

Vnímání tělesných změn ženou v období těhotenství

Lenka Šebelová

Bakalářská práce
2011



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2010/2011

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lenka ŠEBELOVÁ**

Osobní číslo: **H080428**

Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Téma práce: **Vnímání tělesných změn ženou v období těhotenství**

Zásady pro vypracování:

Sběr dat a odborné literatury týkající se tělesných změn v těhotenství. Zpracování teoretické části – vznik a průběh těhotenství, tělesné změny, které provázejí fyziologické těhotenství a nejčastější patologické změny.

Zpracování praktické části – specifikace výzkumného šetření, formulace cílu, stanovení metod kvantitativního výzkumu, vypracování podkladu k výzkumnému šetření, zpracování získaných dat, jejich analýza a vyhodnocení.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

Delahaye, M. C.: **PRAKTICKÝ PRŮVODCE TĚHOTNÉ ŽENY**. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 170 s. ISBN 80-7367-073-9

Gloria, L.: **ÚVOD DO PORODNICKÉHO A PEDIATRICKÉHO OŠETŘOVATELSTVÍ** .1.vyd. Praha: Grada publishing, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7

Čechová, V., Mellanová, A., Rozsypalová, M.: **SPECIÁLNÍ PSYCHOLOGIE**. 2. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1999. 174 s. ISBN 80-7013-243-4

Marek, V.: **NOVÁ DOBA PORODNÍ**. 1. vyd. Praha: Eminent, 2007. 260 s. ISBN 80-7281-090-1

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.**
Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce: **9. února 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **3. června 2011**

Ve Zlině dne 9. února 2011



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.
děkan



Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE


Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 15.5.2011



.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nezávisle zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, ušije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odptává-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení obvyklého projevů jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 získává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k větší výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce na téma Vnímání tělesných změn ženou v období těhotenství se zabývá vnímáním tělesných změn těhotnými ženami v různých situacích, ať už je to plánované či neplánované těhotenství nebo úroveň sociálního stavu ženy. Dále pojednává o tělesných změnách, které jsou vnímány ženami prvotně, které uvádějí jako pozitivní nebo naopak jako negativní.

Teoretická část je rozdělena do tří částí, kde v první části je obsaženo, jak vzniká těhotenství a jeho následný vývoj až do období termínu porodu. V druhé části je popsáno, jak se mění tělo a orgánové systémy ženy během těhotenství. Poslední část se zabývá psychologií těhotenství v jednotlivých trimestrech a tím, co psychiku ženy v těhotenství ovlivňuje.

Průzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření a jeho výsledky jsou zpracovány do přehledných grafů a tabulek, které jsou doplněny slovními komentáři.

Klíčová slova: těhotenství, změny, vnímání, psychologie, plod, dítě, vývoj, průzkum

ABSTRACT

This thesis focused on bodily changes during pregnancy, a woman deals with the perception of bodily changes in pregnant women in different situations, whether it is planned or unplanned pregnancy or the level of social status of women. It also deals with physical changes that are perceived primarily by women, which indicate a positive or a negative contrast. The theoretical part is divided into three parts where the first part is occupied, as there is pregnancy and its subsequent development up to the date of birth. The second section describes how to change the body and organ systems of women during pregnancy. The last part deals with the psychology of pregnancy in each trimester and the psyche of what affects women during pregnancy. The survey was conducted through a questionnaire survey and its results are presented in graphs and tables are accompanied by verbal commentary.

Keywords: pregnancy, changes, perception, psychology, fetus, child, evolution, survey

Poděkování:

Děkuji paní Mgr. Ludmile Reslerové Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, připomínky a ochotu při vedení mé bakalářské práce. Velký dík patří také porodním asistentkám a klientkám, které se podílely na mém výzkumném šetření.

Prohlášení:

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 VZNIK A VÝVOJ TĚHOTENSTVÍ	11
1.1 ZÁRODEČNÉ POHLAVNÍ BUŇKY	11
1.1.1 Spermie	12
1.1.2 Vajíčka (oocyty)	13
1.2 OPLOZENÍ (FERTILIZACE).....	13
1.3 IMPLANTACE A NIDACE	14
1.3.1 Příprava děložní sliznice	14
1.3.2 Vlastní implantace a nidace	15
1.4 VÝVOJ PLODOVÉ VEJCE	15
1.4.1 Placenta	15
1.4.2 Plodové obaly	16
1.4.3 Plodová voda	17
1.4.4 Pupečník.....	18
1.4.5 Plod.....	18
1.5 TRVÁNÍ TĚHOTENSTVÍ	21
2 TĚLESNÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ.....	23
2.1 ZNÁMKY A PŘÍZNAKY TĚHOTENSTVÍ	23
2.1.1 Nejisté známky těhotenství.....	24
2.1.2 Pravděpodobné známky těhotenství.....	25
2.1.3 Jisté známky těhotenství.....	25
2.2 ZMĚNY V REPRODUKČNÍM SYSTÉMU	26
2.3 ZMĚNY NA OSTATNÍCH ORGÁNOVÝCH SYSTÉMECH.....	27
3 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ.....	30
3.1 PROŽÍVÁNÍ TĚHOTENSTVÍ	30
3.1.1 První trimestr	31
3.1.2 Druhý trimestr.....	32
3.1.3 Třetí trimestr.....	32
3.2 VLIV SOMATICKÝCH ZMĚN NA PSYCHIKU	33
3.3 NEPŘÍZNVIVÉ PSYCHOSOCIÁLNÍ FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ TĚHOTENSTVÍ A PLOD	33
3.3.1 Věk ženy.....	33
3.3.2 Negativní zážitky z předchozího těhotenství.....	33
3.3.3 Ženy v těžké sociální nebo ekonomické situaci	34
3.3.4 Nechtěná těhotenství.....	34
3.3.5 Ženy s komplikacemi v těhotenství.....	35
3.4 EMOČNÍ PORUCHY V TĚHOTENSTVÍ	35
II PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	38

4.1	ZPŮSOB SBĚRU DAT	38
4.2	NÁSTROJ SBĚRU DAT	38
4.3	CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO VZORKU.....	38
5	STANOVENÉ CÍLE VÝZKUMU	40
6	ANALÝZA VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKŮ.....	41
	DISKUSE.....	71
	ZÁVĚR	73
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	77
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	79
	SEZNAM GRAFŮ.....	80
	SEZNAM TABULEK	81
	SEZNAM PŘÍLOH	82

ÚVOD

Každá žena je jedinečnou osobností a stejně tak jedinečné je i její devět měsíců dlouhé těhotenství, jeho vnímání a prožívání. Gravidita a následný porod je velkou událostí, kdy se často z dívky stává žena se vším všudy a následně matka. Je to určitý zlom v životě ženy, který v ní zanechá vzpomínky, ať už pozitivní či negativní. Být v „jiném stavu“ pro ženu znamená mnoho změn jak v oblasti fyzické, psychické, tak i sociální. Naopak stav její psychiky, zralost její osobnosti, zdravotní stav, sociální úroveň a zajištění, ve kterém se nachází v době, kdy otěhotní, se podílí na následném průběhu těhotenství a také bohužel na tom, zda své dítě chce žena donosit nebo těhotenství ukončit.

Jak je známo, prožívání těhotenství se mění v probíhajících trimestrech. V prvním trimestru ženy zažívají ambivalentní pocity, což se upravuje v trimestru druhém, kdy díky prvním pohybům svého miminka si plně začnou uvědomovat, že jejich dítě je skutečné, uklidní se a těhotenství si začnou naplno užívat. Poslední, třetí trimestr, může opět sebou přinášet negativní pocity, kdy už je těhotenství pro ženu s přibývajícimi kily a stále rostoucím bříškem mnohdy nepohodlné. Přála by si už, aby skončilo, ale stále se obává předčasného porodu. Mnohdy smíšené pocity v ní může vyvolávat i myšlenka na porod, zda proběhne bez komplikací, jak moc to bude bolestivé. Při svojí praxi na porodním sále jsem se setkávala i se ženami, které měly velký strach ze svojí vlastní smrti, kterou by jim mohl porod způsobit. Přemýšlejí také o tom, zda budou vůbec dobrými matkami a o své ještě nenarozené dítě se budou umět po porodu postarat.

Ani dvě naprosto totožná těhotenství neexistují. Nezaměnitelně se liší, ať už jen malými detaily. Je nutné, aby si tuto skutečnost uvědomoval celý zdravotnický tým a přistupoval k ženě tak individuálně, jak jen to bude možné.

Téma Vnímání tělesných změn ženou v období těhotenství pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala proto, že jsem se chtěla blíže seznámit s tím, jak ženy vnímají svá těhotenství a jaké je doprovázejí pocity. Předmětem mého zkoumání bude již zmíněné vnímání tělesných změn těhotnou ženou. Chtěla bych se dovědět, jaký pocit ženy doprovází při zjištění jejich gravidity, jak vnímají změny na svém těle doprovázející jejich těhotenství a zda je psychika žen ovlivněna např. neúspěchy z předchozích gravidit.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 VZNIK A VÝVOJ TĚHOTENSTVÍ

„Každé těhotenství je malý zázrak. Během pouhých devíti měsíců vyroste z nepatrného shluku buněk nový človíček“ (Goze – Hänel, Gertruda Teusen, 2003, s. 17).

Těhotenství je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Toto období trvá v průměru 10 lunárních měsíců, kdy po 28 dnech to je 280 dní. Počátek těhotenství je v okamžiku splynutí mužské a ženské pohlavní buňky a končí porodem plodu. Období těhotenství se dělí na oplození, implantaci a nidaci a vývoj plodového vejce. Přejedem z intrauterinního života do mimomateřského prostředí v době porodu se z plodu stává novorozenec (Roztočil, 2001).

V případě oplodnění produkuje oplozené vejce (zygota) humánní choriový gonadotropin, který zaručuje další zvětšení žlutého tělíska a jeho přetrvávání v prvních 12 týdnech těhotenství. Kolem 10 - 13 týdnů je placenta dotvořena a převezme na sebe tvorbu estrogenu a progesteronu. Po prvním trimestru těhotenství projde žluté tělísko hyalinní a vazivovou degenerací a zajizví se. Po celé těhotenství nedochází ke zrání nových folikulů, vaječník je inaktivní.

Děložní sliznice se během menstruačního cyklu mění a připravuje se na možné přijetí oplozeného vajíčka. Během první fáze menstruačního cyklu proliferuje a zvýšeně se vaskularizuje pod vlivem estrogenu. Po ovulaci nastupuje vliv progesteronu. Děložní sliznice dále proliferuje, žlázy endometria se prodlužují a rozšiřují a tvoří se hojný sekret obsahující cukry, amniové kyseliny, mucin a enzymy. Bohatě se také větví cévy. Tato část cyklu se nazývá luteální či sekreční fáze. V pozdní luteální fázi dosahuje sliznice dělohy maxima svého vývoje, přijímá oplozené vejce dopravené do dělohy vejcovodem a nazývá se těhotenská decidua (Čech, 1999).

1.1 Zárodečné pohlavní buňky

Při gamatogenezi dochází k meiotickému dělení, při kterém vznikají gamety. Mužská zárodečná pohlavní buňka se nazývá spermie a vzniká spermatogenezi, ženská zárodečná pohlavní buňka se nazývá vajíčko (oocyt) a vzniká oogenezi, která začíná již v průběhu prenatalního života. Jejich spojením dochází k oplození a to nejčastěji ve fimbriální části vejcovodu. Jádra lidských buněk obsahují 46 chromozomů, přenášejících veškeré dědičné vlastnosti. Pohlavní buňky (oocyty a spermatozoa) se liší od ostatních buněk těla tím, že

obsahují poloviční, haploidní, počet chromozomů, tedy 23. Při oplodnění splývá vajíčko a spermie a obnovuje se celkový diploidní počet 46 chromozomů, obsahujících genetický kód (genotyp) jak od matky, tak od otce (Leifer, 1999).

1.1.1 Spermie

Jsou to mužské pohlavní buňky, vznikající v točitých kanálcích varlete. Spermatogeneze trvá přibližně 72 dní. Z nediferencované pohlavní buňky spermiogonie vznikají mitózou primární spermatocyty obsahující haploidní počet chromozomů a to buď 22+X nebo 22+Y. Tyto buňky procházejí druhým meiotickým dělením a vznikají spermatidy. Z jedné spermiogonie tedy vzniknou 4 spermie s 23 chromozomy. Ty jsou buď nositelem pohlavního chromozomu X, kdy po splynutí s oocytem vzniká plod ženského pohlaví, nebo jsou nositelem pohlavního chromozomu Y, který vede ke vzniku plodu mužského pohlaví.

Evžen Čech (1999, s. 36 – 37) uvádí: „Všechny fáze zrání spermií probíhají ve varlatech. *Spermiogonie* jsou diploidní (46 XY) a rozmnožují se mitózou. Dělení spermiogonií ustává v časném fetálním období a objeví se opět po pubertě. V dospělosti nastává meióza primárních spermatocytů, dávající vznik sekundárním spermatocytům, které se dále mitózou dělí na spermatidy. Při dalším zrání spermatid dochází k diferenciaci, kulatá buňka s velkým jádrem se mění ve zralou spermii (*spermatozoon*) s kondenzovaným zploštělým jádrem. Při primárním dělení spermiogonií se některé nově vzniklé buňky dále nemění a zachovávají se jako spermiogonie pro další meiotická dělení.“

Zralá lidská spermie je 50 – 60 μm dlouhá a lze na ní rozlišit hlavičku (caput), krček (collum), spojovací část (part coniuncta), a bičík (cauda). Spermie se pohybují rychlostí 25 $\mu\text{m/s}$ proti proudu – negativní reotaxe. Současně se šroubovitě otáčí kolem své osy. Chemotaxí směřuje spermie do alkalického prostředí, které je přítomno v cervikálním kanále a v dutině děložní. V kyselém prostředí zadní klenby poševní je spermie nepohyblivá a zaniká zde. Aktivním pohybem se spermie přesunou z točitých kanálek varlete do nadvarlete. Odtud je jejich transport zajištěn peristaltikou ductus deferens a ductus ejaculatorius. V prostatické části uretry se spermie mísí s alkalickým sekretem prostaty. Sekret prostaty a seminálních váčků spolu se spermiemi se nazývá sperma. Po opuštění vývodných cest pohlavních muže se nazývá ejakulát. V jednou mužském ejakulátu se

nachází mezi 300 – 500 milióny spermií. Spermioogeneze probíhá u zdravého muže od puberty až do pozdního stáří (Roztočil, 2001).

1.1.2 Vajíčka (oocyty)

Počet vajíček se mění podle stáří a závisí na atrezii a folikulárním růstu. Atrezie je nepřetržitý degenerativní proces, pomocí něhož se ztrácí oocyty a folikuly z ovaria jiným způsobem než ovulací. Celý proces atrezie počíná ve fetálním ovariu a končí po menopauze. Maximální počet primordiálních folikulů je asi ve 20. týdnu těhotenství (6 – 7 miliónů), v období po porodu je přítomno asi 1 – 2 miliony folikulů a v době puberty se v ovarii nachází 300- 400 tisíc primordiálních folikulů. Ovšem pouze 300 – 400 jich dospěje až k ovulaci.

Zrání vajíčka se nazývá oogeneze. Profáze prvního zrajícího vajíčka, primárního oocytu, nastává ve vaječniku již během nitroděložního života. Kolem období narození se většina zárodečných pohlavních buněk nachází ve stadiu relativní inaktivity. První meiotické dělení se dokončí v Graafově folikulu pod vlivem luteinizačního hormonu. Vzniknou dvě nestejně velké buňky – velký sekundární oocyt a malé polární tělísko, které pak nalezneme v perivitellinním prostoru zona pellucida. Sekundární oocyt má 23 chromozomů a jeho druhé zrací dělení následuje okamžitě. Dojde k ovulaci. Dělení sekundárního oocyta a polárního tělíska se dokončí při pasáži vejcovodem, avšak pouze v případě oplodnění. Vznikají tři polární tělíska a jedno zralé vajíčko obsahující 23 chromozomů (Čech, 1999).

1.2 Oplození (fertilizace)

Po ejakulaci dochází k uložení spermií do zadní klenby poševní. Jejich transport do děložního hrdla je zajištěn peristaltickými stahy vagíny při orgasmu a také jejich vlastním pohybem cca 2 – 3 mm/min. V období ovulace je cervikální hlen řídký s obsahem 99% vody, což napomáhá výstupu vzhůru spermií do dutiny děložní. Pouze 200 – 500 spermií přežije a dojde k jejich kontaktu s vajíčkem. Po ejakulaci jsou spermie schopny oplodnit oocyt 24 – 72 hodin. Oocyt je schopen oplození maximálně 24 hodin po ovulaci.

Fertilizace začíná v okamžiku, kdy kapacitovaná spermie proniká zónou pellicudou a je dokončena, když dojde ke spojení chromozomů oocyta a spermie. Pouze jedna spermie

je nutná k oplození. Bičík zůstává mimo oocyt. Po vstupu hlavičky do oocytu se zona pellucida retrahuje a tím zabraňuje vstupu dalších spermií.

V tomto období dochází k ukončení druhého meiotického dělení oocytu, proběhne spojení chromozomálních výbav a ze dvou haploidních buněk vznikne jedna diploidní s kompletní sadou 44 chromozomů, XX nebo XY. Tímto vzniká zygota a dochází k rychlému mitotickému dělení zygoty, které se nazývá rýhování a trvá asi 30 hodin. V tomto období dochází k dělení zygoty na blastomery, které putují vejcovodem směrem k děložní dutině. Další dělení buněk vede k vytvoření kulovitěho útvaru tvořeného 8 – 12 blastomery, který se nazývá morula. V tomto stadiu vývoje vstupuje embryo do dělohy. V děložní dutině zůstává volně uloženo 2 – 3 dny a je vyživováno z hustého hlenu pokrývajícího děložní sliznici. Dojde k rozpuštění zony pellucidy, tekutina pronikne mezi buňky moruly a vznikne dutý útvar, který se nazývá blastocysta.

V blastocystě se vytváří dva odlišné vrstvy buněk. Vnitřní vrstva, která se nazývá embryoblast, a ze které vznikne embryo, amnion a žloutkový váček. Zevní trofoblast, ze kterého vznikne plodová část placenty (Leifer, 2004).

1.3 Implantace a nidace

1.3.1 Příprava děložní sliznice

Sekrečně změněné endometrium je po oplození dále stimulováno progesteronem ze žlutého tělíska. Zvyšuje se jeho vaskularizace, výška a obsah glykogenu v buněčných vakuolách. Endometrium se dělí na:

- stratum compactum – přivrácené do děložní dutiny, které je tvořeno převážně deciduálním stromatem s ústími žláz,
- stratum spongiosum – přivrácené ke stěně děložní, které je tvořeno endometriálními žlázami houbovitěho vzhledu.

Těhotná sliznice dutiny děložní se nazývá decidua. V předimplantační fázi dosahuje výšky 10 mm. Změny na endometriu vyvolané implantací blastocysty se nazývají deciduální reakce (Roztočil, 2001).

1.3.2 Vlastní implantace a nidace

Šestým dnem po oplození nalehne blastocysta na děložní stěnu v horní třetině zadní či přední děložní stěny, začne se nořit do děložní sliznice a implantuje se do decidui. Implantace trvá asi 40 hodin. Ihned po zanoření blastocysty se implantační otvor v decidui vyplní buněčnou drtí a fibrinem a za 10 dní se zcela uzavře implantačním koagulem. Tím je ukončena implantace a blastocysta se niduje v decidui. Proces nidace je ukončen 11. den po fertilizaci. Po implantaci se decidua dělí na:

- decidua capsularis – překrývá blastocystu,
- decidua bazalis – nachází se mezi blastocystou a stěnou děložní, vytváří mateřskou část placenty,
- decidua parietalis – pokrývá zbytek dutiny děložní.

Decidua capsularis a decidua parietalis se spojí v pátém měsíci těhotenství, kdy je celá dutina děložní vyplněna plodovým vejcem.

Trofoblast svou histolytickou činností rozpouští po implantaci okolní deciduální tkáň v buněčnou kaši a vytváří tak zdroj výživy pro blastocysty - histiotrofě. Později proniká blastocysta hlouběji do decidui, trofoblast rozpouští endotel krevních kapilár. Krev proniká do buněčné kaše, se kterou se mísí, až krevní složka převládne a vzniká tak druhý stupeň výživy – hemotrofě. Tímto dochází k prvnímu styku trofoblastu s mateřskou krví a po kontaktu s většími mateřskými cévami se vytváří primitivní intervilózní prostor obklopující celou blastocystu. Trofoblast vytváří choriové klky, což je počátek tvorby placenty (Roztočil, 2001).

1.4 Vývoj plodové vejce

„V době kdy se vyvíjí embryo, se také vytvářejí přídatné struktury těhotenství: placenta, pupečník a fetální oběh. Spoluvytvářejí tak podmínky nezbytné pro podporu života plodu a přípravu k porodu“ (Leifer, 2004, s. 44).

