–22 bodů), střední míra stresu (23–33 bodů) a vysoká míra stresu (34–44 bodů).

Podle obr. 7 je patrné, že během těhotenství pociťuje 49 (96,1 %) žen stres, z toho 42 (82,4 %) žen pociťuje jistou míru stresu a 7 (13,7 %) žen pociťuje střední míru stresu. Jen 2 (3,9 %) ženy z celkového počtu během těhotenství nepociťuje žádný stres.

6.3 VO 2: Jaká je míra subjektivně pociťovaného stresu ženy během těhotenství dle VAS?

Podle obr. 8 lze vidět, že při hodnocení stresu pomocí VAS nejvíce žen (38; 74,5 %) nepociťuje žádný stres během těhotenství. Jistou míru stresu a střední míru stresu pociťuje v každé kategorii 5 (9,8 %) žen. Nejméně žen (3; 5,9 %) během svého těhotenství pociťuje vysokou míru stresu.



Obrázek 8 Graf – Stres pomocí VAS: – žádný stres (0–25 bodů), jistá míra stresu (26–50 bodů), střední míra stresu (51–75 bodů) a vysoká míra stresu (76–100 bodů).

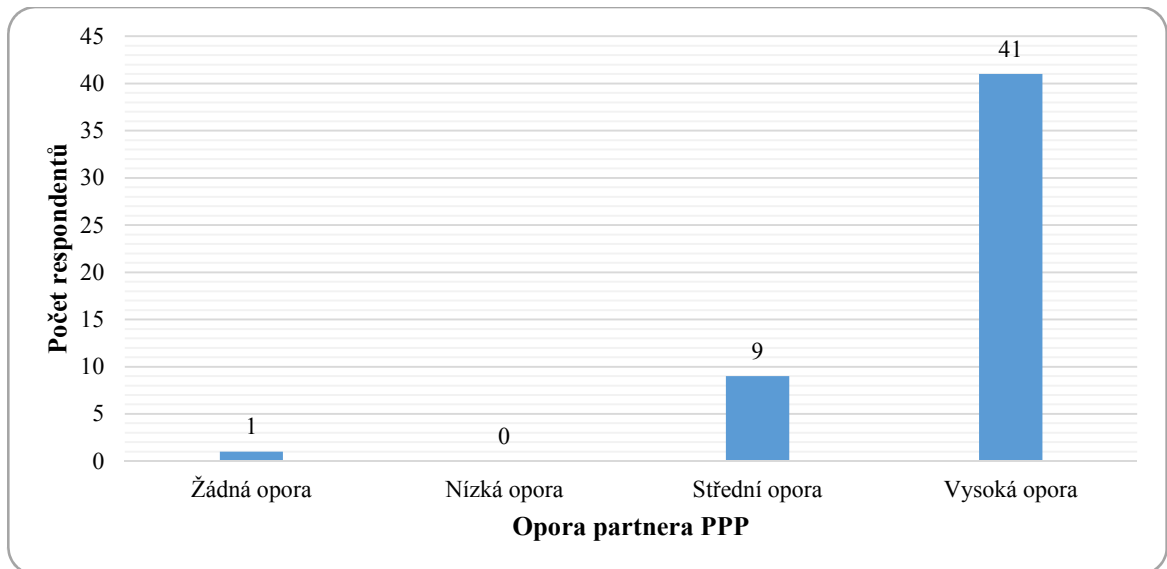
Průměrný dosažený počet bodů, kterého ženy dosáhly při hodnocení stresu pomocí VAS, byl 23 bodů. Dosažitelné skóre bylo v rozmezí od 0–100 bodů. Maximum bodů bylo 80 bodů a minimum bylo 0 bodů.

6.4 VO 3: Jaká je míra opory pocíťovaná ženou od partnera v průběhu těhotenství dle PPP?

V této části ženy hodnotily, zda je jim partner oporou během těhotenství v následujících 11 položkách:

1. Sdílí se mnou podobné zážitky.
2. Pomáhá mi udržet moji náladu.
3. Pomůže mi, když jsem v nouzi.
4. Projeví zájem o mé každodenní činnosti a problémy.
5. Vyvine mimořádné úsilí, aby pro mne udělal/-a něco zvláštního nebo pozorného.
6. Umožňuje mi hovořit o věcech, které jsou velmi osobní a soukromé.
7. Dává mi na vědomí, že si mě cení za věci, které pro něho/ni dělám.
8. Snáší moje výkyvy nálad a neobvyklé chování.
9. Bere mě vážně, když mám obavy.
10. Říká věci, které činí moji situaci jasnější a usnadní ji pochopit.
11. Dává mi najevo, že mi bude nablízku, až budu potřebovat pomoc.

Ženy při odpovídání na otázky v dotazníku PPP ohledně od partnera, dosáhly průměrného počtu 57 bodů. Dosažitelné skóre bylo v rozmezí 11–66 bodů. Minimální počet bodů bylo 12 bodů a maximum bylo 66 bodů. Žádná z žen nedosáhla 17–33 bodů, a proto nebyla žádná zařazena do kategorie nízká opora.

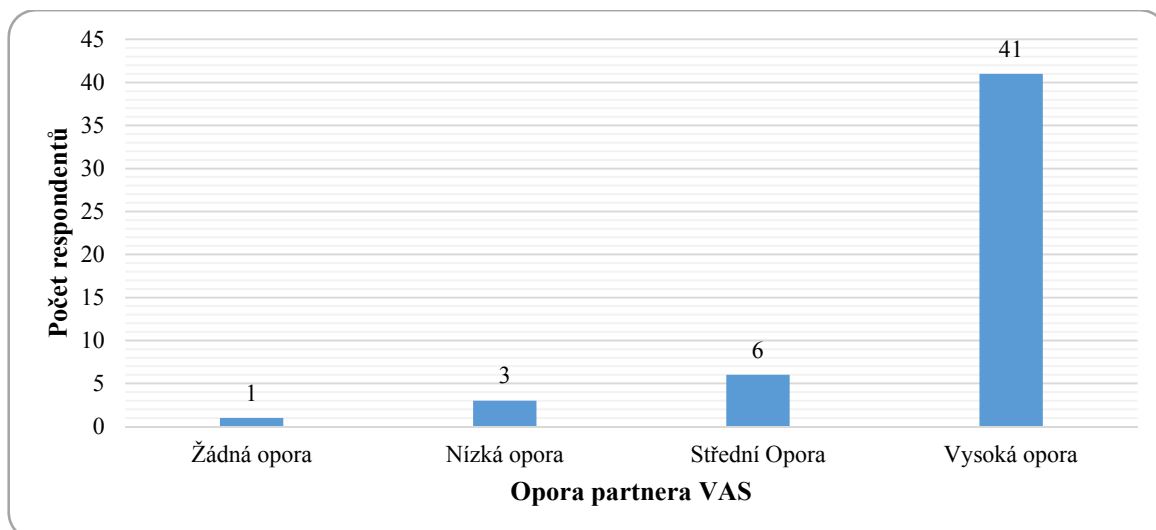


Obrázek 9 Graf – opora partnera pomocí PPP: žádná opora (0–16 bodů), nízká opora (17–33 bodů), střední opora (34–50 bodů) a vysoká opora (51–66 bodů).

Při odpovídání na otázky ohledně opory od partnera pomocí PPP, pociťovalo nejvíce žen (41; 80,4 %) vysokou oporu. Střední oporu od partnera pociťovalo 9 (17,6 %) žen a pouze 1 (2,0 %) žena z celkového počtu nepociťuje oporu od partnera. Viz obr. 9.

6.5 VO 4: Jaká je míra opory pociťovaná ženou od partnera v průběhu těhotenství dle VAS?

Podle hodnocení opory od partnera pomocí VAS pociťuje nejvíce žen (41; 80,4 %) vysokou oporu od partnera. Střední oporu od partnera během těhotenství pociťuje 6 (11,8 %) žen, nízkou oporu pociťují 3 (5,9 %) ženy a pouze 1 (2,0 %) žena nepociťuje oporu od partnera (obr.10).



Obrázek 10 Graf – opora partnera pomocí VAS: žádná opora (0–25 bodů), nízká opora (26–50 bodů), střední opora (51–75 bodů) a vysoká opora (76–100 bodů).

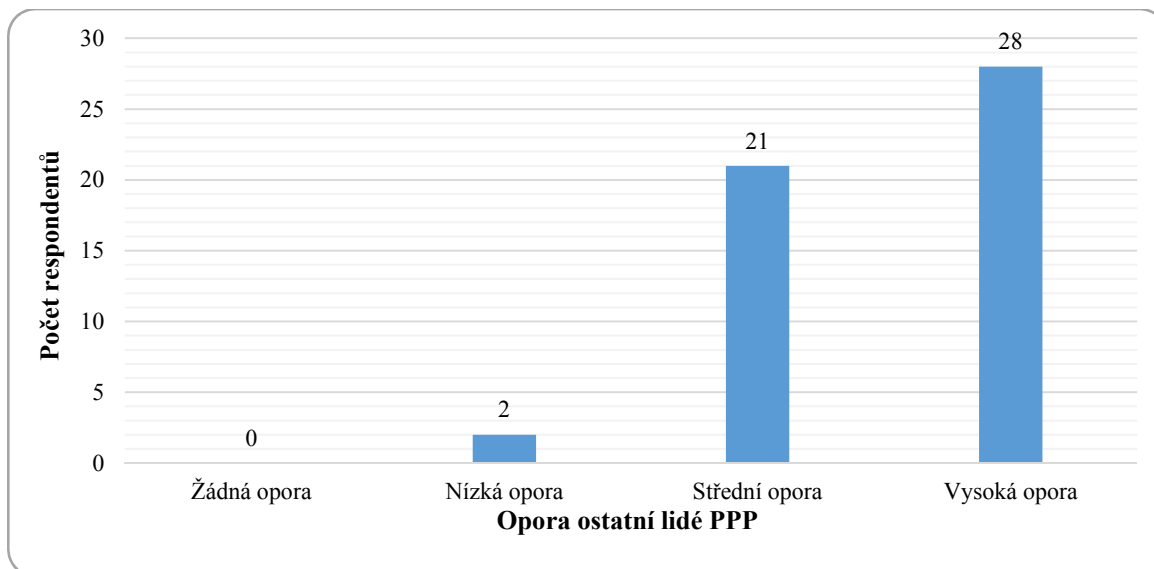
Při hodnocení opory od partnera pocíťovanou ženou během těhotenství dosáhly ženy v průměru 84 bodů. Dosažitelné skóre bylo v rozmezí od 0–100 bodů. Minimální počet bodů bylo 10 bodů a maximální počet byl 100 bodů.

