

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Bio-psycho-sociální změny v době těhotenství ženy

Bc. Kateřina Rulíková

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2010

Prague college of psychosocial studies

Bio-psycho-social changes during pregnancy

Bc. Kateřina Rulíková

The Diploma Thesis Work Supervisor: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Praha 2010

Anotace: Diplomová práce se zabývá změnami, které nastávají u ženy při fyziologickém těhotenství. Autorka se zaměřuje na změny somatické a psychické. Dále se zabývá vybranými etickými a právními aspekty platnými pro dobu těhotenství. V průzkumné části je formou dotazníkového šetření zjišťováno, s jakou závažností vnímají gravidní ženy běžné těhotenské obtíže.

Klíčová slova: těhotenství, porod, rizikové těhotenství, patologické těhotenství, těhotenské změny, etika, právo.

Annotation: This thesis treats about changes that occur during women's physiological pregnancy. The author focuses on somatic and psychological changes. It also deals with selected ethical and legal aspects applicable during pregnancy. By the help of questionnaire survey is found out how difficulty pregnant woman sense normal maternity complaints.

Key words: pregnancy, childbirth, difficult pregnancy, pathological pregnancy, pregnancy changes, ethics, law.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci na téma Bio-psycho-sociální změny v době těhotenství ženy vypracovala samostatně s použitím odborné literatury a pramenů, uvedených na seznamu, který tvoří přílohu této práce.

20.8.2010

.....

Bc. Kateřina Rulíková

Poděkování

Děkuji tímto MUDr. Olze Dostálové, CSc. za cenné připomínky a rady při vypracování diplomové práce. Dále děkuji PhDr. Martinu Kuškovi, Ph.D., který byl mým konzultantem průzkumné části diplomové práce.

OBSAH

ÚVOD	5
1 VYMEZENÍ POJMŮ	7
1.1 Vymezení pojmu těhotenství	7
1.2 Rizikové a patologické těhotenství	8
1.2.1 Rizikové těhotenství	8
1.2.2 Patologické těhotenství	10
2 FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ	12
2.1 Změny reprodukčního systému ženy	12
2.2 Změny orgánových systémů ženy	15
2.3 Hormonální změny	21
2.4 Změny ve farmakokinetice a užívání léků v těhotenství	23
2.4.1 Léky v těhotenství	23
2.4.2 Rizika farmakoterapie	24
2.5 Vývoj plodu jako součást změn v těhotenství	24
3 PSYCHICKÉ ZMĚNY	27
3.1 Vliv pověr o těhotenství a těhotenských kurzů na psychiku ženy	30
3.2 Psychologická období u těhotné ženy	30
3.3 Vývoj mateřské identity	32
3.4 Změny sexuality a partnerství v těhotenství	33
3.5 Ženy s problematickým přístupem k mateřství	36
3.6 Psychosociální faktory ovlivňující těhotenství	37
3.7 Psychické problémy v těhotenství	38
4 ŽÁDOUCÍ ZMĚNY V ŽIVOTOSPRÁVĚ TĚHOTNÉ ŽENY	40
5 VYBRANÉ ETICKÉ A PRÁVNÍ ASPEKTY V DOBĚ TĚHOTENSTVÍ	44
5.1 Etické aspekty	44
5.2 Práva těhotné v lékařské péči	47
5.3 Zákonné úpravy pracovní činnosti v těhotenství	48
6 PRŮZKUMNÁ ČÁST	50
6.1 Cíl průzkumu a hypotézy	50
6.2 Metodika průzkumu	50
6.2.1 Etické aspekty	52
6.3 Vyhodnocení průzkumu	52
6.3.1 Charakteristika průzkumného vzorku	52
6.3.2 Interpretace dotazníkových dat vzhledem ke stanoveným hypotézám	58
ZÁVĚR	65
LITERATURA	67
SEZNAM PŘÍLOH	71
SEZNAM OBRÁZKŮ	71
SEZNAM TABULEK	71

ÚVOD

Těhotenství ženy je tématem, kterým se zabývá mnoho odborníků. Ať se jedná o oblast lékařství, psychologie či práva, se všemi obory je spojena sociální tematika. Jen těžko lze jednotlivé pohledy oborů na těhotenství ženy od sebe oddělovat.

V dnešní době, kdy nastává prudký rozvoj lékařské vědy a v popředí stojí otázky například ohledně operačního a medikamentózního vedení porodu, umělého oplodnění nebo života předčasně narozených dětí, se téma těhotenství stává ještě aktuálnější a diskutovanější. To způsobuje i nárůst otázek souvisejících s psychickými aspekty těhotenství a se sociálně-právní tematikou v tomto období. Ve své praxi porodní asistentky jsem často slyšela stesky budoucích matek na různé potíže, které jejich těhotenství doprovází. I proto jsem si vybrala svoji diplomovou práci se zaměřením na bio-psycho-sociální změny v době těhotenství.

V první kapitole své práce se budu zabývat odbornou terminologií těhotenství. Vysvětlím blíže pojem těhotenství a s ním spojených základních odborných pojmů. Zaměřím se na vymezení rizikového a patologického těhotenství.

V druhé kapitole popíšu fyziologické změny, které u ženy v graviditě nastávají a u některých žen jsou spojeny s různě prožívanými běžnými těhotenskými obtížemi. Blíže charakterizuji změny reprodukčního systému a dalších orgánových změn. Stejně důležitými jsou hormonální změny a charakteristiky užívání léků v těhotenství. V těle ženy se vyvíjí plod, jehož jednotlivá období vývoje stručně vylíčím.

Ve třetí kapitole se zaměřím na psychické změny v těhotenství. Každá žena zažívá vývoj mateřské identity, psychologická období i změny sexuality a partnerství v těhotenství. Mohou ji ovlivňovat různé psychosociální aspekty i pověry. U některých žen se vyvine problematický přístup k mateřství a psychické problémy. Všechna výše zmíněná témata bude tato kapitola obsahovat.

V další kapitole se zaměřím na to, jakým způsobem by se měl měnit způsob života ženy v těhotenství. Důležitou se stává životospráva, aby nebyl ohrožen vývoj plodu a průběh těhotenství.

V páté kapitole zmíním vybrané etické a právní aspekty v těhotenství, jako například zákonné úpravy pracovní činnosti nebo práva těhotné v lékařské péči.

Poslední kapitola bude obsahovat průzkum, který jsem se rozhodla zaměřit na zjištění, s jakou závažností vnímají těhotné ženy běžné těhotenské potíže. Metodiku výzkumu, hypotézy a výsledky průzkumu blíže popíšu v dané kapitole.

1 VYMEZENÍ POJMŮ

1.1 Vymezení pojmu těhotenství

„Těhotenství je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu“ (Roztočil, 2008, s. 86).

Těhotenství se nazývá též graviditou nebo gestací. Těhotná žena se označuje jako gravidní. Pokud je žena těhotná poprvé, nazývá se primigravida, podruhé sekundigravida, dále tercigravida, kvartigravida. Jako multigravida je označována žena, která je těhotná opakovaně. Rodící žena se nazývá rodičkou. Primipara je žena, která rodí poprvé, dále je sekundipara, tercipara, atd. Multipara je žena rodící opakovaně. Jako stará rodička je v porodnické praxi označována žena, která rodí poprvé ve více než 35 letech.

Trvání těhotenství se často udává v lunárních měsících, které trvají vždy 28 dní, protože ve stejných cyklech se dostavuje i menstruační krvácení. Přesnou délku trvání těhotenství nelze stanovit, v porodnictví se počítá od prvního dne poslední menstruace nebo se stanoví dle ultrazvukového vyšetření. Gravidita trvá průměrně 280 dní od prvního dne poslední menstruace, což odpovídá 10 lunárním měsícům, tedy 40 týdnům. Rozmezí trvání těhotenství, které zahrnuje rozdíly v délce menstruačního cyklu a nepravidelnosti ovulace, je od 266 do 294 dnů.

Podle klinické problematiky se těhotenství dělí do tří období zvaných trimestry. První trimestr trvá do 12. týdne těhotenství. Druhý trimestr je od 12. týdne do konce 27. týdne těhotenství. Třetí trimestr začíná 28. týdnem a končí porodem plodu (Čech, 2006; Zwinger, 2004).

Z hlediska vývoje plodu se těhotenství dělí také na tři období podle stadia vývoje plodu. Od početí do začátku 3. týdne dochází k vývoji základních částí plodu. Toto období se nazývá *embryogenezí*. Období vývoje jednotlivých orgánů, *organogeneze*, probíhá od 3. do 12. týdne těhotenství. *Období fetální* začíná 3. měsícem těhotenství

a končí porodem, dochází v něm hlavně k růstu a diferenciaci plodu (*Porodnické názvosloví*, 2009).

Z hlediska průběhu těhotenství rozlišujeme *fyziologické těhotenství*, které probíhá bez komplikací. Dále *rizikové těhotenství*, kde jsou přítomny rizikové faktory a *patologické těhotenství* s přítomností konkrétní patologie. Podle výsledku těhotenství se hovoří o porodu nebo potratu.

„Porodem nazýváme každé ukončení těhotenství, při kterém je narozen živý novorozenec o minimální hmotnosti 500 g, nebo přežije-li novorozenec i s menší hmotností alespoň 24 hodin. U mrtvě narozeného plodu je nově stanovena podmínka rovněž minimální hmotnost 500 g. Ukončení těhotenství po narození plodů nižších než uvedených hmotností označujeme jako potrat“ (Čech, 2006, s. 121).

Porod v termínu, latinsky *partus maturus*, znamená narození dítěte mezi 38.– 42. týdnem těhotenství. Předčasným porodem se rozumí narození dítěte před dokončeným 37. týdnem těhotenství. Porod opožděný je po 42. týdnu těhotenství (Zwinger, 2004).

1.2 Rizikové a patologické těhotenství

Každá těhotná žena má právo na poskytnutí lékařské předporodní péče, prenatální péče, kterou poskytují gynekologové. Tato lékařská péče spočívá ve sledování zdravotního stavu těhotných žen a vývoje plodu, cílem je zachycování nepravidelných jevů a jejich náprava. K identifikaci rizikového i patologického těhotenství slouží osobní, rodinná a všeobecná anamnéza. Těhotenství, která jsou označena jako riziková a patologická, jsou většinou sledována na speciálních odborných pracovištích.

1.2.1 Rizikové těhotenství

„Rizikové těhotenství je těhotenství žen s rizikovými faktory biologickými, sociálními či demografickými zvyšujícími pravděpodobnost neúspěšného těhotenství, zároveň i pravděpodobnost určitého patologického stavu u matky i plodu, který má za následek vyšší perinatální morbiditu či mortalitu. Jsou to: příliš vysoký nebo nízký

věk, multiparita, dědičná zátěž, neúspěšná předcházející těhotenství, léčená neplodnost apod.“ (Macků, 1998, s. 149).

Jak již jsem výše zmínila, je důležité identifikovat rizikové těhotenství pomocí anamnézy. Ze strany těhotné matky je třeba zjistit, zda se v její anamnéze nevyskytovala hypertenze (vysoký krevní tlak), vícečetné těhotenství, diabetes mellitus (cukrovka), určité typy hemoglobinopatií¹, myomatózní uterus² či pozdní gestóza³. Ze strany obou rodičů je v rodinné anamnéze rizikový výskyt mentální retardace, vrozených vývojových vad a různých typů alergií.

U samotné těhotné se dále zjišťuje ekonomický status, protože nízký socioekonomický status vede ke zvýšení perinatální⁴ mortality (úmrtnosti) i morbidity (nemocnosti). Zajímá nás tedy stupeň dosaženého vzdělání, finanční příjem, životní úroveň, druh zaměstnání. Pokud žena pracuje v náročném stresujícím zaměstnání, dochází u ní častěji k předčasným porodům. Z dalších anamnestických údajů je důležitý věk matky. Pokud je ženě méně než 18 let, existuje zde vyšší riziko předčasného porodu, perinatálního úmrtí, EPH gestózy⁵, eklampsie⁶ a nepravidelnost děložních kontrakcí. Vyšší věk než 35 let může mít vliv na chromozomální anomálie⁷ u plodu, vznik vícečetného těhotenství, hypertenzního onemocnění, gestačního diabetu, porodních patologií a výskytu více císařských řezů nebo potratů v I. trimestru. Existuje zde vyšší riziko mateřské mortality a perinatálního úmrtí (Ježková, 2010).

Dále zjišťujeme výšku ženy. Při výšce ženy pod 155 centimetrů častěji dochází k předčasným porodům, cervikokorporálním dystokiím⁸ a patologiím v naléhání plodu. U žen, které měly před těhotenstvím nadváhu, dochází k častějšímu vzniku gestačního diabetu, gestózám a porodům operačním způsobem. Pokud je žena nižší hmotnosti, porod bývá někdy předčasný.

¹ Nemoc, jejíž podstatou je tvorba vadného krevního barviva (Vokurka a Hugo, 2004, s. 325).

² Děloha tvarově deformovaná svalovými nádory.

³ Těhotenská toxikóza, k pozdní gestóze patří zejména EPH gestóza (Vokurka a Hugo, 2004, s. 294).

⁴ Vztahující se k období okolo narození.

⁵ Otoky, bílkovina v moči a vysoký krevní tlak (Vokurka a Hugo, 2004, s. 230).

⁶ Křečové záchvaty s poruchou zraku a vědomí v pozdním těhotenství (tamtéž, s. 215).

⁷ Nepravidelnosti chromozómů (tamtéž, s. 50).

⁸ Porucha mechanismu porodu vzniklá z mechanických nebo funkčních příčin.

Je důležité zjistit i způsob života ženy, především zda neužívá nějaké návykové látky. Kouření u ženy zvyšuje frekvenci spontánních potratů, abrupce placenty⁹, výskyt vcestného lůžka¹⁰, předčasný odtok plodové vody, prematurity¹¹, náhlá intrauterinní úmrtí, hypotrofii¹² plodu a nízkou laktaci nebo respirační onemocnění u matky. S počtem vykouřených cigaret se zvyšuje riziko perinatální morbidity a mortality. Při požívání alkoholu vzniká u plodu fetální alkoholový syndrom¹³. Při aplikaci drog závisí na typu užívané drogy, většinou se dostavují abstinenční příznaky v různé míře. U ženy a plodu je zvýšené riziko výskytu infekčních onemocnění spojené s aplikací drog nitrožilně. U plodu může dojít ke vzniku vývojových vad, hypotrofie a k předčasnému porodu (Roztočil, 2008).

1.2.2 Patologické těhotenství

„Patologické těhotenství je těhotenství žen s chorobným stavem buď u ženy, nebo u plodu, který ohrožuje jejich zdraví nebo život“ (Macků, 1998, s. 149).

U žen se tento stav může vyskytovat již před těhotenstvím a těhotenstvím se zhoršovat. Nebo patologický stav může vzniknout až během těhotenství. Patologické stavy jsou závažné, protože většinou vyžadují kromě preventivní péče i léčbu. Jako příklad těchto stavů slouží diabetes, srdeční onemocnění, preeklampsie¹⁴. U plodů to mohou být například patologické polohy, Rh-izoimunizace¹⁵ (Pařízek, 2006).

Patologické těhotenství je u ženy diagnostikováno při zjištění následujících preexistujících chronických onemocnění: esenciální hypertenze¹⁶, kardiopatie¹⁷ matky, renální¹⁸ onemocnění, diabetes mellitus, onemocnění štítné žlázy, hematologická onemocnění matky, genetická onemocnění, poruchy funkce

⁹ Održení plodového lůžka.

¹⁰ Tzv. placenta praevia, je umístěna v dolní části dělohy, může zakrývat děložní otvor a bránit normálnímu porodu (Vokurka a Hugo, 2004, s. 677).

¹¹ Předčasný porod, před dokončeným 37. týdnem těhotenství.

¹² Snížený vzrůst.

¹³ Fyzické, psychické a mentální postižení dítěte vznikající v souvislosti s nadměrnou konzumací alkoholu matkou během těhotenství (Vokurka a Hugo, 2004, s. 259).

¹⁴ Těhotenské onemocnění s otoky, bílkovinou v moči a vysokým krevním tlakem (tamtéž, s. 703).

¹⁵ Imunitní reakce vč. vzniku protilátek proti cizím antigenům, které pocházejí od jedince stejného druhu, v těhotenství vzniká vytváření protilátek pokud je matka Rh negativní a dítě Rh pozitivní (tamtéž, s. 415).

¹⁶ Vysoký krevní tlak, jehož příčina není známa.

¹⁷ Choroba vztahující se k srdci (Vokurka a Hugo, 2004, s.656, s. 429).

¹⁸ Ledvinový.

adenohypofýzy¹⁹ a nadledvin, poruchy funkce příštítných tělísek, jaterní poruchy, neurologická onemocnění, léčená sterilita, poruchy menstruačního cyklu a vývojové anomálie děložní.

Patologické stavy ovlivňují stav matky, mateřskou a perinatální mortalitu a morbiditu. Některé patologické stavy lze zachytit preventivními prohlídkami u gynekologa, jiné vznikají náhle.

Mezi stavy vznikající náhle patří např. krvácení v těhotenství, předčasný nástup děložní činnosti, inkompetence čípku²⁰, předčasný odtok plodové vody, preeklampsie, Rh-inkompatibilita²¹, gestační diabetes mellitus a porucha glukózové tolerance²², anémie²³, vrozené vývojové vady plodu, vícečetná gravidita, hypotrofie plodu, nepravidelné polohy plodu, infekční onemocnění virové, bakteriální či parazitární. Velice nebezpečné jsou v těhotenství antropozoonózy jako je například toxoplasmóza nebo listerióza (Roztočil, 2008).

¹⁹ Přední lalok hypofýzy (podvěsku mozkového).

²⁰ Neschopnost čípku, následkem je jeho zkracování a otevírání (Vokurka a Hugo, 2004, s. 399).

²¹ Neslučitelnost krevních antigenů (tamtéž, s. 399).

²² Je stav, při kterém organismus nedostatečně reaguje na glukózovou zátěž.

²³ Chudokrevnost, nedostatek červeného krevního barviva hemoglobinu.

2 FYZIOLOGICKÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ

Organismus ženy reaguje na vyvíjející se plod v děloze mnoha způsoby. Hned několik z nich může žena sama pociťovat. Hodně žen bývá zpočátku těhotenství unaveno, což způsobuje vysoká hladina progesteronu²⁴, který má sedativní účinek. Další příčinou únavy je zrychlený metabolismus²⁵. Vyšší úroveň metabolismu podporuje vyvíjející se embryo²⁶ a poskytuje oporu životně důležitým orgánům ženy, na které je v těhotenství kladeno více nároků (Stoppardová, 1996).

Plod zasahuje téměř do všech funkcí mateřského organismu. Obecně existují 4 procesy, které pomáhají přizpůsobit se graviditě. Jsou jimi růst tkání, retence tekutin, relaxace hladkého svalstva vlivem progesteronu a všeobecné funkční přizpůsobení se zvýšeným nárokům v době gravidity.

Organismus ženy se s těhotenstvím vyrovnává změnami řady fyziologických funkcí vyvolaných hormonálními podněty v mezimozku a dále podněty z fetoplacentární jednotky²⁷ (Čech, 2006).

Jen málo žen prožívá těhotenství bez jakýkoli obtíží. Některé obtíže jsou spíše nepříjemné než závažné. Většinou nepředstavují žádné riziko pro plod. Přesto je může těhotná žena jako závažné vnímat.

2.1 Změny reprodukčního systému ženy

Jednou z reakcí organismu na těhotenství jsou změny v reprodukčním systému. V raném gestačním období nastává většinou amenorea, kdy žena přestává menstruovat.

Děloha vlivem hormonálních změn v těhotenství získává měkčí konzistenci, modrofialovou barvu hrdla děložního a je překrvená. Hmotnost dělohy se zvětšuje z původních 60 gramů až na 1000 gramů. Kapacita děložní dutiny se zvětší až 500 krát. Obsah netěhotné dělohy je méně než 10 ml, v těhotenství dosahuje 5–20 l.

²⁴ Ženský pohlavní steroidní hormon (Vokurka a Hugo, 2004, s. 709).

²⁵ Látková přeměna.

²⁶ Zárodek jedince vzniklý oplodněním a vyvíjející se v děloze.

²⁷ Týkající se plodu a placenty.

Před těhotenstvím proudí dělohou méně než 2 % krve minutového srdečního výdeje²⁸, v době porodu je to až 10 %, což je přibližně 500 až 700 ml krve za minutu. Stěna dělohy se ztenčuje asi ze 2,5 cm na 1 cm. Zvětšují se svalová vlákna a v omezené míře dochází k tvorbě nových svalových vláken.