1.4.1 Placenta

Je orgán, který v průběhu těhotenství zprostředkovává kontakt mezi organizmem matky a plodu, zásobuje plod kyslíkem a živinami a odvádí zplodiny jeho metabolismu.

Mezi 9. a 25. dnem těhotenství začínají vyrůstat z choria výrůstky nazývané choriové klky. V klcích se větví kapilární síť, která zprostředkuje výměnu látek mezi mateřským a plodovým oběhem krví. Rozlišují se klky úponové, které upevňují chorion ke stěně děložní a klky resorpční, které zprostředkují vlastní kontakt mezi krví matky a embrya.

Ve 20. týdnu těhotenství pokrývá placenta polovinu plochy dutiny děložní. Ve 40. týdnu je placenta oválný orgán o průměru asi 20 cm a vysoký asi 3 cm. Její průměrná hmotnost je asi 500 g. Část obrácená do dutiny plodového vejce je kryta amniem a prosvítají ji radiálně probíhající cévy od pupečníku. Část přivrácená k děložní stěně je hluboce rozbrázděna rýhami, které oddělují jednotlivé kotyledony. Ty jsou tvořeny placentárními klky. Kotyledonů je asi 15 – 20 a každý tvoří samostatnou oběhovou jednotku.

Od 20. týdne těhotenství dochází k projevům stárnutí placenty. Projevuje se dilatací cévního systému v klcích a zpomaleným průtokem mateřské krve a ukládáním fibrinu. Při jeho větším nahromadění mnohdy vznikají takzvané bílé placentární infarkty (Roztočil, 2001).

1.4.2 Plodové obaly

Rozlišují se tři plodové obaly:

- Decidua – je těhotensky změněné endometrium, které vytváří zevní obal plodového vejce a je mateřského původu. Zabezpečuje nidaci plodového vejce a jeho počáteční výživu. Ve 12. týdnu těhotenství dosahuje 10 mm a poté se tlakem plodového vejce ztenčuje a na konci těhotenství je silná 1 mm.
- Chorion – vzniká z diferencovaného trofoblastu. Tvoří vazivovou blánu mezoderálního původu, která v místech mimo oblast placenty splývá s amniálním obalem.
- Amnion – je vnitřní obal plodového vejce. Je to bezcévná průsvitná blána překrývající plodovou část placenty a přecházející na pupečník (Slezáková a kol., 2011).

1.4.3 Plodová voda

Je to tekutina, která vyplňuje amniální dutinu a tím zabezpečuje ideální podmínky pro růst a vývoj embrya a plodu. Větší část plodové vody je tvořena amniálním epitelem. Menší část je tvořena močí plodu. Relativně nejvíce plodové vody je přítomno ve IV. měsíci těhotenství, kdy je hovoří o fyziologickém hydramniu. Na konci těhotenství je asi 600 – 1000 ml plodové vody. Je to čirá nebo lehce mléčné zakalená tekutina, slabě alkalická, mikrobiálně sterilní.

Kudela Milan (2004, s. 128 - 129) říká: „V posledním měsíci gravidity je koloběh plodové vody relativně velmi rychlý a plodová voda je obměňována každé 2 – 3 hodiny. Plodová voda má specifickou hmotnost 1007 – 1025 g/l. Je odrazem fetální renální funkce. Obsah bílkovin kolísá od 0,25 – 0,5 g/l. Složení bílkovin je podobné mateřskému séru. V plodové vodě jsou dále aminokyseliny, proteohormony a steroidní hormony, mastné kyseliny, cholesterol, fosfolipidy a řada dalších látek. Z odloupaných epitelů plodu i amnia rozptýlených v plodové vodě lze genetickými metodami určit pohlaví plodu i řadu vrozených, zejména metabolických, poruch. Plodová voda může obsahovat i mekonium, které se do amniální tekutiny dostává ze střev plodu, zejména při akutní intrauterinní asfyxii.“

Funkce plodové vody jsou následující:

- graduálně radiálně roztlačuje děložní svalovinu, chrání placentu před tlakem plodu a tím usnadňuje placentární cirkulaci,
- je součástí vnitřního prostředí plodu a aktivně se podílí na jeho metabolismu,
- do plodové vody plod močí a opět vodu polyká. Vytváří se tak koloběh látek, které se podílejí na metabolické rovnováze plodu nebo její poruše,
- chrání plod před traumatem zvenčí,
- chrání matku před bolestivými pohyby plodu,
- umožňuje pohyby plodu,
- za porodu slouží jako dilatátor dolního děložního segmentu, děložního hrdla a děložní branky,
- diagnosticky lze plodové vody využít ke stanovení stavu plodu (Roztočil, 2001).

1.4.4 Pupečník

Pupečník se vyvíjí ve stejné době jako placenta a spojuje placentu s plodem. Pupečník se nejčastěji upíná ke středu placenty a na střední stěně břicha plodu kožním pupkem. Obsahuje dvě tepny odvádějící odkysličenou krev od plodu a jednu žílu přivádějící okysličenou krev k plodu. Cévy jsou nepravidelného tvaru a mohou vyvářet tzv. nepravé pupečnickové uzly. Pupečník je zaplněný Whartonovým rosolem, který pokrývá, chrání a odděluje cévy od sebe. Pupečník je na konci těhotenství asi 2 cm široký a rozmezí jeho délky je 30 – 90 cm (Leifer, 2004).

1.4.5 Plod

Po fázi implantační a nidační nastupují dvě vývojové etapy zárodka. V průběhu embryonálního vývoje trvajících od 3. do 12. týdne těhotenství prochází embryo stádiu organogeneze. Od 12. týdne nastupuje období fetálního růstu a embryo se mění na plod.

Embryonální vývoj: „V tomto období dochází k vývoji orgánů embrya. Druhý týden těhotenství je nazýváme preembryonálním. Zde dochází k buněčné diferenciaci a tvorbě membrán. Embryo je v tomto stadiu ploché a nazývá se bilaminární zárodečný terčík. Když embryo nabude válcovitého tvaru, uzavírá ho amnion v amniální dutině. Amniální tekutina vytváří pružný prostor, který umožňuje systematický vývoj embrya, zamezuje tvorbě srůstů mezi plodovými blánami a embryem, chrání ho před poškozením vyrovnáváním zevních a vnitřních tlaků, ovlivňuje teplotu embrya a jeho muskuloskeletární vývoj tím, že umožňuje embryu volný pohyb. Kolem 13. dne těhotenství začíná být patrný zárodečný stvol. Jakmile se v něm vytvoří cévy, nazývá se pupečník. Třetí týden je období rychlého růstu. V této době nastupují první známky těhotenství včetně amenorrhoei. Bilaminární embryo se vyvíjí v trilaminární a je tvořeno třemi vrstvami buněk. Embryonální vývoj se postupně rozvíjí od kranálního konce embrya ke kaudálnímu. Během 4. týdne se na obou koncích uzavírá neurální trubice a mozek začíná rychle růst. Původně je embryo napřímené. Jeho typické ohnutí se vytváří až se zvětšováním mozku. Rychlý růst hlavy je dominantním znakem 5. týdne těhotenství. Embryo má tvar C s prominující oblastí srdce. Začínají se vytvářet přední končetiny. Diferenciace končetin pokračuje v průběhu 6. týdne. Možno již rozlišit jednotlivé prsty. Mozek je stále velký v porovnání s ostatními částmi embrya. Počíná se diferenciovat oblast obličeje. Morfologie srdce se začíná podobat svému definitivnímu tvaru a začínají fungovat srdeční chlopně. Játra přejímají tvorbu cévních

buněčných elementů a krevní oběh začíná fungovat. V 8. týdnu jsou vyvinuta víčka, která se přikládají k sobě. Dutina ústní je vytvořena s ukončeným vývojem jazyka a patra. Obličej má již definitivní lidskou podobu. Končetiny jsou jasně odděleny od trupu. Prsty se prodlužují. V některých částech kostí se vytvářejí osifikační jádra. Neuromuskulární vývoj umožňuje pohyby plodu. V posledních dvou týdnech embryonálního vývoje prochází urogenitálním a gastrointestinálním traktem výrazným vývojem. Původně končily oba systémy ve společném slepém vaku, ale v tomto období jsou již odděleny septem. Vytvářejí se ledviny a vnitřní pohlavní orgány. V 10. týdnu dojde k přemístění střeva do dutiny břišní. Je ukončeno zprůchodnění rekta a anální membrána je perforována. Rty se pohybují a naznačují vývoj sacího reflexu. Zevní pohlavní orgány jsou plně diferencovány koncem 12. týdne. Délka embrya je 50 - 80 mm a váží 8 – 14 g.“ (Roztočil, 2001, s. 77 – 80).

Fetální vývoj: Počátkem fetálního vývoje je prakticky ukončena organogeneze a zevní podoba plodu. V průběhu 7 měsíců bude plod kontinuálně růst a vývoj stávajících struktur bude ukončen. Vývoj orgánových systémů zlepší jejich funkci.

Vývoj plodu ve třetím měsíci těhotenství – všechny orgány jsou vyvinuté a vnitřnosti pevně usazeny v břišní dutině, nyní dítě začíná růst a sílit. Plod váží okolo 20 až 30 gramů a je dlouhý přibližně 10 cm. Jeho hlava je ve srovnání se zbytkem těla stále velká a tvoří asi jednu třetinu jeho celkové délky. Na všech končetinách můžeme již dobře rozeznat prstíky. Začínají se vyvíjet vnější pohlavní orgány, ale nelze ještě určit, zda jde o mužské nebo ženské pohlaví. Dítě se trhaně pohybuje, ohýbá ruce a nohy, ovšem jeho pohyby matka nemůže ještě cítit, jsou velmi slabé. Oči jsou již na svém místě, kryty víčky, která zůstávají zavřena. Srdeční tep se pohybuje mezi 110 až 160 úderů za minutu a pokračuje vývoj oběhového systému. Žloutkový váček zaniká a jeho funkci tvorby krevních buněk přebírají výrazně vyvinutá játra, kostní dřev a slezina. Jsou vyvinuty ledviny, plod přijímá plodovou vodu a vylučuje ji jako moč (Kitzingerová, Baileyová, 1997).

Vývoj plodu ve čtvrtém měsíci těhotenství – plod je dlouhý přibližně 16 cm a váží okolo 150 gramů. Kůže již není tak tenká, ale stále průsvitná, takže jsou vidět cévy. Povrch těla je kryt jemnými chloupky a chmýřím, kterému se odborně říká lanugo. Na jazyku se začínají vyvíjet chuťové pohárky, proto již plod vnímá chuť plodové vody. Dítě se začíná mračit a dělat různé grimasy. Neustále probíhá tvorba kostní tkáně. Vnější genitálie už jsou

zřetelně odlišné a proto je možné na ultrazvukovém vyšetření určit pohlaví dítěte (Kitzingerová, Baileyová, 1997).

Vývoj plodu v pátém měsíci těhotenství – „Plod je okolo 25 cm dlouhý a váží zhruba 250 gramů. Na hlavičce mu začínají růst vlasy a na prstech nehty. Podkožní tukový polštář je velmi tenký. Srdeční činnost plodu lze zjistit poslechem. Dělení nervových buněk je téměř u konce. Přesto je od tohoto týdne hmotnost zvyšuje asi o 90 g za měsíc, okolo buněk se vytváří další hmota, bez které by jinak buňky nemohly pracovat. Začínají se oddělovat dosud srostlá oční víčka. Tvoří se sklovina zubů. Žaludeční žlázy začínají tvořit šťávy. Začíná tvorba šťáv slinivky břišní a šťávy již začínají odcházet do tenkého střeva. Průdušky jsou rozvětvené, nastává tvorba jejich slizniční výstelky. Jsou vyvinuté hlavní plicní cévy, tepny i žíly. Je vytvořena základní vnitřní sktruktura ledvin. U děvčátek se začíná tvořit definitivní struktura vaječníků, u chlapců ve varlatech semenné kanálky. V hrdle dělohy se začínají tvořit žlázy, v těle dělohy hladké svalstvo, v místě mezi pochvou a jejím zevním vyústěním se tvoří základ panenské blány.“ (Pařízek, 2008, s. 175)

Vývoj plodu v šestém měsíci těhotenství – plod měří přibližně 30 cm a jeho váha se pohybuje okolo 600 gramů. Tělo nyní začíná růst rychleji než hlava a ke konci tohoto měsíce budou proporce plodu stejné jako u termínového novorozence. Kůže je vrásčitá, je to dáno nedostatkem tuku. Kostí se začínají zpevňovat, paže a nohy mají již všechny svaly. Mozkové buňky jsou tak dokonalé, že dítě už je schopno pamatovat si a učit se. Uvnitř plic se tvoří stále více vzduchových váčků. Otevřely se i nozdry a dítě začíná zapojovat dýchací svaly. Již v této době dochází k nácviku celého procesu dýchání.

Vývoj plodu v sedmém měsíci těhotenství – plod je 35 cm dlouhý a váží asi 1 500 gramů. Nyní probíhají obrovské změny v nervovém systému. Mozkové buňky a nervová vlákna jsou propojené a plně funkční. Dítěti začíná být v děloze těsno, pravděpodobně se bude méně pohybovat. Toto je poslední měsíc, kdy může dítě změnit svoji polohu. Dýchací rytmus se již rozvinul a vzduchové váčky v plicích se začínají připravovat na první nádech mimo matčino tělo. Dítě se začíná připravovat na porod, a pokud by k němu opravdu předčasně došlo, pak už by mělo obrovské šance přežít (Stoppardová, 2007).

Vývoj plodu v osmém měsíci těhotenství – plod je dlouhý okolo 40 cm a váží asi 1 800 gramů. Kůže je napnuta pomocí slabé vrstvy podkožního tuku, chmýří je postupně nahrazováno ochrannou vrstvou mázku, který bude ke konci těhotenství také mizet.

V celém mozku se prohlubují závitky a dokončuje se jeho cévní zásobování. Duhovky již mají schopnost akomodace. Dítě již umí zavírat víčka a začíná mrkat. Kostí stále zesilují a prodlužují se. Plod polyká velké množství plodové vody, od které si zpětně močí (Stoppardová, 2007).

Vývoj plodu v devátém měsíci těhotenství – „Plod je 45 cm dlouhý a váží 2700 gramů. Podkožní tukový polštář je již vytvořen, na kůži mizí vrásky, kůže je napjatá. Ochranná vrstva kůže se z části odlupuje a zbytky plují v plodové vodě. Lebka není zcela pevná, dva hlavní lebeční lupínky, vazivové plošky mezi lebečními kostmi, se uzavřou až několik měsíců po narození. Duhovka oka je již pigmentovaná. Ve vaječnicích se objevují měchýřky s vajíčky, jejichž počet je pro celý život u ženy konečný“ (Pařízek, 2008, s. 191).

Vývoj plodu v desátém měsíci těhotenství (termín porodu) – plod má již všechny známky zralosti, je 48 až 50 cm dlouhý a váží tři až čtyři kila. Kůže je hladká jemná, na některých místech stále pokrytá vrstvou mazu, který umožní snadnější pohyb porodními cestami. Lanugo postupně mizí. Nehty na rukou jsou dlouhé a může si s nimi poškrábat obličej. U chlapců jsou varlata sestouplá v šourku a u děvčátek jsou malé stydké pysky překryty velkými stydkými pysky, poševní vchod je jimi uzavřen. Oči dítěte jsou modré, v průběhu několika týdnů po porodu se může jejich barva změnit. Střeva dítěte jsou naplněna mekoniem. Jde o směs sekretů vylučovaných zažívacím traktem, lanuga, které spadává z kůže, pigmentu a buněk ze střevní stěny. Vlákná nervových buněk dosahují definitivního větvení a délky, výstavba cév v mozku je hotová (Pařízek, 2008).

1.5 Trvání těhotenství

Délka těhotenství se v porodnictví počítá od prvního dne poslední menstruace. Gravidita trvá 40 týdnů, což je 280 dní. Délka těhotenství se udává v ukončených týdnech. Za porod v termínu považujeme ukončené těhotenství v období od 38. týdne do 42. týdne. Pojmem parita rozumíme kolikátý je v pořadí nynější porod. Naopak pojmem gravidita rozumíme, kolikrát byla žena těhotná.

Termín porodu můžeme vypočítat podle prvního dne poslední menstruace, kdy k prvnímu dni poslední menstruace přičteme sedm dnů a odečteme 3 měsíce. Druhým způsobem určení data termínu porodu je výpočet dle data oplodnění, kdy k tomuto dnu přičteme 38 týdnů. Tuto metodu je ovšem možno použít jen v případě, kdy jsme si datem

oplození zcela jisti. V dnešní době je daleko nejpřesnější určení termínu porodu pomocí ultrazvukového vyšetření.

2 TĚLESNÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství klade již od samého začátku na organismus ženy zvýšené nároky. Na orgánech ženy, i na celém organismu vznikají změny, které jsou pokládány za fyziologické, a po porodu se většina těchto funkcí vrátí do původního stavu. Ovšem každé těhotenství je jedinečné a proto se může projevovat různě. „Těhotenství je normální stav a nemá-li žena problémy, není obvykle důvod k tomu, aby měnila svůj životní styl. Jistě je na místě omezit škodlivé vlivy z okolí.

- Zaměstnání nevádí, není-li žena vystavena ionizujícímu záření nebo chemikáliím, které mohou plod poškodit.
- Sportovní aktivity, pokud jsou velké, je vhodné postupně utlumovat. Nejvhodnější sport pro těhotnou je plavání a vodní aerobik. Zakázanou sportovní aktivitou je potápění s kyslíkovou bombou.
- Pokud žena onemocní, je nutno lékaře informovat o těhotenství. Nemoci v těhotenství je však zapotřebí léčit. Skutečně rizikových léků je jen málo.
- Drogy je vhodné omezit. Za maximální tolerované dávky lze uznat 6 šálků kávy nebo 2 skleničky alkoholu běžné velikosti nebo 15 cigaret denně – ale raději ne všechny tyto možnosti najednou. Z drog nese nejmenší riziko pro plod marihuana, největší kokain.
- Pohlavní styk nevádí. Jen lze uvést, že těhotné ženě by se nemělo foukat do pochvy, kdy by mohlo dojít ke vzduchové embolii.
- Je třeba počítat s tím, že už od začátku těhotenství se výrazně prodlužuje reakční doba.
- Výživa by měla obsahovat dostatek bílkovin, vitamínů a minerálů. Rizikové je vegetariánství nebo dokonce veganství. U těchto žen je doplnění vitamínů nutné“ (Čepický, 2006, s. 13).

2.1 Známky a příznaky těhotenství

Známky, příznaky těhotenství se dělí podle průkaznosti na:

- Nejisté známky těhotenství
- Pravděpodobné známky těhotenství
- Jisté známky těhotenství

2.1.1 Nejisté známky těhotenství

Při nejistých známkách si většina žen nemyslí, že jsou těhotné. To protože většinu těchto potíží pociťovala v jiném spojení, jako například při menstruaci. Proto se na tyto příznaky nelze spoléhat, ale brát je orientačně a jako první alarm. Jsou vyvolány změnami v neurovegetativním systému a projevují se jako celkové změny:

- Opoždění menstruace (amenorea) - V těhotenství neprobíhá dozrávání folikulů. Vynechání menstruace ale není jistým znamením těhotenství, menstruace může být pouze zpožděná nebo chybí z jiného důvodu.
- Střídání nálad - Může docházet k emocionální labilitě (přecitlivělost, střídání nálad, přehnané reakce atd.).
- Únavnost - Především v prvním trimestru gravidity.
- Sklon k závratím a mdlobám - Zejména v přechodných místnostech.
- Projevy poruch trávicího ústrojí - V důsledku zvýšené hladiny progesteronu je zpomalen pohyb střev a zvýšení doby průchodu stravy trávicí trubici způsobuje větší vstřebávání vody.
- Ranní nevolnosti až zvracení - Průvodním jevem je také zvýšená citlivost vůči pachům.
- Zvýšené slinění, změny chutí.
- Pocit napětí v prsech, zvětšení prsů - Žena má pocity napětí, pnutí, brnění v prsou nebo zvýšení citlivosti. Prsy se připravují na laktaci, dochází ke změně pigmentace.
- Změny v pigmentaci - Dochází ke zvýšení pigmentace dvorců, ale k hyperpigmentaci může dojít i na jiných částech těla (obličej, břicho, poševní vchod, hráz).
- Bolesti břicha, tlak v podbříšku.
- Hustý bílý výtok.
- Zvětšení objemu krku.
- Časté nucení k močení – To je způsobeno zvětšující se dělohou a překrvením pánevní oblasti.

Přetrvávání hypertermické (zvýšené) fáze bazální teploty po termínu očekávané menstruace (s.n. *Příznaky těhotenství*, www.orifit.com, aktualizováno 2011, staženo 18.4.2011).