6.6 VO 5: Jaká je míra opory pocíťovaná ženou od ostatních osob (příbuzní, přátelé) v průběhu těhotenství dle PPP?

V této části ženy hodnotily, oporu pocíťují od ostatních lidí v následujících 11 položkách:

1. Sdílí se mnou podobné zážitky.
2. Pomáhá mi udržet moji náladu.
3. Pomůže mi, když jsem v nouzi.
4. Projeví zájem o mé každodenní činnosti a problémy.
5. Vyvine mimořádné úsilí, aby pro mne udělal/-a něco zvláštního nebo pozorného.
6. Umožňuje mi hovořit o věcech, které jsou velmi osobní a soukromé.
7. Dává mi na vědomí, že si mě cení za věci, které pro něho/ni dělám.
8. Snáší moje výkyvy nálad a neobvyklé chování.
9. Bere mě vážně, když mám obavy.
10. Říká věci, které činí moji situaci jasnější a usnadní ji pochopit.
11. Dává mi najevo, že mi bude nablízku, až budu potřebovat pomoc.

V oblasti opora od ostatních v dotazníku PPP dosáhly ženy při odpovídání na otázky v průměru 51,3 bodů. Možný dosažitelný počet bodů byl v rozmezí 11–66 bodů. Minimum bylo 27 bodů a maximum bylo 66 bodů. Všechny ženy pocítují určitou oporu od ostatních lidí, a proto nebyla žádná žena zařazena do kategorie žádná opora.

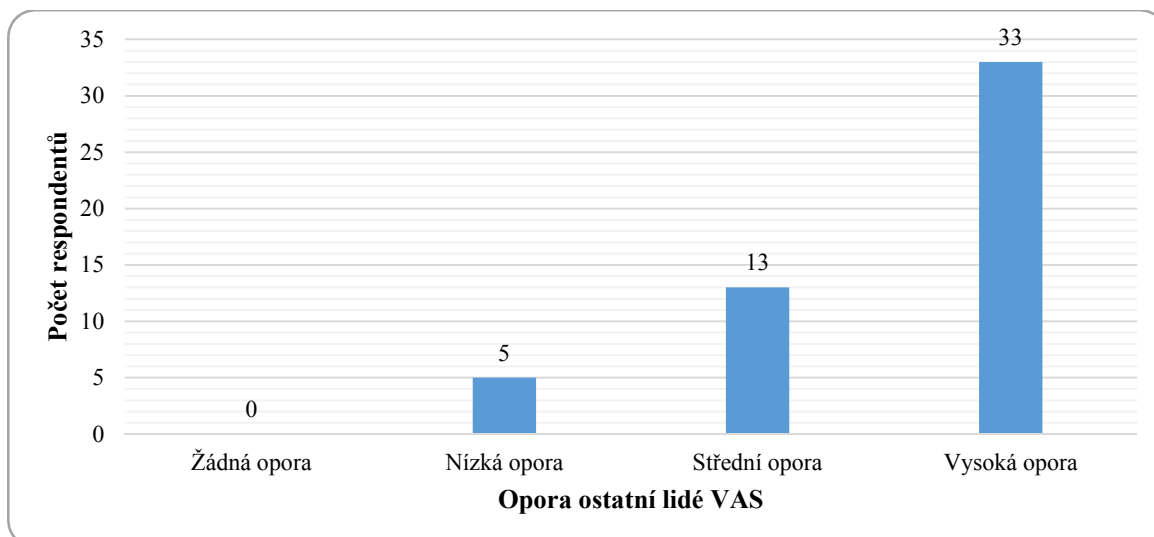


Obrázek 11 Graf – opora ostatních lidí pomocí PPP: žádná opora (0–16 bodů), nízká opora (17–33 bodů), střední opora (34–50 bodů) a vysoká opora (51–66 bodů).

Na obr. 11 je zobrazena opora od ostatních lidí pocítovaná ženami během těhotenství. Dohromady 28 (54,9 %) žen během těhotenství pocítuje vysokou oporu od ostatních lidí (rodina, přátelé). Střední oporu pocítuje 21 (41,2 %) žen a nízkou oporu pocítují pouze 2 (3,9 %) ženy z celkového počtu.

6.7 VO 6: Jaká je míra opory pocítovaná ženou od ostatních osob (příbuzní, přátelé) v průběhu těhotenství dle VAS?

Výsledky opory od ostatních lidí pomocí VAS jsou zobrazeny v obr. 12. Celkem 33 (64,7 %) žen pocítuje vysokou oporu od ostatních lidí, střední oporu pocítuje 13 (25,5 %) žen a nízkou oporu udává jen 5 (9,8 %) žen.



Obrázek 12 Graf – opora ostatních lidí pomocí VAS: žádná opora (0–25 bodů), nízká opora (26–50 bodů), střední opora (51–75 bodů) a vysoká opora (76–100 bodů)

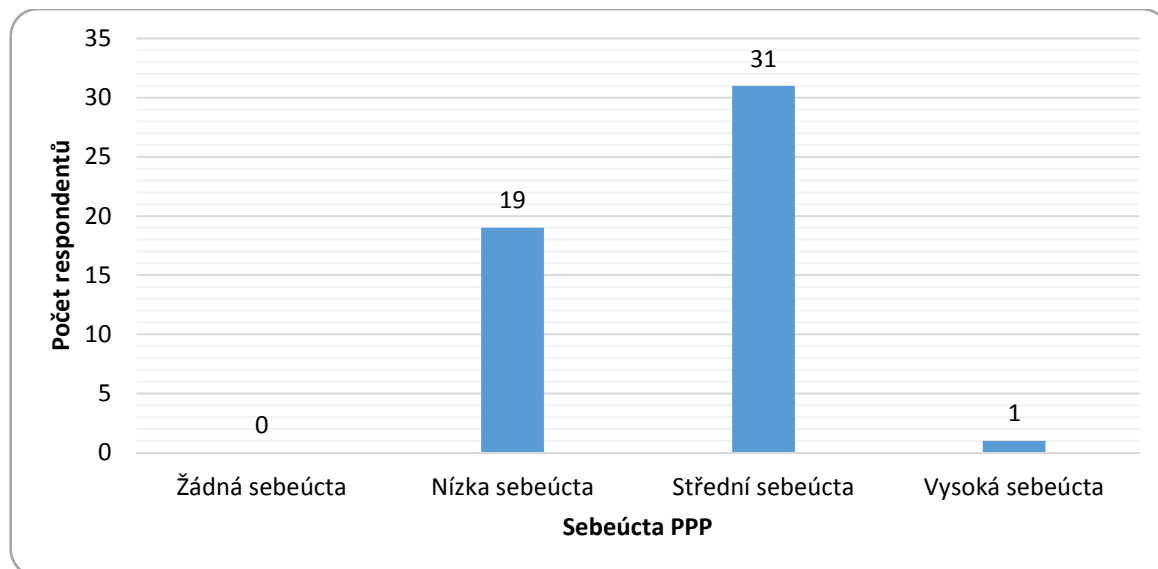
Průměrný počet bodů při hodnocení opory od ostatních lidí pomocí VAS byl u žen 79 bodů. Skóre, kterého mohly ženy dosáhnout v této oblasti, bylo v rozmezí od 0–100 bodů. Minimum bylo 46 bodů a maximum bylo 100 bodů. Žádná z žen nebyla zařazena do kategorie žádná opora, jelikož žádná žena nedosáhla rozmezí 0–25 bodů.

6.8 VO 7: Jaké je sebevědomí těhotných žen v průběhu těhotenství dle PPP?

V poslední části hodnotily ženy pohled na sebe sama v uvedených 11 položkách:

1. Pociťujete, že jste ceněná osoba, alespoň na stejné úrovni jako ostatní lidé.
2. Pociťujete, že máte řadu dobrých vlastností.
3. Celkově pociťujete, že jste selhala.
4. Pociťujete, že jste schopna dělat věci stejně dobře jako většina ostatních lidí.
5. Pociťujete, že toho není mnoho, na co jste hrdá.
6. Zaujímáte vůči sobě pozitivní přístup.
7. Celkově jste se sebou spokojená.
8. Přejete si, abyste mohla mít více respektu vůči sobě samé.
9. Občas se cítíte zbytečná.
10. Občas si myslíte, že nejste vůbec k ničemu.
11. Pociťujete, že máte svůj život pod kontrolou.

Ženy při odpovídání na otázky v poslední části dotazníku PPP týkající se sebedůvěry dosáhly průměrného počtu 20,6 bodů. Rozmezí bodů, které bylo možné získat, bylo od 11–44 bodů. Maximum bylo 29 bodů a minimum bylo 11 bodů. Z celkového počtu žen, žádná žena nespadá do kategorie žádná sebeúcta.

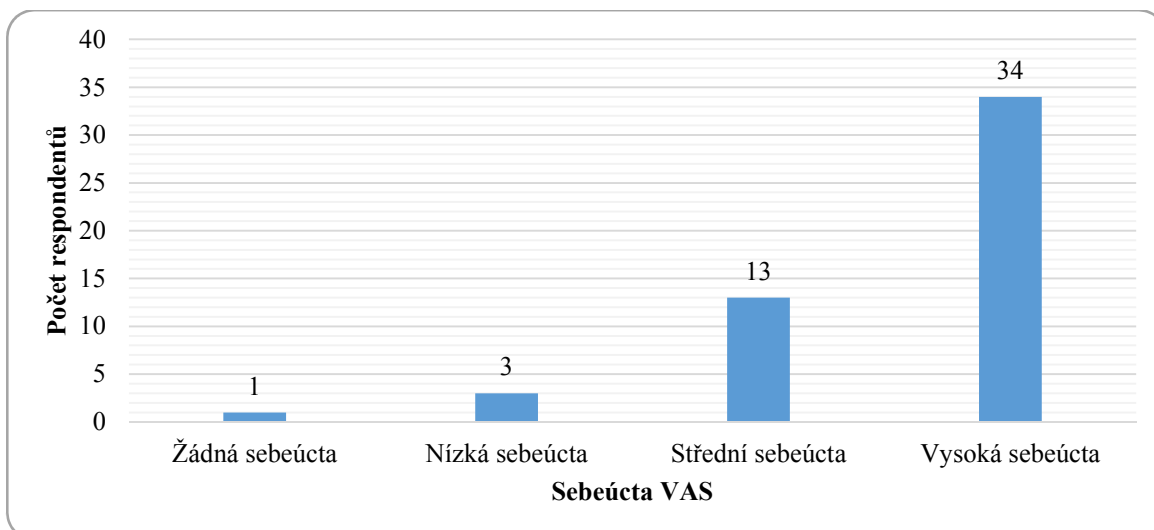


Obrázek 13 Graf – sebeúcta pomocí PPP: vysoká sebeúcta (0–11 bodů), střední sebeúcta (12–22 bodů), nízká sebeúcta (23–33 bodů) a žádná sebeúcta (34–44 bodů).

Na obr. 13 jsou zobrazeny výsledky poslední části výzkumu, která se zabývá sebeúctou. Ze všech 51 žen, které se zapojily do výzkumu, pociťuje pouze jenom jedna (2,0 %) žena vysokou sebeúctu k sobě samé. Nejvíce žen (31; 60,8 %) pociťuje střední sebeúctu vůči sobě. Nízkou sebeúctu vůči sobě samé pociťuje 19 (37,2 %) žen.