Děloha s plodovým vejcem mění svůj tvar z hruškovitého na podélně ovoidní. Podle její velikosti můžeme přibližně určovat délku trvání těhotenství. Ve 3. měsíci těhotenství se nachází fundus děložní²⁹ za stydkou sponou³⁰, ve 4. měsíci těhotenství je již 2 prsty nad její úrovní. Výše pupku dosahuje děložní fundus v 6. měsíci těhotenství, k žeberním obloukům sahá v 9. měsíci, později začíná klesat. U primipar je zvětšování břicha méně nápadné, než u multipar, kde je vlivem předešlých těhotenství povolen tonus³¹ břišního svalstva. K náhlému zvětšení dělohy vlivem zmnožení amniální tekutiny³² dochází ve 4. měsíci těhotenství. Je to období fyziologického hydrarnia a tvorby dolního děložního segmentu.

Spojení mezi svalovou částí dělohy corpus uteri³³ a vazivovou částí cervix uteri³⁴ se nazývá isthmus uteri. Tato část se ve 4. měsíci těhotenství mění na dolní děložní segment, mimo graviditu není rozeznatelná. Horní děložní segment se stává aktivní částí a dolní děložní segment pasivní. Tyto části jsou zevně ohraničeny tzv. Bandlovou rýhou. Zevnitř dělohy se tento dělicí pruh nazývá Müllerův kontrakční pruh.

Poloha dělohy v malé pánvi a později v dutině břišní je změněna. Na konci těhotenství většinou není děloha ve střední čáře. Tomu brání vyklenutí promontoria³⁵ a bederní páteře. Nejobvyklejší uložení dělohy je v dextroverzi a dextrotorzi. (Umístění dělohy více v pravé polovině břicha znamená dextroverzi. Levá děložní hrana je blíže k břišní stěně, vykonává dextrotorzi.) Umístění dělohy určuje na konci těhotenství postavení plodu v děloze a jeho vztah k pánevnímu vchodu.

²⁸ Množství krve vypuzené ze srdce za 1 minutu, ukazatel srdeční funkce (Vokurka a Hugo, 2004, s. 822).

²⁹ Vyklenutí horní části dělohy nad odstupem vejcovodů.

³⁰ Spojení dvou kostí stydkých v pánvi.

³¹ Napětí živé tkáně (svalu).

³² Plodová voda.

³³ Tělo děložní.

³⁴ Hrdlo děložní.

³⁵ Předhoří, vyklenutí horní části křížové kosti v oblasti vchodu do malé pánve.

Úkolem dělohy je chránit plod, při porodu se mění ve funkci vypuzování. Slabé děložní kontrakce se začínají objevovat již v I. trimestru, ve III. trimestru jsou tyto běžné kontrakce častější. Označují se jako Braxtonovy-Hicksovy kontrakce a žena je vnímá jako nebolestivé tvrdnutí dělohy, každá kontrakce trvá asi 30 sekund. Pohyby plodu v děloze vnímají primipary ve 20. týdnu, multipary již v 18. týdnu gravidity.

Změny hrdla děložního jsou způsobeny jeho zvýšenou vaskularizací³⁶, edémem³⁷, hypertrofií³⁸ a hyperplazií³⁹ cervikálních žláz. Děložní hrdlo se během těhotenství zkracuje a měkne. V cervikálním kanále se tvoří hustá hlenová zátka, která tvoří mechanickou bariéru pro vstup možné infekce do dutiny děložní. V posledním stadiu těhotenství se množství kolagenu v děložním čípku postupně snižuje, aby byla usnadněna dilatace hrdla⁴⁰ při porodu. Počátek dilatace děložního hrdla je většinou spojen se ztrátou hlenové zátky. Tvar zevní branky je u primipar kulatý, u multipar štěrbinovitý (Martius, 1996).

Barva poševní sliznice je změněna vlivem vaskularizace, délka pochvy je prodloužena. Fyziologická poševní flóra je složená z leukocytů, smíšené bakteriální kolonizace s převahou laktobacilů⁴¹, může se objevovat nepatogenní výtok v důsledku zvýšené poševní sekrece. Kyselé pH brání před vstupem patogenních mikroorganismů.

Změny v mléčné žláze nastávají již v raném stupni těhotenství. Často ženy pociťují zvýšenou citlivost a napětí prsou, především v oblasti bradavky. Vysoké hladiny estrogenů a progesteronů způsobují zvětšení alveolů mléčné žlázy a zvětšuje se objem prsu, na kterém se mohou objevit vlivem velkého objemu strie. Ve 2. měsíci těhotenství se zvětšuje bradavka, tmavne pigmentace dvorce, bradavka se stává erektilnější⁴². Po desátém týdnu těhotenství se objevuje kolostrum⁴³, nažloutlá tekutina, která houstne směrem k termínu porodu (Roztočil, 2008).

³⁶ Vznik krevních cév v tkáni (Vokurka a Hugo, 2004, s. 917).

³⁷ Otok.

³⁸ Zvětšení, zbytnění orgánu v důsledku zvětšení jeho buněk (Vokurka a Hugo, 2004, s. 357).

³⁹ Zvětšení orgánu či jeho částí v důsledku zvýšení počtu jeho buněk (tamtéž, s. 356).

⁴⁰ Roztažení, rozšiřování hrdla děložního (tamtéž, s. 187).

⁴¹ Tyčkovitá bakterie, vytváří mléčkou kyselinu z cukrů (tamtéž, s. 476).

⁴² Ztopořitelnější.

⁴³ Mlezivo, tekutina jejíž tvorba v mléčné žláze předchází vylučování mléka.

2.2 Změny orgánových systémů ženy

Nemalé změny nastávají i v ostatních orgánových systémech, o kterých se v následujících řádcích zmíním.

Srdeční sval mění s postupujícím těhotenstvím svoji polohu, srdce je vysunuto kraniálně⁴⁴ a doleva. V důsledku změny polohy se srdce mírně zvětšuje a vzniká systolický šelest. Tepová frekvence se zrychluje o 10–15 za minutu. Srdeční výdej je v průběhu těhotenství výrazně zvýšen.

Krevní tlak má tendenci se v II. trimestru snižovat. Diastolický tlak se snižuje o 5 – 10 mm Hg (milimetrů rtuťového sloupce). Ve III. trimestru se krevní tlak opět vrací do normálních hodnot. S rostoucím plodem v děloze dochází ve vyšším stupni těhotenství v poloze těhotné na zádech k syndromu dolní duté žíly. Tlakem dělohy na dolní dutou žílu dochází k hypotenzi⁴⁵ a sníženému venóznímu⁴⁶ návratu. Vlivem tlaku dělohy je ztížen i návrat z venózního systému dolní poloviny těla, proto se těhotná může potýkat s otoky dolních končetin a vznikem hemoroidů⁴⁷.

Krevní objem se v těhotenství zvyšuje o 40–50 %. Objem krve a červených krvinek je zvýšen pro zajištění krevního zásobení placenty, dělohy a pro zvýšené nároky na transport kyslíku. Zvětšování objemu plazmy⁴⁸ se úměrně zvětšuje s růstem plodu, přičemž závisí i na výšce ženy a počtu těhotenství. Průměrné zvětšení je asi o 50 %, tedy o 1200–1400 ml. Nejrychlejší nárůst je ve II. trimestru. Zvýšený plazmatický objem slouží jako rezerva při krevní ztrátě u porodu.

Průtok krve se v těhotenství zvyšuje i v ledvinách, prsech a kůži. V kůži se zvyšuje průtok v oblasti rukou a nohou, obvykle jsou zmíněná místa teplejší. Tímto způsobem odvádí organismus teplo vyráběné plodem a zvýšeným metabolismem. Při zvýšené fyzické námaze matky se průtok krve fetoplacentární jednotkou snižuje, přesouvá se do svalů. Zdravý plod by středně těžká fyzická námaha neměla ovlivňovat (Čepický a Kurzová, 2003).

⁴⁴ Směrem k lebce.

⁴⁵ Nízký krevní tlak.

⁴⁶ Žilnímu.

⁴⁷ Řitní žilní městky, rozšíření žilních struktur, které jsou v okolí dolní části konečníku a řitního kanálu.

⁴⁸ Nažloutlá tekutina, která je spolu s krvinkami v ní obsaženými základem krve.

Hodnoty krevního obrazu, především od II. trimestru, se mění. Snižuje se funkční zdatnost erytrocytů⁴⁹, přestože se jejich počet zvyšuje o 25 %. Klesá hemoglobin⁵⁰ i hematokrit⁵¹. Příčinou je výše uvedený zvýšený krevní objem. Produkce leukocytů se zvyšuje, výrazné zvýšení je zaznamenáváno v průběhu porodu a poporodním období. Stejně tak se zvyšuje koncentrace koagulačních faktorů⁵² včetně fibrinogenu⁵³. Zvýšení hodnot koagulačních faktorů má ochranný význam při možných krváceních za porodu.

Část železa (Fe) v krvi matky je v těhotenství transportována do dělohy a plodu. Zásoby Fe v organismu matky se tak snižují, což může mít za následek jejich deficit až vznik sideropenické anemie.

U těhotné dochází v **imunitním systému** ke změnám v hladině imunoglobulinů (Ig), protilátek. Hladiny mateřských IgG klesají směrem k nižším hodnotám. Hladiny IgM a IgA zůstávají nezměněny. Buněčná imunitní odpověď se snižuje v důsledku snížení aktivity T-lyfocytů⁵⁴, přestože počet leukocytů je zvýšen. Jako bariéra proti vstupu infekcí slouží poševní epitel, děložní hrdlo s hlenovou zátkou, plodové obaly a antibakteriální funkci má i plodová voda. Infekce v těhotenství jsou spojeny s vyšší morbiditou a mortalitou než v netěhotném stavu.

V **respiračním (dýchacím) systému** dochází tlakem zvětšené dělohy k postupnému zvýšení bránice asi o 4 cm, v důsledku toho se snižuje reziduální objem plic⁵⁵. V druhé polovině těhotenství převažuje kostální (hrudní) typ dýchání. Spotřeba kyslíku stoupá o 20 %, inspirační (vdechový) a minutový respirační objem se postupně zvyšuje. Hyperventilace⁵⁶ má za příčinu mírnou respirační alkalózu⁵⁷. Ke konci těhotenství může tlak dělohy na bránici vyvolat u mnoha žen dyspnoi

⁴⁹ Červená krvinka.

⁵⁰ Červené krevní barvivo, je obsaženo v červených krvinkách, u člověka se podílí na přenosu kyslíku krví.

⁵¹ Rel. objem erytrocytů v krvi vyjádřený jako zlomek (procento) celkového objemu krve (Vokurka a Hugo, 2004, s. 322).

⁵² Látky účastníci se krevního srážení.

⁵³ Bílkovina krevní plazmy důležitá pro krevní srážení (Vokurka a Hugo, 2004, s. 261).

⁵⁴ Druh bílé krvinky, který se významně podílí na specifické imunitě organismu (tamtéž, s. 508).

⁵⁵ Objem vzduchu, který zbývá v plicích po usilovném výdechu (tamtéž, 2004, s. 758).

⁵⁶ Nadměrné, příliš rychlé nebo příliš hluboké dýchání.

⁵⁷ Je hypokapnie, vzniká nadměrným vydýcháním oxidu uhličitého (Vokurka a Hugo, 2004, s. 752).

(ztížené dýchání). Dechová frekvence, vitální kapacita⁵⁸ a maximální dechová kapacita⁵⁹ v těhotenství zůstává nezměněna (Roztočil, 2008).

Tlak dělohy, zvýšený krevní objem a působení estrogenů a progesteronu mají vliv na změny v **uropoetickém (močovém) systému**. Změny zasahují ledviny, uretery (močovody), močový měchýř i močovou trubici. Dochází k dilataci (rozšíření) vývodného močového systému, uretery se prodlužují. Zvyšuje se močový objem, což má pravděpodobně za následek vyšší výskyt močových infekcí. Ke zvýšené močové frekvenci dochází v I. a III. trimestru. Při rostoucí děloze dochází k tlaku na močový měchýř, čímž se zvyšuje uvnitř močového měchýře tlak a tak potřeba častějšího močení, polakizurie. Ve II. trimestru polakizurie ustává a znovu se objevuje ke konci těhotenství, kdy na močový měchýř tlačí naléhající část plodu, která vstupuje do malé pánve. Ledvinné pánvičky se zvětšují. Tlak dělohy vyvolává zadržování moče a vesikoureterální reflux⁶⁰. Zvětšuje se objem močového měchýře na 1000–1500 ml v souvislosti se snížením jeho tonu ve II. trimestru. Humorální⁶¹ změny, zvýšení krevního objemu a změny fyzické aktivity matky vyvolávají změny v renálních funkcích. Ve II. trimestru se zvyšuje glomerulární filtrace⁶² o 50 %, renální plazmatický průtok je zvýšen v I. a II. trimestru.

V těhotenství se může objevit glukóza (cukr) v moči. Cukr v moči se v těhotenství vyskytuje častěji a nemusí být známkou poruchy metabolismu cukru. Proteinurie⁶³ se mění pouze nepatrně. Ve zvýšeném množství se mohou vylučovat aminokyseliny, vitamíny rozpustné ve vodě, příčina je neznámá.

Těhotné ženy často vnímají změny, které probíhají v **gastrointestinálním⁶⁴ traktu**. V gastrointestinálním traktu dochází v raném těhotenství k neurovegetativním změnám, které mohou vyvolat nauzeu (nucení na zvracení), někdy provázenou až zvracením. Příčinou zvracení je nejspíše zvýšená hladina hormonu lidského

⁵⁸ Maximální objem, který lze vydechnout po maximálním nádechu (Vokurka a Hugo, 2004, s. 932).

⁵⁹ Ventilace za jednu minutu při maximální snaze pacienta o hluboké, rychlé dýchání (tamtéž, s. 549).

⁶⁰ Zpětný tok moči z močového měchýře do močovodu, někdy až do ledvinné pánvičky (tamtéž, s. 928).

⁶¹ Týkající se tekutiny, přeneseně látek v tekutině rozpuštěných (tamtéž, s. 346).

⁶² Proces filtrace tzv. prvotní moči v klubičkách ledviny (tamtéž, s. 298).

⁶³ Vylučování bílkovin močí.

⁶⁴ Týkající se trávicí soustavy.

choriogonadotropinu⁶⁵ (hCG), metabolické změny v oblasti uhlohydrátů, dehydratace a zvýšená citlivost na pachy a chutě (Čepický a Kurzová, 2003).

Je typické, že tyto obtíže trvají asi 6–12 týdnů, začínají 6 týdnů po poslední menstruaci. K nauzei dochází většinou po probuzení v ranních hodinách, ale může se vyskytnout i v jinou denní dobu. Ke konci I. trimestru tyto obtíže většinou ustávají. Pro překonání ranního zvracení, vomitu matutinu, bych poradila ženám podávání potravy v malých dávkách před vstáváním z lůžka. Při emesis (zvracení) gravidarum dochází již k úbytku tělesné hmotnosti. Při hyperemesis (nadměrné zvracení) se objevuje ketoacidóza⁶⁶, zhoršují se jaterní testy, vznikají poruchy hospodářství minerálů. V některých případech je nutná hospitalizace.

V těhotenství zaznamenáváme u žen zvýšený pocit žízně a neobvyklé chutě na látky, jako je omítka apod. Tento jev se nazývá pica syndrom (Čech, 2006).

Často ženy pociťují pálení žáhy, protože je povolen svěrač kardié⁶⁷ a dochází k gastroezofageálnímu refluxu⁶⁸. V dutině ústní se mění pH slin, což může vést ke zvýšené kazivosti zubů, někdy k tomu přispívá i možná demineralizace zubů.

Vlivem vysoké hladiny estrogenů se zvyšuje vaskularita dásní, stávají se hypertrofickými a měkkými. Někdy tak mohou reagovat na běžné čištění zubů krvácením.

Motilita (hybnost) gastrointestinálního traktu je zpomalena relaxací hladkého svalstva působením hormonu progesteronu. Snížená peristaltika⁶⁹ negativně ovlivňuje vyprazdňování žaludku, následkem může být zácpa a plynatost.

Na vznik hemoroidů má v těhotenství vliv lokální tlak, obleněná peristaltika a nedostatek pohybu. Tyto obtíže lze zmírnit lokálně působícími protizánětlivými čípkami. V případě zvýšení obtíží a krvácení z hemoroidů je třeba konzultace s chirurgem (Roztočil, 2001).

⁶⁵ Hormon vznikající v hypofýze, který produkuje v průběhu těhotenství placenta (Vokurka a Hugo, 2004, s. 318).

⁶⁶ Druh metabolické acidózy způsobené nadměrným vznikem ketolátek, které vznikají při nadměrném štěpení tuků (tamtéž, s. 438).

⁶⁷ Část žaludku při vyústění jícnu.

⁶⁸ Stav, kdy dochází k pronikání kyselého žaludečního obsahu zpět do jícnu (tamtéž, s. 745).

⁶⁹ Vlnovitý pohyb stěn dutých orgánů, který probíhá v podélném směru a slouží k posouvání jejich obsahu (Vokurka a Hugo, 2004, s. 667).

V **jaterních funkcích** nedochází k výrazným změnám. Někdy mohou vysoké hladiny hormonů způsobit ztížený odtok žluče, což může vyvolat usazování žlučových solí v kůži a svědění.

Centrum rovnováhy **pohybového aparátu** těhotné ženy se přesouvá do dolních končetin a spolu se zvýšenou tělesnou hmotností vyvolává změny v postoji, chůzi a rovnováze těla. Dochází ke změnám statiky pánevního pletence.

U fyziologického těhotenství je běžné nadměrné prohnutí bederní páteře směrem vpřed, vytváří se hyperlordóza. Ve III. trimestru vlivem velkého zatížení svalů a vazů dolní a střední části páteře dochází k bolestem zad. Někdy může žena pociťovat bolesti rukou, důvodem je předsazení oblasti krční páteře a flexe (ohnutí) hrudního pletence. Vlivem hormonů a zvýšené elasticity pojivové a vazivové tkáně se uvolňují spoje v oblasti sakroiliakárních⁷⁰ kloubů a symfýzy. Rozvolnění pánevního pletence se projeví chůzí o širší bázi, tzv. kachní chůzí. Při výraznějším rozvolnění těchto spojů se objevují problémy při chůzi a bolesti pánevních kloubů. V těhotenství je zvýšená potřeba příjmu vápníku až o 1/3, aby nedocházelo k demineralizaci kostí (Roztočil, 2008).

K viditelným změnám dochází na **kůži** těhotné. Zvýšené hladiny melaninu⁷¹ a estrogenů vedou k hyperpigmentaci⁷². Jejich rozeznatelnost závisí na typu kůže, více jsou znatelné u brunet než blondýnek. Nejčastějšími místy, kde k hyperpigmentaci dochází, jsou bradavky, pupek, linea (čára) mezi stydkou sponou a pupkem, axily (podpaží), vulva⁷³ a perineum (hráz). Na obličeji dochází k hyperpigmentaci na čele, tvářích a horním rtu.

Vlivem dalších hormonálních změn, růstem dělohy a mléčné žlázy často dochází k tvorbě strií⁷⁴ porušením škůry⁷⁵. Objevují se především v oblasti břicha, hýždí a prsou. Zpočátku mají narůžovělou barvu, později zbledají. Zůstávají znatelné i po porodu na rozdíl od pigmentových skvrn. Těhotenství může některý průběh kožních onemocnění zlepšovat, jiné zhoršovat, jeho vliv je nepředvídatelný.

⁷⁰ Málo pohyblivý kloub mezi kostí křížovou a pánví.

⁷¹ Barevná látka, pigment, obsažená v kůži, vlasech a duhovce oka.

⁷² Zvýšená pigmentace kůže.

⁷³ Zevní část ženského pohlavního ústrojí, resp. zevních rodidel.

⁷⁴ Pajizévka, trhlina v kůži.

⁷⁵ Vazivová vrstva kůže ležící pod pokožkou.

U některých žen dochází k tvorbě nových pigmentových névů⁷⁶, ke zvětšení nebo zbarvení stávajících névů. Pigmentové změny po porodu ustupují. Zvýšenou tvorbou estrogenů se až u 50 % žen může na dlaních objevit erytém (začervenání). Většinou po porodu mizí (Martius, 1996).

Kvalita vlasů je v těhotenství většinou zlepšena. Je to způsobeno tím, že u těhotných je v klidové fázi pouze 10 % folikulů (vlasových váčků). U netěhotných je to 20 % folikulů. Po porodu folikuly opět vstupují do klidové fáze, což je doprovázeno zvýšeným vypadáváním vlasů.

Zrak v těhotenství se může zhoršovat k rozostřenému vidění. To je způsobeno edémem čočky, ke kterému dochází. Stav se po porodu upravuje do normálního (Zwinger, 2004).