2.1.2 Pravděpodobné známky těhotenství

- Goodellovo znamení – Vyhlazení cervixu a vagínu způsobené překrvením oblasti. Děložní čípek je měkký.
- Chadwickovo znamení – Purpurové nebo namodralé zabarvení děložního hrdla a vaginovulvárního hlenu.
- Hegarovo znamení – Změknutí dolního děložního segmentu.
- Zvětšení dělohy a břicha – Objevuje se na začátku těhotenství spíše nepravidelně.
- Braxtonovy-Hicksovy kontrakce – Jsou nepravidelné bolestivé stahy dělohy, které začínají ve II. trimestru.
- Balotování – Je palpační vyšetření manévr při vyšetření per vaginam, při němž je plod uveden v pohyb jemným klepnutím vyšetřujícího prstu a rychle se vrací zpět.
- Obrysy plodu – Lze nahmatat po 24. Týdnu. Mohou se zaměnit za tumor.
- Abdominální strie – Narůžovělé čáry na břicho (nebo i jinde), které signalizují roztahování kůže.
- Těhotenský test – Nejsnazší metoda, jak zjistit těhotenství, je těhotenský test z moči. Doporučuje se testovat nejdříve od 1. dne (nejlépe od 4. dne) chybějící menstruace (Leifer, 2004).

2.1.3 Jisté známky těhotenství

Představuje objektivní průkaz plodu a jeho projevů klinickými metodami. U těchto známek se nedá moc pochybovat. Jimi se nedá vyvrátit teorie o těhotenství.

- Ozvy plodového srdce - Jsou dvoudobé, pravidelné rytmické zvuky frekvence 120 až 150/min. Nejsou synchronní s pulzem těhotné. Místo nejlepší slyšitelnosti je třeba hledat, až do konce 7. lunárního měsíce se mění, teprve poté, když plod zaujme definitivní polohu a postavení v děloze, zůstávají na stejném místě. Frekvence ozev se může měnit při pohybech plodu, při děložních stazích je nižší.
- Pohyby plodu - Pohyby plodu je možno pozorovat při pohledu na břišní stěnu těhotné anebo je zjistit pohmatově rukou přiloženou na břišní stěnu těhotné asi od 16 týdne gravidity. Těhotná sama je začíná vnímat od 20. týdne a výše, zkušenější

vícerodička už od 18 týdne těhotenství. Frekvence pohybů se během dne mění, jsou časová období, kdy je těhotná nepocituje - plod odpočívá, spí.

- Průkaz plodu pohmatově (palpací) nebo pomocnými vyšetřovacími metodami – Při vyšetření pochvou je možné od konce 4. lunárního měsíce hmatat přední poševní klenbou naléhající část plodu a vyvolat příznak balotování. Od 6. měsíce lze plod nahmatat přes břišní stěnu těhotné, později se dají rozpoznat i jeho jednotlivé části. Ultrazvukem lze po vynechání menstruace pozorovat zvýšenou děložní sliznici, v 5. týdnu menstruačního stáří se dá na ultrazvukovém obraze rozeznat tzv. gestační váček. Od 7. týdne se dá zjistit srdeční akce a brzy nato (po 8. týdnu) se zobrazuje i samotné embryo (s.n. *Příznaky těhotenství*, www.orifit.com, aktualizováno 2011, staženo 18.4.2011).

2.2 Změny v reprodukčním systému

Změny v reprodukčním systému ženy v těhotenství umožňují růst plodového vejce, následující porod a šestinedělí včetně laktace. Těhotenské změny navazují přímo na sekreční fázi příslušného cyklu.

„Děloha – následkem hormonálních změn je překrvená, mění svoji konzistenci (měkká, prosáklá, chybí tonus), barvu (hrdlo zbarveno modrofialově), růstem plodového vejce v dutině děložní mění svůj tvar a uložení v malé pánvi a později v dutině břišní. Její růst má určitou posloupnost a podle velikosti dělohy (při palpačním vyšetření) můžeme usuzovat na délku těhotenství.

Hrdlo děložní (cervix) – prochází v průběhu těhotenství změnami, které vedou k jeho zkracování a změknutí. Žlázy hrdla děložního (cervikální žlázy) produkují hustý hlen, který se hromadí v cervikálním kanále – tak je vytvořena hlenová zátka, která kanál uzavírá (jedná se o jakousi bariéru pro ascendentní vstup bakterií do dutiny děložní).

Pochva – zvýšené prokrvení mění barvu poševní sliznice, následkem změn dochází k jejímu prodloužení, záhyby pochvy méně prominují, je zvýšená poševní sekrece projevující se výtokem (nezaměnit se zánětem).

Zevní rodidla – zevní struktury hráze se v těhotenství. Zvýšené pánevní prokrvení, relaxace pánevních žil, zvýšený tlak rostoucí dělohy, zácpa a obezita mohou vyvolat varixy zevních rodidel a rekta.

Mléčná žláza – těhotná již brzy po vynechání menstruace pociťuje napětí v prsou, jejich zvětšení a citlivost bradavek. Postupně tmavne pigmentace dvorce, bradavka se zvětšuje. Již po desátém týdnu můžeme pozorovat tvorbu nažloutlé tekutiny (kolostrum), která lze vytlačit z bradavky lehkou masáží.

Vaječníky – vysoká hladina placentárních hormonů blokuje sekreci FSH a LH, dochází k vzestupu prolaktinu a tím i k potlačení cyklické ovariální hormonální aktivity.“ (Slezáková a kol., 2011, s. 134)

2.3 Změny na ostatních orgánových systémech

Kardiovaskulární systém – v těhotenství se důsledkem zvětšené a překrvené dělohy, objemem rostoucího plodu a dalších částí plodového vejce a přírůstku na váze ženy rozšiřuje periferní systém. Vysoký stav bránice mění polohu srdce, kdy je vysunuto nahoru a doleva a současně lehce rotováno. Vzniká větší zatížení pravého srdce. Puls se zrychluje až o 15 úderů za minutu. Se vznikem placenty se vytváří uteroplacentární oběh zajišťující výměnu látek mezi matkou a plodem. Celkový objem krve se zvyšuje a stejně tak i minutový objem srdeční. T těhotenství je ztížený venózní návrat, jehož důsledkem vznikají varixy dolních končetin, vulvy, hemeroidy. Otoky dolních končetin mají také příčinu ve zvýšeném venózním tlaku.

Krevní systém – objem krve narůstá až o 1500 ml. V těhotenství následkem vzestupu plazmatického objemu (naředění krve) klesá koncentrace červených krvinek v krvi a tím i hemoglobinu. To je příčinou tzv. fyziologické těhotenské anémie, která je nejtěžší v posledních 10 týdnech těhotenství. Produkce leukocytů se zvyšuje a naopak dochází k poklesu plazmatických bílkovin. Srážlivost krve je vyšší. U fyziologicky těhotných se až 6 krát zvyšuje riziko hluboké žilní trombózy.

Respirační systém – v těhotenství objem vdechovaného vzduchu značně stoupá, jelikož stoupá potřeba kyslíku. Ovšem ventilace se zvyšuje pouze tím, že těhotné ženy dýchají více zhluboka, ale frekvence dechu se nemění. Zvětšování dělohy vede ke zvýšení

bránice asi o 4 cm. Ke konci gravidity mnoho žen pociťuje dyspnoi, což je vyvoláno tlakem dělohy na bránici.

Uropoetický systém – v začátku těhotenství průtok krve ledvinami prudce stoupá, zvyšuje se glomerulární filtrace. Dochází k rozšíření močového vývodného systému (hydronefróze), což je jeden z predisponujících faktorů relativně častého těhotenského onemocnění - pyelonefritidy. Těhotenství také doprovází častější močení. V prvním trimestru je způsobeno tlakem zvětšující se dělohy na močový měchýř, v druhém trimestru se frekvence močení normalizuje, jelikož děloha se již nevyskytuje v oblasti malé pánve, ke konci těhotenství dochází opět k utlačování močového měchýře a to hlavičkou vstupující do malé pánve.

Gastrointestinální trakt – dásně jsou více prokrvené, měkké, hypertrofické a proto jsou náchylnější k poranění. Je zvýšená produkce slin, ovšem tento pocit může mít za vinu těhotenská nauzea. Dochází také k častějšímu výskytu zubního kazu způsobené hlavně sníženou kyselostí slin. Velké zastoupení těhotných trpí těhotenskou nauzeou a někdy i zvracením. V pozdním těhotenství je obvyklým problémem pálení žáhy, protože zvětšená děloha tlačí na žaludek. Žaludek a střeva postihuje snížená hybnost, což vede ke zhoršenému vyprazdňování žaludku a zácpě. V těhotenství se často mění stravovací návyky těhotných, chuť k jídlu i pocity žízně se zvyšují.

Metabolismus, hmotnost matky – bazální metabolismus během gravidity stoupá až o 20%. V těhotenství dochází k nedostatečné utilizaci glukózy a je i určitá rezistence na inzulin, čímž dostává látková výměna některé znaky podobné cukrovce. Do 30. týdne gravidity se vytvoří asi 4 kg tuku, později již jen malé množství. Tuk se tvoří zejména na břiše, zádech a horních částech stehen. Tuk uložený během těhotenství slouží jako zásobárna energie. Zásoby, které ženě po porodu ženě zůstávají, jsou později využity pro laktaci. Čepický (2006, s. 35) uvádí: „Spočítáme-li váhu plodu, placenty, zvětšené dělohy, zvětšených prsů, zvětšeného množství krve a určité zadržování vody v těle, vychází asi 12 kg. V ideálním případě je váhový přírůstek v první třetině těhotenství asi 0,5 kg, ve druhé třetině asi 5,5 kg a ve třetí třetině asi 6 kg. Ale toto je jen abstraktní ideál, váhový přírůstek v těhotenství je velmi individuální. Skutečnost je, že pokud žena přibere méně než 12 kg, tak vlastně hubne, což není optimální situace. Snad lze říci, že do 15 kg je váhový přírůstek normální, nad 20 kg už normální není, buď jde o velké otoky, nebo o přejídání. Tato čísla pochopitelně neplatí pro vícečetná těhotenství.“

Pohybový aparát – postoj a chůze ženy jsou změněny kvůli zvýšené tělesné hmotnosti a změně těžiště. Dochází ke vzniku bederní lordózy a kompenzačně se vyvíjí kyfóza v oblasti krční a hrudní páteře. Působením těhotenských hormonů dochází také k uvolnění pletence pánevního. Tyto změny mají za příčinu chůzi o široké bázi a mírné kolébání těla. Řada těhotných používá podpurné pásy, které se dají koupit ve zdravotnických potřebách. Masáže zad v těhotenství jsou možné, ale maséři těhotné masírují neradi z obavy, že by jim mohli ublížit.

Kožní systém - u těhotných je zvýšená tvorba pigmentace. Žlutohnědé skvrny se mohou objevovat na tvářích, horním rtu, čele, prsních dvorcích, břiše, podpaží, vulvě a hrázi. Strie neboli pajizévky vznikají roztržením hlubších vrstev kůže. Jsou velmi individuální rozdíly ve sklonu ke vzniku strií, vhodné je promašťování kůže v těhotenství, ale nemusí to vždy pomoci. Zpočátku jsou růžovofialové, později zbělají. Častá je poporodní ztráta vlasů, jejíž příčina je neznámá, ale předpokládá se vliv hormonálních změn (Kudela a kol., 2008).

3 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ

„Těhotenství je jen začátek – začátek nového života pro dítě, které vyrůstá v matčině těle, ale také nového života pro jeho rodiče“ (Iris Goze – Hänel, Gertruda Teusen, 2003, s. 7).

V době těhotenství se žena vyrovnává s velkým množstvím zásadních životních změn. Vývoj psychických změn ženy v období těhotenství je z velké části podmíněn její osobností, věkem, zralostí její osobnosti, postojem k těhotenství, připravenosti na novou roli matky, na jejím sociálním, ekonomickém zázemí, momentálním životním prostředí apod.

Těhotná si postupně přivyká na novou životní roli, dochází k vývoji mateřské identity, kdy se žena začleňuje do nové role matky. Mohou se u ní dostavit obavy spojené s pocitem oběti. V těhotenství se také mohou oživit starší psychické konflikty, především s vlastní matkou, které nebyly řešeny.

Benigní těhotenská encefalopatie je porucha kognitivních funkcí u těhotných žen. Jde o změny psychiky způsobené těhotenstvím. Výskyt těchto změn je vysoký, až u 50 % žen. Projevuje se poruchami paměti, problémy s učením, únavou, nespavostí, potížemi se čtením, poruchami koncentrace a dezorientací. Těhotné svůj stav jen výjimečně považují za patologický a potíže nesdělují lékaři. Stav se většinou po porodu spontánně upravuje (Rastislavová, 2008).

3.1 Prožívání těhotenství

Těhotenství nebo-li „být v jiném stavu“, je pro ženu opravdu jiný stav, žena jinak vnímá svět, jinak se chová, má jiné starosti, adaptuje se na přicházející změny. U většiny žen se negativní pocity vyskytují častěji než ty pozitivní.

G. Leifer (2004, s. 76) říká: „Ať už těhotenství je, nebo není plánované, mění mezilidské vztahy mezi všemi členy rodiny. Oba rodiče se mohou cítit zaskočení skutečností, že čekají dítě a stanou se rodiči. Jako první je napadne, jak dítě naruší jejich vztah jako páru. Rodiče, kteří již nějaké dítě mají, přemýšlejí o tom, jak dokážou rozdělit svou energii i lásku mezi nový přírůstek do rodiny a starší děti a jak nové dítě ovlivní sourozence. Těhotenství je pro ženu více než jen fyzická záležitost. V průběhu těhotenství nejprve akceptuje dítě jako součást sebe sama a postupně si zvyká na představu dítěte jako

samostatné bytosti. Mění se z těhotné ženy v matku. S postupujícím těhotenstvím se její reakce mění.“

Těhotné potřebují nějakou jistotu, informaci o kterou se mohou opřít jako například termín porodu jejich dítěte. Některé ženy mohou ztrácet zájem o sex, protože jsou unavené, cítí nevolnost, nebo chtějí chránit své dítě. I partner se může bát, aby dítěti neublížil.

„Je třeba zdůraznit, že mnohé konflikty a problémy, které těhotná žena zažívá, nemusejí být přímým důsledkem jejího těhotenství nebo stavu jejího dítěte. Těhotenství matce a otci poskytuje unikátní příležitost pro vlastní psychický vývoj. V tomto smyslu je opět třeba si s pokorou vzpomenout, že některé primitivní kultury tvrdí, že porod je duchovní příležitostí ženy stát se skutečnou ženou, tedy lidsky a duchovně se narodit“ (Marek, 2002, s. 191).

3.1.1 První trimestr

V období prvního trimestru se žena o těhotenství dozvídá. Může se jí zdát zábavné, že v sobě nosí zázrak, který se v ní rozvíjí a vůbec nikdo o tom neví. První známkou pro ni může být vynechání menstruace, které je později podnětem k navštívení jejího lékaře. Gynekolog je tedy první osoba, která ženě může s jistotou potvrdit, či vyvrátit těhotenství. Ne každé těhotenství musí být nutně chtěné, rozhoduje o tom mnoho faktorů. První trimestr je tedy adaptační fáze, je obdobím smíření s těhotenstvím a uvědomění si toho, že se v ženě začíná vyvíjet a růst její budoucí dítě, které po narození od základu změní její dosavadní život. Pokud je těhotenství chtěné, mnohdy i vytoužené, mohou se objevovat pocity strachu z jeho ztráty, či obavy z poruch vývoje plodu. V první fázi těhotenství může často docházet ke spontánním potratům a potratům z genetické indikace. Proto není v této časně fázi vhodné o jiném stavu informovat mnoho lidí a také zaměstnavatele, pokud ovšem žena nepracuje v rizikovém prostředí, které by mohlo mít negativní vliv na vývoj dítěte. Pro toto období je u ženy typická psychická rozladěnost, náladovost a nejistota.

„Úkolem porodní asistentky v tomto období je dostatek prostoru pro rozhovor se ženou, vyslechnutí, akceptování jejích ambivalentních pocitů, popř. doporučení pomoci v sociální oblasti.“ (Rastislavová, 2008, s. 26)

3.1.2 Druhý trimestr

Druhá psychologická třetina těhotenství začíná v období, kdy žena začne vnímat pohyby plodu, viditelně se jí zvětšuje objem břicha a své budoucí dítě může vidět na ultrazvukovém vyšetření. Rozporuplné pocity z těhotenství se začínají upevňovat v pozitivní. Čím je týden gravidity vyšší, tím více žen udává, že jejich těhotenství bylo chtěné (Pečená M., 1999).

V této fázi gravidity je nutné, aby žena začala brát plod jako nezávislou bytost, komunikovala s ním, dodržovala správnou životosprávu a podporovala tím jeho správný vývoj, který je nyní bouřlivý. Pravděpodobnost potratu je nyní mnohem menší. V tomto období již téměř všichni v ženě okolí o jejím jiném stavu ví, a pokud jim to neřekla ona sama, napoví jim její tělesné křivky. Těhotná si začíná v podvědomí představovat, jak asi bude její dítě vypadat, zda se jí narodí chlapec či děvče, jak ho pojmenuje, jestli dokáže být dobrou matkou apod. Proto je vhodné její začlenění do kolektivu těhotných žen, kterým mohou být předporodní kurzy, kde si spolu mohou vyměňovat pocity, obavy, názory a navázat nová přátelství.

„Porodní asistentka by měla být odborníkem, který citlivě uvede informace na pravou míru, získá důvěru těhotné. Zároveň si musí uvědomit zvýšenou sugestibilitu těhotné ženy, citlivost na profesionální humor. Je potřeba dobré spolupráce v týmu s ostatními zdravotníky, aby žena dostávala jednotné informace, které by jí dodávali jistoty” (Rastislavová, 2008, s. 26).

3.1.3 Třetí trimestr

V závěrečném období může mít žena strach z předčasného porodu, ale také jí těhotenství může připadat nekonečné a těší se, až skončí. Tato fáze je oproti druhé emočně o něco náročnější. Těhotná už zná pohlaví plodu, začíná pořizovat vybavičku, pomalu se připravovat na porod a na příchod a péči o nového člena rodiny. Vybírá si místo porodu, rozhoduje se pro výběr partnera pro porod a spolu s partnerem si mohou vytvořit i porodní plán, podle kterého by chtěli, aby byl jejich porod vedený. U ženy se může objevovat strach z porodu, jeho případných komplikací a bolesti, která je jeho součástí.

„Porodní asistentka poskytuje podporu, porozumění a doprovod. Cílem předporodní přípravy by mělo být posílení sebedůvěry ženy, víru ve vlastní schopnosti porodit a postarat

se o dítě. Důležité je samozřejmě rodinné zamezí, hlavně podpora partnera. Je zvýšená potřeba pozornosti, často vznikají pocity odmítnutí, poranění. Žena je ještě v častějším kontaktu s porodní asistentkou, často i se zařízením, kde bude rodit. Znalost prostředí i personálu porodnice, důvěra ve zdravotníky je velkou výhodou a snižuje obavy ženy k porodu.” (Rastislavová, 2008, s. 27)

3.2 Vliv somatických změn na psychiku

Během těhotenství se tělo ženy mění, čímž si stále více uvědomuje svůj jiný stav. Zvyšuje se tělesná hmotnost, mění se tvar těla, zvýrazňuje pigmentace, mohou se také vytvářet strie a prsy jsou napjaté. Tělesné změny přijímá většina žen s negativní reakcí. Ještě zranitelnější jsou ty ženy, které byly se svým tělem nespokojené již před těhotenstvím. Ke konci těhotenství se objevují obavy ze ztráty atraktivity a kontroly nad svým tělem, či možnosti poškození těla. To, jak žena vnímá své tělo a jak její organismus reaguje na těhotenství, je neoddelitelnou součástí prožívání, chování, psychických reakcí. Proto je nezbytné přistupovat k těhotné vždy v bio-psycho-sociálním kontextu (Rastislavová, 2008).

3.3 Nepříznivé psychosociální faktory ovlivňující těhotenství a plod

3.3.1 Věk ženy

Těhotenství může negativně ovlivňovat věk ženy, který může být buď příliš nízký, nebo naopak příliš vysoký. U mladých žen může jít o těhotenství nechtěné, vzniklé z náhodného vztahu. Může jít také o těhotenství chtěné, kde je často příčinou potřeba dívky osamostatnění se od rodiny a zvýšení sebeúcty. Mladá žena není mnohdy schopná odolávat psychickým nárokům těhotenství a často mívá omezenou schopnost rozeznat potřeby svého dítěte. U ženy vyššího věku mohou těhotenství doprovázet obavy z neúspěchu a úzkost. Starší těhotné kladou větší důraz na uspokojení svých potřeb, může se objevit konflikt mezi jejími potřebami a potřebami dítěte (Rastislavová, 2008).

3.3.2 Negativní zážitky z předchozího těhotenství

Zážitky neúspěchu z předchozího těhotenství jako je např. potrat, porod mrtvého plodu, narození postiženého dítěte nebo klešťový porod, nepříznivě ovlivňují psychiku ženy. Těžká situace je u žen, které potrácejí habituálně. Riziko dalšího potratu u ženy, která již

tříkrát potratila, je 30 – 70 %. V takovém případě musí být porodní asistentka velice citlivá a schopná ženě naslouchat. Ženy, jejichž předchozí těhotenství skončilo porodem mrtvého plodu, by měly otěhotnět až po ukončení procesu truchlení. Matky, které otěhotněly po předchozím neúspěchu v těhotenství mohou mít různé pocity. Některé mohou mít problém se emočně angažovat v přítomném těhotenství (bojí se, aby to opět špatně nedopadlo), jiné ho zase mohou prožívat jako jedinečné (Rastislavová, 2008).

3.3.3 Ženy v těžké sociální nebo ekonomické situaci

Často se u těhotných žen setkáváme s úzkostí, utrápeností, depresí, náladovostí a strachem. Úzkost bývá největší na začátku těhotenství, kdy se žena obává průběhu těhotenství a porodu, a na konci těhotenství, kdy přicházejí na řadu otázky o výchově a péči o dítě. Psychiku ženy může ovlivnit i změna jejího sociálního postavení. Žena ztrácí ekonomickou soběstačnost, stává se závislá na manželovi. Mohou přijít obavy, zda neztratí své postavení v zaměstnání. Ženy, které si na kariéře zakládají, mohou brát těhotenství a porod jako oběť. Důležitý je i samotný vztah mezi partnery. Pokud muž toužil po rodině, prožívá s ženou její těhotenství, zahrnuje ji pozorností, dává jí pocit bezpečí a jistoty. Každá těhotná žena totiž touží po partnerově ocenění. V další fázi těhotenství se pozornost ženy přesouvá na sebe a plod. Partner se může začít cítit zbytečný a může začít na dítě žárlit. U žen s nízkým sociálním statutem zvýšené riziko předčasného porodu a jejich děti mívají nižší porodní hmotnost. Hlavní příčiny horšího vývoje těhotenství jsou stres, vliv špatné výživy a životního stylu (s.n. *Těhotenství*, <http://.tehotenstvi-am.webnode.cz>, staženo 18.4.2011).

3.3.4 Nechtěná těhotenství

Nechtěné těhotenství je takové, o kterém se těhotná žena, či dívka ze své vlastní vůle rozhodne, že je nežádoucí. Velký počet těhotenství je neplánovaný a mnoho z nich jsou těhotenství nevídaná a nechtěná. Neplánovaná a nechtěná těhotenství jsou budoucími rodiče obvykle přijata, pakliže mají dostatek času se této změně přizpůsobit, ale opravdu nechtěná těhotenství jsou něco jiného. Nechtěná těhotenství mají mnoho příčin. Jednou z nich může být například znásilnění. Většina z nich je nicméně méně dramatická. Někteří lidé spolu souloží, aniž by věděli o možnosti antikoncepce, nebo si ji nejsou schopni sehnat, nebo jsou mladí, neopatrní a nezodpovědní, nebo antikoncepce, kterou používají, nefunguje. Ať už je

příčina jakákoli, nechtěné těhotenství může zapříčinit velmi vážné problémy. V případě, že rodiče již obtížně vyživují několik dětí, může jedno dítě navíc znamenat nouzi a zoufalství pro celou rodinu. Matku, která čeká dítě a je fyzicky oslabená, trpí nějakou chorobou, nebo je závislá na drogách, může její těhotenství ještě více zdravotně ohrozit, nebo může porodit nemocné a poškozené dítě. Mladá, svobodná žena může být naprosto nepřipravena, neschopná nebo neochotná převzít odpovědnost spojenou s mateřstvím. Nechtěné dítě pak může znamenat neštěstí nejen pro ni, ale i pro samotné dítě. V tomto a v podobných případech se žena klidně může rozhodnout, že dobrovolná interrupce je jediným řešením (s.n. *Potrat – nechtěná těhotenství*, www2.hu-berlin.de, aktualizováno 25.11.2010, staženo 12.5.2011).

3.3.5 Ženy s komplikacemi v těhotenství

V průběhu těhotenství mohou u žen nastat různé komplikace, které mohou ženě znepríjemňovat toto období. Komplikace mohou být lehkého nebo také vážnějšího charakteru, a proto není dobré je podceňovat a ihned navštívit lékaře, aby se zabránilo případnému potratu či jiným komplikacím. Ženám s těmito komplikacemi je předepsán klid na lůžku a mnohdy i dlouhodobá hospitalizace. To způsobuje velký nápor na psychiku a u dlouhodobě hospitalizovaných se mohou vyskytnout i psychické změny nazývané jako hospitalismus. Porodní asistentka by měla v průběhu hospitalizace zajistit a vytvořit co nejvíce kladných vlivů v léčebném prostředí, umožnit návštěvy příbuzných a přátel a sledovat sociální klima na pokoji (s.n. *Komplikace v těhotenství*, <http://tehotenstvi.zdravotne.cz>, staženo 12.5.2011).

3.4 Emoční poruchy v těhotenství

Z psychologického hlediska je těhotenství pro ženu krizovým obdobím, kdy se projeví její zralost, může být zdrojem úzkosti, počátkem nebo zhoršením úzkostných poruch. Základní faktory strachu a úzkosti těhotné jsou:

- úzkost, která se vztahuje k těhotenství a porodu,
- úzkost, která se týká následné péče o dítě,

- úzkost jako psychopatologický symptom.

Úzkost z psychoanalytického hlediska se v těhotenství může vyskytovat na hlubší neurotické – hysterické hladině, kde je hlavním problémem vstup do dospělého ženského světa. Další typ úzkosti je na narcistické hladině, kdy ženy mohou vnímat těhotenství jako důsledek ztráty dosud přítomného mladistvého vzhledu. Jako poslední jsou ženy s hraniční emočně nestabilní poruchou osobnosti, které ovládá strach o dítě nebo obavy o vlastní život z ohrožení dítětem. Rizikové faktory rozvoje úzkosti v graviditě jsou:

- přítomnost psychické poruchy v anamnéze,
- stresující faktory spojené s těhotenstvím,
- problematické minulé těhotenství a porod,
- rizikové faktory na úrovni psychické nebo sociální

V těhotenství a po porodu je třeba dostatečně věnovat pozornost úzkostným poruchám, protože ovlivňují i průběh během těhotenství a poporodní péči o dítě. Těhotné ženy, u kterých se rozvinula úzkostná porucha, patří do péče psychologa či psychiatra. Na prevenci úzkostných poruch se může porodní asistentka podílet pomocí podávání dostatku informací těhotným ženám a jejich partnerům (Rastislavová, 2008).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

Výzkum probíhal v Krajské nemocnici Tomáše Bati ve Zlíně na gynekologicko - porodnickém oddělení. Sběr dat probíhal v průběhu měsíce března a dubna roku 2011. Rozdáno bylo 110 dotazníků a vráceno bylo 110 dotazníků, což činí návratnost 100%. Ovšem 10 dotazníků jsem musela vyřadit pro jejich výraznou neúplnost. Před počátkem výzkumu jsem provedla pilotáž, kdy jsem oslovila 10 žen v mém blízkém okolí. Tři z nich byly těhotné a zbylých sedm gravidních nebylo, ale těhotenstvím si v minulosti již prošly. Na základě pilotáže nebylo třeba měnit strukturu žádné otázky.

4.1 Způsob sběru dat

K provedení výzkumu jsem si zvolila výzkumnou metodu dotazování a forma výzkumu byla prováděna pomocí strukturovaného dotazníku. Dotazování bylo prováděno písemnou formou a odpovědi respondentky zaznamenávaly do dotazníku.

4.2 Nástroj sběru dat

Jako nástroj sběru dat jsem zvolila písemnou formu dotazování. V úvodní části dotazníku byly respondentky seznámeny s účelem vyplnění jim předloženého dotazníku. V další části byly těhotným ženám kladeny jednotlivé otázky. Dotazník měl celkem 26 otázek. Při sestavování struktury dotazníku jsem vycházela z předem určených cílů mého výzkumu. Dotazník obsahoval otázky uzavřené, kdy měly respondentky označit jednu z předem formulovaných odpovědí. Další otázky byly polouzavřené, které nabízely jak předem stanovené odpovědi, tak možnost doplnění, pokud dané odpovědi nevyhovovaly. Zbylé otázky byly otevřené a respondentky tak v nich mohly svobodně vyjádřit své názory a pocity. Dotazník je k dispozici v příloze P I.

4.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Respondentky tvořily těhotné ženy, klientky gynekologicko-porodnického oddělení. V 36 (36,0%) případech se jednalo o ženy, které měly s těhotenstvím první zkušenost a ve zbylých 64 (64,0%) o ženy, které byly těhotné již několikrát. Dotazníky byly klientkám rozdávány při ambulantním natáčení KTG záznamu na oddělení porodního sálu. Dotazníky

jsem klientkám rozdávala sama v průběhu blokové praxe na porodním sále. Všechny ženy byly při vyplňování dotazníků velice ochotné, což mě potěšilo.

5 STANOVENÉ CÍLE VÝZKUMU

Cíl č. 1

Zjistit, které z tělesných změn začínají těhotné vnímat jako první.

Cíl č. 2

Zjistit, které změny na svém těle vnímají těhotné ženy jako pozitivní a které jako negativní.

Cíl č. 3

Zjistit, zda ženy, které nejsou těhotné poprvé, vnímají tělesné změny stejně intenzivně jako v případě prvního těhotenství.

Cíl č. 4

Zjistit, zda je období gravidity a s ní spojené změny vnímáno rozdílně u plánovaného, či neplánovaného těhotenství.

Cíl č. 5

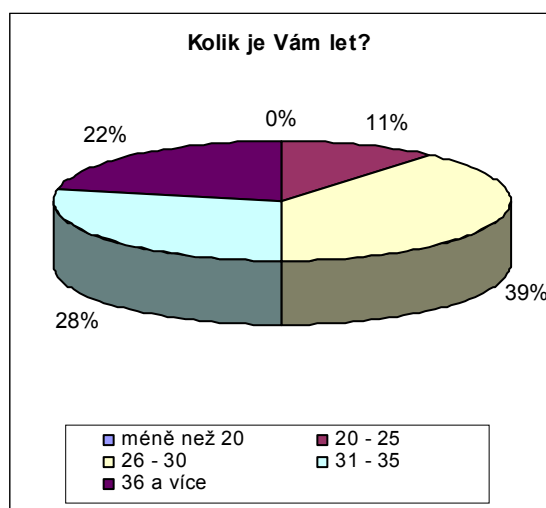
Zjistit, zda vnímání gravidity a s ní spojené změny souvisí s úrovní sociálního zabezpečení a rodinného stavu ženy.

6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ DOTAZNÍKŮ

Tabulka 1: Vyhodnocení otázky č. 1

KOLIK JE VÁM LET?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
méně než 20	0	0,0
20 – 25	11	11,0
26 – 30	39	39,0
31 – 35	28	28,0
36 a více	22	22,0
Σ	100	100,0

Graf 1: Grafické znázornění otázky č. 1



Analýzou zjištěných údajů bylo zjištěno, že žádná (0,0%) z respondentek nebyla mladší 20 let, 11 (11,0%) probandek spadalo do věkové skupiny 20 – 25 let. Nejpočetněji zastoupená byla věková skupina 26 – 30 let, kam je řazeno 39 (39,0%) žen. Další skupina je tvořena 28 (28,0%) těhotnými ženami ve věku 31 – 35 let. Poslední skupinu tvoří 22 (22,0%) žen starších 36 let.

Tabulka 2: Vyhodnocení otázky č. 2

JAKÉ JE VAŠE NEJVYŠŠÍ DOSAŽENÉ VZDĚLÁNÍ?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
základní	2	2,0
střední bez maturity	23	23,0
střední s maturitou	35	35,0
vyšší odborné	8	8,0
vysokoškolské	32	32,0
jsem studující	0	0,0
Σ	100	100,0

Graf 2: Grafické znázornění otázky č. 2

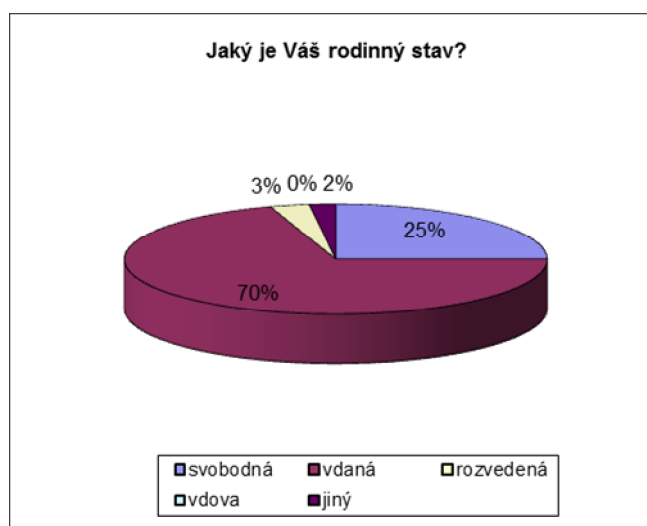


Nejvíce respondentek dosáhlo středního vzdělání s maturitou, jedná se o 35 (35%) žen. 23 (23%) z dotazovaných žen dosáhlo vysokoškolského vzdělání. Dalších 8 (8%) z celkového počtu odpovídajících probandek na dotazníkové šetření dosáhlo vyššího odborného vzdělání. Vzdělanost žen dokumentuje také fakt, že pouhé 2 (2%) respondentky mají základní vzdělání.

Tabulka 3: Vyhodnocení otázky č. 3

JAKÝ JE VÁŠ RODINNÝ STAV?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
svobodná	25	25,0
vdaná	70	70,0
rozvedená	3	3,0
vdova	0	0,0
jiný	2	2,0
Σ	100	100,0

Graf 3: Grafické znázornění otázky č. 3

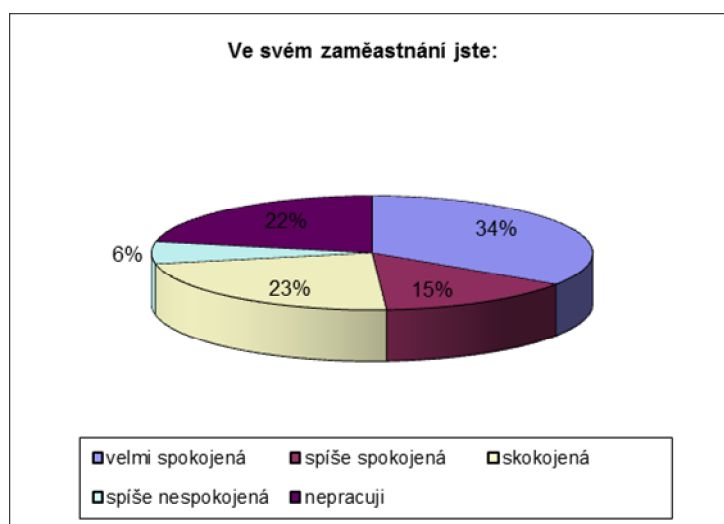


Většina žen, celých 70 (70%) uvedla, že jsou vdané. Čtvrtina z celkového počtu dotazovaných, tedy právě 25 (25%) byla svobodná. Pouhé 3 (3%) ženy uvedly, že jsou rozvedené a 2 (2%) respondentky uvedly jiný rodinný stav, v těchto případech se jednalo o situaci, kdy se pár nacházel v rozvodovém řízení.

Tabulka 4: Vyhodnocení otázky č. 4

VE SVÉM ZAMĚSTNÁNÍ JSTE:	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
velmi spokojená	33	33,0
spíše spokojená	14	14,0
spokojená	22	22,0
spíše nespokojená	6	6,0
nepracuji	21	21,0
Σ	100	100,0

Graf 4: Grafické znázornění otázky č. 4

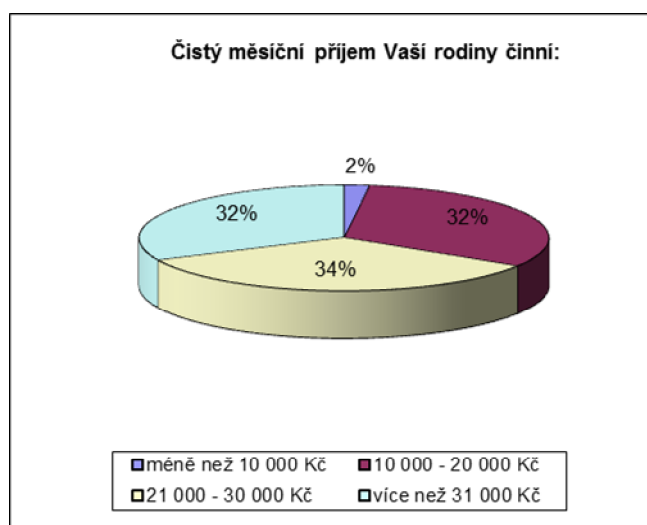


Otázka, která se týkala spokojenosti žen v jejich zaměstnání, přinesla vesměs pozitivní výsledky. 34 (34%) z dotazovaných je ve svém zaměstnání velmi spokojeno, 14 (14%) respondentek uvedlo, že jsou spíše spokojeny a dalších 22 (22%) žen je v zaměstnání spokojeno. Pouhých 6 (6%) dotazovaných je ve svém zaměstnání spíše nespokojeno. Zbýlých 21 (21%) žen uvedlo, že nepracují, důvodem může být buďto strukturální nezaměstnanost nebo mateřská dovolená dotazovaných žen.

Tabulka 5: Vyhodnocení otázky č. 5

ČISTÝ MĚSÍČNÍ PŘÍJEM VAŠÍ RODINY ČINNÍ:	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
méně než 10 000 Kč	2	2,0
10 000 - 20 000 Kč	32	32,0
21 000 - 30 000 Kč	34	34,0
více než 31 000 Kč	32	32,0
Σ	100	100,0

Graf 5: Grafické znázornění otázky č. 5

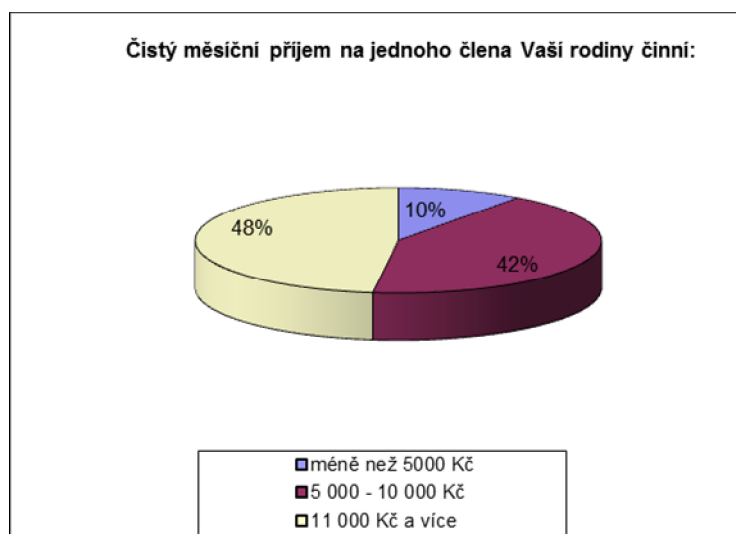


Při pohledu na graf a tabulku týkající se páté otázky (čistého měsíčního příjmu rodiny) lze vypočítat, že respondenty vytvořily tři poměrně vyrovnané skupiny. 32 (32%) dotazovaných uvedlo, že se jejich čistý měsíční příjem pohybuje v rozmezí 10 000Kč až 20 000Kč. Naprosto stejný počet žen uvedlo, že čistý měsíční příjem jejich rodiny je vyšší než 31 000Kč. Jen o dvě procenta více, tedy 34 (34%) respondentek uvedlo, že příjem jejich rodiny se pohybuje v rozmezí 21 000Kč až 30 000Kč. Pouhé 2 (2%) probantky si musí vystačit s příjmem pod hranicí 10 000Kč.

Tabulka 6: Vyhodnocení otázky č. 6

ČISTÝ MĚSÍČNÍ PŘÍJEM NA JEDNOHO ČLENA VAŠÍ RODINY ČINÍ:	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
méně než 5000 Kč	10	10,0
5 000 - 10 000 Kč	42	42,0
11 000 Kč a více	48	48,0
Σ	100	100,0

Graf 6: Grafické znázornění otázky č. 6

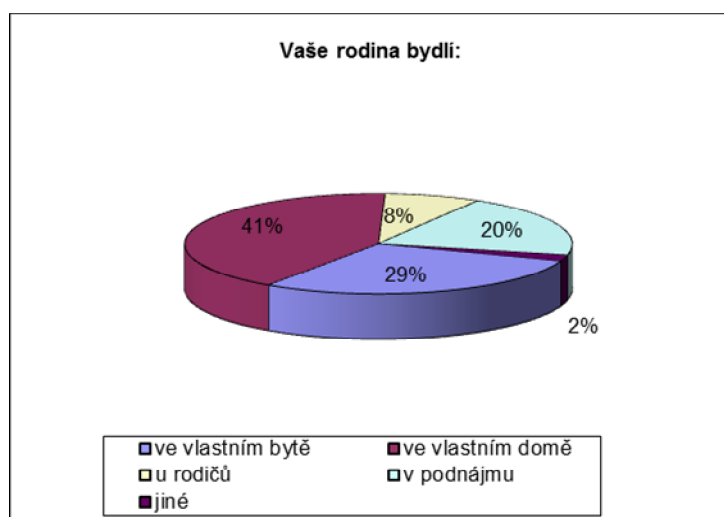


Také šestá otázka se týkala finančního zabezpečení rodiny. Cílem bylo zjistit čistý měsíční příjem na jednoho člena rodiny. Téměř polovina, 48 (48%) dotazovaných uvedla, že příjem na jednoho člena jejich rodiny je vyšší než 11 000Kč. Celých 42 (42%) respondentek odpovědělo, že příjem na jednu osobu v rodině se pohybuje v rozmezí 5 000Kč až 10 000Kč. 10 (10%) dotazovaných uvedlo, že čistý měsíční příjem na jednoho člena rodiny je nižší než 5 000Kč.

Tabulka 7: Vyhodnocení otázky č. 7

VAŠE RODINA BYDLÍ:	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
ve vlastním bytě	29	29,0
ve vlastním domě	41	41,0
u rodičů	8	8,0
v podnájmu	20	20,0
jiné	2	2,0
Σ	100	100,0

Graf 7: Grafické znázornění otázky č. 7

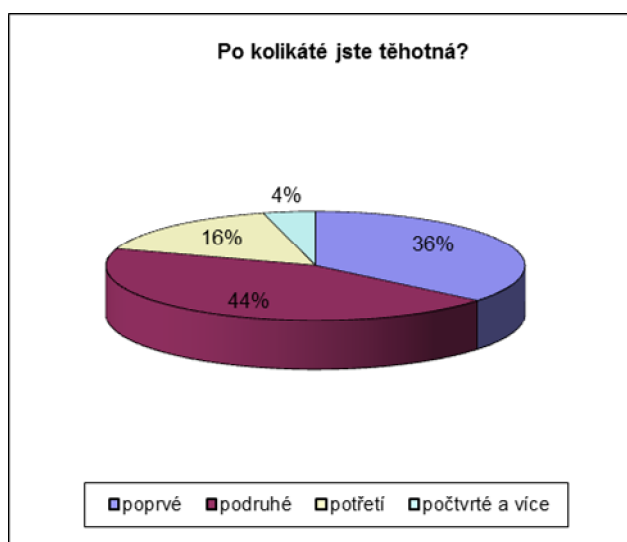


Pomocí sedmé otázky jsem chtěla zjistit, kde bydlí rodiny dotazovaných žen. Největší část respondentek, celých 40 (41%) uvedlo, že bydlí ve vlastním domě. Dalších 20 (29%) dotazovaných žen uvedlo, že bydlí ve vlastním bytě. V podnájmu žije 20 (20%) z celkového počtu respondentek.

Tabulka 8: Vyhodnocení otázky č. 8

PO KOLIKÁTÉ JSTE TĚHOTNÁ?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
poprvé	36	36,0
podruhé	44	44,0
potřetí	16	16,0
počtvrté a více	4	4,0
Σ	100	100,0

Graf 8: Grafické znázornění otázky č. 8

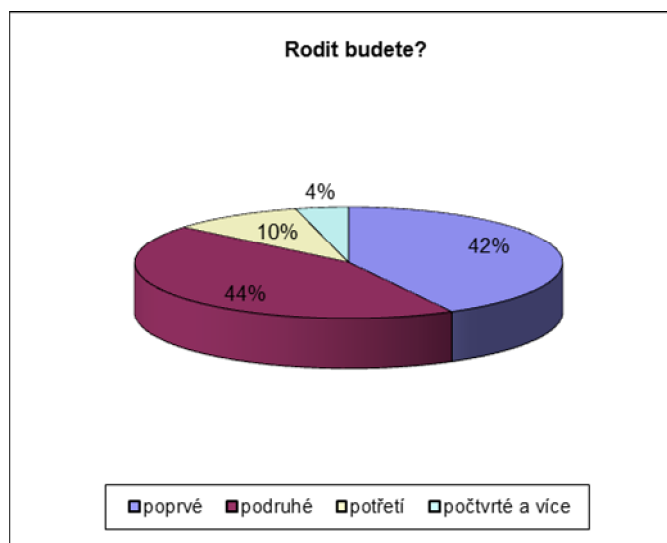


Z dotazníkového šetření vyplývá, že 36 (36%) respondentek bylo těhotných poprvé, celých 44 (44%) dotazovaných žen uvedlo, že bylo těhotných podruhé. 16 (16%) žen uvedlo, že byly těhotné potřetí a další 4 (4%) uvedla, že těhotenství zažila čtyřikrát nebo i vícekrát.

Tabulka 9. Vyhodnocení otázky č. 9

RODIT BUDETE:	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
poprvé	42	42,0
podruhé	44	44,0
potřetí	10	10,0
počtvrté a více	4	4,0
Σ	100	100,0

Graf 9: Grafické znázornění otázky č. 9

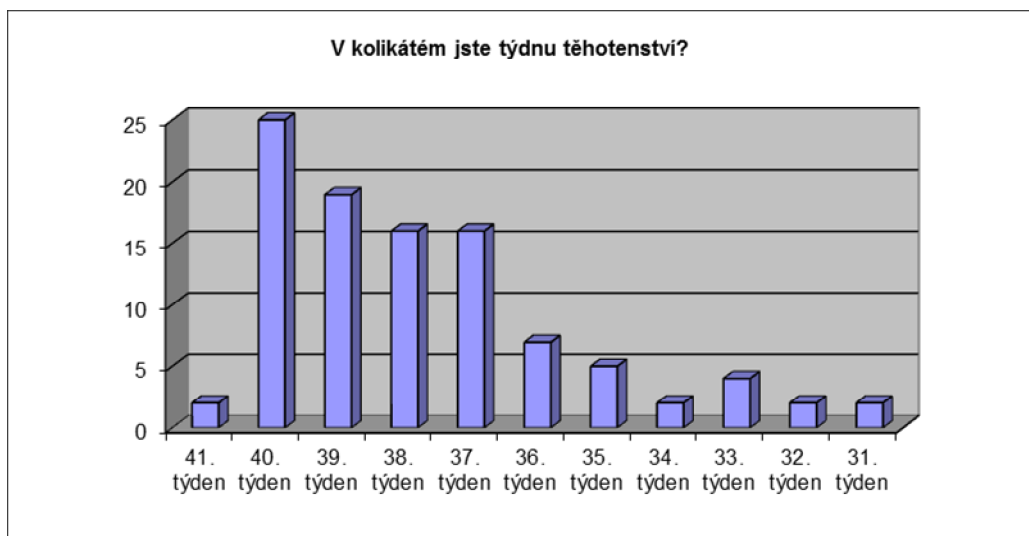


Další otázka se týkala toho, po kolikáté budou dotazované ženy rodit. Téměř polovina, přesněji 44 (44%) respondentek si touto zkušeností již jednou prošlo a budou tedy rodit podruhé. Zcela novou první zkušenost s porodem bude mít 42 (42%) dotazovaných žen. Dalších 10 (10%) z celkového počtu dotazovaných bude rodit již po třetí a 4 (4%) ženy uvedly, že budou rodit počtvrté nebo i vícekrát.

Tabulka 10: Vyhodnocení otázky č. 10

V KOLIKÁTÉM JSTE TÝDNU TĚHOTENSTVÍ?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
41. týden	2	2,0
40. týden	25	25,0
39. týden	19	19,0
38. týden	16	16,0
37. týden	16	16,0
36. týden	7	7,0
35. týden	5	5,0
34. týden	2	2,0
33. týden	4	4,0
32. týden	2	2,0
31. týden	2	2,0
Σ	100	100,0

Graf 10: Grafické znázornění otázky č. 10

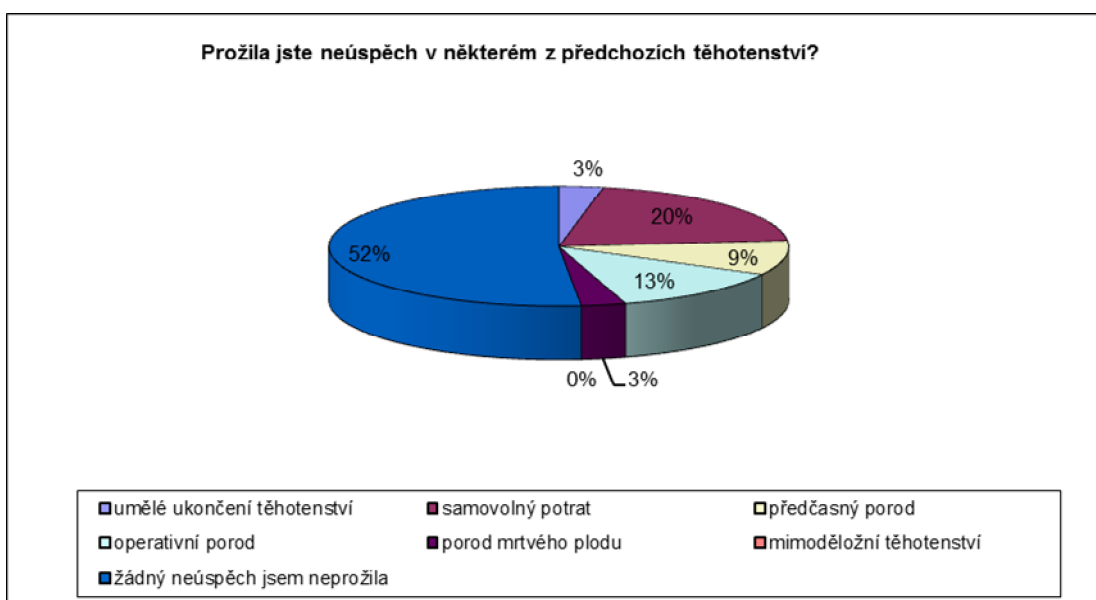


Nejvíce žen, které odpovídaly na tohle dotazníkové šetření, se nacházelo ve čtyřicátém týdnu těhotenství, bylo jich 25 (25%). Ve třicátém týdnu těhotenství bylo při vyplňování tohoto dotazníku 19 (19%) respondentek. 16 (16%) žen bylo shodně v třicátém osmém a třicátém sedmém měsíci těhotenství. Zbývající respondentky byly takřka rovnoměrně roztrženy do týdnů 31 až 36.

Tabulka 11: Vyhodnocení otázky č. 11

PROŽILA JSTE NEÚSPĚCH V NĚKTERÉM Z PŘEDCHOZÍCH TĚHOTENSTVÍ?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
umělé ukončení těhotenství	2	3,1
samovolný potrat	13	20,3
předčasný porod	6	9,4
operativní porod	8	12,5
porod mrtvého plodu	2	3,1
mimoděložní těhotenství	0	0,0
žádný neúspěch jsem neprožila	33	51,6
Σ	64	100,0

Graf 11: Grafické znázornění otázky č. 11

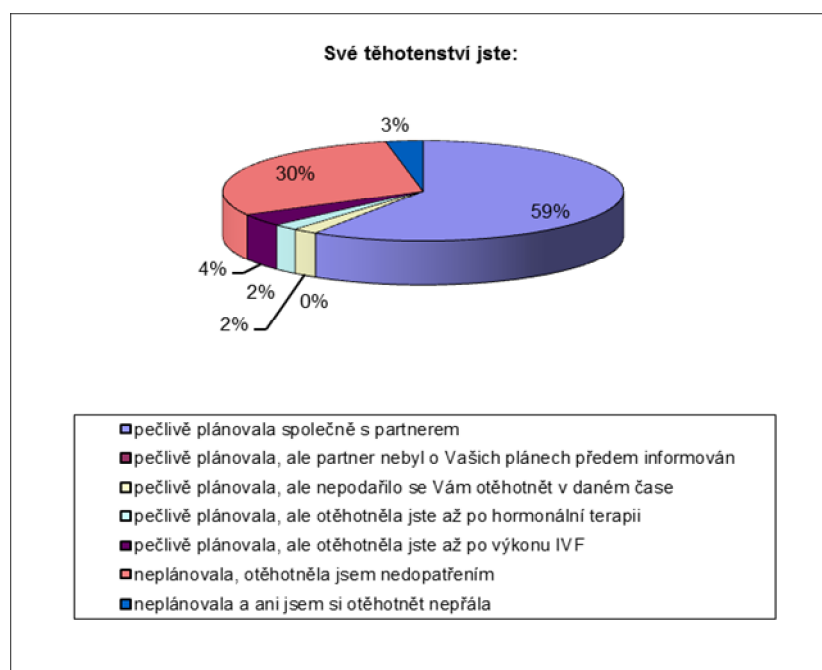


Na tuto otázku odpovídalo z celkové počtu respondentek jen část žen z celkového zkoumaného vzorku a to z toho důvodu, že 36 jich bylo těhotných poprvé. Ze zbývajících 64 těhotných celých 33 (51,6%) v předchozím těhotenství neprožilo žádný neúspěch, 13 (20,3%) si zažilo samovolný potrat. Operativním porodem si prošlo 8 (12,5%) respondentek. 8 (9,4%) mělo zkušenost s předčasným porodem svého dítěte. 2 (3,1%) žen prodělalo umělé přerušování těhotenství a stejný počet zažilo také porod mrtvého plodu. Potěšující je okolnost, že žádná z žen neprodělala mimoděložní těhotenství.

Tabulka 12: Vyhodnocení otázky č. 12

SVÉ TĚHOTENSTVÍ JSTE:	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
pečlivě plánovala společně s partnerem	59	59,0
pečlivě plánovala, ale partner nebyl o Vašich plánech předem informován	0	0,0
pečlivě plánovala, ale nepodařilo se Vám otěhotnět v daném čase	2	2,0
pečlivě plánovala, ale otěhotněla jste až po hormonální terapii	2	2,0
pečlivě plánovala, ale otěhotněla jste až po výkonu IVF	4	4,0
neplánovala, otěhotněla jsem nedopatřením	30	30,0
neplánovala a ani jsem si otěhotnět nepřála	3	3,0
Σ	100	100,0

Graf 12: Grafické znázornění otázky č. 12

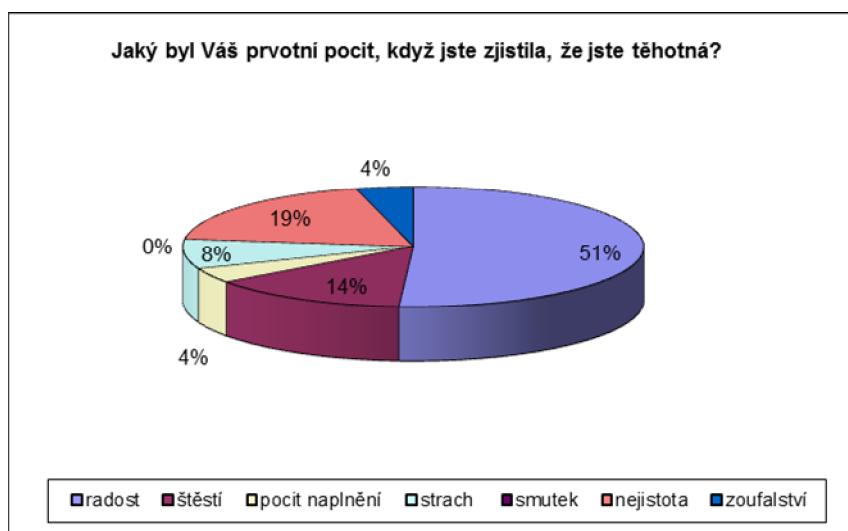


Větší část, celých 59 (59%) dotazovaných své těhotenství plánovalo společně s partnerem. Zajímavé je číslo 30 (30%), právě tolik žen otěhotnělo nedopatřením. Až po výkonu IVF se podařilo otěhotnět 4 (4%) respondentkám. 2 (2%) ženy svá těhotenství pečlivě plánovaly, ale nepodařilo se jim otěhotnět v daném čase nebo až po hormonální terapii. Zarážející je, že 3 (3%) ze zkoumaného vzorku svá těhotenství neplánovala a ani si otěhotnět nepřála. Aby partner nevěděl o plánech své partnerky se nestalo ani jednou.

Tabulka 13: Vyhodnocení otázky č. 13

JAKÝ BYL VÁŠ PRVOTNÍ POCIT, KDYŽ JSTE ZJISTILA, ŽE JSTE TĚHOTNÁ?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
radost	51	51,0
štěstí	14	14,0
pocit naplnění	4	4,0
strach	8	8,0
smutek	0	0,0
nejistota	19	19,0
zoufalství	4	4,0
Σ	100	100,0

Graf 13: Grafické znázornění otázky č. 13

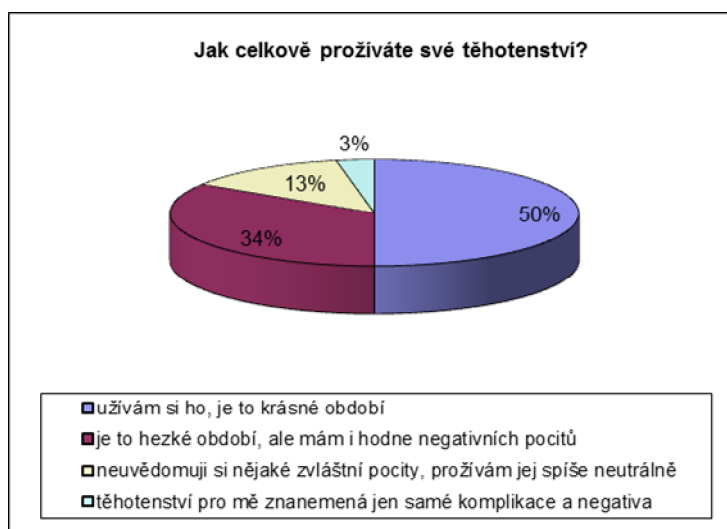


Touto otázkou jsem se snažila zjistit, jaké pocity zažívaly ženy, když zjistily že jsou těhotné. 51 (51%) respondentek pociťovalo radost a 14 (14%) štěstí. 4 (4%) ženy zvolily odvoděť pocit naplnění. Objevovaly se tu i negativní pocity. V 19 (19%) případech šlo o nejistotu, v 8 (8%) o strach a 4 (4%) probandky uvedly jako svůj prvotní pocit zoufalství.

Tabulka 14: Vyhodnocení otázky č. 14

JAK CELKOVĚ PROŽÍVÁTE SVÉ TĚHOTENSTVÍ?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
užívám si ho, je to krásné období	50	50,0
je to hezké období, ale mám i hodně negativních pocitů	34	34,0
neuvědomuji si nějaké zvláštní pocity, prožívám jej spíše neutrálně	13	13,0
těhotenství pro mě znamená jen samé komplikace a negativa	3	3,0
Σ	100	100,0

Graf 14: Grafické znázornění otázky č. 14

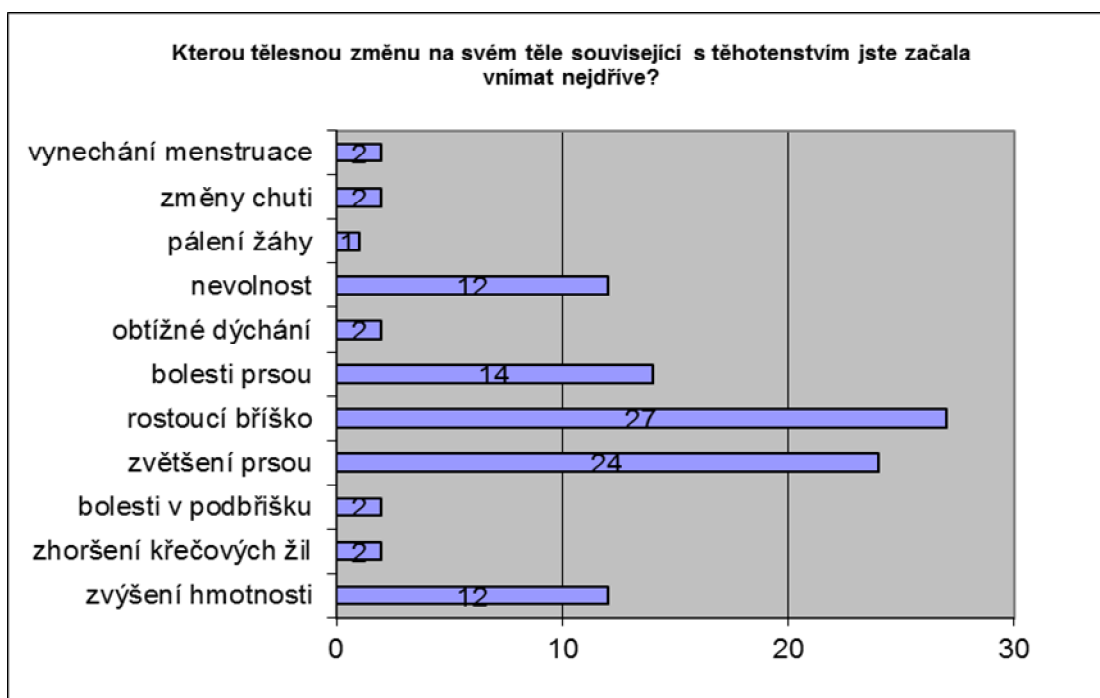


Na otázku, jak celkově prožíváte své těhotenství, odpověděla přesná polovina, tedy 50 (50%) dotazovaných žen, že je to krásné období, které si užívají. Pro 34 (34%) respondentek je gravidita hezké období, ale bohužel i s mnohými negativními pocity. Neutrálně bez nějakých zvláštních pocitů prožívá 13 (13%) žen. Jen samé komplikace a negativa přináší těhotenství 3 (3%) těhotným.

Tabulka 15: Vyhodnocení otázky č. 15

KTEROU TĚLESNOU ZMĚNU NA SVĚM TĚLE SOUVISEJÍCÍ S TĚHOTENSTVÍM JSTE ZAČALA VNÍMAT NEJDŘÍVE A V KTERÉM TO BYLO TÝDNU TĚHOTENSTVÍ?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
zvýšení hmotnosti	12	12,0
zhoršení křečových žil	2	2,0
bolesti v podbříšku	2	2,0
zvětšení prsou	24	24,0
rostoucí břicho	27	27,0
bolesti prsou	14	14,0
obtížné dýchání	2	2,0
nevolnost	12	12,0
pálení žáhy	1	1,0
změny chuti	2	2,0
vynechání menstruace	2	2,0
Σ	100	100,0

Graf 15: Grafické znázornění otázky č. 15



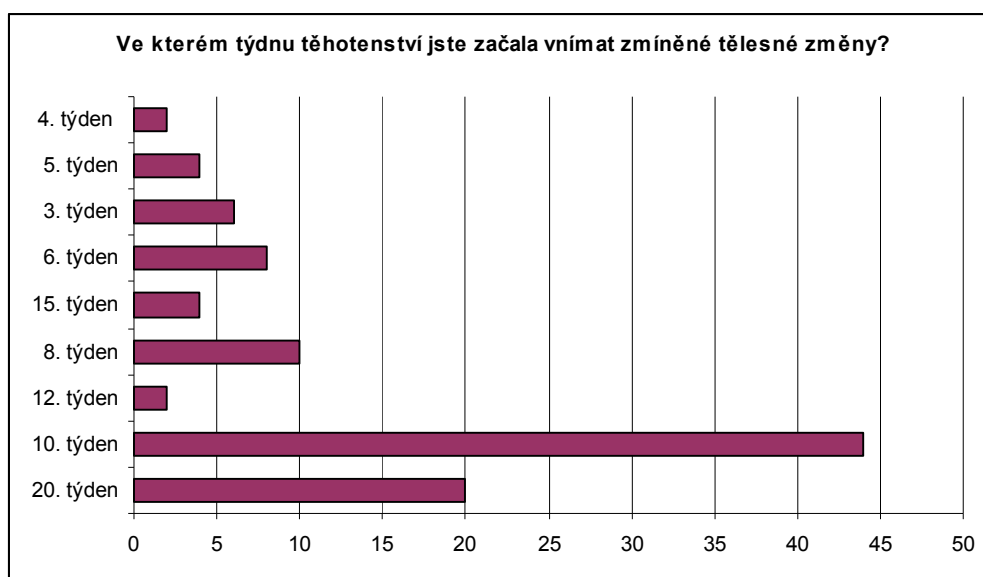
Odovědi na tuto otázku tvoří stěžejní část celého mého výzkumu, právě zde jsem zjišťovala, které tělesné změny na svém těle ženy během těhotenství pocítují nejdříve. 27 (27%) z dotazovaných žen odpovědělo, že nejdříve vnímají rostoucí břicho, dalších 24 (24%) respondentek zageristrovalo nejdříve zvětšení prsou. Celých 14 (14%) žen uvádělo

bolesti prsou jako první změnu během těhotenství. Shodně, a sice 12 (12%) dotazovaných žen vnímalo nejdříve nevolnost a zvýšení hmotnosti. Mezi další změny, které uvedlo menší procento respondentek patří vynechání menstruace, změny chutí, zhoršené dýchání, bolesti v podbřišku nebo zhoršení křečových žil.

Tabulka 16: Další vyhodnocení otázky č. 15

VE KTERÉM TÝDNU TĚHOTENSTVÍ JSTE ZAČALA VNÍMAT ZMÍNĚNÉ TĚLESNÉ ZMĚNY?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
20. týden	20	20,0
10. týden	44	44,0
12. týden	2	2,0
8. týden	10	10,0
15. týden	4	4,0
6. týden	8	8,0
3. týden	6	6,0
5. týden	4	4,0
4. týden	2	2,0
Σ	100	100,0

Graf 16: Další grafické znázornění otázky č. 15

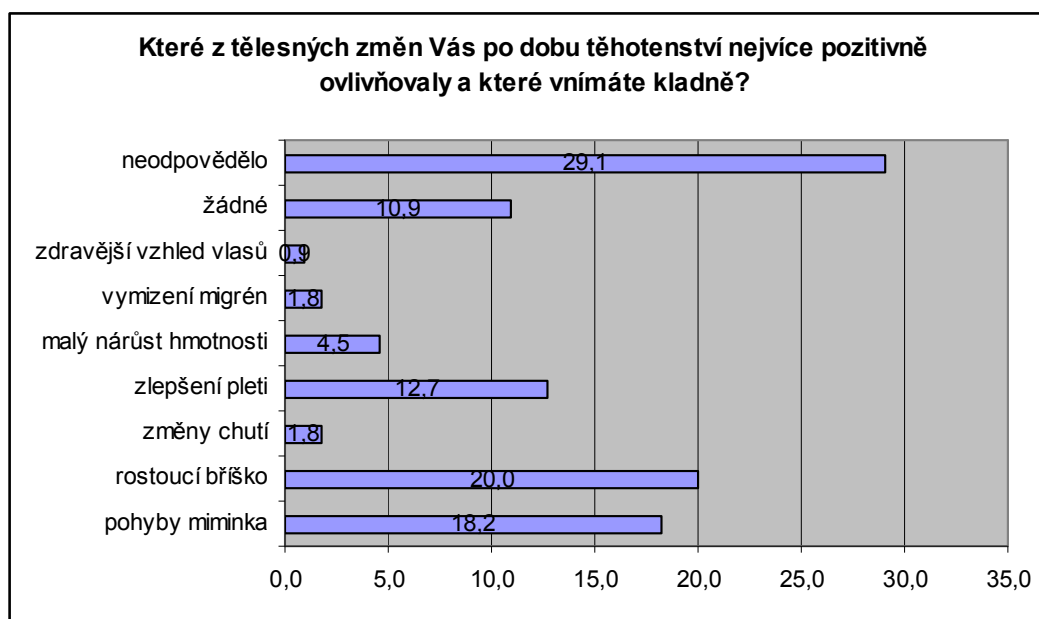


Vnímání tělesných změn během těhotenství bylo analyzováno v předcházející otázce, tabulce a grafu. Tento graf znázorňuje, ve kterém týdnu těhotenství byly zmíněné tělesné změny zpozorovány. Nejvíce žen, přesně 44 (44%), začalo na svém těle pozorovat změny v průběhu desátého týdne. Další 20 (20%) respondentek vnímalo změny související s těhotenstvím až ve dvacátém týdnu těhotenství. 10 (10%) z žen zase vnímalo tělesné změny už v 8 týdnu těhotenství. Zbývající respondenty vnímaly změnu různě rychle, ale vždy to bylo do desátého týdne těhotenství.

Tabulka 17: Vyhodnocení otázky č. 16

KTERÉ TĚLESNÉ ZMĚNY VÁS PO DOBU TĚHOTENSTVÍ NEJVÍCE POZITIVNĚ OVLIVŇOVALY A KTERÉ VNÍMÁTE Kladně?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
pohyby miminka	20	18,2
rostoucí břicho	22	20,0
změny chutí	2	1,8
zlepšení pleti	14	12,7
malý nárůst hmotnosti	5	4,5
vymizení migrén	2	1,8
zdravější vzhled vlasů	1	0,9
žádné	12	10,9
neodpovědělo	32	29,1
Σ	110	110

Graf 17: Grafické znázornění otázky č. 16

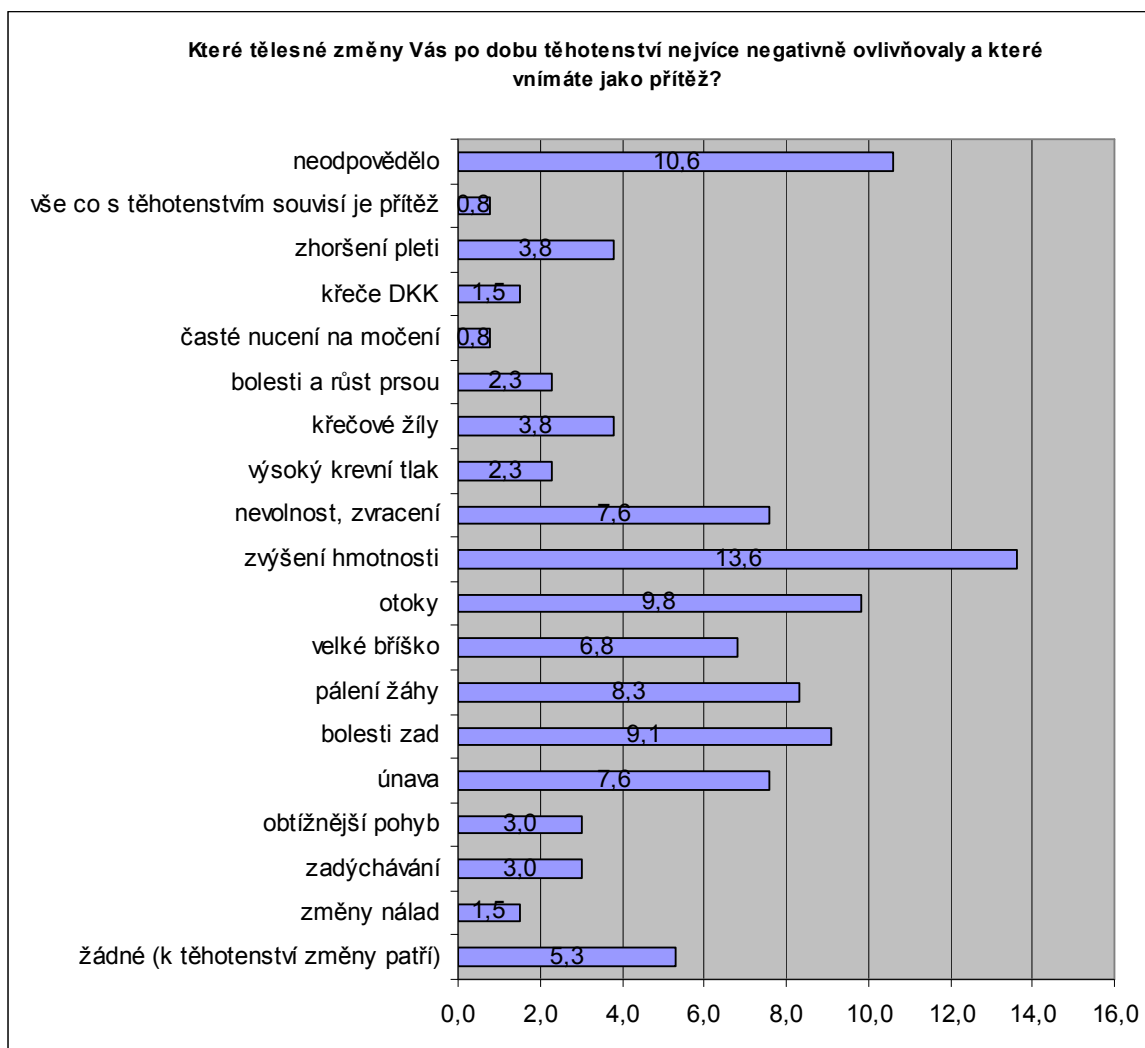


Touto otázkou jsem chtěla zjistit, které tělesné změny nejvíce pozitivně ovlivňovaly ženy během jejich těhotenství. Četnost odpovědí je zobrazena tím, že celých 32 (32%) žen na tuto otázku vůbec neodpovědělo. Ze zjištěných odpovědí lze konstatovat, že 22 (22%) žen vnímá pozitivně rostoucí břicho, dalších 20 (20%) pohyby miminka. U 14 (14%) respondentek došlo ke zlepšení jejich pleti, 5 (5%) z dotazovaných bylo rádo, že jejich hmotností nárůst byl minimální. 12 (12%) z dotazovaných žen nezaregistrovalo vůbec žádné pozitivní tělesné změny během těhotenství.

Tabulka 18: Vyhodnocení otázky č. 17

KTERÉ TĚLESNÉ ZMĚNY VÁS PO DOBU TĚHOTENSTVÍ NEJVÍCE NEGATIVNĚ OVLIVŇOVALY A KTERÉ VNÍMÁTE JAKO PŘÍTĚŽ?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
žádné (k těhotenství změny patří)	7	5,3
změny nálad	2	1,5
zadýchávání	4	3,0
obtížnější pohyb	4	3,0
únava	10	7,6
bolesti zad	12	9,1
pálení žáhy	11	8,3
velké břicho	9	6,8
otoky	13	9,8
zvýšení hmotnosti	18	13,6
nevolnost, zvracení	10	7,6
vysoký krevní tlak	3	2,3
křečové žíly	5	3,8
bolesti a růst prsou	3	2,3
časté nucení na močení	1	0,8
křeče DKK	2	1,5
zhoršení pleti	5	3,8
vše co s těhotenstvím souvisí je přítěž	1	0,8
neodpovědělo	14	10,6
Σ	132	100,0

Graf 18: Grafické znázornění otázky č. 17

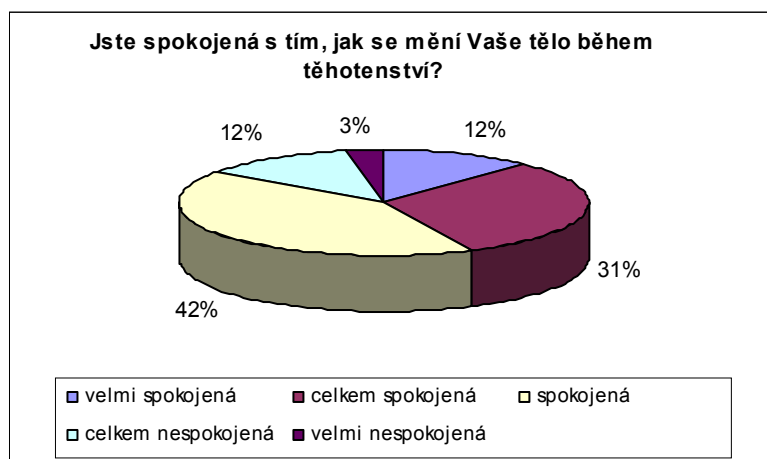


Náplní sedmnácté otázky jsou tělesné změny, které ovlivňovaly těhotné ženy během jejich gravidity negativně. V 18 (18%) případech byl negativním zjištěním nárůst hmotnosti, pro 13 (13%) dotazovaných žen jsou negativum otoky dolních končetin během těhotenství, bolesti zad byly nepříjemné pro 12 (12%) respondentek, v 11 (11%) případech se jednalo o pálení žáhy, deset žen zmínilo nevolnost a zvracení. Další negativně vnímané, avšak méně četné tělesné změny, zjištěné během průzkumu lze zařadit změny nálad, obtížnější pohyb, vysoký krevní tlak, křečové žíly, bolesti a růst prsou, časté močení nebo zhoršení pleti. 14 (14%) dotazovaných na tuto otázku neodpovědělo.

Tabulka 19: Vyhodnocení otázky č. 18

JSTE SPOKOJENÁ S TÍM, JAK SE MĚNÍ VAŠE TĚLO BĚHEM TĚHOTENSTVÍ?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
velmi spokojená	12	12,0
celkem spokojená	31	31,0
spokojená	42	42,0
celkem nespokojená	12	12,0
velmi nespokojená	3	3,0
Σ	100	100,0

Graf 19: Grafické znázornění otázky č. 18

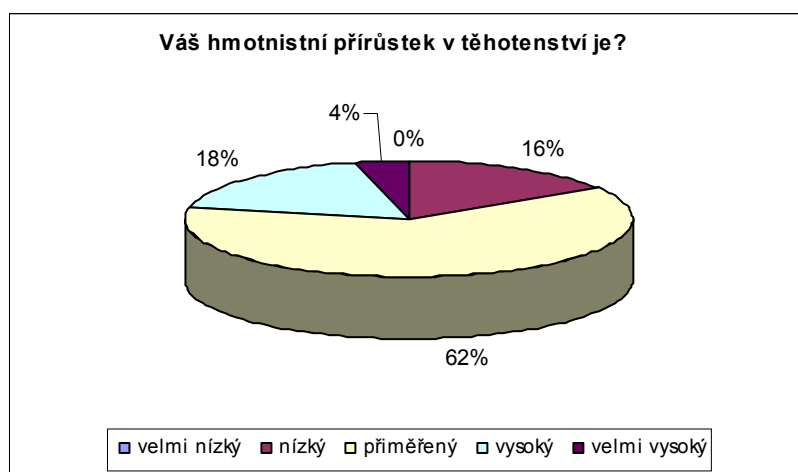


Tato otázka se týkala spokojenosti se změnami těla během těhotenství. Souhrnně lze říct, že odpovědi byly převážně pozitivní. 42 (42%) respondentek bylo spokojeno s tím, jak se měnilo jejich tělo během gravidity. Dalších 31 (31%) bylo celkem spokojeno, 12 (12%) dotazovaných žen bylo dokonce velmi spokojeno, stejný počet respondentek byl celkem nespokojen s tělesnými změnami během těhotenství. Pouhé 3 (3%) ženy byly velmi nespokojené.

Tabulka 20: Vyhodnocení otázky č. 19

VÁŠ HMOTNOSTNÍ PŘÍRŮSTEK V TĚHOTENSTVÍ JE?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
velmi nízký	0	0,0
nízký	16	16,0
přiměřený	62	62,0
vysoký	18	18,0
velmi vysoký	4	4,0
Σ	100	100,0

Graf 20: Grafické znázornění otázky č. 19

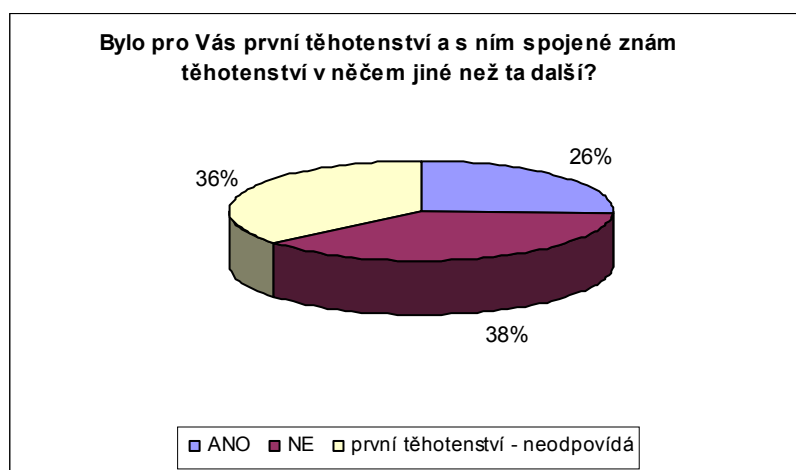


Z celkového počtu dotazovaných považuje celých 62 (62%) svůj hmotnostní přírůstek za přiměřený, lze tedy říci, že právě tyto ženy jsou se svým tělem v těhotenství spokojené, stejně tak jako ty, které uvádějí svůj hmotnostní přírůstek jako nízký. Vysoký hmotnostní přírůstek se zdá pro 18 (18%) a velmi vysoký pro 4 (4%) ženy. Nízký přírůstek pro 16 (16%). Poslední možnost, velmi nízký přírůstek, nevedla žádná z dotazovaných.

Tabulka 21: Vyhodnocení otázky č. 20

BYLO PRO VÁS PRVNÍ TĚHOTENSTVÍ A S NÍM SPOJENÉ ZNÁMKY TĚHOTENSTVÍ V NĚČEM JINÉ, NEŽ TA DALŠÍ?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
ANO	26	26,0
NE	38	38,0
první těhotenství – neodpovídá	36	36,0
Σ	100	100,0

Graf 21: Grafické znázornění otázky č. 20

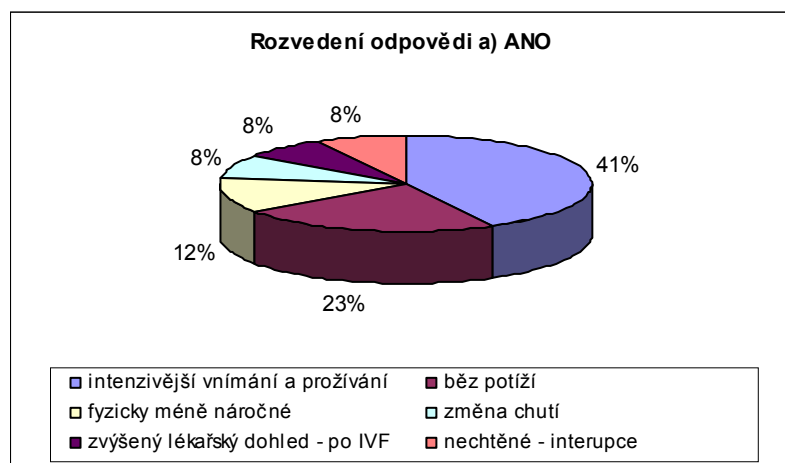


Na tuto otázku odpovídala opět jen část respondentek a to 64 (64%). Zbývajících 36 (36%) bylo poprvé těhotných. Uvedených 64 (64%) respondentek lze rozdělit mezi dvě odpovědi. 26 (26%) žen odpovědělo, že první těhotenství pro ně bylo jiné. Zbývajících 38 (38%) neuvádí žádné rozdíly mezi prvními a dalšími graviditami.

Tabulka 22: Vyhodnocení části otázky č. 20

ROZVEDENÍ ODPOVĚDI A) ANO	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
intenzivnější vnímání a prožívání	11	41,0
bez potíží	6	23,0
fyzicky méně náročné	3	12,0
změna chutí	2	8,0
zvýšený lékařský dohled - po IVF	2	8,0
nechtěné – interupce	2	8,0
Σ	26	100,0

Graf 22: Grafické znázornění části otázky č. 20

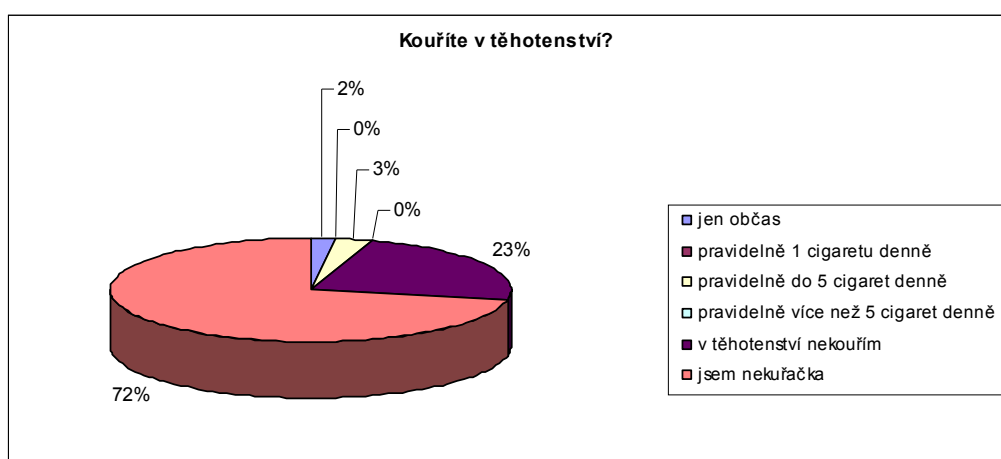


Tento graf podrobněji zachycuje odpovědi na předchozí otázku, kdy jsem zjišťovala, jestli bylo pro ženy jejich první těhotenství v něčem jiné než ta následující. Nejvíce probandek, 11 (41%) se shodlo na tom, že první těhotenství bylo vnímáno a prožíváno intenzivněji. Dalších 6 (23%) uvedlo, že první těhotenství pro ně bylo bezproblémové, zatímco další bylo provázeno komplikacemi. Fyzicky méně náročné bylo první těhotenství pro 3 (12%) dotazovaných žen. Shodně 2 (8%) respondentky uvedly, že první těhotenství obnášelo změnu chutí nebo zvýšený lékařský dohled. 2 (8%) ženy také uvedly, že první těhotenství bylo jiné v tom, že bylo nechtěné.

Tabulka 23: Vyhodnocení otázky č. 21

KOŮŘÍTE V TĚHOTENSTVÍ?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
jen občas	2	2,0
pravidelně 1 cigaretu denně	0	0,0
pravidelně do 5 cigaret denně	3	3,0
pravidelně více než 5 cigaret denně	0	0,0
v těhotenství nekouřím	23	23,0
jsem nekuřačka	72	72,0
Σ	100	100,0

Graf 23: Grafické znázornění otázky č. 21

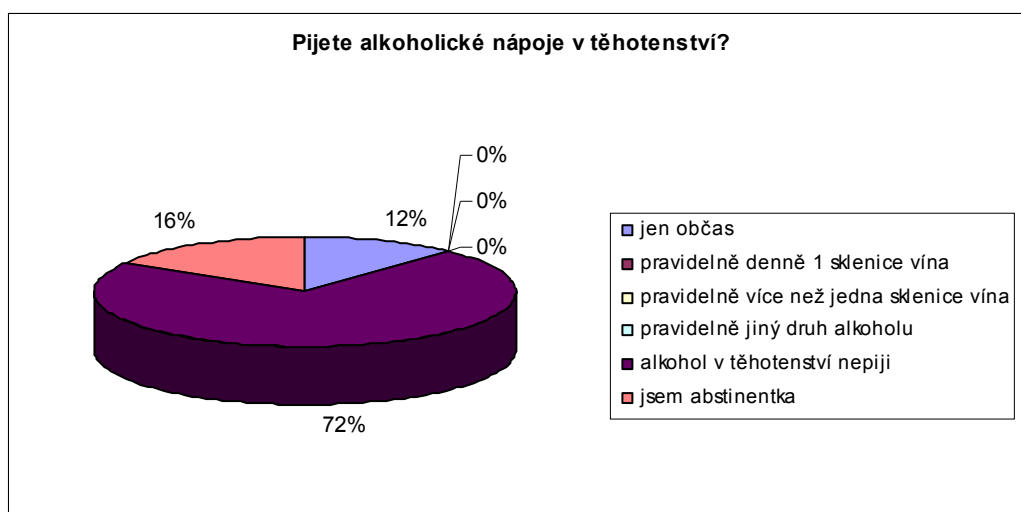


Příjemným zjištěním bylo, že 72 (72%) respondentek uvedlo, že nekouří vůbec. Otázkou je, do jaké míry jsou jejich odpovědi pravdivé. Během těhotenství omezilo kouření 23 (23%) dotazovaných žen. Pravidelně, méně než pět cigaret denně kouří 3 (3%) dotazované. Zbylé 2 (2%) kouří během těhotenství občas.

Tabulka 24: Vyhodnocení otázky č. 22

PIJETE ALKOHOLICKÉ NÁPOJE V TĚHOTENSTVÍ?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
jen občas	12	12,0
pravidelně denně 1 sklenice vína	0	0,0
pravidelně více než jedna sklenice vína	0	0,0
pravidelně jiný druh alkoholu	0	0,0
alkohol v těhotenství nepiji	72	72,0
jsem abstinentka	16	16,0
Σ	100	100,0

Graf 24: Grafické znázornění otázky č. 22

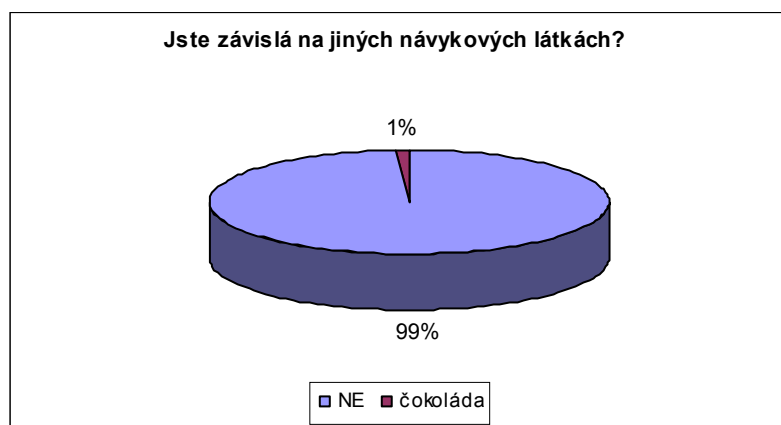


Podobných výsledků jako u cigaret bylo dosaženo také při pití alkoholických nápojů. Většina z dotazovaných žen, právě 72 (72%), alkohol během těhotenství nepije. 16 (16%) z respondentek se řadí mezi abstinentky. 12 (12%) žen pije alkohol občas i během těhotenství. Zbývající odpovědi měli nulovou četnost

Tabulka 25: Vyhodnocení otázky č. 23

JSTE ZÁVISLÁ NA JINÝCH NÁVYKOVÝCH LÁTKÁCH?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
NE	99	99,0
čokoláda	1	1,0
Σ	100	100,0

Graf 25: Grafické znázornění otázky č. 23

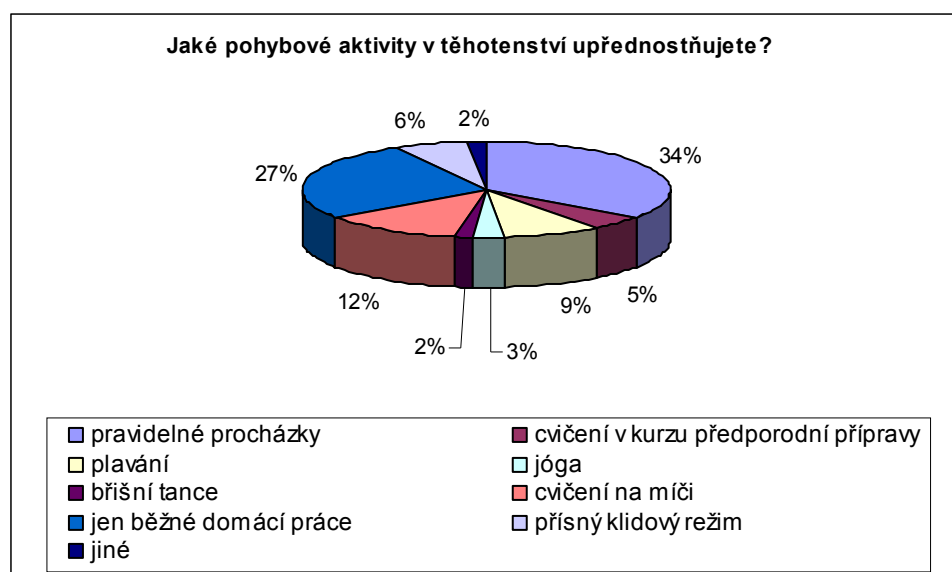


Poměrně úsměvné bylo vyhodnocení otázky číslo 23. Drtivá většina, celých 99 (99%) z dotazovaných žen není závislá na jiných návykových látkách. 1 (1%) respondentka však přiznala svou závislost na čokoládě.

Tabulka 26: Vyhodnocení otázky č. 24

JAKÉ POHYBOVÉ AKTIVITY V PRŮBĚHU TĚHOTENSTVÍ UPŘEDNOSTŇUJETE?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
pravidelné procházky	79	34,8
cvičení v kurzu předporodní přípravy	11	4,8
plavání	20	8,8
jóga	6	2,6
břišní tance	4	1,8
cvičení na míči	28	12,3
jen běžné domácí práce	61	26,9
přísný klidový režim	14	6,2
jiné	4	1,8
Σ	227	100,0

Graf 26: Grafické znázornění otázky č. 24

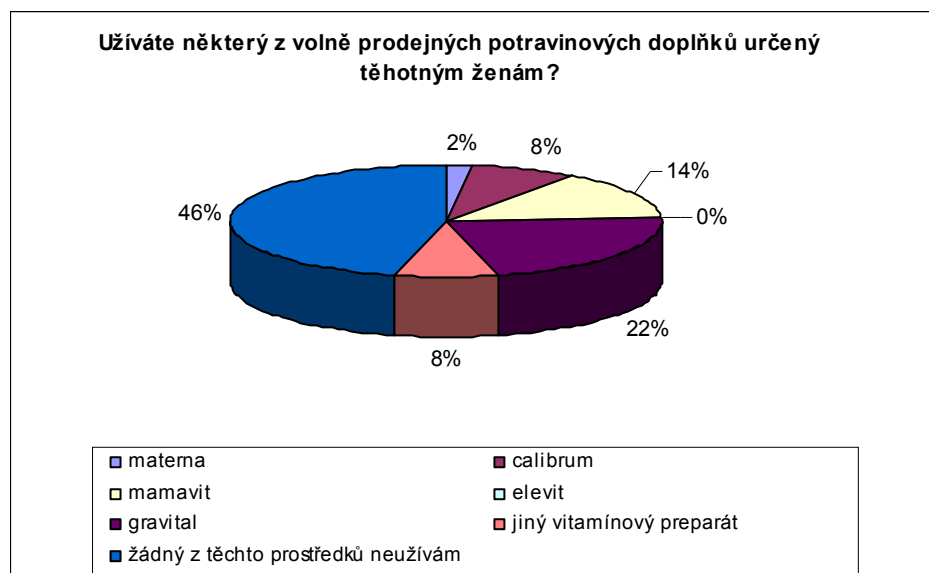


Odpovědi na otázku na pohybové aktivity žen během těhotenství přinesly následující výsledky. 79 (34%) z dotazovaných žen si dopřává pravidelné procházky, 61 (27%) vykonává jen běžné domácí práce, 28 (12%) žen cvičí na rehabilitačních míčích, dalších 20 (9%) pravidelně plave, 14 (6%) upřednostňuje přísný klidový režim. Pouze 11 (5%) respondentek navštěvuje kurzy předporodní přípravy.

Tabulka 27: Vyhodnocení otázky č. 25

UŽÍVÁTE NĚKTERÝ Z VOLNĚ PRODEJNÝCH POTRAVINOVÝCH DOPLŇKŮ URČENÝ TĚHOTNÝM ŽENÁM?	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
materna	2	2,0
calibrum	8	8,0
mamavit	14	14,0
elevit	0	0,0
gravital	22	22,0
jiný vitamínový preparát	8	8,0
žádný z těchto prostředků neužívám	46	46,0
Σ	100	100,0

Graf 27: Grafické znázornění otázky č. 25

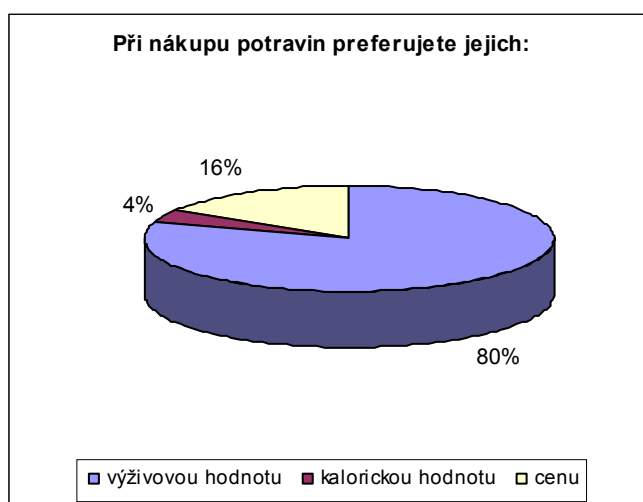


Užívání těchto potravinových doplňků souvisí s větším přibírání na váze těhotných žen a také s vyšší porodní hmotností jejich rozených dětí. 46 (46%) těhotných uvedlo, že žádný z těchto preparátů neužívá a byly to právě ty, které uváděly svůj hmotnostní přírůstek jako nízký nebo přiměřený. Gravital užívá v těhotenství 22 (22%) žen a dalších 14 (14%) Mamavit. 8 (8%) probandek užívá Calibrum a jiné vitamínové preparáty (Femibion). Maternu užívají 2 (2%) z celkového vzorku a poslední Elevit se v odpovědích vůbec nevyskytoval.

Tabulka 28: Vyhodnocení otázky č. 26

PŘI NÁKUPU POTRAVIN PREFERUJETE JEJICH:	ABSOLUTNÍ ČETNOST (N)	RELATIVNÍ ČETNOST (%)
výživovou hodnotu	80	80,0
kalorickou hodnotu	4	4,0
cenu	16	16,0
Σ	100	100,0

Graf 28: Grafické znázornění otázky č. 26



Potěšující je zjištění, že 80 (80%) z dotazovaných žen preferuje při nákupu výživovou hodnotu potravin. 4 (4%) těhotné upřednostňují kalorickou hodnotu a 16 (16%) respondentek nakupuje potraviny podle jejich ceny.

DISKUSE

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že nejvíce dotazovaných žen 27 (27%), vnímá jako první tělesnou změnu své rostoucí bříško. Podle mého názoru je tomu tak proto, že rostoucí bříško znamená pro ženy důkaz o existenci jejich dítěte a jeho růstu. Pro 62 (62%) respondentek je jejich hmotností přírůstek v těhotenství podle nich přiměřený a celých 42 (42%) žen je se změnami svého těla během jejich těhotenství spokojeno. Tahle skutečnost je nejspíše ovlivněna tím, že většina těhotenství je plánovaných a chtěných. Ženy potom přijímají změny na svém těle spojené s těhotenstvím vesměs pozitivně.

Mezi odpověďmi se již zmíněné rostoucí bříško vyskytlo několikrát. Tentokrát i v případě pozitivně vnímaných těhotenských změn a to ve 22 (20%) případech. Vzápětí následovaly pohyby miminka ve 20 (18,2%) případech. Dle mého názoru je tomu tak opět proto, že tyto dvě položky jsou důkazem skutečnosti těhotenství a růstu plodu.

Jako nejvíce negativní změnu uváděly probandky zvýšení tělesné hmotnosti a to v 18 (18%) případech. Tohle zjištění mi přijde zvláštní ve smyslu, že jako pozitivní změnu zahrnují rostoucí bříško, což neodmyslitelně musí znamenat i růst tělesné hmotnosti. Navíc těhotné ženy nejčastěji uváděly, že se svým tělem a jeho změnami jsou v období těhotenství spokojené a svoji váhu považují za přiměřenou. Mezi další negativní změny ženy řadily otoky dolních končetin, bolesti zad či pálení záhy. Tohle jejich tvrzení je pochopitelné, jelikož všechny tyto jimi vnímané změny jsou jistě velice nepříjemné a omezují je zajisté v mnoha činnostech.

Z údajů získaných výzkumným šetřením lze konstatovat, že téměř každé druhé těhotenství je doprovázeno různými neúspěchy, jako je samovolný potrat, interupce, předčasný porod, operativní porod a porod mrtvého plodu. Tyto problémy mohou být způsobeny civilizačními chorobami nebo také způsobeny životním stylem matky a prostředím, ve kterém se nachází. Intenzivněji vnímalo své první těhotenství oproti dalším graviditám 11 (41%) žen z mého zkoumaného vzorku. Tohle je pro mě pochopitelné a čekala bych i více respondentek s takovou odpovědí. Všechno co je pro nás nové a prožíváme poprvé, tak je vnímáno intenzivněji. Tohle u těhotenství platí nejspíš několikanásobně. Je to přece stav, kdy v matčině těle roste nový život.

Díky tomuto výzkumu jsem si potvrdila svoje mínění o tom, zda vnímání tělesných změn ovlivňuje plánované nebo neplánované těhotenství. Při zjištění plánované gravidity

tuto skutečnost doprovázely pocity radosti, štěstí a pocitu naplnění, což se také dalo očekávat. Žena, která si dítě přeje a její těhotenství je vytoužené snad ani nemůže reagovat jinak. Tyto respondentky si také svůj „jiný stav“ užívaly jako krásné období. Naopak u neplánovaného těhotenství se objevovaly pocity nejistoty, strachu a dokonce i zoufalství. U ženy je důležité, v jakém rozpoložení se nachází její psychický i fyzický stav. Tyto skutečnosti poté ovlivní, jak své těhotenství přijme a bude následně prožívat.

Příjemným a dokonce i překvapivým zjištěním pro mě bylo, že úroveň sociálního zabezpečení a rodinný stav ženy nemá vesměs vliv na přijetí a prožívání těhotenství. I svobodné respondentky s nízkým finančním zajištěním dokáží svoji graviditu přijmout a radovat se z ní.

ZÁVĚR

Cíl č. 1

Zjistit, které z tělesných změn začínají těhotné vnímat jako první.

První cíl byl splněn na základě odpovědí na patnáctou a devatenáctou dotazníkovou položku. Z celkového reprezentativního vzorku sta žen jsem získala jedenáct různých odpovědí s rozdílnou četností. Z výsledků vyplývá, že nejvíce žen, přesněji řečeno 27 (27,0%) z dotazovaných, vnímá nejdříve své rostoucí břicho, což souvisí i se zvýšením hmotnosti celého těla. 12 (12%) z dotazovaných odpovědělo, že právě zvýšení hmotnosti pro ně bylo první zaregistrovanou tělesnou změnou. 62 (62%) respondentek uvedlo svůj hmotností přírůstek během těhotenství za přiměřený. O něco méně žen, celých 24 (24%), zaregistrovalo nejprve zvětšení prsou. S touthle tělesnou změnou úzce souvisí také další častá odpověď a to bolestivost prsou, kterou uvedlo 14 (14%) dotazovaných žen. Rostoucí břicho, nárůst hmotnosti a zvětšení prsou spolu s jejich zvýšenou bolestivostí tvořili největší část odpovědí. Lze tedy tvrdit, že převážně tyto změny vnímá většina žen jako první.

Mezi další tělesné změny podle výsledků dotazníků patří nevolnost, tak odpovědělo 12 (12%) žen. Shodnou četnost vykazovalo pět dalších odpovědí, vynechání menstruace, změny chutí, obtížné dýchání, bolesti v podbříšku a zhoršení křečových žil. Jen pro 1 (1%) ženu bylo první těhotenskou změnou pálení žáhy.

Cíl č. 2

Zjistit, které změny na svém těle vnímají těhotné ženy jako pozitivní a které jako negativní.

Cíle číslo dvě bylo dosaženo pomocí odpovědí na dotazníkové položky šestnáct, sedmnáct a osmnáct. Z výsledků dotazníků vyplývá, že 42 (42%) respondentek bylo se změnami svého těla spokojeno, dalších 12 (12%) bylo velmi spokojeno a 31 (31%) celkem spokojeno. Ve 12 (12%) případech byly ženy s tělesnými změnami celkem nespokojeny a 3(3%) byly dokonce velmi nespokojeny.

Mezi pozitivně vnímané tělesné změny můžeme zařadit rostoucí břicho a pohyby miminka. Ženy tak odpovídaly zejména z toho důvodu, že je to známkou zdravého růstu a vývoje miminka. Další pozitivní změnou, kterou jsem zjistila, bylo zlepšení pleti,

konkrétně vymizení akné. Těhotné také dokázaly ocenit nízký váhový přírůstek, vymizení migrén nebo zlepšení kvality vlasů.

Jako nejvíce negativní tělesnou změnu související s těhotenstvím můžeme označit zvýšení hmotnosti a s tím související zhoršení pohyblivosti, takto odpovědělo 18 (18%) z dotazovaných žen. Velmi negativně byly vnímány také otoky dolních končetin, bolesti zad a pálení žáhy. Poměrně často respondentky zmiňovaly také únavu, zvracení a nevolnost. Negativní zkušenosti si lidé vybavují intenzivněji než zážitky pozitivní. Důkazem tohoto tvrzení je fakt, že negativních odpovědí bylo asi třikrát více než těch pozitivních. Mezi další nepříjemně se projevující tělesné změny zařadily dotazované ženy zhoršení pleti, křeče DKK, časté nucení na močení, bolestivost a růst prsou, křečové žíly, vysoký krevní tlak, velké břicho, obtížnější pohyb, zadýchávání a změny nálad. Tělesné změny, které jsou vnímány záporně, bývají spojené často s bolestivostí, určitým omezením a nepříjemnými pocity.

Cíl č. 3

Zjistit, zda ženy, které nejsou těhotné poprvé, vnímají tělesné změny stejně intenzivně jako v případě prvního těhotenství.

Tento cíl jsem splnila pomocí odpovědí na dotazníkové položky číslo osm, devět, jedenáct a dvacet. Z odpovědí na osmou otázku vyplývá, že 36 (36%) respondentek bylo těhotných poprvé, proto je nebudu brát při analýze tohoto cíle v potaz. Zaměřila jsem se na zbývajících 64 (64%) žen, z nichž celých 44 (44%) uvedlo, že byly těhotné podruhé. 16 (16%) žen uvedlo, že byly těhotné potřetí a další 4 (4%) uvedly, že graviditu zažily čtyřikrát nebo i vícekrát. Bohužel, ne všechna těhotenství dospějí až k porodu.

Pouhých 33 (52%) žen si prožilo svá předchozí těhotenství bez neúspěchu. Ze 64 žen, které byly těhotné více než jedenkrát, má 13 (20%) z nich zkušenost se samovolným potratem, k interukci došlo ve 2 (3%) případech. Mezi další neúspěchy, které ženy zažily v některém ze svých předchozích těhotenství patří předčasný porod, operativní porod a bohužel také porod mrtvého plodu. Případ mimoděložního těhotenství se nevyskytl ani jedenkrát, což je příjemným zjištěním.

První těhotenství bylo v něčem jiné pouze pro 26 (26%) žen, z tohoto počtu jich 11 (41%) uvedlo, že ho vnímaly a prožívaly intenzivněji ve všech směrech. 6 (23%)

respondentek uvedlo, že první těhotenství pro ně bylo, na rozdíl od těch dalších bezproblémové. Další 3 (12%) probantky zmínily, že první gravidita pro ně byla fyzicky méně náročná, což může souviset např. s přibývajícím věkem. Pro 2 (8%) dotazované bylo první těhotenství spojené se změnou chuti a pro stejný počet žen bylo jiné v tom, že nebylo chtěné.

Cíl č. 4

Zjistit, zda je období gravidity a s ní spojené změny vnímáno rozdílně u plánovaného, či neplánovaného těhotenství.

Po důkladné analýze jsem rozdělila všechny vyplněné dotazníky na ty, ve kterých ženy svá těhotenství plánovaly a na ty, kde došlo k otěhotnění neplánovaně. Plánovaných bylo 70 (70%), neplánovaných těhotenství 30 (30%). Markantní rozdíl byl zejména v tom, jak ženy pocitově reagovaly při zjištění svého „jiného stavu“. U neplánovaného těhotenství převažovaly pocity nejistoty, zoufalství a strachu, pouze ve 2 (2%) případech se vyskytla také radost. Tyto ženy prožívaly celkově své těhotenství nejčastěji jako hezké období, které bylo však spojeno i s negativními pocity. Pouze u neplánovaných těhotenství se ve 3 (3%) případech vyskytla odpověď, že těhotenství znamená jen samé komplikace a negativa.

Při plánovaném těhotenství byly pocity žen spojeny ve většině případů s radostí a štěstím, jen v pěti případech se vyskytla nejistota nebo strach. Celkově si ženy toto období užívaly a bylo pro ně etapou života, kterou považovaly za krásnou.

Můžeme tedy konstatovat, že ženy, které svá těhotenství plánují, vnímají toto období a s ním spojené změny rozdílně, než ty, které otěhotní neplánovaně. Tím jsem splnila čtvrtý cíl, který jsem si stanovila.

Cíl č. 5

Zjistit, zda vnímání gravidity a s ní spojené změny souvisí s úrovní sociálního zabezpečení a rodinného stavu ženy.

Po podrobné analýze vyplněných dotazníků jsem dospěla k závěru, že rodinný stav ženy ani úroveň sociálního zabezpečení nijak zvlášť nesouvisí s vnímáním jejího těhotenství. Odpovědi, které zjišťovaly pocity při potvrzení gravidity a jejího celkového prožívání byly

různé a rovnoměrně rozprostřené mezi svobodné, vdané i rozvedené ženy s různou výší měsíčního příjmu jejich rodiny a druhem jejich bydlení. I tento cíl se mi tedy podařilo splnit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

ČECH, E. a kol. *Porodnictví*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s r. o., 1999. 432 s. ISBN 80-7169-355-3

ČEPICKÝ, P; ČERNÁ, M. *Jak odpovídat na otázky o těhotenství, porodu a péči o novorozence*. Praha: Levret, 2006. 99 s. ISBN 80-903183-9-8.

KOIZINGEROVÁ, S., BAILEYOVÁ, V. *Těhotenství den po dni*. 1. vyd. Osvěta, 1997. 128 s. ISBN 80-88824-50-8.

KUDELA, M. a kol. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vyd. Olomouc, 2008. 273 s. ISBN 978-80-244-1975-6.

LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 952 s. ISBN 80-247-0668-7.

MAREK, V. *Nová doba porodní*. Praha: Eminent, 2002. 260 s. ISBN 80-7281-090-1.

PAŘÍZEK, A. *Knih o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén, 2008. 685 s. ISBN 978-80-7262-594-9.

RASTISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vyd. Praha: ateliér Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.

ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. Brno: Mikada, 2001. 333s. ISBN 80-7013-339-2.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Publishing, 2011. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.

STOPPARDOVÁ, M. *Těhotenství od početí k porodu*. 1. vyd. Praha: Fragment, 2007. 374 s. ISBN 978-80-253-0438-9.

TEUSEN, G., GOZE-HÄNEL, I. *Prenatální komunikace*. 1.vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2003. 80 s. ISBN 80-7178-753-1.

Internetové zdroje:

Komplikace v *těhotenství* [online], [cit. 2011-05-12]. Dostupné z WWW: <<http://tehotenstvi.zdravotne.cz/komplikace-v-tehotenstvi-.html>>

PEČENÁ, M. *Psychologie těhotenství* [online], 1999, [cit. 2011-03-27]. Dostupné z WWW: <<http://www.levret.cz/texty/casopisy/ostatni/index.php>>

Příznaky těhotenství [online], [cit. 2011-04-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.orift.com/cs/priznaky-tehotenstvi-41>>

Těhotenství [online], [cit. 2011-04-18]. Dostupné z WWW: <<http://tehotenstvi-am.webnode.cz/tehotenstvi2/>>

Potrat – nechtěná těhotenství [online], [cit. 2011-05-12]. Dostupné z WWW: <http://www2.hu-berlin.de/sexology/ECT2/html/unwanted_pregnancies.htm>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dál
DKK	dolní končetiny
FSH	folikulo - stimulační hormon
KTG	kardiotokogram
LH	luteinizační hormon
např.	například
μm	mikrometr

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Grafické znázornění otázky č. 1.....	41
Graf 2: Grafické znázornění otázky č. 2.....	42
Graf 3: Grafické znázornění otázky č. 3.....	43
Graf 4: Grafické znázornění otázky č. 4.....	44
Graf 5: Grafické znázornění otázky č. 5.....	45
Graf 6: Grafické znázornění otázky č. 6.....	46
Graf 7: Grafické znázornění otázky č. 7.....	47
Graf 8: Grafické znázornění otázky č. 8.....	48
Graf 9: Grafické znázornění otázky č. 9.....	49
Graf 10: Grafické znázornění otázky č. 10.....	50
Graf 11: Grafické znázornění otázky č. 11.....	51
Graf 12: Grafické znázornění otázky č. 12.....	52
Graf 13: Grafické znázornění otázky č. 13.....	53
Graf 14: Grafické znázornění otázky č. 14.....	54
Graf 15: Grafické znázornění otázky č. 15.....	55
Graf 16: Další grafické znázornění otázky č. 15	57
Graf 17: Grafické znázornění otázky č. 16.....	58
Graf 18: Grafické znázornění otázky č. 17.....	60
Graf 19: Grafické znázornění otázky č. 18.....	61
Graf 20: Grafické znázornění otázky č. 19.....	62
Graf 21: Grafické znázornění otázky č. 20.....	63
Graf 22: Grafické znázornění části otázky č. 20	64
Graf 23: Grafické znázornění otázky č. 21.....	65
Graf 24: Grafické znázornění otázky č. 22.....	66
Graf 25: Grafické znázornění otázky č. 23.....	67
Graf 26: Grafické znázornění otázky č. 24.....	68
Graf 27: Grafické znázornění otázky č. 25.....	69
Graf 28: Grafické znázornění otázky č. 26.....	70

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: <i>Vyhodnocení otázky č. 1</i>	41
Tabulka 2: <i>Vyhodnocení otázky č. 2</i>	42
Tabulka 3: <i>Vyhodnocení otázky č. 3</i>	43
Tabulka 4: <i>Vyhodnocení otázky č. 4</i>	44
Tabulka 5: <i>Vyhodnocení otázky č. 5</i>	45
Tabulka 6: <i>Vyhodnocení otázky č. 6</i>	46
Tabulka 7: <i>Vyhodnocení otázky č. 7</i>	47
Tabulka 8: <i>Vyhodnocení otázky č. 8</i>	48
Tabulka 9: <i>Vyhodnocení otázky č. 9</i>	49
Tabulka 10: <i>Vyhodnocení otázky č. 10</i>	50
Tabulka 11: <i>Vyhodnocení otázky č. 11</i>	51
Tabulka 12: <i>Vyhodnocení otázky č. 12</i>	52
Tabulka 13: <i>Vyhodnocení otázky č. 13</i>	53
Tabulka 14: <i>Vyhodnocení otázky č. 14</i>	54
Tabulka 15: <i>Vyhodnocení otázky č. 15</i>	55
Tabulka 16: <i>Další vyhodnocení otázky č. 15</i>	57
Tabulka 17: <i>Vyhodnocení otázky č. 16</i>	57
Tabulka 18: <i>Vyhodnocení otázky č. 17</i>	58
Tabulka 19: <i>Vyhodnocení otázky č. 18</i>	61
Tabulka 20: <i>Vyhodnocení otázky č. 19</i>	62
Tabulka 21: <i>Vyhodnocení otázky č. 20</i>	63
Tabulka 22: <i>Vyhodnocení části otázky č. 20</i>	64
Tabulka 23: <i>Vyhodnocení otázky č. 21</i>	65
Tabulka 24: <i>Vyhodnocení otázky č. 22</i>	66
Tabulka 25: <i>Vyhodnocení otázky č. 23</i>	67
Tabulka 26: <i>Vyhodnocení otázky č. 24</i>	68
Tabulka 27: <i>Vyhodnocení otázky č. 25</i>	69
Tabulka 28: <i>Vyhodnocení otázky č. 26</i>	69

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Dotazník pro výzkumné šetření.

Příloha P II: Edukační materiál

Příloha P III: Žádost o dotazníkové šetření

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PROVÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Vážená slečno, vážená paní,

Jmenuji se Lenka Šebelová a jsem studentkou 3. ročníku studijního oboru Porodní asistentka na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma „Vnímání tělesných změn ženou v období těhotenství“.

Dotazník je zcela anonymní a získané informace budou použity pouze pro vypracování praktické části bakalářské práce.

Pokyny pro vyplnění:

Uved'te vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Vybranou odpověď zakroužkujte.

U některých otázek nejsou možnosti, proto popište své názory a pocity svými slovy.

**Děkuji za Vaši spolupráci a přeji mnoho radostných okamžiků s Vaším miminkem.
Lenka Šebelová**

1. Kolik je Vám let?

- a) Méně než 20
- b) 20-25
- c) 26-30
- d) 31-35
- e) 36 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) Základní
- b) Střední bez maturity
- c) Střední s maturitou
- d) Vyšší odborné
- e) Vysokoškolské
- f) Jsem studující

3. Jaký je Váš rodinný stav?

- a) Svobodná
- b) Vdaná
- c) Rozvedená
- d) Vdova
- e) Jiný – prosím uveďte:.....

4. Ve svém zaměstnání jste:

- a) Velmi spokojená
- b) Spíš spokojená
- c) Spokojená
- d) Spíš nespokojená
- e) Velmi nespokojená
- f) Nepracuji

5. Čistý měsíční příjem Vaší rodiny činí:
- Méně než 10 000 Kč
 - 10 000 – 20 000 Kč
 - 21 000 – 30 000 Kč
 - Více než 30 000 Kč
6. Čistý měsíční příjem na jednoho člena Vaší rodiny činí:
- Méně než 5 000 Kč
 - 5 000 – 10 000 Kč
 - 11 000 a více
7. Vaše rodina bydlí:
- Ve vlastním bytě
 - Ve vlastním domě
 - U rodičů
 - v podnájmu
 - Jiné.....
8. Po kolikáté jste těhotná? (v případě volby varianty a) neodpovídejte na otázky č. 11 a 20)
- Poprvé
 - Podruhé
 - Potřetí
 - Počtvrté a více
9. Rodit budete?
- Poprvé
 - Podruhé
 - Potřetí
 - Počtvrté a více
10. V kolikátém jste týdnu těhotenství?
11. Prožila jste neúspěch v některém z předchozích těhotenství?
- Umělé ukončení těhotenství
 - Samovolný potrat
 - Předčasný porod
 - Operativní porod (s. c., forceps, VEX)
 - Porod mrtvého plodu
 - Mimoděložní těhotenství
 - Žádný neúspěch jsem neprožila
12. Své těhotenství jste:
- Pečlivě plánovala společně s partnerem
 - Pečlivě plánovala, ale partner o Vašich plánech nebyl předem informován
 - Pečlivě plánovala, ale nepodařilo se Vám otěhotnět v daném čase
 - Pečlivě plánovala, ale otěhotněla jste až po hormonální terapii
 - Pečlivě plánovala, ale otěhotněla jste až po výkonu IVF
 - Neplánovala, otěhotněla jste nedopatřením
 - Neplánovala a ani jste si otěhotnět nepřála

13. Jaký byl Váš prvotní pocit, když jste se zjistila, že jste těhotná?

- a) Radost
- b) Štěstí
- c) Pocit naplnění
- d) Strach
- e) Smutek
- f) Nejistota
- g) Zoufalství

14. Jak celkově prožíváte své těhotenství?

- a) Užívám si ho, je to krásné období.
- b) Je to hezké období, ale mám i hodně negativních pocitů.
- c) Neuvědomuji si nějaké zvláštní pocity, prožívám jej spíše neutrálně.
- d) Těhotenství pro mě znamená jen samé komplikace a negativa.

15. Kterou tělesnou změnu na svém těle související s těhotenstvím jste začala vnímat nejdříve a v kterém to bylo týdnu těhotenství?

Prosím uveďte:.....

16. Které tělesné změny Vás po dobu těhotenství nejvíce pozitivně ovlivňovaly a které vnímáte kladně?

Prosím uveďte:.....

Proč?.....

17. Které tělesné změny Vás po dobu těhotenství nejvíce negativně ovlivňovaly a které vnímáte jako přítěž?

Prosím uveďte:.....

Proč?.....

18. Jste spokojená s tím, jak se mění Vaše tělo během těhotenství?

- a) Velmi spokojená
- b) Celkem spokojená
- c) Spokojená
- d) Celkem nespokojená
- e) Velmi nespokojená

19. Váš hmotnostní přírůstek v průběhu těhotenství je? (zvolte možnost a uveďte v kg)

- a) Velmi nízký
- b) Nízký
- c) Přiměřený
- d) Vysoký
- e) Velmi vysoký

20. Bylo pro Vás první těhotenství a s ním spojené známky těhotenství v něčem jiné než ta další?

- a) ANO Uveďte:.....
- b) NE

21. Kouříte v těhotenství?

- a) Jen občas
- b) Pravidelně 1 cigaretu denně
- c) Pravidelně do 5 cigaret denně
- d) Pravidelně více než 5 cigaret denně
- e) V těhotenství nekouřím
- f) Jsem nekuřačka

22. Pijete alkoholické nápoje v těhotenství?

- a) Jen občas
- b) Pravidelně denně 1 sklenici vína
- c) Pravidelně více než 1 sklenici vína
- d) Pravidelně jiný druh alkoholu (uveďte:.....)
- e) Alkohol v těhotenství nepiji
- f) Jsem abstinentka

23. Jste závislá na jiných návykových látkách?

Prosím uveďte:.....

24. Jaké pohybové aktivity v průběhu těhotenství upřednostňujete? (můžete zvolit více odpovědí)

- a) Pravidelné procházky
- b) Cvičení v kurzu předporodní přípravy
- c) Plavání
- d) Jóga
- e) Břišní tanec
- f) Cvičení na míči
- g) Jen běžné domácí práce
- h) Přísný klidový režim
- i) Jiné:.....

25. Užíváte některý z volně prodejných potravinových doplňků určený těhotným ženám?

- a) Materna
- b) Calibrum
- c) Mamavit
- d) Elevit
- e) Gravital
- f) Jiný vitamínový preparát:.....
- g) Žádný z těchto prostředků neužívám

26. Při nákupu potravin preferujete jejich:

- a) výživovou hodnotu
- b) kalorickou hodnotu
- c) cenu

Fakulta humanitních studií
Institut zdravotnických studií
Ústav porodní asistence

nám. T. G. Masaryka 588,
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

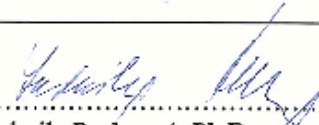
Vážená paní Mgr. Dlesková,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti KNTB – ambulance KTG, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci.

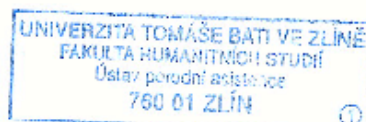
Téma bakalářské práce	Vnímání tělesných změn ženou v období těhotenství
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Těhotné ženy
Pracoviště	KNTB – ambulance KTG
Autor bakalářské práce	Lenka Šehelová
Vedoucí bakalářské práce	Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D

Ve Zlíně dne 7.3.2011


Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D
Ředitelka Ústavu porodní asistence

Vyjádření instituce:

- Žádost povolena
 Žádost zamítnuta



.....
Razítko a podpis zástupce zařízení

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
Havlíčkovo náměstí 600
782 75 Zlín (5)