6.9 VO 8: Jaké je sebedůvědomí těhotných žen v průběhu těhotenství dle VAS?

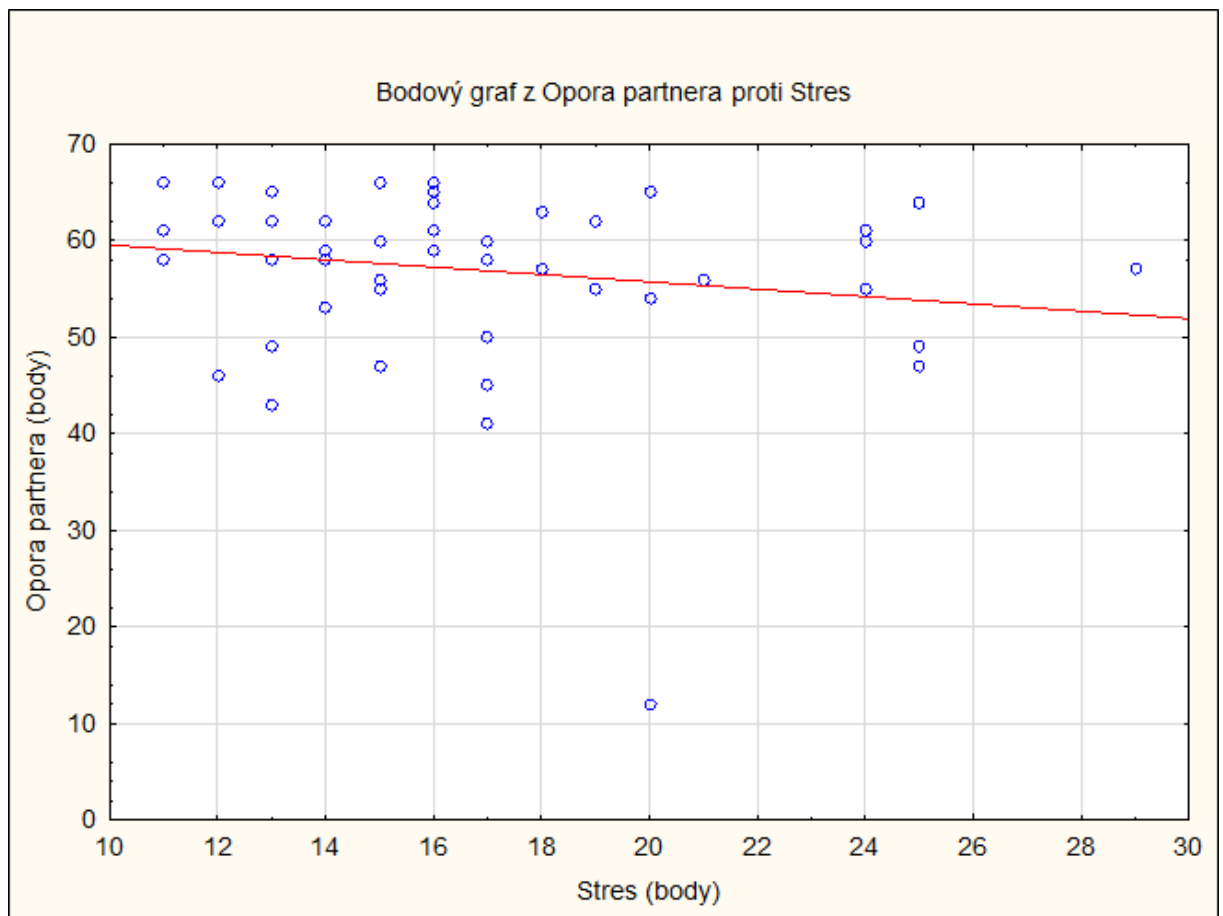
Podle obr. 14 je patrné, že nejvíce žen (34; 66,7 %) podle hodnocení pomocí VAS pociťuje vůči sobě vysokou sebeúctu. Střední sebeúctu pociťuje 13 (25,5 %) žen, nízkou sebeúctu pociťují vůči sobě 3 (5,9 %) ženy a pouze jedna žena (2,0 %) nepociťuje vůči sobě nějakou sebeúctu.



Obrázek 14 Graf – sebeúcta pomocí VAS: žádná sebeúcta (0–25 bodů), nízká sebeúcta (26–50 bodů), střední sebeúcta (51–75 bodů) a vysoká sebeúcta (76–100 bodů).

V poslední části hodnocení pomocí VAS, hodnotící sebedůvěru žen během těhotenství, dosáhly ženy průměrně 79 bodů. Rozmezí skóre, které bylo možné získat v této oblasti, bylo od 0–100 bodů. Maximum bylo 100 bodů a minimum bylo 22 bodů.

6.10 VO 9: Jaký je vztah mezi pociťovaným stresem a oporou od partnera během těhotenství?



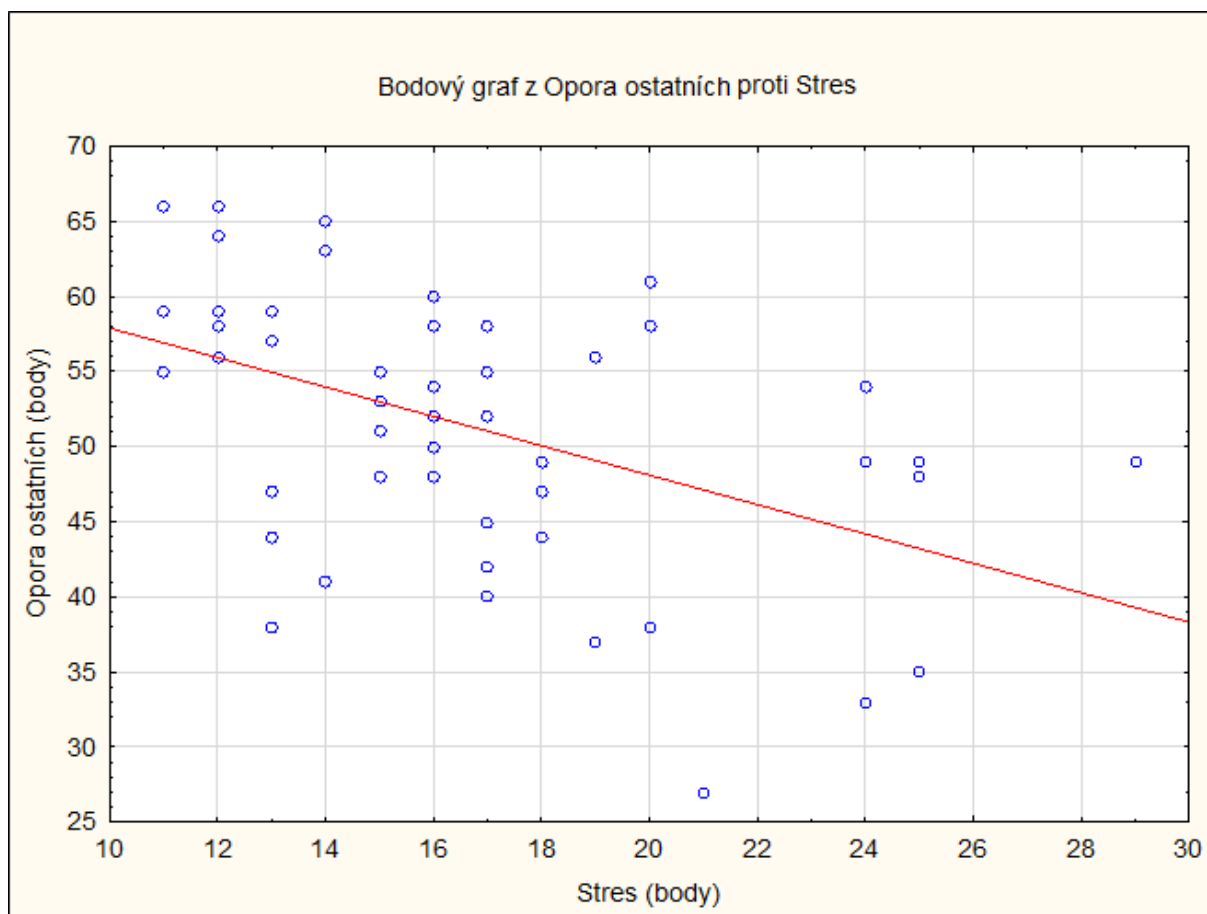
Obrázek 15 Bodový graf – stres vs. opora partnera – křivka znázorňuje vztah mezi jednotlivými proměnnými (čím blíže jsou body ke křivce, tím větší je vztah).

Bodový graf (obr. 15) zobrazuje vztah mezi stresem a oporou od partnera. Podle bodového grafu ale nelze určit, jaký je vztah mezi stresem a oporou od partnera. V tab. 5 je zobrazena kontingenční tabulka, která vizuálně vyjadřuje vztah mezi stresem a oporou od partnera. Celkem 41 (80,39 %) žen pociťuje během těhotenství oporu od partnera. V tabulce lze pak vidět, že nejvíce žen (34; 66,67 %) pociťovalo během těhotenství jistou míru stresu a zároveň pociťovaly vysokou oporu od partnera. Pouze jedna žena (1,96 %) pociťovala během těhotenství jistou míru stresu a zároveň žádnou oporu od partnera. Také lze v kontingenční tabulce vidět, že všechny ženy (7; 13,73 %), které pociťovaly během těhotenství střední míru stresu, naopak pociťovaly vysokou a střední oporu od partnera. Ženy, které během těhotenství nepociťovaly žádný stres (2; 3,92 %), pociťovaly od partnera vysokou oporu.

Tabulka 5 Kontingenční tabulka – stres vs. opora partnera

Stres	Opora par. (Střední opora)	Opora par. (Vysoká opora)	Opora par. (Žádná opora)	Řádk. (součty)
Jistá míra stresu	7	34	1	42
	13,73%	66,67%	1,96%	82,35%
Žádný stres	0	2	0	2
	0,00%	3,92%	0,00%	3,92%
Střední míra stresu	2	5	0	7
	3,92%	9,80%	0,00%	13,73%
Vš.skup.	9	41	1	51
	17,65%	80,39%	1,96%	

6.11 VO 10: Jaký je vztah mezi pociťovaným stresem a oporou od ostatních lidí během těhotenství?



Obrázek 16 Bodový graf – stres vs. opora ostatních lidí – křivka znázorňuje vztah mezi jednotlivými proměnnými (čím blíže jsou body ke křivce, tím větší je vztah).

Podle obr. 16, kde bodový graf znázorňuje vztah mezi stresem a oporou od ostatních lidí (rodina, přátelé). Podle grafu nelze jednoznačně říct, že mezi stresem a oporou od ostatních lidí je vztah.

Kontingenční tabulka (tab. 6) vizuálně znázorňuje vztah mezi stresem a oporou od ostatních lidí. Tabulka ukazuje, že celkem 25 (49,0 %) žen pociťuje jistou míru stresu a zároveň pociťují vysokou oporu od ostatních lidí. Další ženy (16; 31,4 %), které pociťují během těhotenství jistou míru stresu, pociťují střední oporu od ostatních lidí. Ženy, které pociťují střední míru stresu (6; 11,8 %), také pociťují vysokou a střední oporu od partnera. Jedna žena (2,0 %) pociťuje střední míru stresu a zároveň nízkou oporu od ostatních lidí. Ženy (2; 3,9 %), které nepociťují stres během těhotenství, pociťují vysokou oporu od ostatních lidí.