V těhotenství se může objevit syndrom karpálního tunelu⁷⁷. Žena jej pociťuje jako brnění především v palci a ukazováčku provázené necitlivostí, někdy se přidává i slabost. V některých případech může být postižena celá ruka až k předloktí. Příčinou tohoto stavu je tlak na nerv procházející z paže do přední části zápěstí. Tlak je způsoben otokem karpálního tunelu v důsledku retence vody.

Ve třetím trimestru bývají častější křeče v oblasti lýtek, chodidel a stehen. Mohou ženu budit ze spánku. Příčinou bývá nedostatek kalcia v krvi, které se dá nahradit po konzultaci s lékařem (Stoppardová, 1996).

Metabolismus těhotné se výrazně mění. Těhotenský stav vede ke zvýšené činnosti metabolismu, protože organizmus ženy musí zajistit výživu svoji i plodu. Ve III. trimestru je bazální (základní) metabolismus zvýšen o 15–20 %.

Zvýšená tělesná hmotnost je způsobena růstem dělohy, placenty a plodu, zvětšováním prsů, objemu krve, extravaskulární (mimocévní) a extracelulární (mimobuněčné) tekutiny. V I. trimestru bývá váhový přírůstek 1–2 kg, ve II. a III. trimestru 5 kg. Průměrný celkový váhový přírůstek v těhotenství by se měl pohybovat okolo 12 kg.

Ve druhé polovině těhotenství se zvyšují hodnoty cholesterolu, triglyceridů, fosfolipidů, lipoproteinů. Jen malé množství těchto lipidů se ukládá v tukových

⁷⁶ Místní vývojová anomálie kůže, podobná mateřskému znaménku nebo pavoučkový névus (Vokurka a Hugo, 2004, s. 602).

⁷⁷ Prostor v oblasti zápěstí mezi zápěstními kůstkami a tlustým vazivovým pruhem (tamtéž, s.432).

buňkách matky. V druhé polovině těhotenství se tukové zásoby snižují pro zvýšenou potřebu výživy plodu.

O mnoho zvýšená je potřeba železa a vápníku. Potřeba bílkovin je také zvýšena, stejně tak i cukrů, převážně glukózy. Pro plod, placentu, plodovou vodu a cévní řečiště je zapotřebí zvýšený přísun vody. Tělo matky zadržuje až o 6,5 litrů tekutin více než v netěhotném stavu. Tato situace je způsobena zvýšenou sekrecí adrenokortikosteroidů⁷⁸, zvýšenou tubulární reabsorpcí⁷⁹, zadržováním sodíku a stázou tekutin v dolních končetinách. Stáza tekutin v dolních končetinách vyvolává otoky dolních končetin, které těhotenství často doprovázejí (Roztočil, 2008).

2.3 Hormonální změny

Ani činnost endokrinních žláz⁸⁰ nezůstává nezměněna. Přední lalok hypofýzy (podvěsku mozkového) je vlivem estrogenů mírně zvětšen. Produkce luteinizačního hormonu (LH) a folikulostimulačního hormonu (FSH) z adenohipofýzy je potlačena supresivním vlivem estrogenů a progesteronu a vlivem vysokých hodnot hCG. Mírně narůstá produkce hormonu tyreotropinu (TSH), adrenokortikotropního (ACTH) a melanotropního hormonu (MSH). Produkce prolaktinu (PRL) se zvyšuje ke konci těhotenství, kdy se tělo ženy připravuje na rozvoj laktace. Oxytocin vyvolá u ženy děložní kontrakce a ejakci mléka z ductů⁸¹.

Zvýšené hladiny estrogenů mají za příčinu funkční a organickou změnu štítné žlázy. Dochází ke zvětšení štítné žlázy, je zvýšen metabolismus jódu.

Hladina parathormonu, který se tvoří v příštítných tělískách, se zvyšuje. Změny v nadledvinách jsou minimální, kůra mírně hypertrofuje a mírně se mění adrenální⁸² funkce.

Langerhansovy ostrůvky⁸³ slinivky břišní zvyšují produkci inzulínu. Naopak je snížena tkáňová citlivost na inzulín, takže hladiny glukózy se zvyšují jen minimálně. Zároveň je snížena tolerance glukózy, proto může dojít ke vzniku gestačního diabetu.

⁷⁸ Steroid (např. kortison), který vzniká v kůře nadledvin.

⁷⁹ Zpětné vychytávání látek v moči v ledvinných tubulech (Vokurka a Hugo, 2004, s. 752).

⁸⁰ Žlázy s vnitřní sekrecí, které nemají vývod a své výměšky (hormony) vylučují přímo do krve.

⁸¹ Vývod žláz se zevní sekrecí.

⁸² Týkající se nadledvin.

⁸³ Malé ostrůvky buněk roztroušené uvnitř slinivky břišní s endokrinní funkcí.

V těhotenství neprobíhá ovulace. Vzniklé corpus luteum (žluté tělísko) a později placenta vylučují mnoho hormonů. Placenta produkuje choriový gonadotropin, lidský placentární laktogen a steroidní hormony estradiol a progesteron.

Žena nejvíce pociťuje vliv hormonu *17-beta estradiolu*, který působí zvětšení dělohy, mléčné žlázy a pohlavních orgánů. Jeho vlivem dochází ke změnám v distribuci tělesného tuku. Je příčinou změny v minerálním a vodním metabolismu, ovlivňuje trávicí metabolismus. Stimuluje produkci melanin stimulujícího hormonu, který způsobuje tvorbu pigmentace. Podporuje cévní změny a hematologické změny.

Dalším hormonem, který má výrazný vliv v těhotenství je *progesteron*. Tento hormon je v I. trimestru produkován žlutým tělískem, později jeho úlohu přebírá placenta. Má vliv na vývoj sekrečních ductů v mléčné žláze. Způsobuje zvýšené ukládání tuků a zvýšenou retenci sodíku, naopak snižuje motilitu trávicího systému. Tento hormon podporuje vývoj deciduálních⁸⁴ buněk, je potřebný k procesu implantace a snižuje pohyby myometria⁸⁵ dělohy. Dýchání ovlivňuje tím způsobem, že zvyšuje citlivost dechového centra pro CO₂.

hCG je glukoprotein s podjednotkami alfa a beta. Alfa podjednotka má identickou s luteinizačním hormonem (LH), beta podjednotka je pro něj specifická. Detekovat jeho hodnoty je možné asi ve 3. týdnu těhotenství. Jeho nejvyšší hodnoty naměříme v 8. týdnu těhotenství. Ve II. a III. trimestru jsou jeho hodnoty nízké, protože jeho hlavní funkcí je v I. trimestru udržení žlutého tělíška vylučujícího progesteron. Dále stimuluje syntézu⁸⁶ testosteronu ve varlatech mužských plodů a stimuluje trofoblast⁸⁷ k imunologické odpovědi před infekčním agens.

Lidský placentární laktogen (hPL) se dá v organismu ženy detekovat již od 5. týdne těhotenství. Produkuje ho trofoblast a jeho hodnoty rostou v I. a II. trimestru. Tento hormon má přímé nebo nepřímé účinky na následující metabolické děje. Způsobuje štěpení tuků a zvyšuje cirkulující volné mastné kyseliny, které slouží jako zdroj energie pro matku i plod. Díky tomu je k dispozici glukóza a proteiny pro potřeby plodu. Antiinzulinový účinek tohoto hormonu vede ke zvýšení glykémie

⁸⁴ Vztahující se k děložní sliznici v těhotenství.

⁸⁵ Svalová vrstva dělohy, tvoří ji hladká svalovina.

⁸⁶ Tvorba složitějších látek z jednodušších.

⁸⁷ Původně jedna vrstva plochých až kubických buněk na povrchu blastocyty, která se diferencuje na plodové obaly a placentu (Vokurka a Hugo, 2004, s. 889).

matky, zvyšuje se sekrece inzulínu. Spolu s dalšími hormony působí zvětšení alveolů⁸⁸ v mléčné žláze (Zwinger, 2004; Roztočil, 2008).

2.4 Změny ve farmakokinetice⁸⁹ a užívání léků v těhotenství

Léky, které žena v těhotenství užívá, procházejí placentou až do plodu. Většina léků prochází přes placentu v původní formě. Ostatní léky procházejí jako metabolity vznikající z původních přípravků v organismu ženy, nebo při průchodu placentární tkání. Fyziologické změny v těhotenství, jako je zvětšení objemu extracelulární tekutiny, zvýšení průtoku ledvinami a glomerulární filtrace, zvýšení plazmatického volumu, změny v jaterních funkcích, oblenění střevní peristaltiky, ovlivňují farmakokinetiku.

To, jaká je intenzita účinků léků, závisí například na koncentraci preparátu v organismu, gestačním stádiu plodu nebo množství aplikovaného léku. Reakce plodu na stejný preparát se může lišit, důležité jsou charakteristické vlastnosti preparátu. Přesto se ale mohou vyskytnout nepředvídatelné reakce a následky.

2.4.1 Léky v těhotenství

„V průměru užívá žena v průběhu těhotenství 4–10 druhů léků po různě dlouhou dobu, a to téměř v 80 % případů bez lékařského předpisu“ (Roztočil, 2001, s. 106).

V těhotenství se přidává k dlouhodobě užívaným preparátům nejčastěji léčiva proti zvracení, nevolnosti, zácpě a hypnotika. Je třeba, aby se žena o užívání všech léčiv v graviditě poradila s odborným lékařem, protože všechny do jisté míry ovlivňují těhotenství a plod. Největší rizika nesprávného užívání léčiv existují v období organogeneze. Známá thalidomidová aféra v 60-tých letech vedla k rozvoji teratologie a omezení preskripce léků těhotným. Lékaři mají k dispozici seznamy léků zcela bezpečných nebo s jasně definovaným rizikem pro užívání v těhotenství. Některé léky jsou zakázány pouze v období organogeneze, některé zase v období peripartálního nebo v období kojení.

⁸⁸ Malá dutinka, stavební součást některých žláz patrná mikroskopicky.

⁸⁹ Průběh štěpení a změn léčiva v organismu v čase.

2.4.2 Rizika farmakoterapie

Těhotenství se z hlediska vývoje plodu a možného vlivu farmak dělí na 3 období. Těmi jsou *blastogeneze* trvající do 17. dne těhotenství od oplodnění, období *organogeneze* trvající od 17.–55. (90.) dne těhotenství a období *fetogeneze* trvající do konce těhotenství. V období blastogeneze, kdy nejsou buňky zcela diferencovány, se negativní vliv farmak může projevit dvěma způsoby. Při velkém poškození buněk blastocysta⁹⁰ zanikne, při menším poškození jsou zničené buňky nahrazeny novými a vývoj pokračuje normálně. V období organogeneze dochází k vývoji orgánů a při negativním vlivu léčiv vznikají vrozené vývojové vady.

Po ukončení 3. měsíce již většinou nedochází ke vzniku malformací⁹¹. Nebezpečným se však stává vliv na funkci orgánů plodu, který se většinou projeví až po narození. Léky mohou mít negativní vliv na fetoplacentární perfúzi⁹², což se projeví chronickou hypoxií⁹³ a hypotrofií plodu.

V těhotenství je důležité se držet několika obecných zásad farmakoterapie. Pokud žena užívala před těhotenstvím léky pro chronické onemocnění, je třeba je i nadále podávat. V případě, že jsou v období těhotenství kontraindikovány (vyloučeny), musí se vyměnit za jiný neškodící preparát. Pokud je nutné nějaký preparát v těhotenství užívat, měly by se dávat nejnižší možné dávky a pouze na dobu nejpotřebnější (Kacířová a Grundmann, 2007).

2.5 Vývoj plodu jako součást změn v těhotenství

K oplodnění vajíčka dochází nejčastěji ve vejcovodu, poté vajíčko putuje do děložní dutiny a přibližně 7. den se zanoří do děložní sliznice. V tu dobu lidský zárodek čítá asi 150 buněk. Buňky se rychle množí a ve 2. týdnu dosahují počtu několika set. Ve třetím týdnu těhotenství měří zárodek přibližně 2,5 milimetru. Již se začíná vytvářet základ pro mozek a některé nervy, oči i sluchový orgán. Ve 4. týdnu těhotenství měří zárodek již 6 milimetrů. Na ultrazvukovém vyšetření je patrná hlavička se základem pro uši, oči a ústa. Od 25. dne se začínají vytvářet základy

⁹⁰ Dutý kulovitý útvar vzniklý koncem 5. dne po oplodnění (Vokurka a Hugo, 2004, s. 109).

⁹¹ Znetvoření, vrozená úchylka tvaru vzniklá za nitroděložního vývoje zárodku (tamtéž, s. 516).

⁹² Průtok krve nebo jiné tekutiny orgánem či tkání.

⁹³ Snížený obsah kyslíku ve tkáních.

končetin, ledvin a trávicího ústrojí, začíná pracovat jednoduché srdce plodu (Trča, 1990).

Koncem 4. týdne zárodek obsahuje milióny buněk a je desettisíckrát větší, než bylo ženské vajíčko. Tělíčko je obloukovitě stočeno do písmene „C“ a měří asi 8 milimetrů. Na páteři je viditelné ocáskovité zakončení.

Ve 2. lunárním měsíci se hlavička plodu stává hrboletější a velikostí je stejná, jako trup. S osou tělíčka svírá pravý úhel. Postupně se vytváří mezi hlavičkou a trupem zúžené místo, které se stává základem pro krk. Hlavová část zárodku je v porovnání s trupem a končetinami větší. Mezi dolními končetinami se postupně vyvíjí hrbolek, což je základ pro vznik zevních pohlavních orgánů. Na konci druhého měsíce je zárodek dlouhý 3 centimetry. Zárodek má již zřetelně lidský tvar a po 8. týdnu těhotenství je nazýván plodem.

Na začátku 3. lunárního měsíce dosahuje plod hmotnosti více než 5 gramů. Do třetího měsíce můžeme pozorovat barvu kůže jako průsvitně sklovitou. Horní končetiny zaznamenávají rychlý růst, až třikrát vyšší než je růst dolních končetin, objevují se na nich prstíky. Na konci třetího měsíce plod váží asi 15 gramů a dosahuje délky 9 centimetrů (Hortáková, 2010).

Ve 4. lunárním měsíci se ze sklovitě zbarvené kůže stává matně červená kůže. Na konci tohoto období se na ní objevují drobné, jemné vlásky. Začíná i vývoj svalů, které jsou zatím jemné, a pohyb plodu pomocí nich je pro sekundiparu znatelný jen v klidové poloze ženy. Primipara vnímá pohyby až o 2. týdny později. Na konci 4. měsíce plod váží asi 130 gramů a měří 16 centimetrů. Srdce bije asi 120 až 160 úderů za minutu a vlévá do plodu 24–30 litrů krve za den (Černý, 2006).

V 5. lunárním měsíci tvoří hlavička asi třetinu délky plodu a zpomaluje svůj růst. Svaly sílí natolik, že těhotná žena ke konci měsíce může cítit jemné pohyby plodu. Plod dostává různé podněty k pohybu. Vznáší se v plodové vodě a dotyk s vnitřní stěnou plodového vejce vyvolá pohyb. Když má plod málo kyslíku, změní polohu a tak i polohu pupečníku. Tím může uvolnit průtok krve v pupečníku a zajistit si tak vyšší přítok kyslíku, pokud jeho nedostatek nemá jiné příčiny. Na hlavičce plodu začíná růst vlásků, na rukou se vytváří základ pro růst nehtů. Ke konci tohoto měsíce dosahuje asi 25 centimetrů, což je zhruba polovina délky, kterou bude mít plod

v termínu porodu. Jeho hmotnost je 300 gramů. Mezi tělíčkem a vnitřní stěnou plodového vejce koluje asi 750 ml plodové vody, která chrání plod před otřesy a nárazy (Macků, 1998).

V 6. lunárním měsíci těhotenství se u plodu vytvoří vrstvička podkožního tuku. Základ pro všechny orgány je již vytvořen, pouze se v dalších měsících zdokonalují. Růst plodu se do délky zpomaluje, kdežto hmotnostní přírůstek se zvyšuje. V tomto měsíci tedy plod vyroste o 5 centimetrů a jeho hmotnost se zvýší na 350 gramů.

V 7. lunárním měsíci plod ještě nemá ustálenou polohu, protože má kolem sebe mnoho prostoru, a tak ji může často měnit. Nejčastější polohou se stává poloha hlavičkou dolů, protože má vyšší hmotnost než konec pánevní. V tomto měsíci se intenzivně rozvíjí mozek. Dokončuje se stavba mozkových polokoulí, mozkové kůry i šedé hmoty mozkové. Na kůži je různě silná vrstva mázku vyměšovaná mazovými žlázkami, která chrání kůži plodu před působením plodové vody. Na konci 7. měsíce má plod 35 centimetrů a váží 1200 gramů.

V 8. lunárním měsíci kůže plodu zesvětlí, vrstva podkožního tuku se zvětšuje. Na hlavičce jsou viditelné vlásky, na rukou a nohou nehtíky. Ke konci měsíce je hmotnost plodu asi 1700 gramů a délka 40 centimetrů.

V 9. lunárním měsíci postupně mizí z kůže jemné chmýří. Povrch kůže se vyrovnává zesilováním podkožního tuku, barva kůže je růžová. Plod zaujme v děloze stálou polohu. Nečastější je hlavičkou dolů, nebo zadečkem dolů. Hmotnost plodu dosahuje 2600 gramů a délka je 45 centimetrů.

Na konci 10. lunárního měsíce měří plod kolem 50 centimetrů. Hmotnost plodu je různá. Závisí na konstituci⁹⁴ rodičů, počtu porodů, stravě, onemocnění v graviditě a dalších okolnostech. U prvorodiček má plod průměrnou hmotnost 3300 gramů. Chlapci mívají vyšší hmotnost než děvčátka a víceroďičky rodí děti o vyšší hmotnosti. Plod má již všechny známky donošenosti a je plně připraven přijít na svět (Trča,1990; Macků, 1998).

⁹⁴ Stavba těla.

3 PSYCHICKÉ ZMĚNY

Život současné ženy stále ovlivňuje její schopnost stát se matkou. Mnohé vzdělanější ženy se zodpovědněji rozhodují a zvažují možnost kolik mít dětí, kdy a zda je mít. Výsledkem je pak nižší porodnost, protože žena se chce nejprve vzdělávat, seberealizovat a budovat kariéru, stává se tak nezávislou a roli matky odkládá na vedlejší kolej. Tyto ženy si uvědomují, že mateřství je obtížným úkolem, který přináší nejenom radost, ale také značnou zátěž, a je významnou životní změnou. Těhotenství, porod a šestinedělí s sebou přinášejí velké změny v tělesném vzhledu a mnohé ženy se toho obávají. Narození potomka je nejen bolestivou a stresovou záležitostí, ale mnohdy vede k přetrvávající úzkosti a velkému tlaku odpovědnosti za život dítěte. Pro každou ženu bývá narození potomka a mateřství zcela specifickým prožitkem, na který působí její předchozí vývoj i průběh těhotenství a porodu (*Psychické změny těhotných*, 2006).

Značná část žen podle Stoppardové ví, kdy počala své dítě. Jedná se pravděpodobně o intuitivní pocit, který nejspíše vzniká na základě velmi časného vyloučení ženských hormonů. Je to prolongovaná⁹⁵, vysoká hladina progesteronu, poté tvorba choriagonadotropinu vznikajícího prostřednictvím fetálních tkání asi 7 dní po oplodnění. Podle mých zkušeností z praxe jsem již několikrát poznala ženu, která přesně označila den početí svého dítěte. Při dalším rozhovoru jsem zjistila, že jen u několika žen bylo možno tuto znalost přičíst intuici. Většina z nich to věděla prostě proto, že si hlídala své plodné dny a s manželem plánovala den početí potomka. Početná skupina žen mi také sdělovala, že na své těhotenství přišla až kolem 2. a 3. měsíce těhotenství (Stoppardová, 1996).

Stejně jako nastávají fyziologické změny již od počátku těhotenství, objevují se i změny psychické. Tyto nastávají v oblasti emočního prožívání a také dochází k měnícím se náladám. Psychické změny jsou ovlivněny sociálními, ekonomickými aspekty a vliv na ně mají samozřejmě somatické změny. Psychické změny se dostaví

⁹⁵ Prodloužené.

u všech těhotných, při tom je neovlivňuje to, zda bylo dítě nechtěné, či vítané. Intenzita změn pak záleží na osobnosti těhotné a okolních vlivech, které na ni působí.

