

**MATERSKÁ PRENATÁLNA ÚZKOSŤ:
PREVALENCIA, MIERA A SÚVISIACE FAKTORY U SLOVENSKÝCH ŽIEN
MATERNAL PRENATAL ANXIETY:
PREVALENCE, RATE AND ASSOCIATED FACTORS OF SLOVAK WOMEN**

MAZÚCHOVÁ Lucia¹, PÁRNIČANOVÁ Martina¹, FARSKÝ Ivan²

¹ Ústav pôrodnej asistencie, Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine

² Ústav ošetrovateľstva, Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine

ABSTRAKT

Východiská: Tehotenstvo predstavuje veľké zmeny, na ktoré sa niektoré ženy ťažšie adaptujú a v dôsledku ktorých sa môžu vyskytnúť príznaky prenatálnej úzkosti.

Cieľ: Cieľom štúdie bolo zistiť prevalenciu, mieru závažnosti prejavov prenatálnej úzkosti u matiek a jej súvisiace faktory.

Metódy: Bol zvolený dizajn prierezovej štúdie. Výskumu sa zúčastnilo 259 žien (priemerný vek 26,94 ± 4,77) s fyziologickým tehotenstvom. Bola použitá Beckova škála úzkosti (Beck Anxiety Inventory, BAI) doplnená otázkami vlastnej konštrukcie. Na analýzu údajov bola použitá deskriptívna a indukčná štatistika.

Výsledky: Počas tehotenstva prejavy úzkosti boli prítomné u 83,78 % žien (mierne 43,24 %, stredné 27,41 %, závažné 13,13 %). Dôvodmi najčastejších obáv bolo zdravie dieťaťa (53,28 %), pôrod (23,94 %) a tehotenstvo (10,81 %). Ako štatisticky významné faktory súvisiace s prenatálnou úzkosťou sa preukázali vek ($p = 0,009$), spokojnosť s podporou partnera/manžela ($p = 0,001$) a COVID-19 ($p < 0,0001$).

Záver: Význam štúdie spočíva v zistení prejavov úzkosti a jej významných faktorov, z ktorých vyplýva potreba včasnej diagnostiky úzkosti matiek aj pri nízkorizikových tehotenstvách, potreba venovania zvýšenej pozornosti tehotným ženám mladšieho veku, nespokojných s podporou partnera/manžela a zvlášť tehotným ženám v období pandémie a realizovať u nich včasné opatrenia na prevenciu a zmiernenie úzkosti.

Kľúčové slová: Prenatálna úzkosť. Tehotenstvo. Obavy. Súvisiace faktory. Prevencia.

ABSTRACT

Background: Pregnancy presents with major changes to which some women find it more difficult to adapt and as a result, symptoms of antenatal anxiety may occur.

Objective: The aim of the study was to find out the prevalence, rate of severity of symptoms of prenatal anxiety in mothers and its associated factors.

Methods: A cross-sectional study design was chosen. 259 women (mean age 26.94 ± 4.77) with physiological pregnancies participated in the study. The Beck Anxiety Inventory (BAI) was used, supplemented with self-constructed questions. Descriptive and inductive statistics were used to analyze the data.

Results: During pregnancy, anxiety symptoms were present in 83.78 % of women (mild 43.24 %, moderate 27.41 %, severe 13.13 %). The reasons for the most common concerns were the health of the baby (53.28 %), childbirth (23.94 %), and pregnancy (10.81 %). Age ($p = 0.009$), satisfaction with partner/spouse support ($p = 0.001$) and COVID-19 ($p < 0.0001$) were found to be statistically significant factors related to antenatal anxiety.

Conclusion: The importance of the study lies in the identification of the symptoms of anxiety and its significant factors, implying the need for early diagnosis of maternal anxiety even in low-risk pregnancies, the need to pay increased attention to pregnant women of younger age, dissatisfied with partner/husband support, and especially pregnant women in the pandemic period, and to implement early measures to prevent and alleviate anxiety in them.

Keywords: Prenatal anxiety. pregnancy. Worry. related factors. Prevention.

ÚVOD

Ženy počas tehotenstva sú vystavené zvýšenému riziku duševných chorôb (du Toit et al., 2018), ktoré sa môžu vyskytnúť buď prvýkrát, alebo môže ísť o relaps už existujúcej duševnej poruchy. Dôvodmi môže byť zmenená biologická situácia, vysadenie dlhodobo užívaných liekov pred plánovaným tehotenstvom alebo stresujúca nová psychosociálna situácia v kontexte už existujúcej duševnej poruchy (Izáková, 2013). Tehotenstvo je väčšinou vnímané ako pozitívne obdobie, avšak u niektorých žien to môže byť obdobím obáv, stresu, zvýšenej emočnej zraniteľnosti a náchylnosti k úzkosti (Withers et al., 2018). Počas tehotenstva dochádza k hormonálnymi, fyziologickými, psychologickými a sociálnym zmenám (Van Hevingen et al., 2017), rôznym problémom (nevoľnosť, únava, emocionálne problémy atď.), na ktoré sa niektoré ženy ťažšie adaptujú, a v dôsledku ktorých sa môžu vyskytnúť príznaky úzkosti, ktoré sú v tehotenstve bežné (Evans et al., 2022).