Tabulka 6 Kontingenční tabulka – stres vs. opora ostatních lidí

	Opora ost. (Vysoká opora)	Opora ost. (Střední opora)	Opora ost. (Nízká opora)	Řádk. (součty)
Jistá míra stresu	25	16	1	42
	49,02%	31,37%	1,96%	82,35%
Žádný stres	2	0	0	2
	3,92%	0,00%	0,00%	3,92%
Střední míra stresu	1	5	1	7
	1,96%	9,80%	1,96%	13,73%
Vš.skup.	28	21	2	51
	54,90%	41,18%	3,92%	

7 Diskuze

Výzkumná část byla zaměřena na hodnocení stresu, opory od partnera a ostatních lidí a sebeúcty, kterou ženy pociťují během těhotenství. Hodnocení bylo provedeno pomocí dvou metod – Prenatal Psychosocial Profile a pomocí VAS. Hodnocení provádělo 51 žen, které byly těhotné a docházely do těhotenské poradny. Pro dosažení cílů bylo stanoveno 10 výzkumných otázek.

Dotazník Prenatal Psychosocial Profile se skládá ze čtyř částí – hodnocení stresu, opory od partnera a ostatních lidí a sebeúcty. V každé části ženy odpovídaly na 11 otázek. Metoda VAS se skládala ze čtyř úseček, pro každou oblast jednu, kdy ženy zaznamenávaly své odpovědi do úseček pomocí křížků.

7.1 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 1, 2.

Pomocí výzkumné otázky č. 1 byla zjišťována míra subjektivně pociťovaného stresu ženou během těhotenství dle PPP. Z 51 žen, které se zúčastnily výzkumu a podle rozdělení do vytvořených kategorií pociťovalo 49 žen (96,1 %) během těhotenství určitý stres. Přesněji 42 žen (82,4 %) pociťovalo jistou míru stresu a 7 žen (13,7 %) pociťovalo střední míru stresu. Průměrný počet získaných bodů byl 16,7 bodů. Největším stresorem u žen byly finanční starosti a také současné těhotenství. Výsledky výzkumu Curry et al. (1994), autorů dotazníku PPP, ukázaly, že ženy dosáhly průměrně 19,7 bodů. V dalším výzkumu Curry et al. (1998) uvádí, že nejmenší stres ze všech žen pociťovaly hispánské ženy, které žily na vesnici, a které dosáhly 16,2 průměrného počtu bodů a nejvyšší stres pociťovaly rodilé američanky žijící ve městě, které dosáhly 19,8 průměrného počtu bodů. Dále Yu et al. (2011) uvádí ve svém výzkumu, že ženy během těhotenství pociťují stejně velký stres jako jejich partneři. Pro ženy byly stresory spíše emocionálního charakteru a u mužů finančního. Weissheimer et al. (2015) uvádí ve výsledcích výzkumu, že ženy dosáhly při odpovídání na otázky ohledně stresu průměrně 18,8 bodů. Ve srovnání s ostatními výzkumy byly výsledky hodnocení stresu výzkumu této diplomové práce v průměrném počtu bodů celkem nízký, což může naznačovat, že ženy jsou během těhotenství více podporovány partnerem a jsou vystaveny méně stresovým faktorům a také, že všechny ženy, které se zúčastnily výzkumu, mají partnera.

Výzkumnou otázkou č. 2 byla zjišťována míra stresu dle VAS. Podle rozdělení do vytvořených kategorií nepociťovalo 38 žen (74,5 %) stres během těhotenství. Z celkového počtu 3 ženy (5,9 %) pociťovaly vysokou míru stresu. Průměrný počet bodů byl 23 bodů. Při porovnání výsledků PPP a VAS lze vidět, že ženy pomocí VAS získaly průměrně 23 % bodů a pomocí PPP získaly průměrně 38 % bodů. Lze tedy říci, že na úsečkách VAS zaznamenávaly pociťovaný stres mírněji než při odpovídání na otázky v PPP.

7.2 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 3, 4

V třetí výzkumné otázce byla zjišťována míra opory od partnera pociťovaná ženou během těhotenství hodnocená pomocí PPP. Celkově 50 žen (98,0 %) pociťuje během těhotenství oporu od partnera. Nejvíce žen (41; 80,4 %) pociťovalo vysokou oporu od partnera. Jedna žena (2,0 %) nepociťovala oporu od partnera. Autorka Curry et al. (1994) uvádí ve výzkumu, že ženy pociťují od partnera vysokou oporu. V dalším výzkumu Curry et al. (1998) uvádí, že nejvíce s oporou od partnera byly spokojené hispánské ženy, které žijí na vesnici a naopak nejmenší oporu pociťovaly afroameričanky. Ve studii Yu et al. (2011) se uvádí, že ženy během těhotenství pociťují větší oporu od partnera (průměr 50,1 bodů). Při hodnocení opory od partnerky u mužů, pociťovali muži menší oporu než ženy (průměr 46,7 bodů). Ve studii od Weissheimer et al. (2015) ženy také pociťují celkem vysokou oporu od partnera. Při porovnání všech výzkumů lze vidět, že skoro všechna průměrná skóre přesáhla hranici 50 bodů. V našem výzkumu lze vidět, že ženy pociťují celkem vysokou oporu od partnera.

Výzkumnou otázkou č. 4 byla zjišťována míra opory od partnera pomocí VAS. Podle počtu získaných bodů byly ženy rozděleny do kategorií. Celkem 41 žen (80,4 %) pociťovalo vysokou oporu od partnera a 6 žen (11,8 %) pociťovalo střední oporu od partnera. Při porovnání výsledků PPP a VAS lze říci, že ženy u obou odpovídaly stejně, jelikož jak u PPP tak i u VAS dosáhly ženy v průměru 86 % bodů.

7.3 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 5, 6

Výzkumnou otázkou č. 5 byla zjišťována míra opory od ostatních lidí pociťovaná ženou v průběhu těhotenství dle PPP. Z celkového počtu 51 žen pociťovalo 28 žen (54,9 %) vysokou oporu od ostatních lidí a je celkem znatelný rozdíl mezi pociťovanou oporou od partnera a ostatních lidí. Ve výzkumu Curry et al. (1994) výsledky ukazovaly, že ženy pociťují menší oporu od ostatních lidí než od partnera. Dále Curry et al. (1998) ve své další studii také uvádí, že ženy ve všech skupinách pociťovaly menší podporu od ostatních lidí než od partnera.

Největší podporu od ostatních pocítovaly hispánské ženy žijící na vesnici, nejmenší oporu od ostatních lidí, tak jako u opory od partnera, pocítovaly afroameričanky. Autor Yu et al. (2011) uvádí ve výzkumu, že z páru ženy pocítovaly během těhotenství více oporu od ostatních, než jejich partneři. Ženy dosáhly v průměru 49,7 bodů a muži dosáhli v průměru 46,5 bodů. Tak jako ve všech studiích, tak i ve studii Weissheimer et al. (2015) pocítovaly ženy menší oporu od ostatních lidí oproti opory od partnera. Náš výzkum také ukázal, že ženy pocítují menší oporu od ostatních lidí než od partnera a můžeme říct, že to může být z důvodu, že ženy žijí více se svými partnery a tím pádem s nimi více prožívají své těhotenství a více na ně spoléhají.

Výzkumnou otázkou č. 6 byla zjišťována míra opory od ostatních lidí hodnocená pomocí VAS. Celkem 33 žen (64,7 %) pocítovalo vysokou oporu od ostatních lidí, střední oporu pocítovalo 13 žen (25,5 %), což je méně než u dotazníku PPP, kde střední oporu od ostatních lidí pocítovalo 21 žen. Při zjišťování míry opory od ostatních pomocí VAS jde vidět, že ženy odpovídaly skoro totožně jako u dotazníku PPP, kdy u VAS ženy dosáhly průměrně 79 % bodů a u PPP dosáhly v průměru 77 % bodů.

7.4 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 7, 8

Výzkumná otázka č. 7 se zabývala poslední částí dotazníku PPP a snahou bylo zjistit, jaká je míra sebeúcty pocítovaná ženou během těhotenství. Podle kategorií, do kterých byly ženy zařazeny, celkem 31 žen (60,8 %) pocítovaly střední sebeúctu během těhotenství. Oproti tomu 19 žen (37,3 %) pocítovalo nízkou sebeúctu. Podle výzkumu Curry et al. (1994) pocítovaly ženy celkem nízké sebevědomí. U dalšího výzkumu od Curry et al. (1998) výsledky ukázaly, že největší sebeúctu pocítovaly opět hispánské ženy, které žijí na vesnici a nejmenší sebeúctu pocítovaly kavkazské ženy, které žijí ve městě. Yu et al. (2011) uvádí, že ženy pocítovaly o něco málo větší sebeúctu než jejich partneři. A v poslední studii Weissheimer et al. (2015) pocítovaly ženy také nižší sebeúctu. Lze vidět, že ve všech výzkumech dosáhlo skóre v části sebeúcty přes 30 bodů. V našem výzkumu ale vyšlo, že ženy mají vyšší sebeúctu než ženy, které se zúčastnily ostatních výzkumů. Na tyto výsledky se můžeme dívat ze dvou směrů. Buď tyto výsledky vyšly z důvodu malého vzorku oproti ostatním výzkumům, nebo mají ženy, které se zapojily do našeho výzkumu, vyšší sebeúctu.

Výzkumná otázka č. 8 se snažila zjistit jaká je míra sebeúcty u žen pomocí VAS. Výsledky sebeúcty pomocí VAS ukazují, že 34 žen (66,7 %) během těhotenství pociťovalo vysokou sebeúctu, což vůbec neodpovídá tomu, jak odpovídaly ženy v dotazníku PPP, kdy vysokou oporu pociťuje pouze jedna žena. Nízkou sebeúctu pociťovaly 3 ženy (5,9 %) a pouze jedna žena nepociťuje vůči sobě sebeúctu. Oproti vyhodnocení dat z dotazníku PPP, kdy ženy dosáhly v průměru 46,8 % bodů, dosáhly ženy v hodnocení pomocí VAS průměrně 79 % bodů. Při hodnocení sebeúcty pomocí PPP nesmí být opomenuto, že čím nižší dosažené skóre tím vyšší sebeúcta a při hodnocení pomocí VAS je tomu naopak.