Období těhotenství lze považovat za jednu z vývojových krizí v životě ženy. Žena si musí přivykat na to, že ji čeká nová role vyžadující, aby dala přednost potřebám dítěte před vlastním přáním. Postupně odkládá to, čím byla, a objevuje to, čím se má stát. Je důležité změnit či přizpůsobit staré typy chování. Některých způsobů chování se žena musí úplně vzdát a respektovat takové způsoby, které nebudou v kontraverzi s její rolí matky. Často v této fázi nevyrovnanosti má žena pocity ztracenosti, úzkosti a zmatku. Někdy i s lítostí vzpomíná na svůj život, který už nebude nikdy stejný a po řadu let se k němu nebude moci vrátit. Pro vyrovnání s novou rolí je důležité, aby ji akceptovali lidé z okolí, především rodina (Roztočil, 2008).

Na počátku těhotenství, kdy je tělo ženy spjato s počátkem vzniku nového života, si žena klade mnoho otázek. Jsou to otázky typu: „Co bude dál? Jak to zvládnou? Zvládnou to vůbec?“ Jistěže se tyto otázky vyskytují i v jiných fázích života, kdy však měla žena jiné možnosti řešení. V této době se většinou jednalo o racionální řešení, kdy žena rozhodovala sama za sebe, a nenesla odpovědnost za nikoho dalšího. Těhotenství přináší jinou situaci, již nelze uvažovat jako dříve. Nyní se vše od počátku týká také dítěte, ačkoli je ještě v břiše matky a malé. Žena si uvědomuje, že dítě bude moci sice vychovávat, ale nemůže měnit jeho genetickou výbavu. Má představy o tom, jaké charakteristické rysy by chtěla, aby dítě mělo. Také může zažívat obavy o svých schopnostech stát se úspěšným rodičem. Při očekávání dalšího potomka se matka sama sebe ptá, zda se jí podaří zvládnout další dítě. Z emocionálního hlediska tedy může být gravidita obtížným obdobím.

Samo těhotenství je přirozeným fyziologickým jevem. Je třeba zdůraznit, že nejde o žádnou nemoc, a převládající tendence v řadě civilizovaných zemí k jeho medicinalizaci přináší nejen zdůrazňovaná pozitiva takového postupu, ale má i svá nesporná negativa. V každém případě je to významné období v životě ženy, vždy se jedná o jedinečný zážitek, i když žena rodí opakovaně, protože každé těhotenství je jiné. Nelze jej srovnávat s těhotenstvím předchozím, protože i dítě bude jiné. Rady od kamarádek a příbuzných je třeba brát s opatrností. Každá žena se totiž musí naladit na své právě probíhající těhotenství a dostat se se svým dítětem tzv. „na

stejnou vlnu“. Těhotenské obtíže umožní ženě si přirozeně postupně navyknout na novou životní situaci. Tyto obtíže jí pomáhají si uvědomit, že po porodu budou její dny vypadat jinak. Tímto způsobem dává příroda alespoň krátký čas na přivyknutí si budoucí životní změně (Stadelmann, 2004).

Veškeré emoce se v těhotenství rychle mění a těhotná prožívá pocity, které dříve neměla. Kolísání hladiny hormonů vede ke změnám nálady od euforie až po deprese. Změny nálady bývají častější než u netěhotných žen. Přidávají se negativní, hyperkritické postoje, podrážděnost, přehnané reakce na celkem bezvýznamné události, menší důvěra v sebe a panikaření, někdy i smutek a záchvaty pláče. Tyto reakce jsou vzhledem k období těhotenství normální, žena své city obtížněji ovládá (Stoppardová, 1996).

Poruchy spánku, které se mohou v těhotenství objevovat, plačtivost, deprese i zvýšenou agresivitu může zhoršovat výskyt somatických obtíží jako je nauzea, zvracení, bolesti zad, obstipace⁹⁶ apod.

Většina žen pociťuje v těhotenství určitou míru obav. Mezi první obavy patří nejistota, jak otec dítěte těhotenství přijme. Možné psychické obtíže jsou úměrné tomu, jaký vztah žena s partnerem má, a zda bylo těhotenství plánované. Charakter a osobnost partnerů, jejich věk a rodinný stav ovlivňuje míru prožívaného stresu.

Avšak psychické změny se nevyhýbají ani ženám, které si své těhotenství plánovaly, žijí v harmonických partnerských vztazích bez problémů zdravotních, finančních, bytových či v zaměstnání. Projevují se především ve zvýšené citové reaktivitě. Období, kdy se žena stává matkou, je období přehodnocování dosavadních hodnot (Macků, 1998).

V těhotenství bývají změny na těle poměrně rychlé, proto se s nimi nemusí všechny ženy ihned vyrovnat. Měnicí se postava může narušovat představu sama o sobě. Žena si pak může připadat zvláště, nepociťuje sounáležitost s vlastním tělem. Někdy se vyskytnou obavy, zda je zvýšená hmotnost těla přiměřená a zda bude žena v těhotenství a po porodu pro svého partnera přitažlivá. I při pozitivním vztahu k těhotenství se objevují protichůdné pocity (Stoppardová, 1996).

⁹⁶ Zácpa.

3.1 Vliv pověr o těhotenství a těhotenských kurzů na psychiku ženy

Těhotenství oprádně mnohé pověry. Pověra je falešnou a nepodloženou vírou v neskutečné souvislosti mezi jevy. Těhotná žena má k pověřivosti větší sklon než za normálních okolností. V minulosti pověry vysvětlovaly tehdy nevysvětlitelné jevy, které současná věda většinou již objasnila. Přesto i v dnešní racionální době existují ženy, které se pověrami nechávají ovlivňovat. Různé představy pak vyvolávají v mysli těhotné zneklidňující obavy.

Dostatek informací o těhotenství, porodu a mezilidských vztazích může snížit obavy i úzkosti. Kurzy pro těhotné organizované porodními asistentkami, lékaři, psychology a pediatry mají přispět k psychické rovnováze těhotné. Ženy a jejich partneři se zde mohou seznámit se základy životosprávy v těhotenství, připravit se na porod a poporodní období. Učí se vyrovnávat se se změnami v těhotenství. Kurzy většinou zahrnují i cvičení. Cílem bývá zmírnit strach z nadcházejícího porodu a prakticky si osvojit některé potřebné techniky a způsoby chování, jako je třeba relaxace při porodu. Navození pozitivního vztahu k dítěti, které přijde na svět a příprava o jeho péči je žádoucím výsledkem (*Psychické změny těhotných*, 2006).

3.2 Psychologická období u těhotné ženy

Z psychologického pohledu dělíme těhotenství na tři období. V každém z období se mění citové postoje k dítěti.

První období začíná dnem, kdy žena své těhotenství zjistí, končí pohyby dítěte. V tomto čase gravidity se těhotná stává introvertní, zaměřuje se více na sebe, sleduje své tělo, pozoruje se a ověřuje si, zda je opravdu těhotná. Typickým pro toto období je rozladěnost a náladovost. Mohou se objevovat pocity provinění, když žena myslí na to, čeho se bude muset po narození dítěte vzdát. Je to období nejistot a změn, které často způsobují u ženy větší sblížení a kontakt s matkou. Někdy ženy řeší, jak zprávu o těhotenství sdělit nejbližším, rodině. To se stává obtížným úkolem, zvláště pokud již žena předem očekává negativní reakce. Neprovdané ženy si nejsou jisté postojem partnera a řeší otázku sňatku (Ratislavová, 2008).

Úkolem prvního období je těhotenství přijmout, což probíhá u každé ženy jiným způsobem. Přijetí těhotenství je ovlivněno tím, zda bylo chtěné, plánované, nebo nečekané, jaká je osobní anamnéza těhotné a jaké měla žena profesní plány.

Do druhého psychologického období těhotenství se žena dostává tehdy, když pocítuje pohyby plodu. Toto období končí schopností dítěte samostatně existovat. Ambivalentní pocity v počátcích těhotenství se mění na pozitivní. U většiny žen převažují pozitivní zážitky. Jen při zdravotních obtížích a špatných předchozích zkušenostech se vyskytují obavy úzkostného typu.

První pohyby dítěte jsou pro matku významným okamžikem, jsou totiž prvním vnímatelným kontaktem, prvním sdělením dítěte. Napomáhají k tomu, aby si žena zřetelněji uvědomovala, že se stává matkou (Stadelmann, 2004).

Často se přidávají fantazie a sny o nenarozeném dítěti a magické myšlení. Někdy přetrvávají otázky o pohlaví plodu, i když v dnešní moderní době si rodiče pohlaví svého potomka většinou dávají sdělit. Nastávající rodiče zařizují materiální potřeby a vybírají jméno pro dítě. Váha ženy se v tomto období zvyšuje, což některé těhotné vnímají negativně, mohou odmítat sexuální aktivitu a často zažívají obavy z genetických vad dítěte. Žena se většinou snaží o to, aby těhotenství proběhlo bez komplikací. Proto aktivně shání informace o těhotenství a zdravém vývoji plodu a snaží se podle nich chovat. Úkolem této fáze je, aby žena přijala plod jako budoucího samostatného jedince. Také aby přijala nastávající změny rodinného systému a připravila se na novou roli matky.

Toto období se označuje za čas pohody, přizpůsobení a přeměny. Rostoucí břicho již je vidět a signalizuje všem, že je žena těhotná. Ostatní lidé tak reagují více chápavě k potřebám ženy (Čepický, 1992).

Na rozhraní II. a III. psychologické fáze těhotenství se žena dostává do jakéhosi rozporu. Obává se předčasného porodu, ale zároveň si přeje, aby mohla co nejdříve porodit.

Poslední psychologické období je důležité pro přípravu dítěte na život mimo matčino tělo. Již brzy bude schopno samostatného života. Dítě pomocí různého chování může matce sdělovat, jak se mu daří. Je schopné vnímat zvuky. Je součástí matky, žije spolu s ní a s jejím okolím. Dítě prostřednictvím pohybů zkouší svůj vliv

na matku, která se mu musí přizpůsobovat aniž by chtěla. Někdy tím dítě signalizuje třeba nedostatečné prokrvení placenty a nutí tak matku ke vhodnější poloze. V tomto období si již matka plně uvědomuje, že v ní roste dítě mající určité vlastnosti a dává je najevo.

V posledním období se může častěji objevovat noční snění, ve kterém prožívají těhotné své obavy, mnohdy velmi znepokojující. Nejspíše jde o promítnutí strachu do snu, že se dítě narodí postižené, strach z porodu a nové role. Sny se tak mohou stát psychologickou přípravou na blížící se situaci. Představují způsob, jak se pocity dostávají na povrch, a představují tak určitou cestu k uvolnění. Tyto obavy doprovázejí budoucí rodiče i během dne. Mluvit o nich je důležité, i když existuje nebezpečí, že se dostanou do vědomí potlačené zážitky (Stoppardová, 1996; Stadelmann, 2004).

V závěrečné fázi je typické „stavění hnízda“, kdy žena připravuje prostředí, ve kterém žije, na příchod svého potomka. Žena zažívá pocity zranitelnosti, bojí se porodu a s ním souvisejících bolestí, nevyvaruje se ani strachu o zdraví dítěte i ze smrti. Na jedné straně zažívá žena obavy z blížícího se porodu a výchovy dítěte, na druhé straně pociťuje diskomfort z pokročilého stádia těhotenství a své soustředění směřuje k porodu. Žena si uvědomuje to, že opustí své pracovní prostředí, své rituály a bude si muset zvyknout na rozdílný styl života. Ženy neurotické a emočně labilní toto období zažívají problematicky. Úkolem tohoto stadia je příprava na porod a příchod potomka na svět, který již nebude součástí organismu matky (Hučín, 2000).

3.3 Vývoj mateřské identity

Vývoj psychických změn a reakce ženy jsou v těhotenství ovlivněny osobností těhotné, jejím věkem, zralostí a postojem k těhotenství, také jejím sociálním a ekonomickým zázemím a připraveností na roli matky.

Vlastní já ženy se stává nedílnou součástí nové role matky, čímž probíhá vývoj mateřské identity. Celý rodinný charakter dostává novou podobu. Žena většinou postupně ztrácí ekonomickou soběstačnost a stává se závislejší na partnerovi.

V tomto křehkém období ženy je ještě více třeba podpora partnera, rodiny i přátel (Ratislavová, 2008).

Vývoj mateřské identity probíhá již během těhotenství. Mezi procesy převzetí mateřské úlohy patří hned několik způsobů projevů, jimiž jsou imitace, hraní rolí, fantazie, introjekce-projekce, zamítnutí, akceptace a soustředění. Těmito projevy se snaží žena vypořádat se s vývojovou krizí, která doprovází těhotenství. Jejich cílem je začlenění svého vlastního já do nové role.

Aktivním projevem je *imitace*. Žena napodobuje chování osob, které již danou roli zažily, nebo ji v současné chvíli zažívají. Tím se snaží o přijetí své mateřské úlohy, třeba oblékáním těhotenských šatů.

Žena si snaží vyzkoušet svoji úlohu i v konkrétní situaci. Jde o chování, které se nazývá *hraní rolí*. Jedná se například o vyhledávání situací, kde má žena možnost se starat o malé dítě. Tím může sama sobě prokázat, že je na roli matky připravena.

Jak jsem již vícekrát zmínila, těhotnou často provázejí *fantazie o jejím dítěti*. O tom, jak bude vypadat, jak se bude chovat. Fantazie mohou mít podobu přání, obav i snů.

V lidech kolem sebe vnímá žena chování ve své budoucí roli a představuje si v ní sebe samu. Jedná se o proces *introjekce*. Při projekci způsob chování ostatních může přijmout a akceptovat ho, nebo jej naopak odmítnout.

S přijetím nové role souvisí i lítost a smutek nad ztrátou některých prvků svého minulého já, které nejde dohromady s novou rolí. Žena si uvědomí to, že se již nemůže vrátit ke své původní roli, která nikdy nebude stejná jako dříve (Roztočil, 2008).

3.4 Změny sexuality a partnerství v těhotenství

Psychické změny těhotné ženy dopadají i na lidi v jejím okolí, nejvíce na partnera a blízkou rodinu. Vztah partnera k partnerce se mění, i on prochází určitou změnou identity. Žena očekává od partnera více zájmu, uznání a ocenění. Snadněji než kdy jindy podléhá pocitu ublížení a strachu. Reakce mužů na těhotenské změny jsou různé. Pokud jde o zralého muže, se změnami se vyrovnává a přijímá je jako přirozené. Těhotná pak od svého muže čeká podporu, existenční zajištění, ochranu

a přátelské pochopení, v němž bude dávat najevo radostné očekávání příchodu dítěte (Čepický, 1992).

První trimestr těhotenství se pro partnera těhotné může stát obtížným. Dítě již existuje, ale zatím není vidět, není možné je nahmatat. Kdežto žena cítí věci, které jsou ostatním utajeny, vše vnímá mnohem citlivěji. Partnerům může pomoci přítomnost u prvního ultrazvukového vyšetření, kdy mohou nahlédnout do života svého dítěte a slyšet tlukot srdíčka dítěte.

U některých mužů se může vyskytnout syndrom „couvade“. Muž tak zažívá somatické příznaky těhotenství, jako je náhlé zvýšení tělesné hmotnosti, gastrointestinální obtíže, změnu chuti k jídlu. Psychologové tuto událost vysvětlují tak, že jde nejspíše o vyjádření somatické úzkosti. Obtíže se objevují u partnera ve 3. měsíci těhotenství, postupně však slábnou. Výraznějšími se stávají opět okolo 2. měsíce před porodem.

V posledním trimestru bývá partnerský vztah většinou intenzivní. Důležité je vzájemné naslouchání a povídání si o pocitech. Rodiče se učí si být nablízku a být nablízku svému nenarozenému dítěti, být tu jeden pro druhého. Poslední týdny těhotenství naplňuje partnery podle autora často láska a něžnost. Upevňuje se emocionální spojení, tělesná láska většinou ustupuje do pozadí (Stadelmann, 2004).

Z praxe však vím, že tomu zdaleka není tak často, jak uvádí autor. Civilizovaný partner samozřejmě bere ohled na stav své partnerky a nenutí ji dělat to, co nechce nebo nemůže. Mnohdy však si nahrazuje to, co mu chybí doma, dočasně jinde. U sociálně slabých nebo okrajových vrstev obyvatelstva pak naopak může těhotenství ženy stav rodiny natolik zkomplikovat, že se k ní chová partner hůře než dříve.

Jak jsem již několikrát zmínila, očekávání potomka mění celý rodinný systém. U všech členů nastane změna sociálních rolí. Je třeba, aby se utvořilo místo pro zatím nenarozené dítě. Sourozenci by měli být na příchod nového dítěte dopředu připravováni. Reakce sourozence může být různá, závisí na jakém vývojovém stupni právě je a na postoji rodičů. U budoucích prarodičů a dalších příbuzných nastávají různé vývojové krize. Výrazná úloha je matky těhotné, která může být ženě velkou oporou. Na druhou stranu mám z praxe zkušenost, že se dnešní ženy cítí daleko déle

mladé a že vnímají svůj úděl babičky jako předčasný. Jsou dokonce i případy, kdy se babička nechává od vnoučete oslovovat křestním jménem, aby se na veřejnosti ihned neodhalilo, do jaké předchozí generace patří.

Některé ženy jsou v těhotenství zahleděny do sebe a gravidity tolik, že s partnerem komunikují jiným způsobem než před graviditou a přestávají vykonávat funkce v rodině. Pro partnera je těžké tento stav chápat a tolerovat, může to být počátek rozpadu vztahu, především pokud se žena po porodu nezmění (Čech, 2006).

Těhotnou mohou také doprovázet pocity jako strach ze ztráty partnerského vztahu, pocity samoty, sociální izolace. Obava ze ztráty partnera se může u některých žen vyskytnout v souvislosti se ztrátou sexuální aktivity. Jiné ženy sexuální styk odmítají ze strachu, aby nepoškodily plod. Existují i ženy, které potřebují k potěšení ze sexu možnost otěhotnět.

V období těhotenství může žena prožívat sexuální styk mnohem intenzivněji než kdykoli předtím. Touha po sexuálním sblížení a prožitek z něho se liší u jednotlivých žen, i u téže jedné ženy v průběhu gestace. Typické je snížení sexuálního zájmu v prvních třech měsících, příčinou může být pocit trvajících únavy či nevolnosti. Ve druhém trimestru se sexuální zájem může naopak zvyšovat. Pokles zájmu nastává opět ve třetím trimestru. Některé ženy v těhotenství shledávají sex více vzrušující a uspokojivější než před početím, dokonce dosahují poprvé orgasmu. Zvýšená sexualita je pravděpodobně způsobena zvýšenou hladinou ženských a těhotenských hormonů. Tyto hormony způsobují bohatší prokrvení pohlavních orgánů a vulvy. Důsledkem je vyšší dráždivost a citlivost nervových zakončení, což má za následek rychlejší vzrušivost. Prsy jsou také více dráždivé. Fáze uvolnění po orgasmu bývá delší než mimo gestaci.

Ne všechny ženy v těhotenství však pociťují vyšší prožitek ze sexu. Menší prožitek může nastávat u žen, které se vlivem měnící postavy cítí nepřítažlivé. Mohou pociťovat stud a chovat se zdrženlivě. Na ztrátě libida se podílejí ranní nevolnosti, únava a emoční labilita. Překrvení zevních rodidel může být tak velké, že zůstávají i po orgasmu zbytnělá a bolestivá.

Některé ženy, které měly sníženou orgastickou schopnost a libido před těhotenstvím, vnímají toto období jako záminku pro přerušování sexuálního života.

Kvalita vztahu partnerů a sex v graviditě spolu souvisejí. Ve vztahu, kde je láska, porozumění a respekt, lze vytvořit sexuální soužití, které odpovídá představám a přáním obou partnerů. Těhotná žena by si měla vybírat takové pohlavní aktivity a polohy, které jí vyhovují. Častost pohlavního styku by měla určovat také žena a její partner by měl její přání respektovat (Čepický, 1992; Macků, 1998).

3.5 Ženy s problematickým přístupem k mateřství

Prožívání těhotenství a sexuálního života ovlivňují osobnostní dispozice a základní postoje k životu. Ženy podle toho můžeme pomyslně rozdělit do tří základních skupin s různě problematickým přístupem k mateřství.

Do první skupiny lze zařadit ženy, pro které je důležitá jejich kariéra, mají úspěch v osobním i pracovním životě, bývají dominantní, mají autoritu a racionální myšlení. Bez obav soutěží s muži a mateřství u nich vyvolává frustraci v osobním seberozvoji. Jsou to ženy, které se dostatečně neidentifikovaly se svým ženstvím, někdy jej částečně i odmítají.

U druhé skupiny žen vyvolává těhotenství strach především z odpovědnosti, dále inhibici až regresi⁹⁷. Často jsou závislé na partnerovi, vyznačují se nezralostí a nesamostatností.

Třetí skupina žen touží po poznání, vzrušení, má sklon k promiskuitě a nestabilitě. Tyto ženy nejsou spokojené s trvalým partnerským vztahem, nechtějí žít konzervativním stylem života.