Prenatálna úzkosť je osobitný emocionálny stav spojený najčastejšie s obavami súvisiacimi s tehotenstvom, so zdravím dieťaťa a pôrodom (Deklava et al., 2015), so zmenami vo vzhľade a s rodičovstvom (Blackmore et al., 2016). Vo veľkej miere dochádza k absencii jej odhalenia a tak väčšina žien nedostáva žiadnu liečbu (Gong et al., 2021). Nielsen-Scott et al. (2022) uvádzajú prevalenciu sym-

ptomov prenatalnej úzkosti 24,4 % a prevalenciu klinicky diagnostikovanej úzkostnej poruchy 8,1 %.

Prenatálna úzkosť je celosvetovým problémom verejného zdravia a rizikovým faktorom, ktorý vedie k nepriaznivým zdravotným výsledkom u matiek a detí (Ding et al., 2021). Podľa Adhikari et al. (2021) prítomnosť vyšších úrovní prenatalnej úzkosti môže zvýšiť riziko behaviorálnych, emocionálnych a kognitívnych problémov u matiek a detí. Prenatálna úzkosť vedie k hyperemesis gravidarum, preeklampsii, predčasnému pôrodu, nízkej pôrodnej hmotnosti, predčasnej ruptúre blán a zvýšenému riziku úmrtia plodu (Adhikari et al., 2021). Môže aj súvisieť s nepriaznivými výsledkami pôrodu (Shapiro et al., 2017). U žien s vyššími koncentraciami katecholamínov bola pozorovaná predĺžená druhá fáza pôrodu. Taktiež bolo preukázané, že neliečená prenatálna úzkosť viedla v niektorých prípadoch k zbytočnému cisárskemu rezu (Alipour et al., 2011). Klinicky diagnostikovaná úzkosť počas tehotenstva môže viesť k dlhodobým nepriaznivým následkom aj v postnatálnom období. Znižuje pravdepodobnosť výlučného dojčenia (Horsley et al., 2019), zhoršuje vzťahovú väzbu medzi matkou a dieťaťom (Dubber et al., 2015), čo môže byť rizikové pre následný fyzický, psychologický a kognitívny vývin dieťaťa (Van Hevningen et al., 2017). Kiruthiga (2017) uvádza, že novorodenci narodení úzkostným matkám, majú slabší imunitný systém. Prenatálna úzkosť je významným rizikovým faktorom perinatálnej psychiatrickej morbidity, keďže je silným prediktorom postnatálnej depresie (Van Hevningen et al., 2017).

Aj pandémia COVID-19 má negatívny dopad na duševné zdravie tehotných žien a zvýšený výskyt úzkosti (Salehi et al., 2020; Masjoudi et al., 2021).

Skúmanie úzkosti, jej prevalencie, miery a jej súvisiacich faktorov by mohlo pomôcť identifikovať ženy, u ktorých je potrebné začať s realizáciou včasných preventívnych opatrení.

Cieľom štúdie bolo zistiť prevalenciu, mieru závažnosti prejavov prenatalnej úzkosti u matiek a jej súvisiace faktory.

METODIKA

Výskumný súbor tvorilo 259 respondentiek. Výber respondentiek bol zámerný. Do súboru boli zaradené ženy, ktoré spĺňali vopred určené zoraďovacie (inkluzívne) kritériá: vek od 18 rokov, ženy s fyziologickým tehotenstvom. Vekové rozmedzie respondentiek bolo od 18 do 43 rokov, s priemerným

vekom 26,94 (\pm 4,77 rokov), pričom 71,81 % bolo mladšieho veku (18 – 29) a 28,19 % staršieho veku (30 – 43). Prvý trimester prebiehal u 11,97 % žien, druhý u 32,82 % žien a tretí u 55,21 % žien. Prvorodičiek bolo 63,32 %, druhorodičiek 29,73 % a viacrodičiek 6,95 %. U väčšiny žien (76,06 %) bolo tehotenstvo plánované a u 23,94 % neplánované. Spokojnosť s podporou partnera/ manžela vyjadřilo 78,76 % žien a nespokojnosť 21,24 % žien. Naš výskum sme realizovali v období pred COVID-19, v ktorom bolo oslovených 82 (31,66 %) respondentiek a zber pokračoval v období COVID-19, v ktorom bolo oslovených 177 (68,34 %) respondentiek (Tab. 2).

Bol zvolený dizajn prierezovej štúdie. Na zber údajov sme použili štandardizovaný dotazník: Beck Anxiety Inventory (BAI) Beckova škála úzkosti (Beck, 1988), doplnená otázkami vlastnej konštrukcie. BAI obsahovala 21 položiek zameraných na meranie miery závažnosti prejavov úzkosti u tehotných žien. Položky BAI sa vzťahovali na prežívanie intenzity vegetatívnej symptomatológie, kognitívnych a emocionálnych prejavov. Na zaznamenávanie a meranie odpovedí bola zvolená 4-bodová Likertova škála. Celkové skóre sa pohybovalo v rozsahu 0 – 63. BAI bola validizovaná v Českej republike, kde sa preukázala ako validný nástroj na meranie miery úzkosti (Kamarádová et al., 2016). Cronbach alfa koeficient BAI v našej štúdii bol 0,883.

Otázky vlastnej konštrukcie sa zameriavali na charakteristiku výskumného súboru a skúmané súvisiace faktory (vek, parita, trimester, plánovanie tehotenstva, spokojnosť s podporou partnera/ manžela, obdobie COVID-19).

Distribúcia dotazníkov prebiehala v gynekologických ambulanciách, ktorých výber bol zámerný. Zvolili sme kombinovaný spôsob administrácie dotazníkov. Respondentky dotazník vyplnili buď písomne v tlačenej podobe, alebo im bol po získaní ich súhlasu a dobrovoľnom poskytnutí e-mailovej adresy, zaslaný elektronický link s prepojením na dotazník. Responzibilita dotazníkov predstavovala 83,49 % ($n = 263$). Z dôvodu nesprávneho vyplnenia boli vyradené 4 dotazníky a výsledný počet dotazníkov bol 259.

Zber výskumných dát prebiehal v období január 2020 – január 2021. Štúdia bola schválená etickou komisiou Žilinského samosprávneho kraja (03235/2019/OZ-07). Zber údajov bol anonymný a všetci účastníci podpísali informovaný súhlas.

Tabuľka 1 Miera závažnosti prejavov úzkosti podľa BAI a obdobie COVID-19

Parametre	Celkové obdobie N = 259		Pred COVID-19 N = 82		Počas COVID-19 N = 177	
	N	%	N	%	N	%
BAI						
Bez prejavov úzkosti	42	16,22	19	23,17	23	12,99
Mierne prejavy úzkosti	112	43,24	40	48,78	72	40,68
Stredne závažné prejavy úzkosti	71	27,41	18	21,95	53	29,94
Závažné prejavy úzkosti	34	13,13	5	6,09	29	16,38

Legenda: 0 – 5 bodov: bez prejavov úzkosti; 6 – 15 bodov: mierne prejavy úzkosti; 16 – 25 bodov: stredne závažné prejavy úzkosti a viac ako 26 bodov: závažné prejavy úzkosti

Tab. 2 BAI a súvisiace faktory (vek, parita, trimester, plánovanie tehotenstva, spokojnosť s podporou partnera/ manžela, obdobie COVID-19)

Faktory	N	%	x	SD	Mean Rank	p
Mladší (18-29)	186	71,81	15,66	9,67	137,56	0,009 ^a
Starší (30-43)	73	28,19	12,26	8,45	110,73	
Prvorodičky	164	63,32	14,75	9,31	130,52	0,907 ^b
Druhorodičky	77	29,73	14,43	9,63	127,56	
Viacrodičky	18	6,95	15,44	10,43	135,72	
1. trimester	31	11,97	17,32	9,35	154,06	0,157 ^b
2. trimester	85	32,82	14,66	9,59	128,25	
3. trimester	143	55,21	14,16	9,36	125,83	
Plánované	197	76,06	14,15	9,40	125,23	0,067 ^a
Neplánované	62	23,94	16,47	9,47	145,16	
Spokojné	204	78,76	13,75	9,14	122,01	0,001 ^a
Nespokojné	55	21,24	18,25	9,81	159,62	
Obdobie pred COVID-19	82	31,66	11,60	8,33	103,48	0,0001 ^a
Obdobie počas COVID-19	177	68,34	16,14	9,61	142,28	

Legenda: M -priemer, SD štandardná odchýlka,,^aMann-Whitney U test, ^bKruskal Wallis test, p ≤ 0,05

Na spracovanie výsledkov bola použitá deskriptívna a induktívna štatistika. Štatistické spracovanie bolo realizované v programe IBM SPSS Statistics v.25. Vzhľadom k tomu, že údaje neboli normálne rozdelené na zisťovanie štatistickej významnosti bol použitý neparametrický Mann-Whitney U (M-W U) test a Kruskal-Wallis (K-W). Za štatisticky významný sa považoval výsledok $p < 0,05$.

VÝSLEDKY

Priemerná hodnota BAI bola na úrovni $14,7 \pm 9,45$, min – 0, max – 49. Priemerná škálová hodnota odpovedí bola najvyššia v položkách: nervozita ($1,32 \pm 0,91$), strach ($1,16 \pm 0,94$), závraty, točenie hlavy ($0,93 \pm 0,92$), pocit tepla ($0,91 \pm 0,86$)

U väčšiny žien (83,78 %) boli prítomné prejavy úzkosti (mierne 43,24 %, stredné 27,41 %, závažné 13,13 %). Bez prejavov úzkosti bolo 16,22 % žien.