7.5 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 9

Výzkumná otázka č. 9 se snažila zjistit, jaký je vztah mezi stresem a oporou od partnera. Pro určení vztahu jsme v našem výzkumu použili bodový graf a kontingenční tabulku. Z bodového grafu nelze přesně určit, jaký je mezi těmito dvěma prvky vztah. Ve výsledcích kontingenční tabulky lze vidět, že 34 žen (66,7 %) během těhotenství pociťovaly jistou míru stresu a zároveň ale pociťují vysokou oporu od partnera a pouze jediná žena (2,0 %) pociťovala jistou míru stresu a žádnou oporu od partnera. Výsledky z kontingenční tabulky, ukazují, že mezi stresem a oporou od partnera je vztah, který však není velký. Ve výzkumech Curry et al. (1994) a Weissheimer et al. (2015) byl zjišťován vztah mezi stresem a oporou od partnera, ale oproti našemu výzkumu se v těchto výzkumech k zjišťování vztahu používala korelace. Curry et al. (1994) uvádí, že stres negativně koreloval (korelace nabývá hodnot od 0 do -1, a když hodnota jedné proměnné roste, hodnota druhé proměnné klesá) s oporou od partnera ($r = -.42$) a ve výzkumu Weissheimer et al. (2015) výsledky také ukazují, že stres negativně koreloval s oporou od partnera ($r = -.24$), ale méně než v předchozím výzkumu. Jelikož se ve výzkumech oproti našemu výzkumu použila k zjišťování vztahu mezi stresem a oporou od partnera korelace, nelze tyto vztahy porovnat.

7.6 Vyhodnocení výzkumné otázky č. 10

Poslední výzkumná otázka č. 10 zjišťovala, jaký je vztah mezi stresem a oporou od ostatních lidí (rodina, přátelé). Podle bodového grafu je možné říct, že mezi stresem a oporou je vztah, ale nelze říct, jaký ten vztah je. Podle kontingenční tabulky lze vidět, že 25 žen (49,0 %) pociťovalo jistou míru stresu, ale zároveň pociťovalo vysokou oporu od ostatních lidí. Pouze dvě ženy (3,9 %) pociťovaly nízkou oporu od ostatních lidí, kdy jedna zároveň pociťovala jistou míru stresu a druhá pociťovala zároveň střední míru stresu.

Podle výsledků z kontingenční tabulky lze říct, že mezi stresem a oporou od ostatních lidí je větší vztah než mezi stresem a oporou od partnera. Ve výzkum Curry et al. (1994) stres negativně koreluje s oporou od ostatních lidí ($r = -.57$) a ve výzkumu Weissheimer et al. (2015) také stres negativně koreloval s oporou od ostatních lidí ($r = -.24$). Oproti ostatním výzkumům, jsme v našem výzkumu nepoužili na zjišťování vztahu korelaci a tím nemůžeme porovnat výsledky.

7.7 Limitace výzkumu a doporučení pro praxi

Za limitace výzkumu lze považovat skutečnost, že ženy dotazník PPP vyplňovaly samy, kdežto pokyny k vyplnění naznačují, že má být vyplňován tak, že výzkumník ženě čte text a otázky a ona ústně odpovídá.

Doporučení pro praxi:

- Bylo by vhodné, kdyby se provedl výzkum s dotazníkem Prenatal Psychosocial Profile, a to podle originálních pokynů, kdy výzkumník bude ženě číst otázky z dotazníku a žena bude na ně slovně odpovídat.
- Dále by bylo vhodné, kdyby se výzkum s dotazníkem Prenatal Psychosocial Profile provedl s větším výzkumným vzorkem a také ve více zdravotnických zařízeních.
- Dotazník Prenatal Psychosocial Profile by mohl být zařazen do prenatální péče o ženu a dítě, kdy by pomocí tohoto dotazníku bylo možné předejít určitým nežádoucím událostem během těhotenství ženy (stresové situace, fyzické násilí, zneužívání).

Závěr

Diplomová práce se zabývala prenatálním obdobím těhotné ženy. Jednalo se o teoreticko-výzkumnou práci. V teoretické části bylo popsáno těhotenství, zejména fyzické a psychosociální změny v těhotenství, dále byl popsán stres a zapojení rodiny a partnera do těhotenství ženy. Na začátku práce byly stanoveny cíle a výzkumné otázky. Cílem diplomové práce bylo pomocí dotazníku Prenatal Psychosocial Profile a VAS vyhodnotit stres, oporu těhotné ženy a sebeúctu pocíťovanou ženou během těhotenství, dále zjistit jestli je vztah mezi stresem a oporou od partnera a ostatních lidí.

Výzkum pomocí dotazníku PPP nebyl doposud v České Republice proveden, a jelikož se dotazník nachází pouze v anglickém jazyce, bylo součástí diplomové práce zapojení se do týmu, jehož cílem byl překlad do českého jazyka.

Ve výzkumné části při vyhodnocování stresu pocíťovaný ženou během těhotenství bylo zjištěno, že skoro všechny ženy pocíťovaly určitý stres, kdy největšími stresory byly finanční problémy a probíhající těhotenství. Při vyhodnocování opory od partnera a ostatních lidí výsledky ukázaly, že ženy pocíťují vysokou oporu od partnera a o něco nižší oporu od ostatních lidí. V části o sebeúctě bylo zjištěno, že ženy pocíťují přibližně střední sebeúctu vůči sobě. Při hodnocení stejných částí pomocí VAS, se některé výsledky shodovaly s dotazníkem PPP a některé se lišily, například u sebeúcty. To mohlo být způsobené tím, že v dotazníku ženy odpovídaly na konkrétní otázky a u VAS zaznamenávaly odpovědi obecně.

Při zjišťování vztahu mezi stresem, oporou od partnera a oporou od ostatních lidí bylo zjištěno, že mezi stresem a oporou od partnera je vztah, ale zcela minimální. Při zjišťování vztahu mezi stresem a oporou od ostatních lidí byl dokázán vztah, který byl větší než vztah mezi stresem a oporou od partnera.

Ve studiích od Curry et al. (1994, 1998), Yu et al. (2011) a Weissheimer et al. (2015) byly výsledky dotazníku ve všech částech odlišné oproti výsledkům našeho výzkumu. Může to být však zapříčiněno tím, že náš výzkumný vzorek byl menší než v ostatních studiích a také, že všechny ženy v našem výzkumu měli partnera.

Výzkum celkově potvrdil, že těhotenství může být pro některé ženy celkem náročné období, jelikož jsou vystavené faktorům, které mohou zapříčinit, že jsou potom ve stresu. V tomto období je právě důležitá opora od partnera a ostatních lidí. Ženy v tomto období také mohou vlivem těhotenství pocíťovat menší sebeúctu vůči sobě.

Soupis bibliografických citací

1. ARABIA, Debra L. *Assess the stress: Identifying psychosocial risk to optimize perinatal outcomes in military gravids*. Arizona, 2002. 67s. Master's thesis. Arizona State University College of Nursing.
2. BALSAMO, Michela et al. The State-Trait Anxiety Inventory: Shadows and Lights on its Construct Validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* [online]. 2013, **35**(4), s. 475–486 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: databáze EBSCOhost. ISSN 0882-2689.
3. BARBOSA-LEIKER, Celestina et al. Measurement Invariance of the Perceived Stress Scale and Latent Mean Differences across Gender and Time. *Stress and Health* [online]. 2013, **29**(3), s. 253–260 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: databáze EBSCOhost. ISSN 1532-3005.
4. BÁRTLOVÁ, Sylva et al. *Výzkum v ošetrovatelství*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2005, 146 s. ISBN 80-7013-416-X.
5. BÍMOVÁ, Irena. Psychologická studie motivů pozdního rodičovství. *E-psychologie* [online]. 2007, **1**(1), s. 36–47 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/pdf/bimova.pdf>. ISSN 1802-8853.
6. BINA, Rena and Donna HARRINGTON. The Edinburgh Postnatal Depression Scale: Screening Tool for Postpartum Anxiety as Well? Findings from a Confirmatory Factor Analysis of the Hebrew Version. *Maternal and Child Health Journal* [online]. 2015, **20**(4), s. 904–914 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10995-015-1879-7>. ISSN 1092-7875.
7. BINDER, Toumáš et al. *Porodnictví*. Praha. Karolinum, 2011, 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
8. BROKELMAN, Roy G. B. et al. The validation of the visual analogue scale for patient satisfaction after total hip arthroplasty. *Eur Orthop Traumatol* [online]. 2012, **3**(2), s. 101–105 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3389603/>.
9. BROWN, Marie A. Social support during pregnancy: a unidimensional or multidimensional construct? *Nursing Research*. 1986, **35**(1), s. 4–9. ISSN 0029-6562.

10. CHANG, Hsing-Chi et al. The effects of music listening on psychosocial stress and maternal—fetal attachment during pregnancy. *Complementary Therapies in Medicine* [online]. 2015, **23**(4), s. 509–515 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0965229915000837> ISSN 0965-2299.
11. COHEN, Sheldon et al. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983, **24**(4), s. 385–396.
12. COX, John L. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*. 1987, **150**(6), s. 782 – 786.
13. CURRY, Mary A. et al. The Prenatal Psychosocial Profile: A Research and Clinical Tool. *Research in Nursing & Health* [online]. 1998, **21**(3), s. 211–219 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199806\)21:3%3C211::AID-NUR4%3E3.0.CO;2-K/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/(SICI)1098-240X(199806)21:3%3C211::AID-NUR4%3E3.0.CO;2-K/pdf).
14. CURRY, Mary A. et al. Validity and Reliability Testing of the Prenatal Psychosocial Profile. *Research in Nursing & Health* [online]. 1994, **17**(2), s. 127–135 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/nur.4770170208/pdf>.
15. ČECH, Evžen et al. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006, 544 s. ISBN 80-247-1303-9.
16. ČSÚ. Veřejná databáze. Narození – územní srovnání. *Český Statistický Úřad* [online]. 2015, [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&zo=N&pvo=DEM07&nahled=N&sp=N&skupId=586&katalog=30845&verze=-1&z=T&f=TABULKA&filtr=G~F_M~F_Z~F_R~F_P~_S~_null_null_&pvo=DEM07&e vo=v1450 !_VUZEMI97-100_1&c=v741~8__RP2014.
17. ČSÚ. Veřejná databáze. Pohyb obyvatelstva – územní srovnání. *Český Statistický Úřad*. [online]. 2015, [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&verze=-1&z=T&f=TABULKA&nahled=N&sp=N&skupId=527&filtr=G~F_M~F_Z~F_R~F_P~_S~_null_null_&katalog=30845&pvo=DEM04&zo=N&pvo=DEM04&c=v30~9__RP2014MP12.
18. DIPIETRO, Janet A. et al. Maternal Stress and Affect Influence Fetal Neurobehavioral Development. *Developmental Psychology* [online]. 2002, **38**(5), s. 659–668 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Eva_Pressman/publication/11169493_Maternal_stress_and_affect_influence_fetal_neurobehavioral_development/links/09e415062ed898d83f00000.pdf. ISSN 0012-1649.