Pro některé ženy je těhotenství nevítanou událostí a jediným řešením je pro ně těhotenství ukončit. Pokud je těhotenství nechtěné z pomíjivých příčin, jako je třeba nepříznivá ekonomická situace či studium, může dojít k postupnému vyrovnání a těšení se na dítě (Roztočil, 2008).

Podle mého názoru je přesto mateřství ve většině případů událostí plánovanou, vytouženou a radostnou.

⁹⁷ Návrat na nižší, méně zralý stupeň vývoje (Vokurka a Hugo, 2004, s. 746).

3.6 Psychosociální faktory ovlivňující těhotenství

Věk ženy pod 20 let se stává jedním z nepříznivých psychosociálních faktorů, které mohou ovlivňovat těhotenství i plod. Otázkou zůstává, jaká byla motivace k těhotenství takto mladých žen. Stává se, že je těhotenství nechtěné, a proto před okolím utajované. Jindy to může být snaha rychleji dospět a zbavit se rodiny, kde se žena cítí neuznávaná. Domnívá se, že tak získá zájem okolí a že zvýší vlastní sebeúctu. Nakonec ale nastává jen rozčarování, pocit samoty, vlastní neschopnosti a nezvládnání nové role, izolace od vrstevníků a vědomí nedostatečné podpory od partnera a rodiny. Psychika mladé ženy ještě není vyzrálá a obtížně se tak vyrovnává s vysokými nároky situace. Adolescentní matky teprve hledají vlastní identitu, hledají samy sebe. Snaží se porozumět svým pocitům a hodnotám. Nezralé matky mívají omezenou schopnost reagovat na potřeby dítěte. Kromě uvedené snahy o osamostatnění může být také důvodem předčasného těhotenství revolta a snaha své okolí šokovat, zvláště rodiče. Tento postoj je obzvláště krátkozraký, protože dívka sice uměla říci „a“, ale už neví, že po „a“ následuje „b“, to je nutnost dalšího řešení a starosti o dítě. Takové případy končí buď adopcí, nebo se někdo z rodiny nakonec smiluje a dítěte se ujme. V nejhorším případě může dítě i přijít o život.

Dalším z nepříznivých sociálních faktorů je věk ženy nad 35 let. Starší ženy jsou zralejší a většinou mají vyřešený vztah k matce. Pokud se jedná o první těhotenství ženy, je doprovázeno většími obavami a úzkostmi. Psychologické problémy přináší čekání na výsledky vyšetření amniocentézy, které se u této věkové skupiny doporučuje provádět (Gregorová, 2009).

Snahou tohoto vyšetření je objevit některá možná postižení u dětí. Nejznámější z nich je *Downův syndrom*, jehož výskyt s rostoucím věkem ženy roste. Pro zákrok by se měli oba rodiče rozhodnout společně, neboť existují určitá rizika tohoto vyšetření. Jeho výsledek může znamenat nezbytnost zásadního rozhodnutí, totiž rozhodnout se, zda si partneři ponechají postižené dítě. Čekání na výsledky vyšetření přináší ženě psychickou zátěž (Kasperová, 2010).

Ohroženou se stává skupina žen v těžké sociální nebo ekonomické situaci. Jedná se o matky svobodné, opuštěné, sociálně izolované, žijící v nevyhovujících sociálních či ekonomických podmínkách. Těmto ženám schází emočně sociální

podpora a pomoc. Opuštěné ženy trpí frustrací svých základních potřeb, předčasné porody jsou u nich častější. Mívají sklon se k dítěti chovat hostilně a odmítavě. U žen s nízkým sociálním statusem jsou předčasné porody také častější a rodí děti s nízkou porodní váhou (Ratislavová, 2008).

Nepřiměřený strach z potratu se vyskytuje u žen, které si graviditu velice přály. Pokud žena byla léčena pro sterilitu, proběhly už dřívější potraty v minulosti, či má podobné negativní zkušenosti ze svého okolí, strach roste. Ženy, které mají sklony k hypochondrii nebo hysterii, kladou na lékaře a příbuzné velké nároky. Je třeba ženě trpělivě naslouchat a vysvětlovat všechny změny v těhotenství.

Gynekologové musí umět rozptýlit strach těhotné o zdraví dítěte, z jeho poškození a smrti. Strach je vyšší tam, kde se vyskytují hraniční nálezy screeningových testů a nejasných nálezů z ultrazvukových vyšetření. Pro řešení krizových situací těhotná žena potřebuje ještě více než jindy podporu chápajícího partnera (Čech, 2006).

3.7 Psychické problémy v těhotenství

Psychické poruchy v těhotenství ovlivňuje stav budoucí matky i její sociální situace, její fyzický stav a predispozice k psychickým poruchám. Někdy je obtížné rozlišit, zda jde o poruchy nálady v normálních mezích, nebo se jedná už o psychopatologii.

V těhotenství se mohou rozvinout neurózy, kognitivní poruchy, úzkosti, endogenní poruchy a poruchy, které vznikají v důsledku orgánového postižení. Nebezpečné je riziko suicidia, které tvoří 6 % mateřské mortality (Roztočil, 2001).

Depresivní stavy souvisejí s hormonálními změnami, které v těhotenství nastávají. Projevují se nezřídka u nežádoucího těhotenství a nepříznivých exogenních vlivů, které souvisejí přímo nebo nepřímo s graviditou. Depresivní stavy se nejčastěji projevují v počátcích gravidity a vyznačují se celkovou skleslostí, nespavostí, nechutenstvím, vegetativními poruchami. Méně časté jsou depresivní stavy u žen, které mají k těhotenství pozitivní postoj.

Ve III. trimestru těhotenství se mohou objevit kognitivní poruchy, které jsou přechodného charakteru. Žena může zaznamenávat zhoršení paměti. Tento stav se

nazývá benigní encefalopatie a vyskytuje se až u 50 % těhotných. Typické jsou mírné potíže s učením, poruchy paměti, koncentrace, dezorientace. Po porodu potíže samovolně ustupují.

Těhotenství mohou některé ženy prožívat jako období úzkosti. Pokud se žena v těhotenství hodně emočně angažuje, bývá úzkost zaměřena na plod. Jiné ženy ji zaměřují na sebe. Obavy se týkají především průběhu těhotenství a situace po porodu. Nejvýrazněji se úzkost projevuje na začátku a ke konci těhotenství. Objevují se otázky ohledně zdraví plodu, porodu, nebo poporodní péče o dítě a jeho výchovy. Partneři úzkostných žen sdílejí podobné obavy až v 1/3 případů. Uvádí se, že úzkostné stavy matky negativně ovlivňují stav plodu.

Těhotné ženy mívají vyšší sklon k neuroticismu. Vzácné nejsou ani fobie. Negativní emoce dle Čepického jsou v těhotenství častější než pozitivní. Převládají až u 90 % žen (Čepický, 1992).

S tímto názorem se já úplně neztotožňuji. Z mé praxe porodní asistentky jsem měla možnost poznat mnoho těhotných žen v různých fázích těhotenství. Nezdá se mi, že by až u 90 % žen převládaly negativní emoce. Mnoho žen mluvilo o svém těhotenství a budoucím potomkovi spíše v kladném smyslu. I když při problémech v počátcích těhotenství a při bolestech u porodu nastávaly emoce negativní, přesto byly zmíněny i emoce pozitivní. Myslím, že existují vždy emoce obojího typu zároveň, přičemž je těžké určit, které mají převahu.

4 ŽÁDOUCÍ ZMĚNY V ŽIVOTOSPRÁVĚ TĚHOTNÉ ŽENY

Těhotná žena by měla svému stavu přizpůsobit i svůj styl života. Pokud probíhá těhotenství bez komplikací, není tolik změn nutných, jako je tomu například u rizikového těhotenství. Každá žena by však měla dodržovat takové zásady životosprávy, aby si nevyvolala patologický stav. Pak by mohlo dojít k ohrožení zdravotního stavu jak těhotné, tak k ohrožení zdravého vývoje plodu.

Zásady správné životosprávy jsou tedy důležité pro předcházení možnosti zdravotních komplikací u ženy i plodu. Měla by se věnovat pozornost dodržování pravidelného spánku, zdravému stravování, pravidelné defekaci, aktivnímu pohybu, vyhýbání se stresům a nezdravému prostředí.

Zásady správného stravování v těhotenství zmíním v následujících řádcích. Žena by měla přijímat zdravou stravu o obsahu 2400–2800 kcal, to znamená zhruba 40 kcal na kilogram hmotnosti ženy. Nejsou vhodná hyperkalorická jídla, která vedou k obezitě, někdy až ke gestačnímu diabetu či preeklampsii. Redukční dieta může vést k předčasnému porodu, proto je také nevhodná. Lehce stravitelná jídla je vhodné rozložit do pěti porcí za den. Celkový obsah bílkovin by měl za den představovat okolo 80-100g, z čehož polovina tohoto množství má být živočišného původu. Množství doporučeného tuku je nižší, 60–80 g na den. Jídla, která obsahují hodně cukru, je vhodné omezit. Důležitým se stává příjem vlákniny a vitamínů v ovoci a zelenině. V druhé polovině těhotenství stoupá potřeba minerálů a stopových prvků. Především je třeba zvýšit příjem vápníku a železa.

Podstatný je přísun jódu pro správnou funkci štítné žlázy. Jeho nedostatek totiž vede k poruchám neurogeneze, předčasným porodům a vzniku kretenismu u plodu. Příjem kyseliny listové je významný pro prevenci výskytu defektů neurální trubice. Vyšší příjem vápníku je nutný pro zajištění normální neuromuskulární dráždivosti, krevní koagulace a vývoje kostí plodu. Neméně důležitý a potřebný je i hořčík, který má protikřečové a antidepresivní účinky. Železo je třeba přijímat ve vyšším množství jako prevenci vzniku anemie (Hronek, 2004).

V těhotenství je nutná zvýšená péče o vyprazdňování moče a stolice. Polakizurie je fyziologickým stavem. Dochází k ní vlivem tlaku dělohy na močový měchýř. Je třeba pravidelné vyprazdňování moče, které předchází vzniku symptomatické bakteriurie. K mírné močové inkontinenci dochází až u 50 % těhotných žen.

V těhotenství dochází často k zácpě, prevencí se stává konzumace potravin s velkým obsahem vlákniny spolu s pitným režimem. Silná laxativa jsou kontraindikována. Při zácpě bych doporučovala pití minerální vody s mírným laxativním účinkem.

Pohyb v těhotenství je třeba přizpůsobit stupni těhotenství a zdravotnímu stavu. Ženám s fyziologickým těhotenstvím není pohyb zakázán, naopak. Žena by se ale neměla cvičením přepínat a neměla by volit pohyby, na které jsou vázány otřesy těla či hrozí riziko pádu a úrazu. Nevhodným se tak stává volejbal, atletika, jízda na koni apod. Vhodné je například těhotenské cvičení, plavání, orientální tance a turistika.

Pro spánek platí, že by měl trvat alespoň 8 hodin denně. Během dne by měla žena odpočívat, především v pokročilém stádiu těhotenství.

Při fyziologickém těhotenství není pracovní aktivita zakázána, neměla by však být namáhavá. Pak má žena možnost klidně pracovat do 32.–34.týdne těhotenství, termínu nástupu na mateřskou dovolenou. Některé ženy pracují až do porodu. Nevhodné zaměstnání je takové, které je fyzicky či psychicky náročné, nebo zahrnuje noční služby. Rozhodně žena nesmí pracovat v prostředí, ve kterém se vyskytuje nadměrná prašnost, hluk, vibrace, teplo, chemikálie nebo biologický materiál. Neměla by se opomíjet ani otázka dopravy do práce. Avšak každá žena snáší těhotenství jinak, podle čehož by měla být posuzována náplň její práce.

Samo cestování vlakem, autobusem nebo autem těhotenství neovlivňuje. Vhodné je cestování pouze na kratší cesty. Dlouhé cesty totiž zatěžují organismus těhotné, což může mít vliv na zdravý vývoj těhotenství. Při cestování dochází k častějšímu styku s infekcemi, otřesům, nutnosti stání a riziku hypertermie. Dalším aspektem je odloučení od zdravotnického zařízení, které u ženy dohlíží na správný průběh těhotenství. Cesty jsou většinou spjaty s dovolenou, při které by se žena měla vyvarovat několika rizikům. Při delším pobytu na silném slunci může dojít k dehydraci a přehřátí organismu těhotné, škodlivé je působení UV paprsků. Největší

obavy z cestování jsou vázány s dietetickými změnami, může dojít k dyspepsii⁹⁸ a alimentární nákaze⁹⁹ (Smetanová, 2010).

Při tělesné hygieně by měla žena dbát na opatrnost při koupání, které se nedoporučuje v přírodních vodách. Existuje zde riziko vzniku genitální infekce, která může být příčinou i předčasného porodu. Při koupání v horké vaně může nastat přehřátí organismu. Proto bych těhotným doporučila spíše sprchu s používáním kyselých emulzí v intimních partiích pro prevenci vzniku infekce.

V těhotenství dochází k větší kazivosti zubů, proto je vhodné je čistit po každém jídle. Zvýšená péče o prsní bradavky by měla být zapojena od druhé poloviny těhotenství.

Po první polovině těhotenství se zvyšuje venózní stáza v dolních končetinách, proto by se těhotná měla vyvarovat delšího stání a při sezení by měla ukládat nohy do vyšší polohy, omezí se tím otok končetin.

Pozor by si měla žena dát na infekce, ke kterým je v těhotenství vnímavější. Jako prevenci bych navrhovala vyhnout se místům, kde je zvýšená možnost infekce, jako jsou veřejné dopravní prostředky, veřejná sociální zařízení, čekárna lékaře v době epidemií a podobně.

Pohlavní styk není při fyziologické graviditě kontraindikován. Je třeba však sexuální aktivity přizpůsobit stupni těhotenství. U rizikového těhotenství by se žena měla sexuálního styku zdržet, zejména pokud u ní došlo v I. trimestru ke krvácení nebo má-li v anamnéze předčasný porod. Pohlavní styk by pak u ní mohl vyvolat jak krvácení, tak děložní činnost působením prostaglandinů¹⁰⁰ z ejakulátu nebo orgasmem ženy (Roztočil, 2008).

Žena v těhotenství by se měla vyhybat jakémukoli užívání návykových látek, protože negativně ovlivňují těhotenství. **Kofein** je známý svým hypertenzním účinkem. V malých dávkách zvyšuje fetoplacentární perfúzi, ve vyšších dávkách může způsobit žaludeční obtíže a vyvolat těhotenskou hypertenzi. **Kouření** naopak fetoplacentární perfúzi snižuje. Jeho negativní účinek se zvyšuje s počtem vykouřených cigaret. V souvislosti s kouřením existuje riziko hypotrofizace plodu,

⁹⁸ Souhrnné označení pro řadu trávicích obtíží v různých kombinacích z mnoha příčin.

⁹⁹ Infekce vstupující do organismu trávicí trubící.

¹⁰⁰ Látky podobné hormonům vznikající prakticky ve všech orgánech těla (Vokurka a Hugo, 2004, s. 713).

intrauterinního odumření plodu, abrupce placenty a jiných patologií. U novorozenců je ohrožen somatický a neuropsychický vývoj.

Alkohol ovlivňuje metabolismus jak matky, tak plodu. Snadno prochází placentou. Pokud se žena alkoholu ve velkém množství nevyvaruje, hrozí poškození plodu. Může se narodit dítě s příznaky fetálního alkoholového syndromu nebo s příznaky abstinenčních projevů. Pro fetální alkoholový syndrom je typická růstová retardace a dysfunkce CNS (centrálního nervového systému).

Zcela jednoznačně a bez jakéhokoli kompromisu by se těhotná žena měla vyvarovat užívání drog. To je totiž spojeno s výraznými patologiemi u novorozence. Po narození se v nejzávažnějších případech projevuje fetální abstinenční syndrom, který může končit smrtí novorozence (Wilhelmová, 2010).

5 VYBRANÉ ETICKÉ A PRÁVNÍ ASPEKTY V DOBĚ TĚHOTENSTVÍ

Práva a etika k sobě mají blízko a není jednoduché je proti sobě vymezit. To, co je etické, ještě neznamena, že musí být podle práva. V následujících kapitolách uvádím vybrané etické a právní aspekty, které se však v mnoha případech prolínají, a proto je nelze oddělit ostrou hranicí.

5.1 Etické aspekty

Základní vzory chování rodiny i společnosti, jako je péče o psychické blaho těhotné, její klid, respektování jejích požadavků, jsou ovlivněny vzděláním a schopností lásky k bližnímu obecně. Mohou významně ovlivňovat průběh gravidity a porodu.

Základní etický princip odpovědnosti předpokládá, že rodiče k těhotenství přistoupí zodpovědně. To znamená, že zplazení naplánují v době, kdy budou schopni se o dítě postarat. Budou mít vždy především na mysli prospěch nenarozeného dítěte, což znamená dodržování zásad správné výživy a pravidelné návštěvy lékaře. Bohužel to někdy vypadá tak, že se veškerá odpovědnost za zdraví klade na lékaře, ale na svoji odpovědnost za zdraví, těhotenství a dítě rodiče zapomínají.

V naší moderní době stále přetrvává role ženy jako matky. Narůstá také počet párů, které mají problémy s početím. Nemožnost otěhotnět a problémy s otěhotněním přináší řadě žen psychické problémy a zasahuje do jejich partnerského vztahu. Asistovaná reprodukce umožňuje otěhotnět ženám, které spontánně otěhotnět nemohou. Takových případů v současné době přibývá. Umělé oplodnění lze provést manželskému páru na jejich žádost. Sperma nebo vajíčko může být použito od manželů samotných, nebo od anonymních dárců. Oplodnění nelze ze zákona provést ženám osamělým nebo ve svazku stejného pohlaví. Etickým problémem se stává redukce plodů, pokud se uchytí více jak dva. S mimotělním oplodněním přichází více

zdravotních rizik jako je ektopické¹⁰¹ těhotenství, potraty, předčasné porody aj. (Čech, 2006).

Ve vztahu lékař (zdravotnický personál) a pacient se v praxi uplatňují dva etické principy. Jsou to: princip prospěšnosti a princip respektování autonomie pacienta. Pokud je však žena těhotná, pak do vztahu lékař a pacient vstupuje účastník třetí, plod. Není pak neobvyklé, že vznikají konflikty zájmů těchto účastníků. Lékař musí postupovat vždy *lege artis*. A to i v případě, že se jeho názor s postupem *lege artis* rozchází. Současný názor lékařské vědy se pro něj stává závazným a podle něho musí činit rozhodnutí při péči o těhotnou ženu. Setkáváme se pak s pěti možnými konflikty zájmů.

Jedním z konfliktů je *prospěch těhotné, jak ho chápe ona sama vs. prospěch těhotné, jak ho chápe lékař*. Ten může být rozdílný. Žena má právo odmítnat doporučený postup i při takových situacích, kdy je ohrožen její život. Lékař s jejím odmítnutím nemusí souhlasit, ale musí ji podrobně poučit o následcích jejího rozhodnutí a dát stvrdit její rozhodnutí podpisem. Pokud by měl být do rozhodování zařazen rodinný příslušník, lze tak činit pouze se souhlasem ženy. Rozhodnutí těhotné musí zdravotnický personál respektovat. V praxi jde častěji o rozhodnutí, které nemá velký vliv na zdraví ženy. Lpění na zvyklostech zdravotnického zařízení, které jsem při své praxi měla možnost zaznamenávat, zvyšovalo emoční tenzi jak těhotné, tak u personálu.

Někdy mohou nastat situace, kdy žena není schopna svá přání vyslovit. Pokud je nevyslovila již dříve, postupuje zdravotnický personál podle své úvahy o nejlepším prospěchu ženy. Může se stát, že žena vyžaduje postup, který není v souladu s *lege artis*. Například se domáhá indukce porodu nebo císařského řezu, který není indikován z jasných důvodů. Na takový postup pak nemá právo. Žádosti ženy, které se nacházejí na hranici postupu *lege artis*, jako je třeba porod do vody, lze vyhovět. Je ovšem třeba nalézt příslušného zdravotnického pracovníka a zařízení, které ženě žádost umožní uskutečnit.

Další konflikt zájmů je *prospěch plodu, jak ho chápe těhotná vs. prospěch plodu, jak ho chápe lékař*. Pokud nastanou nějaké komplikace (předčasný porod, vrozené

¹⁰¹ Uložený či jsoucí mimo obvyklé místo (Vokurka a Hugo, 2004, s. 216).

vady plodu apod.), musí mít těhotná úplné informace, aby se mohla v dané situaci dle svého vědomí rozhodnout. Lékař může radit agresivní nebo konzervativní postupy. Jeho doporučení by mělo být tím opatrnější, čím nejistější je výsledek. Konečné rozhodnutí záleží vždy na ženě.