V období pred COVID-19 a v období COVID-19 boli rozdiely medzi tehotnými ženami v prejavoch úzkosti. Bez prejavov úzkosti bolo 23,17 %

vs 12,99 % žien, závažné prejavy úzkosti sa vyskytli u 6,09 % vs 16,38 % žien, stredne závažné prejavy úzkosti sa vyskytli u 21,95 % vs 29,94 % žien.

Dôvodmi najčastejších obáv bolo zdravie dieťaťa (53,28 %), pôrod (23,94 %) a tehotenstvo (10,81 %). Priemerné skóre na škále úzkosti bolo nižšie u žien staršieho veku ($12,26 \pm 8,45$) ako u žien mladšieho veku ($15,66 \pm 9,67$). Pomocou M-W U testu medzi skupinami definovanými vekom, boli zistené štatisticky významné rozdiely ($p = 0,009$) v prejavoch súvisiacich s úzkosťou.

Priemerné skóre na škále úzkosti bolo najnižšie u druhorodičiek ($14,43 \pm 9,63$), potom u prvorodičiek ($14,75 \pm 9,31$) a najvyššie u viacrodičiek ($15,44 \pm 10,43$). Pomocou K-W testu medzi skupinami definovanými paritou, neboli zistené štatisticky významné rozdiely ($p = 0,907$) v prejavoch súvisiacich s úzkosťou.

Priemerné skóre na škále úzkosti bolo najnižšie u žien v treťom trimestri ($14,16 \pm 9,36$), následne v druhom trimestri ($14,66 \pm 9,59$) a najvyššie v prvom trimestri tehotenstva ($17,32 \pm 9,35$). Pomocou

K-W testu medzi skupinami definovanými podľa trimestra, neboli zistené štatisticky významné rozdiely ($p = 0,157$) v prejavoch súvisiacich s úzkosťou.

Priemerné skóre na škále úzkosti bolo nižšie u žien s plánovaným tehotenstvom ($14,15 \pm 9,40$) a vyššie u žien s neplánovaným tehotenstvom ($16,47 \pm 9,47$). Pomocou M-W U testu medzi skupinami definovanými podľa plánovania tehotenstva neboli zistené štatisticky významné rozdiely ($p = 0,067$) v prejavoch súvisiacich s úzkosťou.

Priemerné skóre na škále úzkosti bolo nižšie u žien spokojných s podporou partnera ($13,75 \pm 9,14$) a vyššie u nespokojných žien ($18,25 \pm 9,81$). Pomocou M-W U testu medzi skupinami definovanými podľa spokojnosti s podporou partnera, boli zistené štatisticky významné rozdiely ($p = 0,001$) v prejavoch súvisiacich s úzkosťou.

Priemerné skóre na škále úzkosti bolo nižšie u žien v období pred COVID-19 a vyššie u žien v období COVID-19. Pomocou M-W U testu medzi skupinami definovanými podľa obdobia COVID-19 boli zistené štatisticky významné rozdiely ($p < 0,0001$) v prejavoch súvisiacich s úzkosťou.

DISKUSIA

Keďže tehotenstvo je obdobie, počas ktorého môžu byť ženy obzvlášť náchylné na prenatálnu úzkosť, našim cieľom bolo zistiť jej prevalenciu, mieru a jej súvisiace faktory. Priemerná hodnota BAI v našej štúdií bola $14,7 \pm 9,45$. Nižšie skóre ($11,12 \pm 7,58$) bolo zistené v štúdií Daglar et al. (2018) a vyššie ($22,66 \pm 13,68$) v štúdií Erkaya et al. (2017).

Ženy, ktoré sú úzkostné, pociťujú emočné aj somatické príznaky, ako sú obavy, bolesti svalov, palpitácie, poruchy spánku a problémy s gastrointestinálnym traktom (Muhe-Aldeen et al., 2020). V našej štúdií sme u tehotných žien zaznamenali najmä nervozitu, strach, závraty, točenie hlavy, pocit tepla.

Odhady prevalencie prenatálnych úzkostných porúch sa veľmi líšia v závislosti od krajín, regiónov, metodiky štúdie, či sa použili skríningové alebo diagnostické nástroje (Fisher et al., 2012) a či sa skúmala špecifická úzkostná porucha alebo celková prevalencia akejkolvek úzkostnej poruchy. V štúdiách prezentujúcich akékoľvek úzkostné poruchy sa prevalencia pohybuje od 4 % do 39 % (Goodman et al. 2014). Madhavanprabhakaran et al. (2015) uvádzajú prevalenciu od 14 % do 54 %. V našej štúdií sme u väčšiny žien (83,8 %) zistili

prítomnosť prejavov úzkosti, pričom najviac žien malo mierne (43,24 %), stredne závažné (27,41 %) a 13,13 % žien malo závažné prejavy úzkosti (Tab. 1), čo je porovnateľné so štúdiami Fawcett et al. (2019), Biaggi et al. (2016) a nepriaznivejšie oproti inej slovenskej štúdií (Mazúchová et al., 2021), v ktorej boli závažné prejavy úzkosti prítomné u 10,53 % tehotných žien. Vyššie miery úzkostných prejavov pravdepodobne súviseli s obdobím COVID-19, v ktorom sa preukázala vyššia miera prejavov úzkosti (Tab. 1).

Obdobie COVID-19 sa preukázalo ako štatisticky významný faktor súvisiaci s prenatálnou úzkosťou (Tab. 2). Aj iné štúdie preukázali, že úroveň úzkosti medzi tehotnými ženami sa počas pandémie COVID-19 zvýšila (Nanjundaswam et al., 2020; Ayaz et al., 2020). Domnievame sa, že sa to dá pripísať množstvu faktorov vrátane pravdepodobnosti zvýšeného rizika nakazenia sa COVID-19, závažných komplikácií, rizika úmrtia u infikovaných a neistote ohľadom účinnosti dostupných liečebných postupov a vakcín. Taktiež aj karanténne opatrenia môžu mať nepriaznivý vplyv na duševné zdravie tehotných žien. Aj Durankus et al. (2020) poukazujú na zvýšenú pravdepodobnosť úzkosti tehotných žien počas COVID-19 a na naliehavú potrebu rutinného skríningu úzkosti a poskytnutia psychosocálnej podpory. Vzhľadom na zvýšenú zraniteľnosť tehotných žien v pandemickom období sa odporúča venovať osobitnú pozornosť ich obavám. Je dôležité poskytovať dostatok relevantných informácií a zvyšovať povedomie matiek o koronavíruse a jeho rizikových faktoroch ako aj venovať sa prevencii (Salehi et al., 2020).

V štúdií sme sa zamerali aj na zistenie dôvodov najčastejších obáv žien, ktorými boli zdravie dieťaťa, pôrod a tehotenstvo, čo je v súlade s najčastejšími obavami, ktoré uvádzajú aj iní autori (Bussieres et al., 2015; Hildingsson et al., 2021).

Vek ženy sa preukázal ako ďalší štatisticky významný faktor k prenatálnej úzkosti (Tab. 2). Rovnako sa preukázal významný aj v štúdií Biaggi et al. (2016) a nepreukázal sa významný v štúdiách Soto-Balbuena et al. (2018) a Mazúchová et al. (2021). Priemerné skóre na škále úzkosti ukázalo priaznivejšie výsledky u žien staršieho veku ako u žien mladšieho veku. Podobne aj v iných štúdiách bol mladší vek matiek spájaný s úzkosťou v tehotenstve (Martini et al., 2015; Kannenberg et al., 2016). Mladšie ženy môžu byť ohrozené v dôsledku nedostatočných skúsenosti a znalosti o priebehu

tehotenstva, pôrodu a starostlivosti o novorodencov. Naše zistenia sú v rozpore s výsledkami štúdie Aasheim et al. (2013), podľa ktorej zvýšená úroveň úzkosti bola naopak vo vyššom veku žien. Úzkosť v staršom veku môže súvisieť s pravdepodobnosťou častejších komplikácií vo vyššom veku.

Parita sa nepreukázala ako štatisticky významný faktor k prenatalnej úzkosti (Tab. 2), čo je v súlade so štúdiami Nath et al. (2019), Naja et al. (2020) a odlišné so štúdiami Blackmore et al. (2016) a Mazúchová et al. (2021), v ktorých sa parita preukázala signifikantná. Priemerné skóre na škále úzkosti ukázalo najlepšie výsledky u druhorodičiek, potom u prvorodičiek a najhoršie u viacrodičiek, čo je konzistentné s inými štúdiami (Alipour et al., 2011; Mazúchová et al., 2021). Viacrodičky môžu prežívať obavy v dôsledku problematických predchádzajúcich tehotenstiev a pôrodov, potratov, negatívnych pôrodných skúseností, či iných psychosociálnych alebo ekonomických problémov. Huizink et al. (2016) uvádzajú väčšiu mieru úzkosti u prvorodičiek. Prechod k rodičovstvu môže predstavovať pre niektoré prvorodičky kritické obdobie, ktoré môže vyvolávať obavy.

Trimester sa nepreukázal ako štatisticky významný faktor k prenatalnej úzkosti (Tab. 2). Priemerné skóre na škále úzkosti ukázalo lepšie výsledky u žien v treťom trimestri, potom v druhom trimestri a najhoršie v prvom trimestri tehotenstva, čo je v súlade s inými štúdiami (Soto-Balbuena et al., 2018; Mazúchová et al., 2021). Na začiatku sa žena musí prispôbiť fyzickým a emocionálnym zmenám vyplývajúcim z tehotenstva, vrátane ranej nevoľnosti, vracaniu a pod. Bola preukázaná súvislosť nevoľnosti a vracania počas tehotenstva s rozvojom úzkostnej poruchy (Beyazit, Sahin, 2018). Existujú aj štúdie (Silva et al., 2017; Madhavanprabhakaran et al., 2015), ktoré preukázali najvyššiu úzkosť v treťom trimestri gravidity.

Plánovanie tehotenstva sa nepreukázalo ako štatisticky významným faktorom k prenatalnej úzkosti (Tab. 2). Gonzáles-Mesa (2018) uvádza zvýšené riziko úzkosti pri neplánovanom tehotenstve, čo sa potvrdilo aj v našej štúdii. Podľa systematického prehľadu Bayrampour et al. (2018) sa nechcené tehotenstvo preukázalo signifikantné k úzkosti.

Spokojnosť s podporou partnera/ manžela sa preukázala ako ďalší štatisticky významný faktor súvisiaci s prenatalnou úzkosťou (Tab. 2). Naše výsledky sú v súlade s inými štúdiami (Biaggi et al., 2016; Bayrampour et al., 2018; Mazúchová et al.,

2021), v ktorých rovnako partnerská podpora sa preukázala významná vo vzťahu k úzkosti. Podpora partnera je jedným z najdôležitejších faktorov v prevencii úzkosti u tehotných žien (Gonzáles-Mesa et al., 2020) a má pozitívny vplyv na duševné zdravie (Peter et al., 2017).

Niektoré ženy sa dokážu vyrovnávať s obavami svojpomocným úsilím a s pomocou sociálnej podpory, avšak sú ženy, ktoré potrebujú pomoc zo strany zdravotníkov (pôrodná asistentka, sestra, gynekológ, psychiater). Pôrodná asistentka by mala viesť tehotné ženy k tomu, aby vyjadrovali svoje emócie, či už pozitívne alebo negatívne, nakoľko všetky patria k tehotenstvu (Hendrych Lorenzová, 2021). Včasná a pravidelná prenatalná starostlivosť môže viesť k holistickej podpore zdravia tehotných žien, ako aj k identifikácii problémov duševného zdravia (Hendrych Lorenzová et al., 2016). Aj Bayrampour et al. (2018) uvádzajú, že zo strany profesionálov primárnej zdravotníckej starostlivosti je dôležité včasné zistenie a zvládnutie úzkosti, a to poskytovaním emocionálnej podpory. Vhodné je vysvetlenie všetkých zmien, ku ktorým dochádza počas tehotenstva, ohľaduplné správanie, trpezlivý a citlivý prístup. Aj Erkaya et al. (2017) zdôrazňujú, že je dôležité, aby zdravotníci poskytujúci prenatalnú starostlivosť, skúmali úzkosť u tehotných žien a ponúkli im poradenstvo v rôznych oblastiach. Existujú určité dôkazy na podporu používania intervencií založených na všímavosti v prenatalnom období (Callanan et al., 2022).

Limity výskumnej štúdie

Prezentovaná štúdia má určité obmedzenia. Metodologicky slabou stránkou je zámerná metóda výberu výskumného súboru, ktorá umožňuje závery interpretovať a zovšeobecniť len na vybranú výskumnú vzorku. Sme si vedomí, že nielen faktory, ktoré sme zisťovali, súvisia s prenatalnou úzkosťou. Môžu s ňou súvisieť aj iné faktory ako napr. vzdelanie, predchádzajúci potrat, zamestnanecký status, príjem, zneužívanie v detstve, násilie zo strany intímneho partnera, osobnostné črty, problémy duševného zdravia v anamnéze a iné nepriaznivé životné udalosti. Ďalšie limity sú spôsobené nerovnomerným rozložením súboru pri porovnávaní prejavov úzkosti na základe skúmaných faktorov. Napriek určitým obmedzeniam sa domnievame, že štúdia priniesla podnetné výsledky, ktoré by mohli skvalitniť primárnu ošetrovateľskú starostlivosť o tehotné ženy.

ZÁVER

Na základe výsledkov štúdie môžeme konštatovať, že zo strany zdravotníkov je dôležitá včasná diagnostika úzkosti (napr. pomocou BAI) aj pri nízkorizikových tehotenstvách a včasné opatrenia na prevenciu a zmiernenie úzkosti. Vzhľadom na zistené významné faktory súvisiace s úzkosťou, je potrebné venovať zvýšenú pozornosť tehotným ženám mladšieho veku, nespokojným s partnerskou podporou a zvlášť tehotným ženám v období pandémie. Záujem o tehotné ženy, psychosociálna podpora a informovanosť sú dôležitými intervenciami v prevencii úzkosti a v zlepšovaní kvality života matiek počas tehotenstva.