19. EZZATI, Ali et al. Validation of the Perceived Stress Scale in a community sample of older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [online]. 2014, **29**(6), s. 645–652 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: databáze EBSCOhost. ISSN 0885-6230.
20. FUČÍK, Petr et al. *Rodičovské dráhy: dvacet let vývoje české porodnosti v sociologické perspektivě*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2014, 187 s. ISBN 978-80-210-6551-2.
21. GOLDENBERG, Robert L. et al. Abbreviated scale for the assessment of psychosocial status in pregnancy: development and evaluation. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*. 1997, **165**, s. 19–29.
22. HAYASE, Mako et al. Sleep quality and stress in women with pregnancy-induced hypertension and gestational diabetes mellitus. *Women and Birth* [online]. 2014, **27**(3), s. 190–195 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519214000377>.
23. HUČÍN, Jakub. Jiný stav přináší i jiný svět. *Psychologie dnes*. [online]. 2000, **7**(8), s. 8–10 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://www.rodina.cz/clanek920.htm>. ISSN 1212-9607.
24. JAROŠOVÁ, Darja. *Výzkum v ošetrovatelství*. Ostrava: Ostravská Univerzita, 2006, 16 s.
25. JONES, Keaton I. Et al. Assessing surgeon stress when operating using heart rate variability and the State Trait Anxiety Inventory: will surgery be the death of us? *Colorectal Disease* [online]. 2015, **17**(4), s. 335–341 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: databáze EBSCOhost. ISSN 1462-8910.
26. KANNER, Allen D. Et al. Comparison of Two Modes of Stress Measurement: Daily Hassles and Uplifts Versus Major Life Events. *Journal of Behavioral Medicine* [online]. 1981, **4**(1), s. 1–39 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: http://webs.wofford.edu/boppkl/courseFiles/Psy150/Labs/SocialLab/Kanner81_Hassles%20and%20Uplifts.pdf.
27. KAZMIERCZAK, Maria et al. Couvade Syndrome among Polish expectant fathers. *Med Sci Monit* [online]. 2013, **19**, s. 132–138 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3628883/>.
28. KERSTEN, Paula et al. The use of the Visual Analogue Scale (VAS) in rehabilitation outcomes. *Journal of Rehabilitation Medicine* [online]. 2012, **44**(7), s. 609–610 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://www.medicaljournals.se/jrm/content/?doi=10.2340/16501977-0999&html=1>. ISSN 1650-1977.
29. KNITTLOVÁ, Dagmar et al. *Překlad a překládání*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, 2010, 291 s. ISBN 978-80-244-2428-6.

30. KOZÁKOVÁ, Radka et al. Důvody oddálení narození prvního dítěte u matek po 35. roce. *Profese online* [online]. 2015, **8**(1), s. 17–23 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: http://profeseonline.upol.cz/archive/2015/1/POL_CZ_2015-1-3_Kozakova.pdf. ISSN 1803-4330.
31. KUTÍNOVÁ, Zdeňka. *Sociální komunikace a její struktura: metodická příručka*. Praha: Centrum pro studium vysokého školství, 2015, 12 s. ISBN 978-80-86302-48-5.
32. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009, 175 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
33. LADD, Sandra L. and John D.E. GABRIELI. Trait and state anxiety reduce the mere exposure effect. *Front Psychol.* [online]. 2015, **6**(701), s. 1–9 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4446535/>. ISSN 1664-1078.
34. LESAGE, Xavier F. et al. Clinical stress assessment using a visual analogue scale. *Occupational Medicine* [online]. 2012, **62**(8), s. 600–605 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://ocmed.oxfordjournals.org/content/62/8/600.full.pdf+html>. ISSN 1471-8405.
35. LIPKIN, Mack and Gerri S. LAMB. The Couvade Syndrome: An Epidemiologic Study. *Annals of Internal Medicine* [online]. 1982, **96**(4), s. 509–511 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: databáze EBSCOhost. ISSN 0003-4819.
36. LOBEL, Marci and Christine DUNKEL-SCHETTER. Conceptualizing stress to study effects on health: Environmental, perceptual, and emotional components. *Anxiety Research*. 1990, **3**(3), s. 213–230.
37. MACKŮ, František a Jaroslava MACKŮ. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada, 1998, 327 s. ISBN 80-7169-589-0.
38. MASSOUDIB, Pamela et al. How well does the Edinburgh Postnatal Depression Scale identify depression and anxiety in fathers? A validation study in a population based Swedish sample. *Journal of Affective Disorders* [online]. 2013, **149**(1-3), s. 67–74 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713000372>. ISSN 0165-0327.
39. McEWEN, Bruce S. Allostasis and Allostatic Load: Implications for Neuropsychopharmacology. *Neuropsychopharmacology* [online]. 2000, **22**(2), s. 108–124 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://www.nature.com/npp/journal/v22/n2/pdf/1395453a.pdf>. ISSN 0893-133X.
40. MLYNÁŘOVÁ, Alice a Jindřich TOŠNER. Historie přítomnosti muže u porodu. *Gynekolog*. 1995, **4**(6), s. 216–218. ISSN 1210-1133.

41. MURKOFFOVÁ, Heidi et al. *Co čekat v radostném očekávání*. Praha: Slovart, 2004, 595 s. ISBN 80-7209-457-2.
42. NAST, Irina et al. How to Measure Prenatal Stress? A Systematic Review of Psychometric Instruments to Assess Psychosocial Stress during Pregnancy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology* [online]. 2013, **27**(4), s. 313–322 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: databáze EBSCOhost. ISSN 0269-5022.
43. NOLEN-HOEKSEMA, Susan et al. *Psychologie Atkinsonové a Hilgarda*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 888 s. ISBN 978-80-262-0083-3.
44. ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. Praha: Argo, 1995, 154 s. ISBN 80-85794-69-1.
45. ORR, Suezanne T. et al. Psychosocial Stressors and Low Birth Weight: Development of a Questionnaire. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 1992, **13**(5), s. 343–347.
46. PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a porodu*. Praha: Galén, 2006, 414 s. ISBN 80-7262-411-3.
47. PHAN, Ngoc Q. et al. Assessment of Pruritus Intensity: Prospective Study on Validity and Reliability of the Visual Analogue Scale, Numerical Rating Scale and Verbal Rating Scale in 471 Patients with Chronic Pruritus. *Acta Derm Venereol* [online]. 2012, **92**(5), s. 449–581 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://www.medicaljournals.se/acta/content/?doi=10.2340/00015555-1246&html=1>.
48. PLAMÍNEK, Jiří. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnání*. 3. vyd. Praha: Grada, 2013, 192 s. ISBN 978-80-247-4751-4.
49. PRAŠKO, Ján et al. Psychoterapie úzkostných poruch v těhotenství a porodním období. *Psychiatrie* [online]. 2002, **6**(2), s. 45–55 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=931>. ISSN 1212-0383.
50. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní Atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
51. ROSENBERG, Morris. *Society and the adolescent self-image*. NJ: Princeton University Press, 1965, 326 s.
52. ROZTOČIL, Aleš et al. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
53. SIMKINOVÁ, Penny. *Partner u porodu*. Praha: Argo, 2000, 246 s. ISBN 80-7203-308-5.
54. SOBOTKOVÁ, Daniela a Zdeněk ŠTEMBERA. Psychologické aspekty v perinatální medicíně v letech 1980-2000: II. porod. *Česká gynekologie*. 2003, **68**(5), s. 370–372. ISSN 1210-7832.

55. SOÓSOVÁ, Mária et al. Stres v práci sestier v paliatívnej ošetrovateľskej starostlivosti. *Ošetrovatelství a porodní asistence* [online]. 2013, **4**(3), s. 622–627. ISSN 1804-2740.
56. SPIELBERGER, Charles D. et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.
57. ŠAMANOVÁ, Gabriela. Hodnota dítěte v individuálním životě a pro společnost. *Naše společnost* [online]. 2006, **4**(2), s. 10–14 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: http://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c3/a3958/fl1/100061s_Hodnota%20dite%20v.pdf.
58. TAWFIG, Almadia et al. An Arabic version of the Perceived Stress Scale: Translation and validation study. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2012, **49**(1), s. 84–89 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: databáze EBSCOhost. ISSN 0020-7489.
59. UDOFIA, Emilia A. et al. Pregnancy and after: what women want from their partners – listening to women in Uyo, Nigeria. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* [online]. 2012, **33**(3), s. 112–119 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: databáze EBSCOhost. ISSN 1743-8942.
60. VAŠUTOVÁ, Mária et al. *Základy biodromální psychologie*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta, 2010, 374 s. ISBN 978-80-7368-934-6.
61. VELEMÍNSKÝ, Miloš. Muž, žena a těhotenství. *Prevence sociálně nežádoucích jevů*. 2005, **4**(4), s. 16–23. ISSN 1214-6609.
62. WEISSHEIMER, Anne M. et al. Prenatal Psychosocial Profile: translation, cross-cultural adaptation and validation to its use in Brazil. *Midwifery* [online]. 2015, **31**(12), 1157–1162 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: databáze EBSCOhost. ISSN 1532-3099.
63. YABLONSKY, Lewis. Otcové a synové. Vyd. 1. Praha: Portál, 1995, 220 s. ISBN 80-7178-075-8.
64. YALI, Ann M. and Marci LOBEL. Coping and distress in pregnancy: An investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1999, **20**(1), s. 39–52.
65. YU, ManSoo et al. Unique perspectives of women and their partners using the Prenatal Psychosocial Profile Scale. *Journal of Advanced Nursing* [online]. 2011, **67**(8), s. 1767–1778 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: databáze EBSCOhost. ISSN 0309-2402.

66. ZHAOA, Ying et al. Combined use of the postpartum depression screening scale (PDSS) and Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) to identify antenatal depression among Chinese pregnant women with obstetric complications. *Psychiatry Research* [online]. 2015, **226**(1), s. 113–119 [cit. 2016-04-25]. Dostupné z: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178114010099>. ISSN 0165-1781.

Seznam příloh

Příloha A: Tabulky hodnocení PPP	73
Příloha B: Tabulky hodnocení VAS	77
Příloha C: Informovaný souhlas	79