Prospěch těhotné, jak ho chápe sama vs. prospěch plodu jak ho chápe lékař je dalším z možných konfliktů zájmů. V situaci, kdy se žena rozhodne podstoupit interrupci¹⁰² v případě nechtěného těhotenství, klade prospěch svůj nad prospěch plodu. Nenarozený plod nemá žádná práva, proto se respektuje rozhodnutí ženy. Setkáváme se situacemi, kdy představuje prospěch plodu pracovní neschopnost ženy, pobyt na lůžku nebo farmakoterapii. Někdy svým chováním žena plod ohrožuje například kouřením, pitím alkoholu apod. V takových případech nezbyvá nic jiného, než ženu přesvědčovat o dodržování doporučených zásad. Výjimkou se stává možnost požádání o rozhodnutí soudu, pokud hrozí nebezpečí z prodlení. Tato výjimka existuje v extrémních případech rozporu mezi prospěchem těhotné a škodou, které plodu způsobí. Jako příklad může posloužit odmítání císařského řezu, kdy porod pánevními cestami není fyziologicky možný.

Předposledním konfliktem zájmů se stává *prospěch matky vs. prospěch plodu, jak je chápe lékař*. Může nastat situace, kdy je žena pokračováním těhotenství ohrožena na životě. Jedná se například o vážná srdeční onemocnění nebo karcinomy diagnostikované v těhotenství. V těchto situacích je indikováno ukončení těhotenství, s nímž však musí žena souhlasit. Pokud není schopna souhlas udělit, dává se přednost životu ženy. Jiná závažná situace nastává, když je žena chronicky nemocná a musí užívat léky, které ohrožují plod. Potom je třeba těhotné zajistit adekvátní péči a ukončení těhotenství indikovat na základě špatných výsledků prenatalní diagnostiky. Eticky náročné bývá i rozhodnutí o císařském řezu, pokud prognóza pro plod zůstává špatná. Takový agresivní postup v zájmu plodu může ohrozit ženu, přičemž situace pro plod se nezmění. Na základě všech informací o možnostech postupu se pak čeká na rozhodnutí ženy, které se akceptuje.

A konečně poslední konflikt vzniká při kolizi *zájmů dvou (i více) plodů*. V oblasti asistované reprodukce doporučuje lékařská věda v některých případech selektivní

¹⁰² Umělé přerušování těhotenství

redukci embryí. Při vícečetném těhotenství může nastat situace, kdy je třeba v zájmu jednoho plodu těhotenství ukončit dříve. Ovšem pro další plod by bylo výhodné těhotenství zachovat. Nejobtížnější je rozhodnutí, když je vývoj plodů na hranici možné životaschopnosti (Čepický a Dudová, 2010).

5.2 Práva těhotné v lékařské péči

Právem ženy je, aby se účastnila rozhodování, které se týká jejího zdravotního stavu a stavu nenarozeného dítěte. Ve zdravotnické praxi existuje povinnost postupovat tzv. lege artis, která je ukotvena v zákonech. Vyjadřuje ji § 11 zákona č.20/1966 Sb. Říká, že zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení v souladu s dostupnými poznatky lékařské vědy. Tyto poznatky jsou v oblasti péče o těhotné ženy většinou popsány ve formě různých doporučení Českou gynekologicko-porodnickou společností a v odborné literatuře (Kökörčený, 2006).

Výjimky z postupu lege artis jsou tři. Žena může postup lege artis odmítnout, pak se volí druhé možné nejlepší řešení postupu. Pokud situace v krajní nouzi neumožňuje postup lege artis, nebezpečí je bezprostřední a následky se postupem non lege artis nezhorší, je možné jej použít. Výzkumná činnost také podléhá zvláštním předpisům. Žádosti ženě o postup non lege artis, jak jsem uváděla v předchozí kapitole, nesmí lékař vyhovět.

V dnešní medicínsky vyspělé době existuje mnoho možností v oblasti prenatalní diagnostiky. Těhotná se může obávat jak doporučeného výkonu, tak samotného výsledku. Právem ženy je jakoukoli diagnostiku odmítnout, i když je v jistých situacích potřebná. Obtížné rozhodování může nastat při řešení otázky přerušení těhotenství na základě zjištění vrozené vývojové vady plodu. Zákon č. 75/1986 říká, že důvodem ukončení těhotenství jsou závažné dědičné choroby a vývojové vady diagnostikované u plodu. Každý ovšem může vnímat závažnost choroby či vrozené vady jinak. Některé ženě nepřijde závažný Downův syndrom, jiné se zdá malý rozštěp rtu důvodem pro ukončení těhotenství. Provedení umělého ukončení těhotenství je na rozhodnutí lékaře. Souhlas s umělým ukončením těhotenství musí dát samozřejmě žena (Kökörčený, 2006).

Kromě práv pacienta by měla těhotné ženě náležet i následující práva, která zmíním.

Před podáním léku či před lékařským zákrokem má být těhotná informována o pozitivních účincích léčby, ale i o všech možných rizicích a negativních účincích, které z daného úkonu hrozí jí samotné a nenarozenému dítěti. Před započítím léčby má být žena informována i o možných alternativních postupech a o prevenci, a to již v raném stádiu těhotenství. Jako prevenci bych doporučila ženám například těhotenské kurzy, které přispívají k psychické a fyzické pohodě těhotné. Touto formou pak pomáhají předcházet některým léčebným a porodnickým zásahům.

Před podáním jakéhokoli léku musí být žena informována, že lék může vyvolat negativní účinky u plodu. I když se lék považuje za bezpečný v těhotenství, vždy nějakým způsobem plod ovlivňuje a nepředvídatelné reakce může vyvolat. Žena musí být seznámena s tím, že v zájmu bezpečnosti je nutné užívat jen léky nezbytně potřebné v nejnižších možných dávkách. Pokud při podání léku a lékařského postupu existují nejasné oblasti, ve kterých nebyl učiněn žádný výzkum potvrzující jejich bezpečnost s ohledem na fyziologický, mentální a neurologický vývoj dítěte, musí být o nich těhotná informována. Před podáním léku má žena znát i název léku, aby mohla sledovat možné nežádoucí účinky a sdělit je odborníkovi.

Žena se může sama bez jakéhokoli nátlaku rozhodnout, zda navrhované postupy v těhotenství přijme, nebo je zamítne. Má právo znát jméno a kvalifikaci osoby, která vykonává činnosti a rady v souvislosti s jejím těhotenstvím. Musí vědět, zda navrhovaný výkon bude prospěšný pro ni a dítě, nebo se jedná o tzv. zákrok elektivní (sledující její komfort nebo za účelem výzkumu). Těhotnou může během těhotenství a porodu doprovázet osoba, která jí poskytuje psychickou i fyzickou podporu (Evans, 1997).

5.3 Zákonné úpravy pracovní činnosti v těhotenství

Těhotná žena nesmí vykonávat práce s ionizujícím zářením, být vystavena mechanickému chvění, otřesům, záření elektromagnetických vln, zatěžujícímu mikroklimatu, sníženému či zvýšenému atmosférickému tlaku, infekčnímu prostředí, práci s jedy a škodlivinami. Nesmí samozřejmě vykonávat práce ve výšce, práce

v nefyziologické poloze, při stání a tlaku na břicho, ve znečištěném prostředí a práce v noci. Těhotná může požádat o kratší nebo změněnou pracovní dobu, nesmí být poslána na pracovní cestu mimo obec, kde je zaměstnána, nesmí s ní být rozvázán pracovní poměr. Pokud žena dosahuje nižšího výdělku při práci, na kterou byla přeřazena (bez svého zavinění), má právo na vyrovnávací příspěvek.

Samotné těhotenství není důvodem pracovní neschopnosti. Pokud má žena pracovní neschopnost vystavenou, pak končí nástupem na mateřskou dovolenou. Pracovní neschopnost vystavuje lékař ženě v případě rizikového těhotenství, kdy pracovní činnost ohrožuje ženu nebo plod po stránce fyzické či psychické. Je to především při patologickém těhotenství, hrozícím potratu, u dvojčat a patologických poloh plodu. Nárok na pracovní neschopnost má i žena se zhoršením neporodnické chronické choroby.

Zaměstnankyni (matce) náleží v souvislosti s porodem a péčí o narozené dítě mateřská dovolená po dobu 28 týdnů. Porodila-li zároveň dvě nebo více dětí, náleží jí mateřská dovolená po dobu 37 týdnů. Mateřskou dovolenou žena nastupuje zpravidla od počátku šestého týdne před očekávaným dnem porodu, nejdříve však od počátku osmého týdne před tímto dnem.

Vyčerpá-li zaměstnankyně z mateřské dovolené před porodem méně než šest týdnů, protože porod nastal dříve, než určil lékař, náleží jí mateřská dovolená ode dne jejího nástupu až do uplynutí doby 28 týdnů, nebo 37 týdnů od porodu. Vyčerpá-li však zaměstnankyně z mateřské dovolené před porodem méně než šest týdnů z jiného důvodu, poskytne se jí mateřská dovolená ode dne porodu jen do uplynutí 22 týdnů, popřípadě 31 týdnů, jde-li o zaměstnankyni, která porodila zároveň dvě nebo více dětí. Jestliže se dítě narodilo mrtvé, náleží zaměstnankyni mateřská dovolená po dobu 14 týdnů. Mateřská dovolená v souvislosti s porodem nesmí být nikdy kratší než 14 týdnů a nemůže v žádném případě skončit ani být přerušena před uplynutím šesti týdnů ode dne porodu. Rodičovskou dovolenou je povinen zaměstnavatel poskytnout matce nebo otci na požádání, a to do věku 3 let dítěte (Rodina, 2010).

6 PRŮZKUMNÁ ČÁST

6.1 Cíl průzkumu a hypotézy

Ze své praxe porodní asistentky vím, že těhotné ženy se často zabývají obtížemi, které v těhotenství běžně přicházejí. Zdá se mi, že s příchodem zásahů moderní medicíny do průběhu početí a těhotenství samotných obtíží přibývá. Tyto ženy pak mohou i fyziologické změny v těhotenství vnímat jako překážku, která jim zabraňuje vykonávat běžné každodenní činnosti.

Hlavní otázkou pro mě bylo, jakou závažnost přikládají těhotné ženy běžným těhotenským potížím a jak je vnímají. Cílem průzkumu se pro mne tedy stalo zjišťování subjektivního pocitu žen při vybraných těhotenských obtížích a zjistit míru závažnosti, které jim přikládají. Jako vedlejší cíl jsem si stanovila zjistit, kdo ženě pomáhá se vyrovnávat s prožívanými obtížemi.

Na základě těchto cílů jsem stanovila dvě hypotézy, z čehož hypotéza č. 1 je hypotézou hlavní pro můj průzkum.

Hypotéza č. 1: Po 37. týdnu gravidity pocítují těhotné ženy za závažnou obavu o zdraví dítěte.

(Pojem „závažná“ je specifikován označením závažnosti na stupnici v dotazníku „středně závažná (2)“ nebo „velmi závažná (3)“ obtíž zažívaná v těhotenství.)

Hypotéza č. 2: Ve zvládnání těhotenských obtíží bude nejvíce ženě pomáhat její partner.

6.2 Metodika průzkumu

Pro svůj průzkum jsem zvolila jako metodu dotazování techniku anonymního dotazníku – viz. Příloha A. Dotazník obsahuje 9 typů položek, jejichž obsah je následující.

Položka číslo jedna je položkou filtrační, která vyřazovala z průzkumu respondentky, které v těhotenství nezažívaly žádné těhotenské potíže. Otázka číslo dvě byla také filtrační, respondentky v ní vybíraly, které obtíže v těhotenství zažívaly. Pokud byla obtíž označena jako zažívaná, doplňovaly respondentky u dané

obtíže z nabídnuté škály číslo 1, 2, nebo 3. Každé číslo označovalo míru subjektivně vnímané závažnosti příslušné obtíže. Číslo 1 se rovnalo malé závažnosti, číslo 2 se rovnalo závažnosti střední a číslo 3 znamenalo obtíž velmi závažnou. Otázka číslo tři je otázkou polouzavřenou a dotazovala jsem se v ní na poskytování pomoci ve zvládnutí těhotenských obtíží. Otázky číslo 4-8 slouží k bližšímu poznání charakteristik reprezentativního vzorku v mém průzkumu. Zjišťuji v nich věk, vzdělání, paritu, stav (rizikovost) těhotenství a způsob otěhotnění. Poslední otázka v dotazníku je otevřená, respondentky zde mají možnost doplnit informace, na které jsem se nedotazovala, ale přesto se jim zdají podstatné.

Dotazník je určen ženám po dokončeném 37. týdnu gravidity, které docházejí k ambulantnímu gynekologovi nebo na vyšetření CTG, které se většinou provádí v nemocničních zařízeních. Dále gravidním ženám, také po 37. týdnu těhotenství, které navštěvují těhotenské kurzy.

Mé dotazníkové šetření proběhlo po udělení souhlasu s průzkumem v příslušných zařízeních v období od 29.3.2010 do 2.7.2010. Dotazníky jsem rozdala podle svých možností a ochoty spolupráce nemocnic, ambulantních ordinací a vedoucích těhotenských kurzů. Celkem byly rozdány na 4 místech. Rozmístění počtu dotazníků do jednotlivých zařízení bylo dle možností jednotlivých zařízení, částečně korespondovalo s počtem gravidních žen, které do zařízení (kurzu) docházely.

V chrudimské nemocnici jsem se rozhodla rozdat 60 dotazníků, v ambulanci v Chrudimi 30 dotazníků, v pražské nemocnici na Bulovce 90 dotazníků a těhotenskému kurzu v Praze 20 dotazníků. Celkem bylo umožněno rozdání 200 dotazníků.

Vzorec pro výpočet relativní četnosti vyjádřený v procentech, který jsem nejčastěji používala při zpracování dat z dotazníkového šetření je následující:

$F_i = n_i / n \times 100$, kde n_i znamená absolutní četnost, f_i relativní četnost, rozsah souboru znázorňuje písmeno n . Znak Σ , který užívám v tabulkách značí celkovou četnost.

6.2.1 Etické aspekty

Výzkum produkuje z etického hlediska velké množství problémů. Některé jsou obecné, jiné zase specifické. Mezi obecné principy etiky výzkumu patří například to, že výzkumník je povinen zpracovat všechny údaje, informace a výsledky přesně a pravdivě.

Účastníky výzkumu se často stávají lidé, stejně jako tomu bylo v mém průzkumu. V takových případech je důležité, aby zkoumané osoby měly zabezpečeny všechna práva, která jim náleží a budou je chránit.

Povinností výzkumníka je, aby získal souhlas k účasti na výzkumu. Vyslovení souhlasu znamená, že jedinec dostal adekvátní informace o výzkumu, které je schopný pochopit, a rozhodnout se svobodně o účasti na něm. Informace lze poskytnout jak ústně, tak i písemně, jak jsem to učinila i v mém průzkumu pomocí anonymního dotazníku (Bártlová, 2008).

6.3 Vyhodnocení průzkumu

Tato kapitola bude obsahovat zpracovaná a vyhodnocená získaná data z dotazníku, která uvedu v tabulkách. Pro názornost v některých případech přiložím grafické zpracování.

6.3.1 Charakteristika průzkumného vzorku

Položka č.1. návratnost dotazníků z jednotlivých pracovišť.

Tab. č. 1. Počet dotazníků

DOTAZNÍKY	ROZDANÉ	NÁVRATNOST	VYŘAZENÉ	KE ZPRACOVÁNÍ
nemocnice Chrudim	60	38	3	35
ambulance Chrudim	30	28	3	25
nemocnice Bulovka Praha	90	48	1	47
těhotenský kurz Praha	20	15	0	15
celkem (Σ)	200	129	7	122

V tabulce číslo 1 vidíme, že z celkového počtu rozdaných 200 dotazníků byla návratnost 129 vyplněných dotazníků. Ke zpracování dat mi nakonec zůstal vzorek 122 dotazníků. Mezi vyřazené dotazníky patřily ty, které nebyly zcela vyplněny a jeden, ve kterém respondentka označila, že nezažívala těhotenské obtíže – viz. Tab. č. 2 uvedená níže.

Položka č.2. Na otázku týkající se obtíží v současném těhotenství, odpovídá tabulka číslo 2.

Tab. č. 2. **Obtíže v těhotenství**

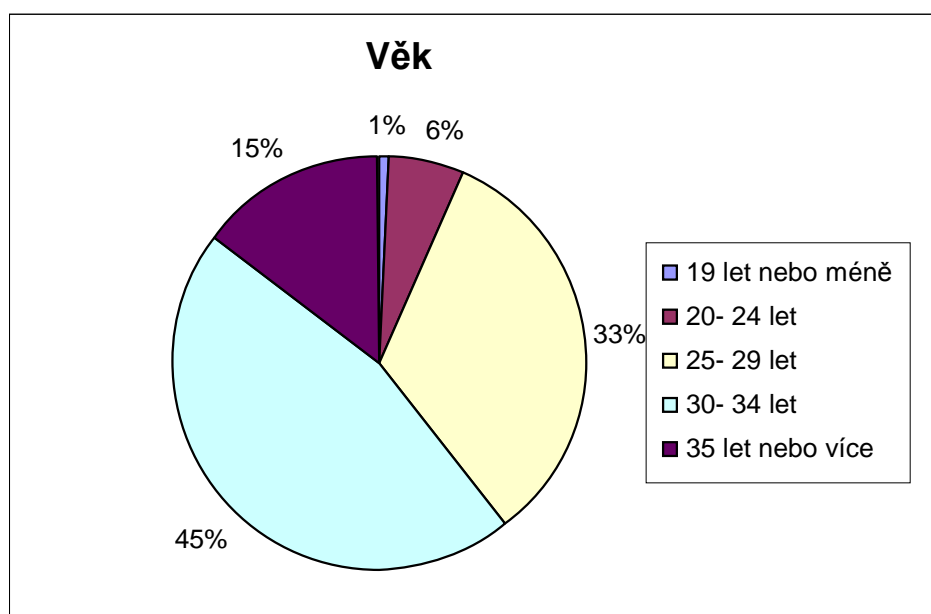
OBTÍŽE V TĚHOTENSTVÍ	POČET (N _I)
ano	122
ne	1
celkem (Σ)	123

Tab. č. 2 uvádí, že až na jedinou ženu z počtu 123 měly všechny ženy těhotenské obtíže.

Položka č. 3. Věková skladba souboru.

Tab. č. 3. **Věkové rozložení respondentek**

VĚK	POČET (N _I)	% (F _I)
19 let nebo méně	1	0,82
20- 24 let	7	5,74
25- 29 let	40	32,79
30- 34 let	56	45,90
35 let nebo více	18	14,75
celkem (Σ)	122	100,00



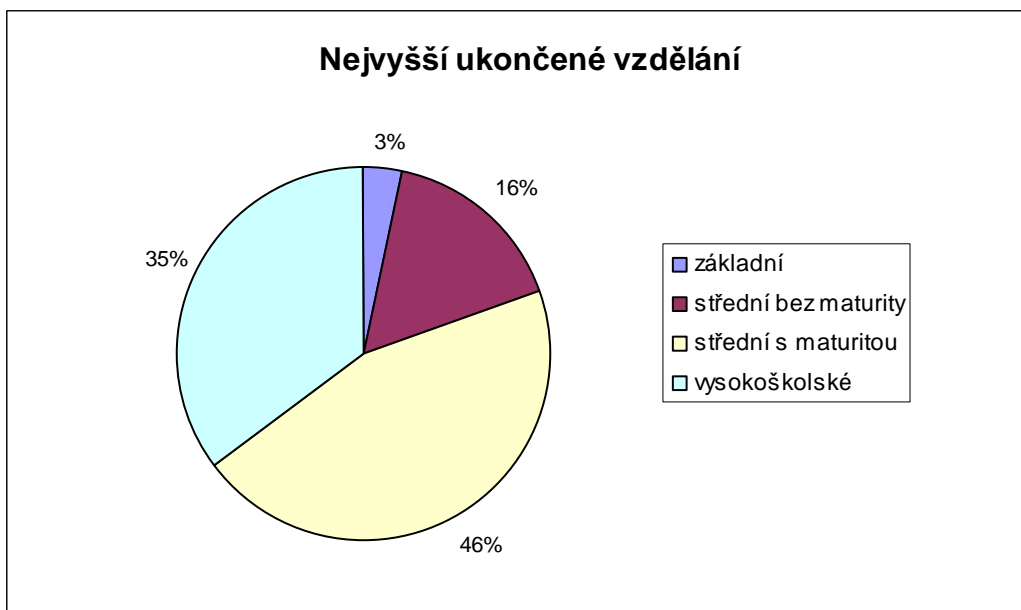
Obr. č. 1. Graf věkového rozložení respondentek

Tabulka číslo 3 obsahuje informace o věku respondentek. Z grafického znázornění na obr. č. 1 můžeme názorně vidět, že nejpočetnější skupinou mého výzkumného vzorku byly ženy ve věku od 30 do 34 let. Přibližně ve třetině případů spadaly respondenty do věkové skupiny 25-29 let.