Pod'akovanie

Príspevok bol podporený projektom Kega 016 - UK-4/2021 „Štandardizovaný pacient v pôrodnej asistencii“.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- AASHEIM V., WALDENSTRÖM U., RASMUSSEN S. et al. Experience of childbirth in first-time mothers of advanced age – a Norwegian population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013; 13: 53.
- ADHIKARI K., PATTEN S.B., WILLIAMSON T. et al. Assessment of anxiety during pregnancy: are existing multiple anxiety scales suitable and comparable in measuring anxiety during pregnancy? *J Psychosom Obstet Gynecol.* 2021; 42 (2): 140-146.
- ALIPOUR Z., LAMYJAN M., HAJIZADEH E. et al. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery.* 2011; 16 (2): 169-173.
- AYAZ R., HOCAOĞLU M., GÜNAY T. et al. Anxiety and depression symptoms in the same pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *J Perinat Med.* 2020; 48 (9): 965-970.
- BAYRAMPOUR H., VINTURACHE A., HETHERINGTON E. et al. Risk factors for antenatal anxiety: A systematic review of the literature. *J Reprod Infant Psychol.* 2018; 36 (5): 476-503.
- BEYAZIT F., SAHIN B. Effect of Nausea and Vomiting on Anxiety and Depression Levels in Early Pregnancy. *Eurasian J Med.* 2018; 50 (2): 111-115.
- BIAGGI A., CONROY S., PAWLBY S. et al. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *J Affect Disord.* 2016; 191: 62–77.
- BLACKMORE E.R., GUSTAFSSON H., GILCHRIST M. et al. Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *J Affect Disord.* 2016; 197: 251-258.
- BUSSIERES E.L., TARABULSY G. M., PEARSON J. et al. Maternal prenatal stress and infant birth weight and gestational age: a meta-analysis of prospective studies. *Developmental Rev.* 2015; 36: 1179-1199.
- CALLANAN F., TUOHY T., BRIGHT A.M. et al. The effectiveness of psychological interventions for pregnant women with anxiety in the antenatal period: A systematic review. *Midwifery.* 2022; 104: 103169.
- DAGLAR G., BILGIC D., OUMLZKAN S.A. Depression, Anxiety and Quality of Life of Mothers in the Early Postpartum Period. *IJBS.* 2018; 11 (4): 152-159.
- DEKLAVA L., LUBINA K., CIRCENIS K. et al. Causes of Anxiety during Pregnancy. *Procedia Soc Behav Sci.* 2015; 205 (2015): 623-626.
- DING W., LU J., ZHOU Y. et al. Knowledge, attitudes, practices, and influencing factors of anxiety among pregnant women in Wuhan during the outbreak of COVID-19: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2021; 21 (1): 80.
- DUBBER S., RECK C., MÜLLER M. et al. Postpartum bonding: the role of perinatal depression, anxiety and maternal-fetal bonding during pregnancy. *Arch Womens Ment Health.* 2015; 18 (2): 187-195.
- DURANKUS F., AKSU E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022; 35 (2): 205-211.
- DU TOIT E., JORDAAN E., NIEHAUS D. et al. Risk factors for unplanned pregnancy in women with mental illness living in a developing country. *Arch Womens Ment Health.* 2018; 21 (3): 323-331.
- ERKAYA R., KARABULUTLU Ö., CALIK K.Y. Defining Childbirth Fear And Anxiety Levels In Pregnant Women. *Proc Soc Behav Sci.* 2017; 237: 1045-1052.

- EVANS K., RENNICK-EGGLESTONE S., COX S. et al. Remotely Delivered Interventions to Support Women With Symptoms of Anxiety in Pregnancy: Mixed Methods Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res.* 2022; 24 (2): e28093.
- FAWCETT E.J., FAIRBROTHER N., COX M.L. et al. The Prevalence of Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period: A Multivariate Bayesian Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry.* 2019; 80 (4): 18r12527.
- FISHER J., DE MELLO C., PATEL, V. et al. Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012; 90 (2): 139-149.
- GONG H., ZHOU H., ZHANG X. et al. Validation of the 7-item Generalized Anxiety Disorder scale (GAD-7) as a screening tool for anxiety among pregnant Chinese women. *J Affect Disord.* 2021; 282: 98-103.
- GONZÁLEZ-MESA E., KABUKCUOGLU K., BLASCO M. et al Comorbid anxiety and depression (CAD) at early stages of the pregnancy. A multicultural cross-sectional study. *J Affect Disord.* 2020; 270: 85-89.
- GONZÁLEZ-MESA E., KABUKCUOGLU K., KÖRÜKCÜ O. et al. Cultural factors influencing antenatal depression: a cross-sectional study in a cohort of Turkish and Spanish women at the beginning of the pregnancy. *J Affect Disord.* 2018; 238: 256-260.
- GOODMAN J.H., CHENAUSKY K.L., FREEMAN M.P. Anxiety disorders during pregnancy: a systematic review. *J Clin Psychiatry.* 2014; 75(10): 1153-1184.
- HENDRYCH LORENZOVÁ E. *Přirozené metody podporující zdraví v praxi porodní asistentky.* 1.vyd. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2021. 129 s. ISBN 978-80-261-1077-4.
- HENDRYCH LORENZOVÁ E., BOLEDOVIČOVÁ M. et al., KAŠOVÁ L. Péče komunitní porodní asistentky o šestinedělku s poporodní depresí. *Pediatr praxi.* 2016; 17 (5): 322-325.
- HILDINGSSON I., LARSSON B. Women's worries during pregnancy; a cross-sectional survey using the Cambridge Worry Scale in a rural area with long distance to hospital. *Sex Reprod Healthc.* 2021; 28: 100610.
- HORSLEY K., NGUYEN T.V., DITTO B. et al. The Association Between Pregnancy-Specific Anxiety and Exclusive Breastfeeding Status Early in the Postpartum Period. *J Hum Lact.* 2019; 35 (4): 729-736.
- HUIZINK A.C., DELFORTERIE M.J., SCHEININ N.M. Adaption of pregnancy anxiety questionnaire-revised for all pregnant women regardless of parity: PRAQ-R2. *Arch Womens Ment Health.* 2016; 19 (1): 125-132.
- IZÁKOVÁ, L. Duševné zdravie počas tehotenstva a po pôrode. *Psychiatrie pro praxi.* 2013, 14 (4): 161-163.
- KAMARÁDOVÁ D., PRAŠKO J., LÁTALOVÁ K. et al. Validizace české verze Beckova inventáře úzkosti. *Čes a slov Psychiat.* 2016, 112 (4): 153-158.
- KANNENBERG K., WEICHERT J., RODY A. et al. Treatment-Associated Anxiety among Pregnant Women and their Partners: What is the Influence of Sex, Parity, Age and Education? *Geburtshilfe Frauenheilkd.* 2016; 76 (07): 809-813.
- KIRUTHIGA V. Emotive whims distressing pregnant women. *IRJET.* 2017; 4 (8): 2194-2196.
- MADHAVANPRABHAKARANK G., D'SOUZA S.M., NAIRY S.K. Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *Int J Afr Nurs Sci.* 2015; 3: 1-7.
- MARTINI J., PETZOLDT J., EINSLE F. et al. Risk factors and course patterns of anxiety and depressive disorders during pregnancy and after delivery: a prospective-longitudinal study. *J Affect Disord.* 2015; 175: 385-395.
- MASJOURI M., ASLANI A., SEIFI M. et al. Association between perceived stress, fear and anxiety of COVID 19 with self-care in pregnant women: a cross-sectional study. *Psychol Health Med.* 2022; 27 (2): 289-300.
- MAZÚCHOVÁ L., KELČÍKOVÁ S., MASKÁLOVÁ E. et al. Evaluation of anxiety and associated factors in pregnant women. *Obstetrics and gynecology.* 2021; 3: 66-72.
- MUHE-ALDEEN A.L., ABDULRAZAQ A.S.A., JASIM, A.M. Fear and Anxiety Disorders Related to Childbirth among Primiparous Women in Kirkuk City. *Medico Legal Update.* 2020; 20 (3): 1229-1235.
- NAJA S., AL KUBAISI N., SINGH R. et al. Generalized and pregnancy-related anxiety preva-

- lence and predictors among pregnant women attending primary health care in Qatar, 2018-2019. *Heliyon*. 2020; 6 (10): e05264.
- NANJUNDASWAMY M.H., SHIVA L., DESAI G. et al. COVID-19-related anxiety and concerns expressed by pregnant and postpartum women—a survey among obstetricians. *Arch Women's Ment Health*. 2020; 23 (6): 787-790.
- NATH A., VENKATESH S., BALAN S. et al. The prevalence and determinants of pregnancy-related anxiety amongst pregnant women at less than 24 weeks of pregnancy in Bangalore, Southern India. *Int J Womens Health*. 2019; 11: 241-248.
- NIELSEN-SCOTT M., FELLMETH G., OPONDO C. et al. Prevalence of perinatal anxiety in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2022; 306: 71-79.
- PETER P.J., DE MOLA C.L., DE MATOS M.B. et al. Association between perceived social support and anxiety in pregnant adolescents. *Braz J Psychiatry*. 2017; 39 (1): 21-27.
- SALEHI L., RAHIMYADEH M., MOLAEI E. et al. The relationship among fear and anxiety of COVID-19, pregnancy experience, and mental health disorder in pregnant women: A structural equation model. *Brain Behav*. 2020; 10 (11): e01835.
- SHAPIRO G.D., SÉGUIN J.R., MUCLE G. Previous pregnancy outcomes and subsequent pregnancy anxiety in a Quebec prospective cohort. *J Psychosom Obstet Gynecol*. 2017; 38 (2): 121-132.
- SILVA M.M.J., NOGUEIRA D.A., CLAPIS M.J. et al. Anxiety in pregnancy: prevalence and associated factors. *Rev Esc Enferm USP*. 2017; 51: e03253.
- SOTO-BALBUENA C., RODRÍGUEZ M.F., ESCUDERO GOMIS A.I. et al. Incidence, Prevalence and Risk Factors Related to Anxiety Symptoms During Pregnancy. *Psicothema*. 2018; 30 (3): 257-263.
- VAN HEVNINGEN T., HONIKMAN S., MYER L. et al. Prevalence and predictors of anxiety disorders amongst low-income pregnant women in urban South Africa: a cross-sectional study. *Arch Womens Ment Health*. 2017; 20 (6): 765-775.
- WITHERS M., KHARAZMI N., LIM E. Traditional beliefs and practices in pregnancy, childbirth and postpartum: A review of the evidence from Asian countries. *Midwifery*. 2018; 56: 158-170.