Příloha A: Tabulky hodnocení PPP

Tabulka 7 Hodnocení stresu pomocí PPP

Č. respondentky	Posouzení stresu											Celkem	Kategorie
	Ot. 1	Ot. 2	Ot. 3	Ot. 4	Ot. 5	Ot. 6	Ot. 7	Ot. 8	Ot. 9	Ot. 10	Ot. 11		
1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	2	15	Jistá míra stresu
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	13	Jistá míra stresu
3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	Žádný stres
4	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	12	Jistá míra stresu
5	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	15	Jistá míra stresu
6	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	13	Jistá míra stresu
7	4	3	2	1	1	2	1	1	1	2	2	20	Jistá míra stresu
8	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	15	Jistá míra stresu
9	2	1	2	1	2	1	3	2	1	1	1	17	Jistá míra stresu
10	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	13	Jistá míra stresu
11	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	16	Jistá míra stresu
12	3	3	2	3	4	2	1	1	2	2	2	25	Střední míra stresu
13	2	2	1	4	2	4	1	1	3	1	4	25	Střední míra stresu
14	2	3	2	1	3	2	1	1	1	2	2	20	Jistá míra stresu
15	2	1	2	1	1	2	1	1	2	1	2	16	Jistá míra stresu
16	1	2	4	1	1	3	2	1	1	1	3	20	Jistá míra stresu
17	2	4	1	1	1	3	1	1	1	1	1	17	Jistá míra stresu
18	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	13	Jistá míra stresu
19	3	3	3	1	2	2	1	1	1	1	3	21	Jistá míra stresu
20	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	15	Jistá míra stresu
21	4	3	2	4	1	1	1	1	3	2	2	24	Střední míra stresu
22	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	13	Jistá míra stresu
23	2	2	2	1	1	2	1	1	1	1	3	17	Jistá míra stresu
24	2	1	3	3	1	2	1	1	1	1	1	17	Jistá míra stresu
25	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Jistá míra stresu
26	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	15	Jistá míra stresu
27	1	1	2	2	1	3	1	1	1	1	2	16	Jistá míra stresu
28	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	Jistá míra stresu
29	2	1	1	2	2	2	1	1	1	1	2	16	Jistá míra stresu
30	1	2	1	1	4	2	1	1	1	2	2	18	Jistá míra stresu
31	4	4	2	4	1	3	1	1	3	2	4	29	Střední míra stresu
32	2	2	1	1	4	1	3	3	2	1	4	24	Střední míra stresu
33	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	14	Jistá míra stresu
34	2	4	1	1	1	2	1	1	2	2	2	19	Jistá míra stresu
35	3	3	2	1	1	2	1	1	1	1	1	17	Jistá míra stresu
36	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	2	15	Jistá míra stresu
37	2	2	1	3	1	2	1	1	1	1	2	17	Jistá míra stresu
38	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	Žádný stres
39	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	14	Jistá míra stresu
40	3	3	2	2	3	2	2	2	2	1	3	25	Střední míra stresu
41	2	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2	16	Jistá míra stresu
42	2	2	2	3	1	2	1	1	1	2	1	18	Jistá míra stresu
43	2	2	2	1	1	2	1	1	3	1	3	19	Jistá míra stresu
44	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	2	16	Jistá míra stresu
45	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	12	Jistá míra stresu
46	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Jistá míra stresu
47	2	2	1	1	1	2	1	1	1	1	1	14	Jistá míra stresu
48	2	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	14	Jistá míra stresu
49	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Jistá míra stresu
50	3	3	1	1	1	1	1	1	2	1	3	18	Jistá míra stresu
51	2	2	2	1	4	3	1	1	2	3	3	24	Střední míra stresu

Tabulka 8 Hodnocení opory od partnera pomocí PPP

Posouzení opory od partnera													
Č. respondentky	Ot. 1	Ot. 2	Ot. 3	Ot. 4	Ot. 5	Ot. 6	Ot. 7	Ot. 8	Ot. 9	Ot. 10	Ot. 11	Celkem	Kategorie
1	5	4	5	4	3	5	3	4	5	5	4	47	Střední opora
2	3	3	3	3	3	3	3	6	5	5	6	43	Střední opora
3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	66	Vysoká opora
4	6	5	6	6	5	6	6	5	6	5	6	62	Vysoká opora
5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	66	Vysoká opora
6	4	3	5	4	3	6	3	5	6	5	5	49	Střední opora
7	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	65	Vysoká opora
8	5	5	6	4	5	6	5	4	5	5	6	56	Vysoká opora
9	5	5	6	6	5	6	5	5	5	5	5	58	Vysoká opora
10	6	5	6	5	5	6	5	5	5	4	6	58	Vysoká opora
11	5	5	6	5	5	6	6	6	6	5	6	61	Vysoká opora
12	4	5	5	4	4	4	5	4	5	4	5	49	Střední opora
13	6	6	6	6	5	6	6	6	6	5	6	64	Vysoká opora
14	6	6	6	6	5	6	3	3	3	4	6	54	Vysoká opora
15	5	5	6	6	5	6	6	4	5	5	6	59	Vysoká opora
16	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	12	Žádná opora
17	4	2	6	4	5	4	4	5	5	5	6	50	Střední opora
18	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	6	65	Vysoká opora
19	5	5	6	6	4	4	5	5	5	5	6	56	Vysoká opora
20	6	4	6	4	5	6	5	6	6	6	6	60	Vysoká opora
21	5	6	5	5	6	5	6	5	6	5	6	60	Vysoká opora
22	6	5	6	6	5	6	5	6	6	5	6	62	Vysoká opora
23	5	6	6	4	4	6	5	6	6	6	6	60	Vysoká opora
24	6	6	6	3	2	3	3	3	3	5	5	45	Střední opora
25	6	6	6	5	6	6	6	4	6	5	6	62	Vysoká opora
26	5	5	6	4	5	6	5	4	5	4	6	55	Vysoká opora
27	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	6	65	Vysoká opora
28	5	5	6	5	6	5	5	5	5	5	6	58	Vysoká opora
29	4	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	64	Vysoká opora
30	4	4	6	5	3	6	5	6	6	6	6	57	Vysoká opora
31	5	4	6	4	5	6	5	6	5	5	6	57	Vysoká opora
32	2	5	6	5	6	6	5	6	4	5	5	55	Vysoká opora
33	5	5	5	5	4	6	6	6	6	5	6	59	Vysoká opora
34	6	4	6	6	5	6	6	6	6	5	6	62	Vysoká opora
35	3	4	4	4	3	5	3	4	4	3	4	41	Střední opora
36	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	66	Vysoká opora
37	5	5	6	5	4	6	5	6	5	5	6	58	Vysoká opora
38	6	6	6	5	5	5	6	5	6	5	6	61	Vysoká opora
39	6	5	6	6	4	6	6	5	6	6	6	62	Vysoká opora
40	2	2	5	4	6	6	4	2	4	6	6	47	Střední opora
41	5	5	6	6	6	6	6	6	6	6	6	64	Vysoká opora
42	5	6	6	6	6	6	6	5	5	6	6	63	Vysoká opora
43	5	5	6	5	3	5	5	5	5	5	6	55	Vysoká opora
44	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	66	Vysoká opora
45	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	66	Vysoká opora
46	6	5	6	5	5	6	5	6	6	6	6	62	Vysoká opora
47	5	5	6	6	5	6	6	4	5	4	6	58	Vysoká opora
48	5	5	5	5	4	3	6	6	5	4	5	53	Vysoká opora
49	4	4	6	4	2	4	6	3	4	4	5	46	Střední opora
50	4	3	5	6	5	5	6	5	6	6	6	57	Vysoká opora
51	4	5	6	6	6	6	6	6	5	5	6	61	Vysoká opora

Tabulka 9 Hodnocení opory ostatních pomoci PPP

Posouzení opory od ostatních lidí													
Č. respondentky	Ot. 1	Ot. 2	Ot. 3	Ot. 4	Ot. 5	Ot. 6	Ot. 7	Ot. 8	Ot. 9	Ot. 10	Ot. 11	Celkem	Kategorie
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	55	Vysoká opora
2	3	3	3	3	3	3	3	6	3	5	3	38	Střední opora
3	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	66	Vysoká opora
4	6	5	6	6	4	5	4	6	6	5	6	59	Vysoká opora
5	5	5	5	4	3	4	3	5	5	4	5	48	Střední opora
6	5	5	6	4	5	5	4	6	6	5	6	57	Vysoká opora
7	4	5	6	6	5	5	4	5	6	6	6	58	Vysoká opora
8	4	4	6	4	4	5	5	4	5	4	6	51	Vysoká opora
9	5	5	6	5	5	5	5	6	6	5	5	58	Vysoká opora
10	4	4	5	4	3	3	4	5	4	3	5	44	Střední opora
11	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	52	Vysoká opora
12	4	5	5	4	4	5	4	3	5	4	5	48	Střední opora
13	5	3	3	5	3	5	2	2	1	1	5	35	Střední opora
14	4	5	3	4	5	3	3	3	4	3	1	38	Střední opora
15	4	4	5	4	4	4	4	4	5	5	5	48	Střední opora
16	5	5	5	5	6	6	6	5	6	6	6	61	Vysoká opora
17	3	2	5	3	3	3	4	4	4	4	5	40	Střední opora
18	4	4	5	3	2	3	4	6	5	5	6	47	Střední opora
19	3	3	4	4	3	2	2	1	2	1	2	27	Nízká opora
20	5	6	6	5	4	4	6	4	5	5	5	55	Vysoká opora
21	3	4	4	3	3	3	2	3	2	2	4	33	Nízká opora
22	4	5	6	5	5	6	5	6	6	5	6	59	Vysoká opora
23	4	5	5	5	4	5	5	4	4	5	6	52	Vysoká opora
24	4	4	5	2	2	3	4	4	4	5	5	42	Střední opora
25	6	6	6	6	6	6	6	5	6	5	6	64	Vysoká opora
26	5	3	6	3	5	4	6	4	5	6	6	53	Vysoká opora
27	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	54	Vysoká opora
28	5	5	5	5	6	4	5	5	5	4	6	55	Vysoká opora
29	4	5	5	5	4	5	6	6	6	6	6	58	Vysoká opora
30	3	3	4	3	3	6	4	4	5	6	6	47	Střední opora
31	3	4	4	4	5	5	5	5	4	4	6	49	Střední opora
32	6	3	6	4	5	3	4	5	4	3	6	49	Střední opora
33	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	6	65	Vysoká opora
34	3	3	5	2	3	2	3	4	4	3	5	37	Střední opora
35	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	45	Střední opora
36	4	4	5	5	4	5	4	4	4	4	5	48	Střední opora
37	5	5	5	5	3	5	6	5	5	5	6	55	Vysoká opora
38	4	5	6	6	5	5	5	5	6	6	6	59	Vysoká opora
39	6	6	6	6	5	6	5	5	6	6	6	63	Vysoká opora
40	3	4	3	4	5	6	4	3	5	6	6	49	Střední opora
41	4	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4	50	Střední opora
42	4	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	49	Střední opora
43	5	5	6	5	4	6	4	5	5	5	6	56	Vysoká opora
44	5	6	6	5	6	6	6	6	5	4	5	60	Vysoká opora
45	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	66	Vysoká opora
46	5	3	6	6	4	6	4	4	6	6	6	56	Vysoká opora
47	4	6	6	6	6	6	6	6	6	5	6	63	Vysoká opora
48	4	4	5	4	3	3	3	3	4	3	5	41	Střední opora
49	5	6	6	6	6	6	5	5	4	4	5	58	Vysoká opora
50	3	3	5	6	3	3	2	3	5	5	6	44	Střední opora
51	4	5	6	6	6	4	4	5	5	4	5	54	Vysoká opora