Položka č. 4. Nejvyšší ukončené vzdělání zkoumaných osob.

Tab. č. 4. Vzdělání respondentek

NEJVYŠŠÍ UKONČENÉ VZDĚLÁNÍ	POČET (N _I)	% (F _I)
základní	4	3,28
střední bez maturity	20	16,39
střední s maturitou	55	45,08
vysokoškolské	43	35,25
celkem (Σ)	122	100,00



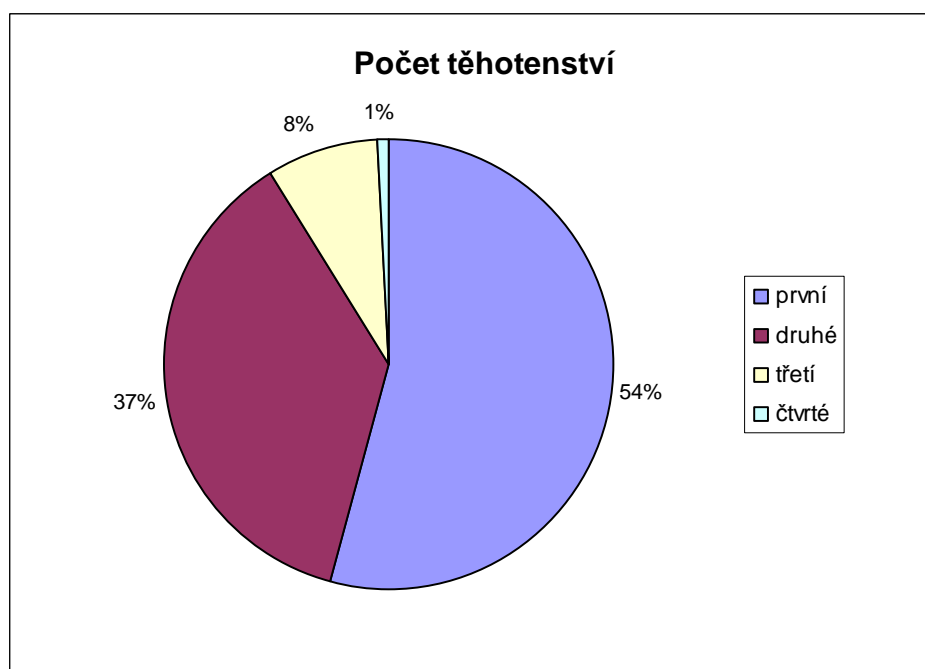
Obr. č. 2. **Graf vzdělání respondentek**

V tabulce číslo 4 vidíme rozložení vzdělání zkoumaných žen. Nejvíce žen dosáhlo středního vzdělání s maturitou (viz obr. č. 2). 35 % žen mělo vysokoškolské vzdělání, 16 % střední bez maturity.

Položka č. 5. Kolikáté těhotenství žena prožívá?

Tab. č. 5. **Parita**

POČET TĚHOTENSTVÍ	POČET (N _I)	% (F _I)
první	66	54,10
druhé	45	36,89
třetí	10	8,20
čtvrté	1	0,82
celkem (Σ)	122	100,00



Obr. č. 3. **Graf parity**

Tabulka číslo 5 zahrnuje informace, kolikáté těhotenství žena prožívá. Z grafické ilustrace na obr.č.3 můžeme vyčíst, že více jak polovina gravidních žen zkoumaného vzorku prožívala první těhotenství. U 37 % žen probíhalo těhotenství druhé.

Položka č. 6. Bylo těhotenství normální nebo nikoliv?

Tab. č. 6. **Stav současného těhotenství respondentky**

STAV TĚHOTENSTVÍ	POČET (N _I)	% (F _I)
fyziologické	75	61,48
rizikové	26	21,31
po nějakou dobu fyziologické, po nějakou dobu rizikové	21	17,21
celkem (Σ)	122	100,00



Obr. č. 4. Graf stavu současného těhotenství respondentek

Tabulka číslo 6 zahrnuje informace o rizikovosti současného těhotenství. Grafické zobrazení těchto údajů je na obr. č. 4. Více jak polovina žen dotazníkového šetření prožívala fyziologické těhotenství. Rizikové těhotenství, alespoň po určitou dobu trvání těhotenství, probíhalo téměř u 39 % gravidních žen.

Položka č. 7. Jakým způsobem žena otěhotněla?

Tab. č. 7. Způsob otěhotnění respondentky

ZPŮSOB OTĚHOTNĚNÍ	POČET (N _I)	% (F _I)
přirozenou cestou	113	92,62
umělým oplodněním	9	7,38
celkem (Σ)	122	100,00

V tabulce číslo 7 můžeme vidět, že téměř všechny ženy mého průzkumného vzorku otěhotněly přirozenou cestou. Pouze 7 % žen podstoupilo některou z metod umělého oplodnění pro vznik současného těhotenství, což jistě není zanedbatelné.

6.3.2 Interpretace dotazníkových dat vzhledem ke stanoveným hypotézám

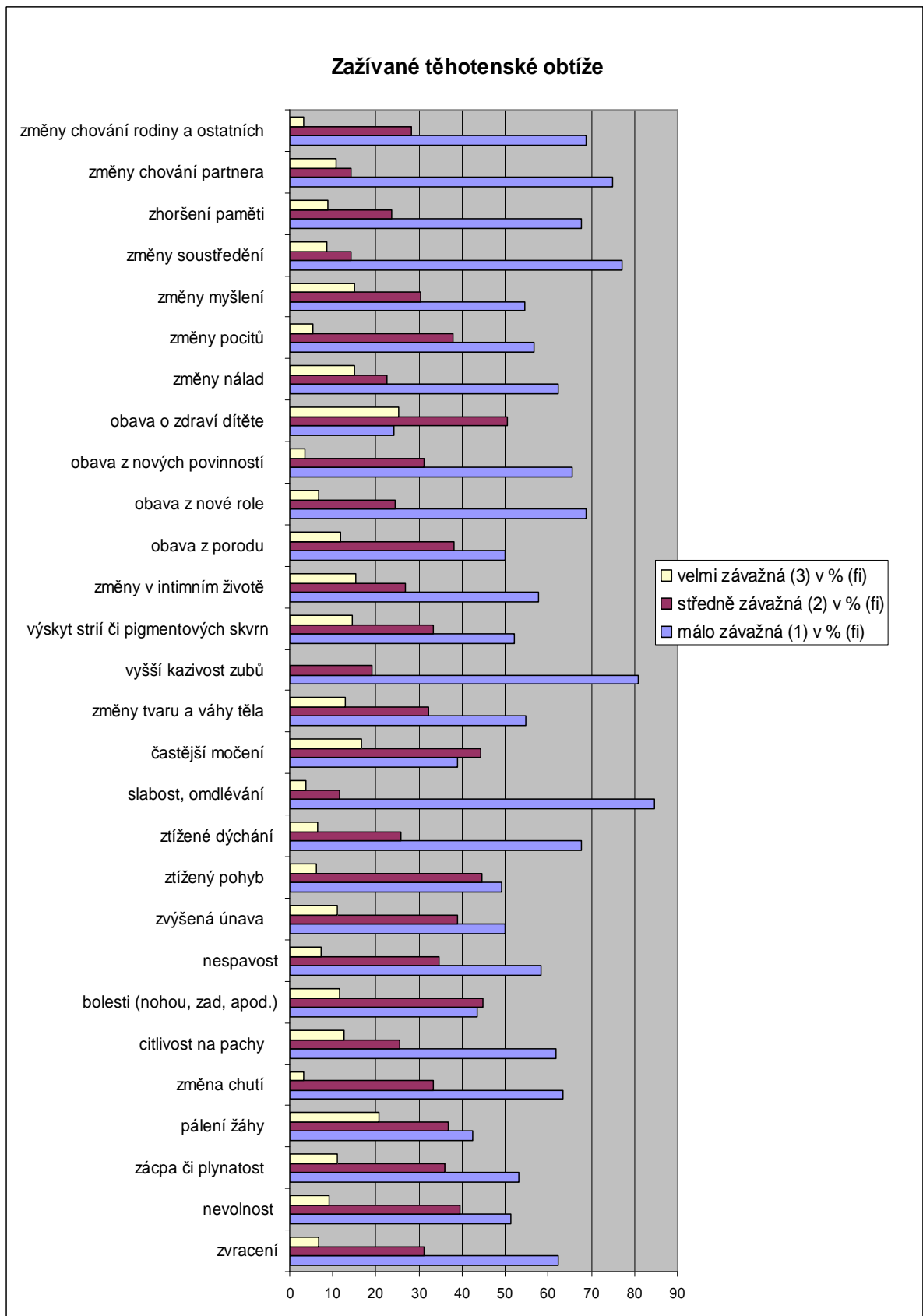
Položka č. 1. Které z následujících vybraných obtíží žena v současném těhotenství zažívala/zažívá?

A jakou míru závažnosti žena přikládá zažívané obtíži?

Tab. č. 8. Stupeň závažnosti zažívaných těhotenských obtíží

2. ZAŽÍVANÉ TĚHOTENSKÉ OBTÍŽE	MÁLO ZÁVAŽNÁ (1)		STŘEDNĚ ZÁVAŽNÁ (2)		VELMI ZÁVAŽNÁ (3)		Σ (CELKEM) ODPOVĚDÍ n _i
	n _i	f _i	n _i	f _i	n _i	f _i	
zvracení	28	62,22	14	31,11	3	6,67	45
nevolnost	39	51,32	30	39,47	7	9,21	76
zácpa či plynatost	34	53,13	23	35,94	7	10,94	64
pálení žáhy	37	42,53	32	36,78	18	20,69	87
změna chutí	19	63,33	10	33,33	1	3,33	30
citlivost na pachy	39	61,90	16	25,40	8	12,70	63
bolesti (nohou, zad, apod.)	34	43,59	35	44,87	9	11,54	78
nespavost	32	58,18	19	34,55	4	7,27	55
zvýšená únava	41	50,00	32	39,02	9	10,98	82
ztížený pohyb	32	49,23	29	44,62	4	6,15	65
ztížené dýchání	42	67,74	16	25,81	4	6,45	62
slabost, omdlávání	22	84,62	3	11,54	1	3,85	26
častější močení	42	38,89	48	44,44	18	16,67	108
změny tvaru a váhy těla	51	54,84	30	32,26	12	12,90	93
vyšší kazivost zubů	17	80,95	4	19,05	0	0,00	21
výskyt stríí či pigmentových skvrn	25	52,08	16	33,33	7	14,58	48
změny v intimním životě	30	57,69	14	26,92	8	15,38	52
obava z porodu	38	50,00	29	38,16	9	11,84	76
obava z nové role	31	68,89	11	24,44	3	6,67	45
obava z nových povinností	19	65,52	9	31,03	1	3,45	29
obava o zdraví dítěte	20	24,10	42	50,60	21	25,30	83
změny nálad	33	62,26	12	22,64	8	15,09	53
změny pocitů	21	56,76	14	37,84	2	5,41	37
změny myšlení	18	54,55	10	30,30	5	15,15	33
změny soustředění	27	77,14	5	14,29	3	8,57	35
zhoršení paměti	23	67,65	8	23,53	3	8,82	34
změny chování partnera	21	75,00	4	14,29	3	10,71	28
změny chování rodiny a ostatních	22	68,75	9	28,13	1	3,13	32

V tabulce číslo 8 jsou obsaženy informace o tom, v jakém počtu ze vzorku 122 respondentek zažívaly gravidní ženy vybrané těhotenské obtíže (poslední sloupek). V dalších sloupcích tabulky je zaznamenána míra vnímané závažnosti vybraných obtíží. Nejčastěji gravidní ženy zažívaly častější močení. Za málo závažnou obtíž považovaly nejčastěji slabost a omdlívání. Jako středně závažná se jim zdála obava o zdraví dítěte. Stejně tak uváděly ženy za velmi závažnou obavu o zdraví dítěte.



Obr. č. 5. Graf stupně závažnosti zažívaných těhotenských obtíží

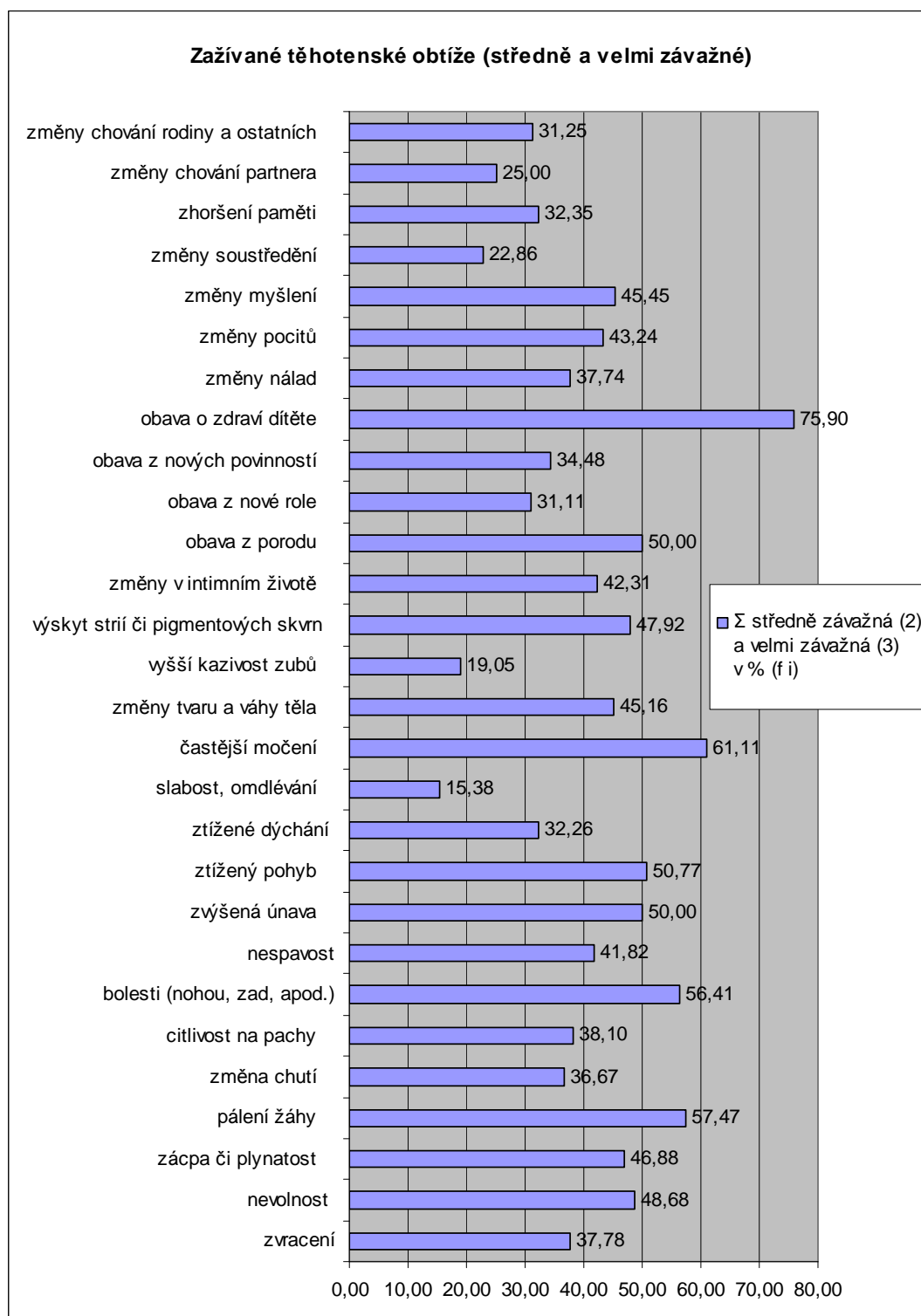
Na obrázku číslo 5 ilustruje graf rozložení vnímání závažnosti zažívaných těhotenských obtíží. Je zde vidět, že nejčastěji jsou zažívané obtíže vnímány jako málo závažné. Relativně málo žen vnímá obtíže v těhotenství jako velmi závažné.

Hypotéza č. 1: Po 37. týdnu gravidity pocítují těhotné ženy za závažnou (středně a velmi závažnou) obavu o zdraví dítěte.

Tab. č. 9. Těhotenské obtíže (středně a velmi závažné)

ZAŽÍVANÉ TĚHOTENSKÉ OBTÍŽE	STŘEDNĚ ZÁVAŽNÁ (2)		VELMI ZÁVAŽNÁ (3)		Σ (CELKEM) STŘEDNĚ ZÁVAŽNÁ(2) A VELMI ZÁVAŽNÁ (3)
	n _i	f _i	n _i	f _i	
zvracení	14	31,11	3	6,67	37,78
nevolnost	30	39,47	7	9,21	48,68
zácpa či plynatost	23	35,94	7	10,94	46,88
pálení žáhy	32	36,78	18	20,69	57,47
změna chutí	10	33,33	1	3,33	36,67
citlivost na pachy	16	25,40	8	12,70	38,10
bolesti (nohou, zad, apod.)	35	44,87	9	11,54	56,41
nespavost	19	34,55	4	7,27	41,82
zvýšená únava	32	39,02	9	10,98	50,00
ztížený pohyb	29	44,62	4	6,15	50,77
ztížené dýchání	16	25,81	4	6,45	32,26
slabost, omdlávání	3	11,54	1	3,85	15,38
častější močení	48	44,44	18	16,67	61,11
změny tvaru a váhy těla	30	32,26	12	12,90	45,16
vyšší kazivost zubů	4	19,05	0	0,00	19,05
výskyt strií či pigmentových skvrn	16	33,33	7	14,58	47,92
změny v intimním životě	14	26,92	8	15,38	42,31
obava z porodu	29	38,16	9	11,84	50,00
obava z nové role	11	24,44	3	6,67	31,11
obava z nových povinností	9	31,03	1	3,45	34,48
obava o zdraví dítěte	42	50,60	21	25,30	75,90
změny nálad	12	22,64	8	15,09	37,74
změny pocitů	14	37,84	2	5,41	43,24
změny myšlení	10	30,30	5	15,15	45,45
změny soustředění	5	14,29	3	8,57	22,86
zhoršení paměti	8	23,53	3	8,82	32,35
změny chování partnera	4	14,29	3	10,71	25,00
změny chování rodiny a ostatních	9	28,13	1	3,13	31,25

V tabulce číslo 9 je vyhodnoceno, kterou obtíž vnímají ženy za závažnou, což představuje označení obtíže za středně nebo velmi závažné. Rozložení vnímané závažnosti je také graficky zobrazeno níže na obrázku číslo 6. **Hypotéza číslo 1** byla tedy **potvrzena**, protože ženy nejčastěji vnímají za závažnou obavu o zdraví dítěte.

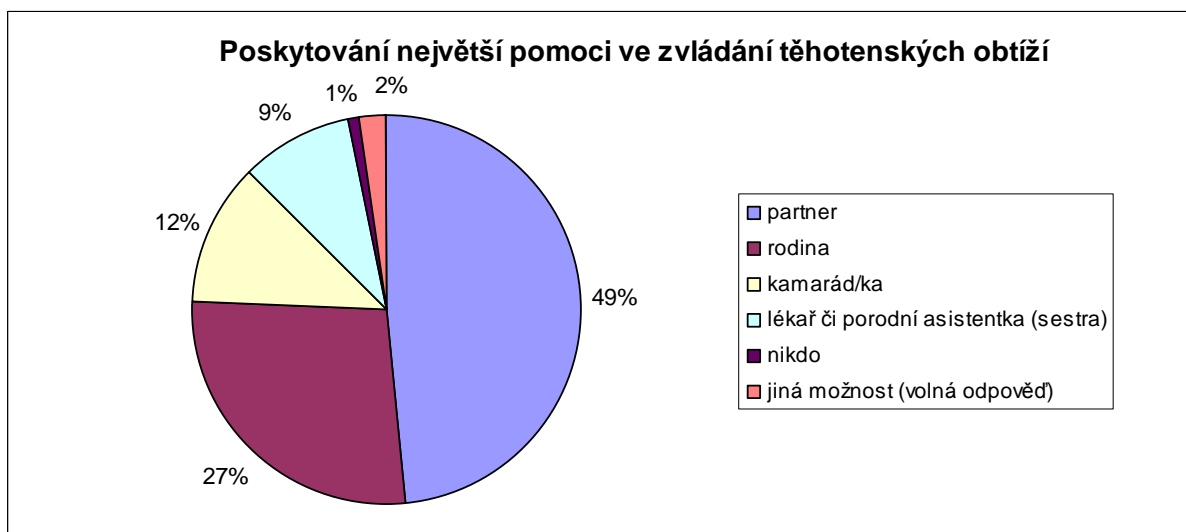


Obr. č. 6. Graf závažných těhotenských obtíží

Položka č. 2. Kdo ženě nejvíce pomáhá ve zvládnání obtíží?