Tabulka 10 Hodnocení sebeúcty pomocí PPP

Č. respondentky	Posouzení sebeúcty											Celkem	Kategorie
	Ot. 1	Ot. 2	Ot. 3	Ot. 4	Ot. 5	Ot. 6	Ot. 7	Ot. 8	Ot. 9	Ot. 10	Ot. 11		
1	1	1	2	1	2	2	2	3	2	2	2	20	Střední sebeúcta
2	2	2	2	1	2	2	2	2	3	3	2	23	Nízka sebeúcta
3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	2	24	Nízka sebeúcta
4	1	1	1	1	2	1	1	2	2	2	1	15	Střední sebeúcta
5	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	12	Střední sebeúcta
6	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	18	Střední sebeúcta
7	1	1	2	2	1	1	2	1	3	2	1	17	Střední sebeúcta
8	1	1	2	2	2	1	1	2	2	1	2	17	Střední sebeúcta
9	1	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	15	Střední sebeúcta
10	2	2	1	1	2	2	2	2	3	3	2	22	Střední sebeúcta
11	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	15	Střední sebeúcta
12	1	2	1	1	2	2	2	3	2	2	2	20	Střední sebeúcta
13	2	2	2	2	2	3	3	4	4	4	1	29	Nízka sebeúcta
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	Vysoká sebeúcta
15	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	19	Střední sebeúcta
16	2	2	2	1	2	3	2	4	4	4	3	29	Nízka sebeúcta
17	2	1	2	2	3	1	2	2	1	1	2	19	Střední sebeúcta
18	1	1	1	2	2	2	1	3	2	2	1	18	Střední sebeúcta
19	2	1	2	2	3	2	2	4	4	3	3	28	Nízka sebeúcta
20	1	2	2	2	3	2	2	3	3	2	2	24	Nízka sebeúcta
21	2	2	3	1	4	1	2	4	4	3	1	27	Nízka sebeúcta
22	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	18	Střední sebeúcta
23	1	1	2	2	2	2	2	3	2	2	2	21	Střední sebeúcta
24	2	2	2	1	2	2	2	3	3	2	3	24	Nízka sebeúcta
25	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	1	15	Střední sebeúcta
26	1	1	2	2	2	1	2	2	1	1	2	17	Střední sebeúcta
27	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	24	Nízka sebeúcta
28	2	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	19	Střední sebeúcta
29	2	2	2	2	2	3	3	3	3	2	2	26	Nízka sebeúcta
30	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	24	Nízka sebeúcta
31	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	29	Nízka sebeúcta
32	2	3	2	2	2	2	2	4	3	2	2	26	Nízka sebeúcta
33	2	2	1	1	3	2	2	3	3	3	2	24	Nízka sebeúcta
34	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	23	Nízka sebeúcta
35	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22	Střední sebeúcta
36	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	12	Střední sebeúcta
37	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	23	Nízka sebeúcta
38	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	1	18	Střední sebeúcta
39	2	2	1	2	2	2	2	3	1	1	2	20	Střední sebeúcta
40	1	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	24	Nízka sebeúcta
41	2	1	1	1	2	2	2	4	1	1	2	19	Střední sebeúcta
42	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	22	Střední sebeúcta
43	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	21	Střední sebeúcta
44	2	2	1	2	1	2	2	4	2	1	2	21	Střední sebeúcta
45	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	13	Střední sebeúcta
46	1	1	2	2	3	2	2	3	2	1	4	23	Nízka sebeúcta
47	1	1	1	2	3	2	2	3	1	1	1	18	Střední sebeúcta
48	1	1	1	2	2	2	1	2	2	1	2	17	Střední sebeúcta
49	2	2	1	2	1	2	2	3	3	2	1	21	Střední sebeúcta
50	1	2	2	1	3	2	2	3	4	3	2	25	Nízka sebeúcta
51	1	2	2	2	1	2	2	3	2	2	3	22	Střední sebeúcta

Příloha B: Tabulky hodnocení VAS

Tabulka 11 Hodnocení stresu pomocí VAS

Č. respondentky	Body	Kategorie
1	0	Žádný stres
2	18	Žádný stres
3	6	Žádný stres
4	4	Žádný stres
5	6	Žádný stres
6	37	Jistá míra stresu
7	12	Žádný stres
8	23	Žádný stres
9	14	Žádný stres
10	3	Žádný stres
11	15	Žádný stres
12	46	Jistá míra stresu
13	64	Střední míra stresu
14	16	Žádný stres
15	9	Žádný stres
16	80	Vysoká míra stresu
17	77	Vysoká míra stresu
18	0	Žádný stres
19	23	Žádný stres
20	52	Střední míra stresu
21	19	Žádný stres
22	5	Žádný stres
23	28	Jistá míra stresu
24	13	Žádný stres
25	0	Žádný stres
26	5	Žádný stres
27	20	Žádný stres
28	4	Žádný stres
29	20	Žádný stres
30	76	Vysoká míra stresu
31	50	Jistá míra stresu
32	0	Žádný stres
33	5	Žádný stres
34	14	Žádný stres
35	21	Žádný stres
36	10	Žádný stres
37	65	Střední míra stresu
38	4	Žádný stres
39	11	Žádný stres
40	20	Žádný stres
41	64	Střední míra stresu
42	10	Žádný stres
43	50	Jistá míra stresu
44	11	Žádný stres
45	23	Žádný stres
46	0	Žádný stres
47	4	Žádný stres
48	6	Žádný stres
49	10	Žádný stres
50	19	Žádný stres
51	71	Střední míra stresu

Tabulka 12 Hodnocení opory partnera pomocí VAS

Č. respondentky	Body	Kategorie
1	48	Nízká opora
2	37	Nízká opora
3	84	Vysoká opora
4	94	Vysoká opora
5	100	Vysoká opora
6	53	Střední Opora
7	99	Vysoká opora
8	88	Vysoká opora
9	89	Vysoká opora
10	91	Vysoká opora
11	93	Vysoká opora
12	71	Střední Opora
13	98	Vysoká opora
14	82	Vysoká opora
15	96	Vysoká opora
16	10	Žádná opora
17	60	Střední Opora
18	100	Vysoká opora
19	100	Vysoká opora
20	88	Vysoká opora
21	65	Střední Opora
22	85	Vysoká opora
23	89	Vysoká opora
24	98	Vysoká opora
25	99	Vysoká opora
26	77	Vysoká opora
27	98	Vysoká opora
28	94	Vysoká opora
29	82	Vysoká opora
30	100	Vysoká opora
31	73	Střední Opora
32	74	Střední Opora
33	81	Vysoká opora
34	89	Vysoká opora
35	76	Vysoká opora
36	100	Vysoká opora
37	85	Vysoká opora
38	97	Vysoká opora
39	98	Vysoká opora
40	45	Nízká opora
41	89	Vysoká opora
42	100	Vysoká opora
43	78	Vysoká opora
44	100	Vysoká opora
45	98	Vysoká opora
46	100	Vysoká opora
47	81	Vysoká opora
48	89	Vysoká opora
49	82	Vysoká opora
50	76	Vysoká opora
51	96	Vysoká opora

Tabulka 13 Hodnocení opory ostatních pomoci

Č. respondentky	Body	Kategorie
1	76	Vysoká opora
2	50	Nízká opora
3	83	Vysoká opora
4	94	Vysoká opora
5	89	Vysoká opora
6	100	Vysoká opora
7	88	Vysoká opora
8	83	Vysoká opora
9	91	Vysoká opora
10	88	Vysoká opora
11	89	Vysoká opora
12	55	Střední opora
13	56	Střední opora
14	46	Nízká opora
15	83	Vysoká opora
16	69	Střední opora
17	47	Nízká opora
18	66	Střední opora
19	49	Nízká opora
20	92	Vysoká opora
21	54	Střední opora
22	91	Vysoká opora
23	71	Střední opora
24	74	Střední opora
25	100	Vysoká opora
26	85	Vysoká opora
27	89	Vysoká opora
28	89	Vysoká opora
29	85	Vysoká opora
30	80	Vysoká opora
31	55	Střední opora
32	73	Střední opora
33	100	Vysoká opora
34	50	Nízká opora
35	60	Střední opora
36	93	Vysoká opora
37	82	Vysoká opora
38	95	Vysoká opora
39	97	Vysoká opora
40	72	Střední opora
41	87	Vysoká opora
42	83	Vysoká opora
43	80	Vysoká opora
44	100	Vysoká opora
45	97	Vysoká opora
46	100	Vysoká opora
47	82	Vysoká opora
48	89	Vysoká opora
49	70	Střední opora
50	61	Střední opora
51	95	Vysoká opora

VAS Tabulka 14 Hodnocení sebedůvěry pomocí VAS

Č. respondentky	Body	Kategorie
1	100	Vysoká sebedůvěra
2	53	Střední sebedůvěra
3	80	Vysoká sebedůvěra
4	93	Vysoká sebedůvěra
5	95	Vysoká sebedůvěra
6	80	Vysoká sebedůvěra
7	89	Vysoká sebedůvěra
8	87	Vysoká sebedůvěra
9	95	Vysoká sebedůvěra
10	92	Vysoká sebedůvěra
11	82	Vysoká sebedůvěra
12	82	Vysoká sebedůvěra
13	30	Nízká sebedůvěra
14	78	Vysoká sebedůvěra
15	94	Vysoká sebedůvěra
16	22	Žádná sebedůvěra
17	63	Střední sebedůvěra
18	83	Střední sebedůvěra
19	34	Nízká sebedůvěra
20	73	Střední sebedůvěra
21	71	Střední sebedůvěra
22	70	Střední sebedůvěra
23	77	Vysoká sebedůvěra
24	68	Střední sebedůvěra
25	100	Vysoká sebedůvěra
26	77	Vysoká sebedůvěra
27	77	Vysoká sebedůvěra
28	91	Vysoká sebedůvěra
29	50	Nízká sebedůvěra
30	100	Vysoká sebedůvěra
31	63	Střední sebedůvěra
32	51	Střední sebedůvěra
33	93	Vysoká sebedůvěra
34	73	Střední sebedůvěra
35	60	Střední sebedůvěra
36	100	Vysoká sebedůvěra
37	83	Vysoká sebedůvěra
38	94	Vysoká sebedůvěra
39	92	Vysoká sebedůvěra
40	81	Vysoká sebedůvěra
41	100	Vysoká sebedůvěra
42	83	Vysoká sebedůvěra
43	78	Vysoká sebedůvěra
44	87	Vysoká sebedůvěra
45	97	Vysoká sebedůvěra
46	100	Vysoká sebedůvěra
47	93	Vysoká sebedůvěra
48	89	Vysoká sebedůvěra
49	72	Střední sebedůvěra
50	76	Vysoká sebedůvěra
51	70	Střední sebedůvěra

Příloha C: Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Já, _____
(celé jméno a datum narození) dobrovolně souhlasím se zařazením do šetření pro diplomovou práci na téma: **Opora v partnerovi a okolí pocit'ovaná ženou v těhotenství.**

Samotné šetření bude provedeno tak, že vyplníte dotazník, který má 3 částí (hodnocení pomocí vizuální analogové škály – hodnocení pomocí úsečky, prenatální psychosociální profil – zabývající se oporou partnera a okolí ženy v těhotenství a základní údaje). U každé části jsou napsány instrukce ohledně vyplňované části.

Kritériem pro zařazení do šetření – věk min. 18 let.

Souhlasím s tím, že výsledky šetření mohou být použity pro publikování v diplomové práci, pro publikační činnost v odborných časopisech a pro prezentace na vědeckých a vzdělávacích akcích.

Veškeré údaje o Vás i o zařízení zůstanou anonymní.

Rozumím veškerým informacím napsaným výše a potvrzuji tímto, že má účast na tomto šetření je zcela dobrovolná a mám možnost kdykoliv od tohoto šetření odstoupit bez následků na poskytnutou péči.

Podpis: _____ Datum: _____