Tab. č. 10. **Poskytování pomoci ve zvládnání těhotenských obtíží**

POSKYTOVÁNÍ NEJVĚTŠÍ POMOCI VE ZVLÁDÁNÍ TĚHOTENSKÝCH OBTÍŽÍ	POČET (N _I)	% (F _I)
partner	107	48,20
rodina	61	27,48
kamarád/ka	26	11,71
lékař či porodní asistentka (sestra)	21	9,46
nikdo	2	0,90
jiná možnost (volná odpověď)	5	2,25
celkem (Σ)	222	100,00



Obr. č. 7. **Graf poskytování pomoci při zvládnání těhotenských obtíží**

Hypotéza č. 2: Hypotéza, že ve zvládnání těhotenských obtíží bude nejvíce ženě pomáhat její partner, byla **potvrzena** jak ilustruje graf na obrázku číslo 7. Téměř v 50 % nejvíce ženě pomáhá ve zvládnání těhotenských obtíží její partner – viz tabulka číslo 10. Na druhém místě se největší oporou gravidní ženě stává rodina. Do volné odpovědi ženy nejčastěji doplňovaly, že pomoc získávají prostřednictvím informací z knih či internetu.

Položka č. 3. Informace, které v dotazníku nebyly zahrnuty, ale přesto se zdály gravidním ženám podstatné, doplňovaly respondentky v poslední položce dotazníku formou volné odpovědi.

Tab. č. 11. **Doplňující informace**

DOPLŇUJÍCÍ INFORMACE (VOLNÁ ODPOVĚĎ)	POČET (N _i)
inkontinence	1
otoky	2
křeče svalů	2
křečové žíly	1
celkem (Σ)	6

Jak je zaznamenáno v tabulce 11, ženy zažívaly další, mimo mnou vybraných, těhotenských obtíží. Nejčastějšími byly otoky a křeče svalů, dále se objevily křečové žíly a inkontinence.

ZÁVĚR

V diplomové práci s názvem Bio-psycho-sociální změny v době těhotenství ženy jsem se zaměřila v teoretické části na vytýčení základní terminologie týkající se těhotenství. Popsala jsem somatické změny, které nastávají u gravidních žen, a jejichž projevy často ovlivňují každodenní běžný život nejen ženy, ale i celé rodiny a okolí. Všechny tyto změny, které u ženy nastávají, ovlivňují její psychický stav. Je třeba, aby o těchto změnách byl informován i partner ženy, protože vývoj plodu - a s tím související proměny - ovlivňují i partnerský a intimní život nastávajících rodičů. Žena by měla svému stavu přizpůsobovat i svůj životní styl, což je žádoucí pro správný vývoj plodu a prevenci vzniku patologií v průběhu těhotenství. Někdy je k tomu běžnými, ačkoli leckdy výraznými změnami v těhotenství i nucena, což mnohé ženy mohou vnímat negativně. Některé ženy mohou mít problematický vztah k těhotenství a existuje mnoho psychosociálních faktorů, které to ovlivňují, což jsem v teoretické části také charakterizovala. S těhotenstvím souvisí mnoho etických a právních otázek, které jsem neopomněla objasnit.

V průzkumné části diplomové práce jsem měla za cíl zjistit, s jakou závažností vnímají gravidní ženy běžné těhotenské potíže. Vzhledem k tomuto cíli jsem stanovila hypotézu. Předpokládala jsem, že za nejzávažnější budou ženy pokládat obavu o zdraví dítěte, což mi můj průzkumný vzorek potvrdil. Tento fakt přisuzuji skutečnosti, že přibývá (i falešně) pozitivních výsledků testů prenatální diagnostiky, a ženy se pak podrobují testům genetické diagnostiky, jako je například amniocentéza. Jindy se toto vyšetření doporučuje ženám ve věku vyšším než 35 let při graviditě. A v dnešní době přibývá žen, které čekají své dítě až po tomto věku. Poté ženy čekají na výsledky genetického vyšetření a obávají se, zda bude jejich dítě zdravé. Dalším faktorem, který může tuto obavu podporovat, je přibývajících neplodnost párů a s tím spojené procedury metod umělého oplodnění. Proto bych pro další průzkum doporučovala tuto moji domněnku objasnit.

Jako dílčí cíl průzkumné části jsem si dala za úkol zjistit, kdo je největší oporou ženě ve zvládnání těhotenských obtíží. Má hypotéza byla, že jí největší oporou bude

partner. Tedy osoba, která je většinou i nastávajícím otcem, tráví se ženou společný život, důvěrně jí zná, a také proto ji bude nejvíce podporovat. Tento můj předpoklad se mi v mém vzorku osob potvrdil.

Mým dalším osobním předpokladem, který jsem však do průzkumu nezahrnula, bylo, že ve velké míře bude ženě s těhotenskými obtížemi pomáhat i lékař či sestra. Tento předpoklad se mi nepotvrdil, což mě jako porodní asistentku trochu mrzí, protože pomoc ve zvládnutí těhotenských obtíží je náplní mé práce spolu s lékařem. Proto bych navrhovala jako další náplň průzkumu zjistit, z jakých důvodů ženy nevnímají zdravotnický personál jako velkou oporu při zvládnutí běžných těhotenských obtíží.

Myslím, že stanovené cíle se mi podařilo splnit. Vytváření diplomové práce, především průzkumné části, mi přineslo mnoho zajímavých informací v oblasti dané tematiky a nových myšlenek pro prozkoumávání dalších námětů.

LITERATURA

BÁRTLOVÁ, S., SADÍLEK, P., TÓTHOVÁ, V. *Výzkum a ošetrovatelství*. 2. vyd. Brno: NCO NZO, 2008. ISBN 978-80-7013-467-2.

ČECH, E. aj. *Porodnictví*. 2. vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1303-9.

ČEPICKÝ, P. *Psychologie ženy*. Praha: Ikem, 1992.

ČEPICKÝ, P., KURZOVÁ, H. *Gynekologie a porodnictví v ordinaci praktického lékaře*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0677-1.

EVANS, N. *Těhotenství a porod od A do Z*. Praha: Pragma, 1997. ISBN 80-7205-510-0.

HRONEK, M. *Výživa ženy v obdobích těhotenství a kojení*. Praha: Maxdorf, 2004. ISBN 80-7345-013-5.

KUTNOHORSKÁ, E. *Výzkum ve zdravotnictví: metodika a metodologie výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-1877-3.

MACKŮ, F., MACKŮ, J. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-589-0.

MARTIUS, G. *Lehrbuch der Gynäkologie und Geburtshilfe*. 2. verb. Auflage, Stuttgart – New York: Georg Tyjeme Verlag, 1996. ISBN 3-13-118902-9.

RATISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie - porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008. ISBN 974-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, A. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1941-2.

ROZTOČIL, A. *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN : 80-7013-339-2.

STADELMANN, I. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. 2. vyd. Praha: One Women Press, 2004. ISBN 80-86356-31-0.

STOPPARDOVÁ, M. *Početí, těhotenství a porod*. Martin: Neografia, 1996. ISBN 80-85186-91-8.

TRČA, S. *Těhotenství a porod*. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0024-5.

VOKURKA, M., HUGO, J. *Velký lékařský slovník*. 4. vyd. Praha: Maxdorf, 2004, s. 50, s. 109, s. 187, s. 215, s. 216, s. 230, s. 259, s. 261, s. 294, s. 298, s. 322, s. 325, s. 346, s. 356, s. 357, s. 399, s. 415, s. 418, s. 429, s. 432, s. 438, s. 476, s. 508, s. 516, s. 549, s. 602, s. 667, s. 677, s. 703, s. 709, s. 713, s. 745, s. 752, s. 758, s. 822, s. 889, s. 917, s. 928, s. 932. ISBN 80-7345-037-2.

ZWINGER, A. aj. *Porodnictví*. Praha: Galén, 2004. ISBN : 80-7262-257-9.

Internetové citace

ČEPICKÝ, P., DUDOVÁ, M. *Průvodce mentora klinické praxe*. Mentor klinické praxe v ošetrovatelství a porodní asistenci /online/. c2010. Poslední revize 23.9.2008 /cit. 2010-06-18/. Dostupné z <http://projekty.osu.cz/mentor/pruvodcementorapa.doc>

ČERNÝ, F. *Vývoj plodu šestnáctý týden*. Porod - Pohodový porod a těhotenství /online/. c2005–2006, poslední revize 25.8.2006 /cit. 2010-04-14/. Dostupné z <http://www.porod.estranky.cz/clanky/tehotenstvi-tyden-po-tydnu/tehotenstvi-tyden-po-tydnu-sestnacty>

GREGOROVÁ, R. *Jste těhotná? Nejprve se mění vaše psychika*. Babyweb /online/. c2008, poslední revize duben 2009 /cit. 2010-04-15/. Dostupné z <http://www.babyweb.cz/Clanky/a1542-Jste-tehotna-Nejprve-se-meni-vase-psychika.aspx?s=110>

HORTÁKOVÁ, S. *Poruchy vývoje* /online/. c2010, poslední revize 15.6.2010 /cit. 2010-06-15/. Dostupné z https://atlases.muni.cz/atlases/feto/atl_cz/main+fetopatologie+pvhof.html#fysiolo

HUČÍN, J. *Jiný stav přináší i jiný svět*. Rodina /online/. c1999–2010, poslední revize 16.9.2000 /cit. 2010-04-15/. Dostupné z <http://www.rodina.cz/clanek920.htm>

JEŽKOVÁ, Z. *Rizikové těhotenství*. Rodina /online/. c1999–2010, poslední revize 20.1.2010 /cit. 2010-06-14/. Dostupné z <http://www.rodina.cz/clanek6833.htm>

KACÍŘOVÁ, I. GRUNDMANN, M. *Léky a těhotenství* /online/. c2007, poslední revize 10.3.2007 /cit. 2010-04-30/. Dostupné z <http://www.solen.cz/pdfs/far/2007/03/10.pdf>

KASPEROVÁ, M. *Amniocentéza – vyšetření na vrozené vady během těhotenství*. Ordinance /online/. c 2010, poslední revize 9.6.2010 /cit. 2010-06-09/. Dostupné z <http://www.ordinace.cz/clanek/amniocenteza/>

KÖKÖRČENÝ, M. Právní předpisy - předpis č. 20/1966 Sb. /online/. c2006, poslední revize 6.5.2010 /cit. 2010-06-09/. Dostupné z http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1966/020966/Sb_020966_-----_.php

KÖKÖRČENÝ, M. Právní předpisy - předpis č. 75/1986 Sb. /online/. c2006, poslední revize 6.5.2010 /cit. 2010-06-09/. Dostupné z http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1986/075986/Sb_075986_-----_.php

PAŘÍZEK, A. *Co je rizikové a patologické těhotenství*. Porodnice /online/. c2002–2006 /cit.2010-06-14/. Dostupné z <http://www.porodnice.cz/co-je-rizikove-patologicke-tehotenstvi>

Porodnické názvosloví. Porodnice /online/. c2006–2009 /cit.2010-06-14/. Dostupné z <http://asistentky.porodnice.cz/porodnicke-nazvoslovi-0>.

Psychické změny těhotných. Porodnice /online/. c2002–2006 /cit.2010-06-16/. Dostupné z <http://www.porodnice.cz/psychicke-zmeny-tehotnych>

SMETANOVÁ, D. *V průběhu těhotenství je důležitá nejen životospráva a kvalitní prenatální péče, ale i dostatek informací*. Zdravotnické noviny /online/. c2007–2010, poslední revize 27.9.1999 /cit.2010-06-16/. Dostupné z <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/v-prubehu-tehotenstvi-je-dulezita-nejen-zivotosprava-a-kvalitni--122209>

WILHELMOVÁ, R. *Zdravý životní styl v těhotenství*. Baby online /online/. c 2007–2010 /cit. 2010-04-16/. Dostupné z <http://www.babyonline.cz/tehotenstvi/zdravy-zivotni-styl-v-tehotenstvi.html>

Rodina. Ministerstvo práce a sociálních věcí /online/. /cit. 2010-06-16/. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/cs/4>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – dotazník.....	72
---------------------------	----

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obr. č. 1. Graf věkového rozložení respondentek.....	54
Obr. č. 2. Graf vzdělání respondentek	55
Obr. č. 3. Graf parity	56
Obr. č. 4. Graf stavu současného těhotenství respondentek	57
Obr. č. 5. Graf stupně závažnosti zažívaných těhotenských obtíží.....	60
Obr. č. 6. Graf závažných těhotenských obtíží	62
Obr. č. 7. Graf poskytování pomoci při zvládnutí těhotenských obtíží	63

SEZNAM TABULEK

Tab. č. 1. Počet dotazníků	52
Tab. č. 3. Věkové rozložení respondentek	53
Tab. č. 4. Vzdělání respondentek	54
Tab. č. 5. Parita	55
Tab. č. 6. Stav současného těhotenství respondentky	56
Tab. č. 7. Způsob otěhotnění respondentky	57
Tab. č. 8. Stupeň závažnosti zažívaných těhotenských obtíží	58
Tab. č. 9. Těhotenské obtíže (středně a velmi závažné)	61
Tab. č. 10. Poskytování pomoci ve zvládnutí těhotenských obtíží	63
Tab. č. 11. Doplnující informace	64

Příloha A – dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Rulíková a jsem studentkou 5. ročníku Pražské vysoké školy psychosociálních studií. **Prosím Vás o vyplnění tohoto anonymního dotazníku týkajícího se těhotenských potíží, kterým se věnuji ve své připravované diplomové práci.**

Z navrhovaných odpovědí zakroužkujte písmeno u správné odpovědi. Vyplnění tohoto dotazníku Vám nezabere více než 5 minut. Předem Vám děkuji za čas, který jste věnovala vyplnění dotazníku.

1. Zažívala jste/zažíváte v současném těhotenství těhotenské potíže?

(pokud zakroužkujete odpověď ne, v dalším vyplňování dotazníku již nepokračujte)

- a) ano
- b) ne

2. Které z následujících možných situací jste v současném těhotenství zažívala/zažíváte?

(je možné zakroužkovat více odpovědí)

A jak jste pociťovala závažnost Vámi označené situace? (dopíše číslo do k Vámi zakroužkované situaci, kdy **1 = málo závažná, 2 = středně závažná, 3 = velmi závažná**)

- | | |
|---|--|
| a) zvracení <input type="checkbox"/> | o) vyšší kazivost zubů <input type="checkbox"/> |
| b) nevolnost <input type="checkbox"/> | p) výskyt strií či pigmentových skvrn <input type="checkbox"/> |
| c) zácpa či plynatost <input type="checkbox"/> | q) změny v intimním životě <input type="checkbox"/> |
| d) pálení žáhy <input type="checkbox"/> | r) obava z porodu <input type="checkbox"/> |
| e) změna chutí <input type="checkbox"/> | s) obava z nové role <input type="checkbox"/> |
| f) citlivost na pachy <input type="checkbox"/> | t) obava z nových povinností <input type="checkbox"/> |
| g) bolesti (nohou, zad, apod.) <input type="checkbox"/> | u) obava o zdraví dítěte <input type="checkbox"/> |
| h) nespavost <input type="checkbox"/> | v) změny nálad <input type="checkbox"/> |
| i) zvýšená únava <input type="checkbox"/> | w) změny pocitů <input type="checkbox"/> |
| j) ztížený pohyb <input type="checkbox"/> | x) změny myšlení <input type="checkbox"/> |
| k) ztížené dýchání <input type="checkbox"/> | y) změny soustředění <input type="checkbox"/> |
| l) slabost, omdlávání <input type="checkbox"/> | z) zhoršení paměti <input type="checkbox"/> |
| m) častější močení <input type="checkbox"/> | aa) změny chování partnera <input type="checkbox"/> |
| n) změny tvaru a váhy těla <input type="checkbox"/> | bb) změny chování rodiny a ostatních <input type="checkbox"/> |

3. Kdo Vám nejvíce pomáhá ve zvládnání obtíží, které jste uvedla?

(je možno zakroužkovat více odpovědí)

- a) partner
- b) rodina
- c) kamarád/ka
- d) lékař či porodní asistentka (sestra)
- e) nikdo
- f) jiná možnost (prosím doplňte).....

4. Váš věk je:

- a) 19 let nebo méně
- b) 20- 24 let
- c) 25- 29 let
- d) 30- 34 let
- e) 35 let nebo více

5. Vaše nejvyšší ukončené vzdělání je:

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vysokoškolské

6. Vaše těhotenství je:

- a) první
- b) druhé
- c) třetí
- d) více, kolikáté?

7. Vaše současné těhotenství je/bylo:

- a) fyziologické
- b) rizikové
- c) po nějakou dobu fyziologické, po nějakou dobu rizikové

8. Jakým způsobem jste otěhotněla?

- a) přirozenou cestou
- b) metodou umělého oplodnění

9. Pokud nebylo uvedeno v dotazníku něco, co se Vám zdá podstatné, prosím napište to na tomto místě

.....

.....

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Kateřina Rulíková

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Bio-psycho-sociální změny v době těhotenství ženy

Počet stran (bez příloh):62

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů české literatury a pramenů: 16

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 1

Počet internetových odkazů: 16

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Rok dokončení práce: 2010

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

.....

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Kateřina RULÍKOVÁ

Obor studia:

Název práce: **Bio-psycho-sociální změny v době těhotenství ženy**

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 70

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 33

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová příležitost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Naplnění cílů práce

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak lze použít výsledků zjištěných při vašem výzkumu pro sociální práci?
Co by mohla sociální pracovnice v této oblasti dělat?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka byla vedena záměrem, aby v dotazníku zahrnula všechny možnosti změn v těhotenství. Proto, přestože podle pokynů redukovala původně velmi rozvířený dotazník, stále je hodně obsáhlý na zkoumaný soubor a klade velké nároky na zpracování, o které se autorka poctivě snažila.

Téma sice není prioritní pro sociální práci, ale v teoretické části jeho zpracování je zajímavé a jsou zde i údaje, které nejsou k tomuto předmětu obecně známé. S literaturou autorka pracovat dovede, také používá správně citací. Práce nezapře, že její autorkou je zdravotní sestra. V některých pasážích se dotýká sociální oblasti, ale těžištěm její práce je hlavně oblast biologická a psychologická, která je věcně správně pojata.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Výborně až velmi dobře podle úrovně obhajoby.

Datum 23.9.2010

Podpis:



**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: **Bc. Kateřina Rulíková**

Obor studia:

Název práce: **Bio-psycho-sociální změny v době těhotenství ženy**

Oponent práce: PhDr. Pavla Kodymová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 70

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 33

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		X		
--	--	---	--	--

Oborová příslušnost tématu

		X		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		X		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	X			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		X		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	X			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		x		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		X		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jakou specifickou úlohu má sociální pracovnice v práci s těhotnými?

Týká se působení sociální pracovnice všech nebo jen určitých skupin těhotných?

Umíte vymezit hranici, co spadá do činnosti zdravotní sestry a co patří do uplatnění sociální práce např. v preventivní oblasti?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

V názvu práce je zbytečné psát „těhotenství ženy“, protože těhotenství se vždy týká pouze žen.

Volba tématu je aktuální, pro sociální práci však ne zcela prioritní. S literaturou studentka pracovat dovede, rovněž citace jsou správné.

Nedostatky:

Přílohy se číslují zvláště.

Dotazník ve výzkumu je na počet zkoumaných osob příliš složitý. Autorka pracuje s 28 možnými těhotenskými příznaky, z nichž každý má podle své intenzity 3 varianty, při 122 dotaznících. Nejeví se mi účelné stanovovat zvlášť příznaky jako: obava o zdraví dítěte, obava z nových povinností, obava z nové role, obava z porodu, změny soustředění, změny myšlení, změny nálad, změny pocitů, přičemž není vymezeno, co se tím myslí. Méně by bylo v daném případě více.

Přes uvedené nedostatky autorka práci věnovala péči a prokázala, že dovede provádět výzkumné šetření.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Posuzovanou diplomovou práci považuji za dobrou a pokud se autorka úspěšně vypořádá s obhajobou a i případnými připomínkami vedoucího, lze ji hodnotit klasifikačním stupněm velmi dobře.

Datum: 20.9.2010

Podpis:

