

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ**

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ

ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

VLIV NAUZEY A ZVRACENÍ NA KVALITU ŽIVOTA TĚHOTNÉ ŽENY

Bakalářská práce

Autor práce: **Kateřina Paštová**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2018

**CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FACULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ**

INSTITUTE OF SOCIAL MEDICINE

DEPARTMENT OF NURSING

**INFLUENCE OF NAUSEA AND VOMITING
ON THE QUALITY OF LIFE OF A
PREGNANT WOMAN**

Bachelor's thesis

Author: **Kateřina Pařtová**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková, Ph.D.**

2018

Prohlašuji, že předložená práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

V Hradci Králové

.....

(podpis)

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Evě Vachkové, Ph.D. za odborné vedení této práce. Poděkování patří i porodním asistentkám a všeobecným sestrám obvodních gynekologů za ochotu a trpělivost s rozdáváním a vybíráním dotazníků. Chtěla bych také poděkovat své rodině za podporu při studiu.

Obsah

Úvod a cíl práce.....	7
Teoretická část	9
1 Kvalita života.....	9
1. Definice pojmu „kvalita života“	9
2. Historie vědeckého pojmu „kvalita života“	11
3. Kvalita života související se zdravím.....	12
4. Metody hodnocení kvality života.....	13
4.1. Příklady využití generických a specifických nástrojů.....	15
4.2. Metodologické přístupy ke zjišťování kvality života v těhotenství	16
2 Těhotenství.....	19
5. Oplodnění.....	19
6. Diagnostika těhotenství.....	19
6.1. Objektivní příznaky těhotenství	19
6.2. Laboratorní diagnostika těhotenství.....	19
6.3. Ultrazvuk.....	20
7. Příznaky	20
8. Těhotenské změny v organismu ženy	20
9. Vývoj plodu.....	21
9.1. I. trimestr	21
9.2. II. trimestr.....	22
9.3. III. trimestr	23
10. Těhotenská nauzea a zvracení.....	24
10.1. Rané gestózy.....	25
10.2. Pozdní gestózy (preeklampsie, eklampsie).....	25
11. Adaptace na těhotenství	26
11.1. Psychická adaptace	26
11.2. Fyzická adaptace	27
12. Prenatální péče	27
13. Ošetrovatelská péče o těhotnou ženu z pohledu všeobecné sestry	30
14. Životní styl těhotné ženy.....	34
14.1. Stravování.....	34
14.2. Tělesná aktivita.....	34

14.3.	Hygiena.....	35
14.4.	Oblékání	35
14.5.	Sexuální život	35
15.	Specifická kvalita života těhotných žen.....	35
15.1.	Celkový zdravotní stav	36
15.2.	Nová role – mateřství	36
15.3.	Rodičovství.....	37
15.4.	Společenský a profesní život	38
Empirická část.....		39
16.	Cíle výzkumu	39
17.	Metoda výzkumu.....	39
18.	Charakteristika zkoumaného souboru	40
19.	Výsledky výzkumu a jejich analýza.....	41
Diskuze		95
Závěr		102
Seznam použitých zdrojů		106
Seznam obrázků		108
Seznam tabulek		108
Seznam grafů.....		111
Přílohy		114

Úvod a cíl práce

„V těhotenství se projeví stavy, které jsem dosud neznala – migrény, nechut' k některým potravinám... Nejhuře zvládám únavu a pocit na zvracení, trpím nechutenstvím. Vše se dá ale zvládnout. ☺“

(respondentka ve II. trimestru)

Bakalářská práce na téma „Vliv nauzey a zvracení na kvalitu života těhotné ženy“ se zabývá jednak průběhem celého těhotenství, a zároveň kvalitou života s tím spojenou. Těhotenství můžeme definovat jako tzv. „jiný stav“. Mám tím na mysli charakteristické změny v těhotenství, které nastávající maminku čekají. U těhotné ženy postupně dochází k nárůstu hmotnosti, přestavbě cirkulace, změnám v krevní distribuci, v termoregulaci a metabolismu. Pokud je žena zdravá a nic nenasvědčuje patologickému stavu, jedná se o fyziologické těhotenství. Avšak i fyziologické těhotenství provází řada psychických i fyzických obtíží (Vachková, s. 70, 2014). Těmto obtížím a změnám, které se více či méně objevují v těhotenství, a zároveň ovlivňují kvalitu života těhotných žen, se věnuji ve své práci.

Teoretická část se zabývá nejprve kvalitou života obecně. Vysvětluji řadu pojmů, které souvisí s tímto termínem a uvádím několik výzkumů a studií. Na pojem „kvalita života“ navazují základní informace o fyziologickém těhotenství a vývoji plodu dle jednotlivých trimestrů. Větší úsilí jsem věnovala studiu a hledání publikací zabývajících se nauzeou a zvracením. Právě tyto fyzické obtíže byly stěžejními pojmy pro tuto práci. Za zmínku zde stojí pár zahraničních výzkumů, které se zabývaly touto problematikou. Specifický dotazník s názvem PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) vytvořil Koren et al. (2002). Zjišťuje kvalitu života těhotných žen s obtížemi, jako je nauzea a zvracení, a poměr jejich výskytu. Druhým dotazníkem je NVP QOL (Nausea and Vomiting of Pregnancy Quality of Life) od autorů Mazotta, Chandra, Stewart, Koren, Magee a Guyatt z roku 2002. Jedná se o obdobný dotazník jako PUQE, který se však zaměřuje na první trimestr těhotenství a hodnotí 30 položek rozdělených do 4 oblastí kvality života. Otázky jsou hodnoceny pomocí sedmistupňové škály (Vachková, 2014, 41 – 43). Oba tyto dotazníky mě inspirovaly při tvorbě výzkumné části.

Empirická část bakalářské práce se zabývá kvalitou života těhotných žen a vlivu somatických obtíží na kvalitu života. Pro výzkumné šetření jsem použila specifický dotazník

QOL-GRAV se souhlasem autorů (Vachková, Mareš, Ježek, 2013). Tento dotazník jsem rozšířila o 5 podotázek týkajících se fyzických obtíží (nauzea, zvracení, bolesti v oblasti břicha a únava). Na počátku výzkumného šetření jsem si stanovila několik cílů:

1. Zjistit, jak četný je výskyt nauzey a zvracení v těhotenství.
2. Zjistit, jak často a v jaké intenzitě se tyto tělesné obtíže u těhotných objevují.
3. Zjistit, do jaké míry nauzea a zvracení ovlivňuje kvalitu života těhotné ženy.
4. Zjistit, zda je kvalita života ovlivněna i vybranými demografickými údaji v jednotlivých trimestrech.

„První trimestr velmi ovlivnil můj život, vzhledem k intenzivním nevolnostem a častému zvracení se prakticky nedalo fungovat. Od II. trimestru už vše probíhá v pohodě a nic mne neomezuje.“

(respondentka ve III. trimestru)

Teoretická část

1 Kvalita života

„Kvalita není absolutní, ale relativní kategorií, protože může být vyjádřena kvalitativními a kvantitativními indikátory“ (Gurková, 2011, s. 21).

1. Definice pojmu „kvalita života“

Slovní spojení „kvalita života“ lze rozdělit na slovo „kvalita“ a na slovo „život“. Každé slovo zvlášť můžeme definovat. Slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského slova *qualis*, v překladu znamená jaký. Druhým slovem „život“ můžeme rozumět život obecně, či život jedince (Hnilicová, 2014, s. 9). Vzhledem k odlišnosti použití v různých oborech se liší i definice (Mareš a kol., 2006, s. 11). Je velmi obtížné definovat pojem „kvalita života“, V jednotlivých medicínských oborech lze nalézt označení *HRQL health related quality of life* (Řehulková, Řehulka, Blatný, Mareš, 2008, s. 7). Podle Kaplana a Bush (1982) *HRQL* specifikuje kvalitu života, která je primárně určována zdravím a zdravotní péčí. Dle Ferransové (2005) je *HRQL* linie, která rozděluje život na domény související a nesouvisející se zdravotní péčí. A dále podle Spilker a Revicki (1996), kteří vytvořili taxonomii aspektu a rozdělili ji do 4 kategorií (individuální vnitřní aspekty, sociální síť, vnější společenské prostředí a vnější přírodní prostředí (Gurková, 2011, s. 45). Viz dále v textu (s. 11).

Definici kvality života můžeme chápat jako definici zdraví, kterou přijala organizace WHO (World Health Organization) v roce 1948. Zdraví vysvětluje tak, že to není jen absence nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody. Lze říci, že vymezení zdraví se velmi přibližuje chápání pojmu „kvalita života“ (Heřmanová, 2012, s. 32).

V případě hodnocení kvality života je předmětem sám život. Život zahrnuje jevy a činnosti, které vystihuje živý organismus v kontextu ošetrovatelství, člověka jako jednotlivce a osobu. V jednotlivých oborech lze zkoumat jinou kvalitu života člověka v ošetrovatelství, např. kvalitu života s daným onemocněním, jinou v sociologii, např. kvalitu života konkrétního národa. V běžné komunikaci se využívají slovní spojení, např. „jak jde život“, „jaký máš život“. Spojení se většinou váží na to, jaký je život, kvalitní znamená dobrý. V odborné literatuře však narazíme na spojení kvality života s pozitivními i negativními aspekty. Setkáme se s objektivním a subjektivním posouzením kvality života (Gurková, 2011, s. 21).

Jedním z prvních modelů, které se snažily definovat a popsat pojetí kvality života byly obecné modely. Tradiční dělení rozděluje objektivně dobré a špatné podmínky a subjektivní vnímání pohody či nepohody konkrétního člověka. V Tabulce 1 – jsou zahrnuty čtyři základní vztahy.

Tabulka 1 Vztah objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání (podle Zapf, 1984, s. 25, Replay 2003, s. 31)

Objektivní životní podmínky	Subjektivní pohoda	
	Dobrá	Špatná
Dobré	Pohoda	Disonance
Špatné	Adaptace	Deprivace

Vztah, kdy jedinec pociťuje subjektivní pohodu i za objektivně špatných životních podmínek, se nazývá adaptace, jiným označením paradox spokojenosti. Ukazuje nám to, že by bylo nesprávné hodnotit pouze objektivní ukazatele kvality života, protože i objektivně znevýhodněný jedinec může subjektivně pociťovat uspokojení a radost. A naopak disonance označuje stav, kdy jedinec prožívá špatnou subjektivní pohodu v dobrých životních podmínkách. Jedinec je nespokojený, ač by měl být podle obvyklých měřítek šťastný a spokojený.

Rozdílný pohled na věc má badatel R. Veenhoven (2000). Hledá souvislosti mezi příležitostmi k dobrému životu a životem samotným. Rozlišuje také vnitřní a vnější ukazatele kvality života. Vzniká nám tedy další pohled na pojetí kvality života (Mareš a kol., 2006, s 12 – 13), (viz Tabulka 2).

Tabulka 2 Čtyři typy kvality života (podle Veenhoven, 2000, s. 4)

	Vnější kvality života (prostředí)	Vnitřní kvality života (jedinec)
Životní šance, životní příležitost	Příhodnost prostředí pro život	Životaschopnost jedince, viabilita
Výsledek života, podoba života	Užitečnost života	Porozumění vlastnímu životu

Heřmanová (2012) uvádí nejnovější pojetí pojmu „kvalita života“. Na evropském kongresu psychologie v Praze (3. – 6.7. 2007) byl představen holistický dynamický model kvality života od účastníků M. A. Garcia-Martin a E. O'Leary. Obsahuje základní čtyři oblasti: kontext a zázemí, prostředí, osobnostní charakteristiky a zpracování informací a regulace. V dnešní době, podle autorů, má význam poslední oblast (zpracování informací a regulace). Tento model se liší od všech ostatních tím, že „...zdůrazňuje aktivní roli jedince při zpracování veškerých faktorů v konkrétní situaci, zohledňuje objektivní faktory prostředí i osobnostní kvality a zkušenosti“ (Heřmanová, 2012, s. 17 – 18).

2. Historie vědeckého pojmu „kvalita života“

Diskuze o kvalitě života se objevují již od 20. let 20. století, a to v politických rozvahách o ekonomickém rozvoji státu. Diskuze o kvalitě života se vytvořily při podpoře nižších sociálních vrstev. Státní dotace se orientovaly na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj financí státu (Hnilicová, 2005, s. 205).

V 70. letech 20. století byl výzkum kvality života pod křídly zdravotní péče podnícen dvěma faktory: 1. farmakoeconomickými vlivy a 2. dopadem terapeutických intervencí na zdravotní stav pacienta. Pojem HRQL se objevil v 80. letech a navazoval na koncept zdraví, podpory zdraví a hodnocení dopadů na zdraví. Rozdílností mezi pojmem HRQL a QOL (kvalitou života) se zabývalo mnoho autorů např. Padilla – (2003) nebo Ferrans – (2005), (Gurková, 2011, s. 41). „*Ferransová (2005, s. 14) přirovnává HRQL k dělicí linii, rozdělující život na domény, které souvisejí a které nesouvisejí se zdravotní péčí*“ (Gurková, 2011, s. 45). Dále dle Ferransové je kvalita života široký konstrukt, který se zabývá společenskými, politickými a kulturními aspekty života (Gurková, 2011, s. 45).

Díky stručnému a na první pohled srozumitelnému vyjádření se stal pojem „kvalita života“ velmi populárním slovním spojením, o které vede zájem věda. Poté, co se stal vědeckým pojmem, začal se rozvíjet různými směry, a to směrem objektivním a subjektivním (viz další kapitola). Podle jiných autorů (Džuka, 2004) lze zkoumat a používat kvalitu života ve třech základních oblastech: v sociálně ekonomických vědách, v medicínské (zdravotnické) oblasti a v psychologii. Dále např. Land (1983) uvádí tři vývojové směry sociálních indikátorů souvisejících s kvalitou života: „1. *kriteriální (např. příjem, očekávaná délka života)*, 2. *deskriptivní (např. očekávaná délka u mužů v konkrétní věkové skupině)*, 3. *životní spokojenost a pocity štěstí*“ (Vachková, 2014, s. 12).

3. Kvalita života související se zdravím

Pojem „kvalita života“ se již objevuje ve spoustě oborů. Využití nalezneme ve zdravotnictví, ošetrovatelství i v lékařských oborech.

Výzkumy aplikované ve zdravotnictví se stále zvyšují. Vztahují se na kvalitu života ovlivněnou zdravím a nemocí. Tyto výzkumy mají svůj specifický, mezinárodně používaný název HRQL *health related quality of life*. Pojem však nelze jednoznačně přeložit do češtiny, proto je navrženo několik variant: kvalita života vztahovaná ke zdraví, kvalita života z hlediska zdraví, kvalita života podmíněná zdravím nebo kvalita života související se zdravím. Ovšem pravidlem je, že tyto studie se zabývají kvalitou života ovlivněnou onemocněním (Mareš a kol., 2006, s. 29 – 32).

V několika letech po válce se začalo se zjišťováním kvality života související se zdravím. Sloužily k tomu specifické nástroje, tzv. indexy kvality života. Z definice Světové zdravotnické organizace z roku 1948 se ze tří dimenzí zahrnující pojetí kvality života postupně rozvinuly čtyři (stav nemoci a tělesné příznaky, funkční stav, psychické funkce, sociální funkce).

HRQL zpočátku byl zaměřen na dospělé jedince a zabýval se dopadem ošetřování, léčením nemocí a politikou ve zdravotnictví. Díky rychlému rozkvětu medicíny vzrostly také výzkumy v této oblasti (Vachková, 2014, s. 65).

Mareš (2008) se zabýval kulturními a etnickými souvislostmi zjišťování kvality života dětí a dospívajících. Každá kultura má své pojetí zdraví a nemoci. Každá kultura vnímá jinak, co znamená zdravé chování, rizikové chování, co je nemoc a kdy se nechat ošetřit. Názory dětí a dospívajících na jejich kvalitu života ovlivňuje mnoho faktorů (kulturní, etnické, náboženské a sociální). Více nežli u dospělých má vliv na názory dětí např. rodina, komunita, vrstevníci. Vlivem narůstající migrace vznikají odlišné sociokulturní podmínky, na které se děti musí adaptovat. Dítě tyto podmínky nemá šanci samo změnit (Mareš a kol., 2008, s. 16 – 17). Z 35 generických nástrojů pro zkoumání kvality života u dětí a dospívajících „...zkoumali jsme, nakolik se v nich pracuje s oblastmi života, které nesou označení komunita nebo kultura“ (Mareš, 2008, s. 23). Pouze 15 dotazníků se nějakým způsobem dotkne kulturního života etnickým a sociálním kontextem. Patří mezi ně dotazníky: SQLM (Systematic quality of life model), ComQol-S (Comprehensive quality of life scale), QOLP-AV (Quality of life profile), YOQL-R (Young quality of life instrument), YAQOL (Young adult quality of life instrument). Z oblasti kvalitativních přístupů Mareš (2008)

objevil sociologicky orientovaný výzkum podle Morrow (2001), který spojuje verbální a neverbální prvky (Mareš, 2008, s. 23).

Pojem „kvalita života“ v ošetrovatelství lze objasnit jedním z mnoha způsobů, když rozebereme využití v souvislosti s oborem. Rozvoj pojmu můžeme rozebrat z hlediska tří základních kontextů (vývoj v sociálně-ekonomických vědách, v psychologii, ve zdravotnictví). Zpočátku byla kvalita života klasifikována ve spojení se společností. Výzkumy se soustřeďovaly na sociální, ekonomické indikátory a blahobyt. Dávaly se do spojitosti objektivní životní podmínky a subjektivní hodnocení lidí. Haasová (1999, s. 727) uvádí, že studie vydané ke konci 70. let zjišťují, že objektivní životní podmínky mají jen malý vliv na subjektivní pohodu (Gurková, 2011, s. 28).

4. Metody hodnocení kvality života

Existuje mnoho způsobů, jak lze kvalitu života hodnotit. Podle toho, za jakým účelem kvalitu života hodnotíme, se mění i způsob hodnocení. Postupy pro měření můžeme rozdělit do tří skupin: objektivní metody (měření kvality života druhou osobou), subjektivní metody a metody kombinované.

Nejčastější používaná metoda pro hodnocení subjektivní kvality života je metoda SEIQOL (Csisko, 2013). Metoda zkoumající individuální kvalitu života, tedy SEIQOL (Schedule for the evaluation of individual quality of life). „Metoda SEIQOL byla tedy koncipována jako metoda idiografická, koherentní, a quasi-racionální, aby se dalo porozumět jedinečnému pohledu na svět a na život u různých jedinců“ (Mareš a kol., 2006, s. 190). Světová zdravotnická organizace registruje tuto metodu jako široce použitelnou. Byla vyzkoušena zatím ve 12 zemích (Mareš a kol., 2006, s. 190). Tuto metodu do České republiky uvedl Prof. PhDr. Jaro Křivohlavý, CSc. v roce 2001. V originálním znění metody SEIQOL je řízený rozhovor odborníka s klientem. Skládá se ze tří úseků: 1. člověk vybere pět oblastí, na kterých mu v životě nejvíce záleží, 2. jak zvládá tyto oblasti realizovat, 3. přiděluje váhu každé oblasti (podle důležitosti v jeho životě), (Mareš a kol., 2008, s. 86 – 87). Mezi další individualizované nástroje pro zjištění kvality života patří např. QOLS, SQLM, SQLP nebo QLSI.

Flanaganova škála kvality života QOLS, kterou J. Flanagan navrhl, patřila mezi prvopočátky zkoumání kvality života. „Nástroj klade důraz na poznání individuální závažnosti a individuální míry spokojenosti s jednotlivými oblastmi kvality života“ (Mareš a kol., 2008, s. 79). Základní podstatou je 15 oblastí.

Nástroj pro zjišťování systemické kvality života SQLM patřil autoru jménem Shye. Model obsahuje 4 oblasti: 1. psychologicko-osobnostní, 2. fyzickou, 3. sociální a 4. kulturní, které se rozdělují podle 4 způsobů operování. Tím se vytváří 16 položek, které se hodnotí sedmistupňovou škálou.

Profil subjektivní kvality života, zkratka SQLP, je metoda francouzských badatelů. Definovali různé oblasti kvality života, ale také, zda člověk předpokládá změnu v některé z oblastí kvality života – očekávání změny (Mareš a kol., 2008, s. 81 – 82).

Jako kombinovanou metodu můžeme uvést MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life). MANSA je hodnocení kvality života v danou chvíli. To lze dobře využít v ošetrovatelském procesu (Csisko, 2013). MANSA využívá 16 otázek se sedmistupňovou škálou. Měří se v ní celková spokojenost se životem a spokojenost v jednotlivých oblastech (zdravotní stav, vztahy v rodině, sebepojetí...), (Heřmanová, 2012, s. 138).

Individuální kvalitu života jedince nebo jedinců lze hodnotit subjektivně i objektivně. Subjektivní pohled je intrapersonální a objektivní je interpersonální (Heřmanová, 2012, s. 133).

Měřením subjektivní celkové životní spokojenosti se zabývá mnoho institucí, jednou z nich je World Values Survey (WVS). Principem zkoumání je v opakovaných intervalech (po pěti letech) podání dotazníku (o dvou otázkách) respondentům. Otázka týkající se aktuální životní spokojenosti a otázka pocitu štěstí (Heřmanová, 2012, s. 135). Za zmínku stojí subjektivní výzkumy prováděné v České a Slovenské republice, i když jich není dostatek. Výzkum CVVM se zabývá např. spokojeností s životní úrovní domácnosti nebo spokojeností s místem bydliště. Dále se subjektivní kvalitou života zabývali Dvořáková, Dušková, Svobodová; na Slovensku Džuka; Ira a Šuška (Heřmanová, 2012, s. 139 – 141).

Interpersonální neboli objektivní měření hodnotí zdravotní stav člověka. Výzkum APACHE II zkoumá rozdíly mezi aktuálním zdravotním stavem pacienta a normálním zdravotním stavem. Výsledná hodnota se pohybuje mezi 0 až 71 body, přičemž hodnota nejvyšší se rovná úmrtí pacienta (Heřmanová, 2012, s. 141).

Další možné dělení metod hodnocení kvality života, která souvisí s metodologickými výzkumnými přístupy, nabízí Mareš a kol. (2006). Jde o dělení na kvalitativní, kvantitativní a smíšený přístup k výzkumu.

Ke kvalitativním metodám výzkumu patří rozhovor a následné jeho nahrávání, analýza a přepsání do protokolu (Mareš, 2006, s. 90). Kvalitativní metody zabývající se kvalitou

života v těhotenství se téměř nepoužívají. Rozhovor však nemusí být strukturován pouze pro jednotlivce, ale oblíbenější jsou stále skupinové rozhovory. Otevírá se širší diskuze o daném tématu. Účastníci mezi sebou diskutují a reagují na názory ostatních (Vachková, 2014, s. 37).

Kvantitativní metody zahrnují obecné a generické dotazníky, bez ohledu na věk, pohlaví či např. typ onemocnění (Mareš, 2006, s. 107).

4.1. Příklady využití generických a specifických nástrojů

Pro měření kvality zdravotního stavu a kvality zdraví lze využít různé nástroje. Příkladem jsou generické a specifické nástroje.

První využívané generické nástroje byly dva – SIP (Sickness Impact Profile) a NHP (Nottingham Health Profile). Důvodem vytvoření generického nástroje SIP bylo jeho široké využití. Používal se pro hodnocení efektivity terapie farmakoekonomické analýzy. Nástroj je strukturován na 136 oblastí denních činností, které jsou rozdělené do 12 škál (např. spánek, práce, stravování, oddech ...). Nástroj NHP byl vytvořen pro měření tělesného, sociálního a psychického distresu. Autoři Hunt et al. (1981) vycházeli ze Sickness Impact Profile. NHP obsahuje 38 hodnot rozdělených na 6 škál. Dalšími nástroji jsou SF-36, EQ-5D, WHOQOL-BREF a PGWB. Nástroj SF-36 obsahuje všeobecné koncepty, které souvisí se zdravím. Vytvořili jej autoři Ware et al. (1992). Jak napovídá název, obsahuje 36 položek a škály hodnotící nějaké omezení fyzického zdraví, mentální zdraví hodnotí škály vitality. Omezení fyzického zdraví zahrnuje: omezení fyzických aktivit, omezení ve vykonávání sociálních aktivit, omezení ve vykonávání obvyklých činností a bolest. SF-36 patří mezi nejpoužívanější nástroje v doméně HRQL. Do generických nástrojů dále řadíme European Quality of Life Questionnaire, zkráceně EQ-5D, který hodnotí zdravotní stav. WHOQOL-BREF se skládá z 26 položek rozdělených do 4 oblastí. Hodnocením je škála 1 – 5, přičemž 5 značí nejvyšší kvalitu života v dané položce. Poslední je Psychological General Well-Being Index, který obsahuje 68 položek (Gurková, 2011, s. 144 - 146).

Specifické nástroje jsou charakterizovány tím, že se zabývají určitým onemocněním a jeho příznaky. Hodnotí odraz choroby na kvalitu života jedince. Specifické dotazníky nelze obecně hodnotit a srovnávat, avšak jsou schopné zachytit změny významné pro klinickou praxi. Jsou určeny pro pacienty s konkrétním onemocněním, kde chceme zjistit kvalitu života (Vachková, 2014, s. 41). Pro příklad můžeme uvést specifické nástroje pro pacienty s onkologickým onemocněním, s diabetem, s kardiovaskulárními chorobami nebo také pro těhotné pacientky. U onkologicky nemocných jsou nejvýznamnější dotazníky QLQ-C30,

FACT-G a RSCL, které vytvořily organizace EORTC a FACIT. Pro pacienty s diabetem mellitem se spíše využívají generické nástroje, ale do specifických patří: D-39, DQOL (Diabetes Quality of Life) nebo DCP (Diabetes Care Profile), (Gurková, 2011, s. 150 – 152).

Do specifických nástrojů, které se zaměřují na těhotenství a období po porodu, můžeme zařadit např. PUQE, NVP QOL, PQOL a MAPP-QOL. Nástroj PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea) vytvořil Koren et al. (2002). Zjišťuje kvalitu života těhotných žen s obtížemi jako je nauzea a zvracení a poměr jejich výskytu. Dotazník obsahuje 3 položky (zvracení v průběhu dne, počet dávení/říhání v průběhu dne a pocitů na zvracení v počtu hodin za den) a hodnotí se od 3 do 15 bodů. Vyplňování probíhá během 24 hodin. Druhým dotazníkem je NVP QOL (Nausea and Vomiting of Pregnancy Quality of Life) od autorů Mazotta, Chandra, Stewart, Koren, Magee a Guyatt z roku 2002. Jedná se o obdobný dotazník jako PUQE, který se však zaměřuje na první trimestr těhotenství a hodnotí 30 položek rozdělených do 4 oblastí kvality života. Otázky jsou hodnoceny pomocí sedmistupňové škály. Nástroj PQOL (Questionnaire for evaluating the quality of life of postpartum women) vytvořili autoři Zhou, Wang, Wang v roce 2009. Obsahuje 40 položek rozdělených do 21 oblastí kvality života a hodnotí se pomocí pětistupňové škály. Posledním nástrojem je MAPP-QOL (Maternal Postpartum Period – Quality of Life), autorem je Hill et al. v roce 2006. Obsahuje 6 oblastí kvality života a hodnotí se pomocí pětistupňové škály (Vachková, 2014, s. 41 – 43).

4.2. Metodologické přístupy ke zjišťování kvality života v těhotenství

Těhotenství je pro ženu velká změna jak po fyzické, psychické, tak i sociální stránce ženy. Obvykle se těhotenství člení na trimestry. Podle Kobilkové, et al. (2005) se v prvních třech měsících, tedy v prvním trimestru, žena na těhotenství adaptuje, ve druhém se s ním vyrovnává, třetí trimestr je charakterizován největším zatížením. Za normálních podmínek je těhotenství fyziologický stav, ale zároveň je velkou zátěží pro organismus. Dochází k obrovským tělesným změnám, např.: k retenci tekutin ve tkáních, změně vzhledu obličeje, relaxaci svalů v děloze, vzniku strií a pigmentace, zvýšení objemu krve, zvýšení hormonální aktivity. Další změny se objevují na psychice. Žena přijímá novou roli, stává se matkou. Zpočátku se žena musí přizpůsobit tomu, že je těhotná. Může prožívat pocity strachu, jak na to bude reagovat okolí a její partner. Bývá emočně labilní, rozladěná. Musí přijmout plod jako své dítě, nového jedince. Ke konci těhotenství se mohou pozitivní a negativní pocity mísit. Může prožívat na jedné straně strach a obavy z porodu, na druhé straně radost z blížícího se příchodu miminka na svět (Vachková, Mareš, 2012, s. 287 – 288).

„...těhotenství výrazně ovlivňuje kvalitu života ženy a navíc se prožívaná kvalita života ještě mění v čase“ (Vachková, Mareš, 2012, s. 288).

Tyto změny mají nesporný vliv na kvalitu života těhotné ženy. Jakým způsobem je možné kvalitu života v období těhotenství hodnotit, nám popisuje následující text.

Výzkumy zabývající se kvalitou života se hojně rozšířily v posledních deseti letech. V zahraničí jsou tyto výzkumy nazvané pod souhrnným jménem HRQL *Health-Related Quality of Life* (Vachková, Mareš, 2012, s. 287).

Kvalitu života těhotných žen můžeme zkoumat, jak již bylo výše uvedeno, třemi způsoby: kvantitativně, kvalitativně nebo kombinovanou metodou. Kvantitativní způsob je zaměřen na získání dat od mnoha respondentů, např. dotazníkovým šetřením. Kvalitativní metoda je založena na kvalitě výzkumu např. formou rozhovoru. Kombinovaná metoda je použití kvalitativní a kvantitativní metody zároveň (Vachková, 2014, s. 37).

V zahraničí se zájem upíná spíše na obtíže těhotných žen. Soustřeďují se například na patologické aspekty, jako je nauzea a zvracení, i na to, jak právě ony ovlivňují kvalitu života těhotné ženy. Kvalitou života zdravých žen v průběhu fyziologického těhotenství se studie moc nezabývaly (Vachková, Mareš, Ježek, 2014, s. 71).

Již zmiňované specifické dotazníky PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and Nausea, Koren, G., Boskovic, R., Hard, M. et al 2002) a NVP QOL (Nausea and Vomiting of Pregnancy Quality of Life, Magee, L., Chandra, K., Mazzotta, P. et al, 2002) hodnotí spíše obtíže, jak napovídá název, než kvalitu života (Vachková, 2014, s. 36).

Metoda kvalitativního zkoumání se využívá jen málo. *„V dostupné literatuře jsme našli jen dva kvalitativní výzkumy věnované kvalitě života během těhotenství“ (Vachková, 2014, s. 37).* Jeden kvalitativní výzkum studoval únavu u těhotných žen. Rozhovory proběhly u 213 gravidních žen a bylo zjištěna souvislost prenatální morbidity se stresem a únavou. Autorem výzkumu byl Luke et al (1999). Druhý výzkum od Shermana a Flaxmana (2002) zjišťoval nauzeu a zvracení. Rozhovorem s celkem 11671 ženami bylo zjištěno, že *„nekomplikovaná nauzea a zvracení je důsledkem správné funkce mateřského organismu“ (Vachková, Mareš, 2012, s. 289).*

Stále se však více využívají metody kvantitativní z hlediska jejich obrovské výhody. Touto výhodou je získání velkého objemu dat.

V České republice se objevují studie, které se zabývají vlivem určitého onemocnění na těhotenství. Zkoumání je více zaměřeno na patologická a riziková těhotenství, ne vždy ve spojitosti s kvalitou života. Existují také studie zaměřené na kvalitu prenatální péče, ale bez konfrontace s kvalitou života. *„Jedním z důvodů, proč tomu tak je, může být právě absence rutinního specifického nástroje, který by snadno měřil kvalitu života u fyziologického těhotenství“* (Vachková, 2014, s. 37).

2 Těhotenství

5. Oplození

Lidská buňka obsahuje 46 chromozomů, které přenášejí dědičné vlastnosti. Buňky pohlavních orgánů (oocyty a spermatozoa) obsahují právě polovinu chromozomů, tj. 23. Při oplození vajíčka spermií dojde k obnově celkového počtu 46 chromozomů (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 23).

Oplozené vajíčko neboli zygota vznikne spojením jádra spermie a vajíčka ve vejcovodu. Zygota se začne dělit a vytvoří se morula. Oplozené vajíčko se posouvá do dělohy, kam se dostane 6 dní po ovulaci jako blastocysta. Blastocysta se přichytí k děloze, nejčastěji ve fundu a zanoří se do sliznice – nidace. Dalšími vývojovými stádii jsou blastogeneze, embryogeneze a fetogeneze. Blastogeneze je období od splynutí vajíčka se spermií do stádia gastruly. Začátek embryogeneze je 22. den, kdy se tvoří základy mozku a srdce. Embryo má částečně vyvinuté končetiny, rozpoznat lze i nos a ústa. Tato fáze končí 10. týdnem po oplození. Fetogeneze je fáze růstu, zrání a funkční diferenciací (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 26 - 28).

6. Diagnostika těhotenství

6.1. Objektivní příznaky těhotenství

Objektivní příznaky lze rozdělit do tří skupin: známky jisté, pravděpodobné a nejisté. (Jirásek a kol., 2005, s. 216). Více dále v textu viz Příznaky s. 20.

6.2. Laboratorní diagnostika těhotenství

K určení těhotenství se využívají biologické zkoušky, které hodnotí výsledek jako vysoce pravděpodobný. Principem testu je průkaz gonadotropinů v moči těhotné.

Imunologické testy in vitro lze využít k diagnóze raného těhotenství. Podstatou testu je přidání moče (s hCG) těhotné ženy k anti hCG séru. K tomuto vyšetření se využívá ranní moč, která je bohatá na hormony (Jirásek a kol., 2005, s. 217). HCG neboli lidský choriogonadotropin se vylučuje hned pár dní po oplození vajíčka a je tvořen syncytiotrofoblastem placenty. Tento hormon však může být produkován v klimakteriu a patologicky u některých chorob (nádory pohlavních žláz), (Vokurka, Hugo a kol, 2009, s. 385).

6.3. Ultrazvuk

Ultrazvuk dokonale prokáže, že je žena těhotná. Vaginální cestou lze prokázat graviditu již od 4. týdne, srdeční akci od 6. týdne (Binder, Vavřinková, 2016, s. 37).

7. Příznaky

Známky, které určují těhotenství, rozlišujeme tři: nejisté, pravděpodobné a jisté. Známky nejisté jsou takové, ze kterých nemůžeme diagnostikovat těhotenství, ale běžně se při těhotenství objevují (amenorea, nauzea a zvracení, změny prsů, změny pigmentace, nutkavé močení, únava a ospalost, pocit pohybů v podbřišku). Amenorea neboli vynechání menstruace, je obvykle první příznak těhotenství u zdravé ženy. Ale způsobena může být i mnoha faktory: fyzická námaha, změny metabolismu, hormonální poruchy, psychické problémy a léky. Nauzea a zvracení nastanou obvykle v I. trimestru, příčinou však mohou být i emocionální problémy nebo poruchy trávicího traktu. Změny prsů a jejich citlivost se objevují u žen před menstruací. Nutkavé močení se obvykle vyskytuje během prvních měsíců těhotenství. Zvětšená děloha utlačuje močový měchýř. Častější močení je také způsobeno močovými infekcemi. Pocit pohybů v podbřišku v těhotenství souvisí s pohybem plodu. V ostatních případech se jedná o plynatost, normální břišní aktivitu apod. (Leifar, 2004, s. 59 – 60).

Známky pravděpodobné jsou věrohodnější příznaky těhotenství, avšak mohou být zapříčiněny jinými změnami v organismu. Zvětšování dělohy může být způsobeno nádorem nebo těhotenstvím. Taktéž i obrysy plodu se mohou zaměnit za tumor. Strie v abdominální oblasti se mohou objevit při nadměrném napnutí kůže. Pozitivní těhotenský test taktéž může způsobit několik faktorů: léky (anxiolytika, antikonvulziva), krev v moči nebo maligní tumory (Leifar, 2004, s. 61 – 62).

Jisté příznaky těhotenství jsou způsobeny vyvíjejícím plodem. Patří sem ozvy plodu, které lze detekovat od 10. týdne těhotenství. Pohyby plodu jsou hmatatelné od II. trimestru. Průkaz plodu na ultrazvuku je možný od 5. – 6. týdne (Leifar, 2004, s. 61 – 62).

8. Těhotenské změny v organismu ženy

Jak již bylo zmíněno, gravidita je u zdravé ženy fyziologický stav, ale současně znamená pro její organismus velkou zátěž. Největší dopad má na kardiovaskulární systém, na plíce, ledviny a játra.

Kardiovaskulární systém

Vlivem rostoucí dělohy se srdce posunuje směrem nahoru a doleva. Myokard srdce musí hypertrofovat a svou hmotnost zvýší asi o 25 g. Minutový objem srdce najednou musí přečerpat asi 5,7 l/min, v průběhu 31. týdne.

Plíce

Opět vlivem rostoucí dělohy, která tlačí na bránici a utlačuje dolní laloky plic, se zmenšuje prostor v hrudní dutině. Ztížené dýchání s následnou hyperventilací jsou výrazné ve III. trimestru gravidity (Jirásek a kol., 2005, s. 224 – 225).

Ledviny

V těhotenství se zvyšuje průtok krve ledvinami, a tím i glomerulární filtrace (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 35). Často se objevuje glykosurie, způsobena zvýšenou propustností glomerulů pro glukózu (Jirásek a kol., 2005, s. 223).

Játra

Játra jsou v těhotenství velmi zatížena, ale díky jejich vyrovnávacím vlastnostem nenastane porucha funkce. Kdyby došlo k většímu zatížení, na játrech by se objevily patologické změny. V těhotenství tedy mohou selhat, pokud již před těhotenstvím byla porušena (hepatitida, otravy), (Jirásek a kol., 2005, s. 225).

9. Vývoj plodu

Každý lidský potomek se postupně vyvíjí třemi fázemi: zygota, embryo a plod. Po oplodnění, tedy splynutí vajíčka se spermií, vzniká zygota. Od 3. do 8. týdne hovoříme o embryu. Plod se vyvíjí od 9. týdne až po ukončení těhotenství porodem (Leifar, 2004, s. 42). Ve vývoji jedince můžeme definovat dvě období (embryogeneze a fetální období). Embryogeneze se počítá od oplodnění do 8. týdne, avšak první dva týdny nazýváme blastogeneze. Období fetální začíná 9. týdnem a končí porodem (rané fetální období 9. – 26. týden, pozdní fetální období 27. týden – porod), (Binder, 2011, s. 9).

9.1. I. trimestr

Trimestr jsou vlastně tři lunární měsíce, přičemž I. trimestr začíná oplodněním vajíčka. Oplodněné vajíčko (zygota) migruje do děložní dutiny, během své cesty se několikrát dělí a vzniká morula. Dalším dělením buněk vzniká blastocysta, dále embryoblast, který je základem pro embryo. Tato migrace oplodněného vajíčka trvá 3 – 4 dny. Následuje uhnízdění

(implantace, nidace) blastocysty do endometria. Trofoblast – obal blastocysty – produkuje hCG, který stimuluje žluté tělísko. Přeměna děložní sliznice je umožněna právě hormony estrogenem a progesteronem ze žlutého tělíska. Od 3. do 8. týdne se vytváří zárodek, embryo.

Přibližně 20. den od oplodnění se vytváří základ pro srdce se dvěma primárními aortami.

Plodové vejce dorůstá do velikosti 2 cm na konci 1. měsíce. Embryo má objemnou hlavovou část, kde je vytvořen základ pro oči, uši a nos. Jsou vytvořeny i základy pro končetiny. Na konci 2. měsíce se z embrya stává plod. Plod neboli fetus má na konci I. trimestru délku 9 cm a váží 20 g. Jsou rozeznatelné prsty na končetinách, vytvořený základ pro kostru a lze určit pohlaví (Binder, 2011, s. 10 – 14).

Vývoj placenty

Dočasný orgán, který je důležitý pro výměnu látek mezi matkou a plodem, je placenta (Hourová, Králíčková, Uher, 2007, s. 91). Placenta je velmi důležitá pro vývoj a výživu plodu. Svými choriovými klky prorůstá do mateřského decidua basalis. Z decidua basalis vzniká mateřská část, která je bohatá na arterioly a venuly. Placenta je pokryta amniovou blánou, díky které je šedavě zbarvená. Kompletní cirkulace probíhá až kolem 22. dne od oplodnění, tento den začíná fungovat i srdce plodu (Leifer, 2004, s. 44).

Za normálních podmínek se krev matky a plodu nemísí, placenta je však propustná pro kyslík, oxid uhličitý, vodu, cukry, tuky, bílkoviny, vitamíny atd. Přechází však i viry, léčiva, protilátky, které vedou k poškození plodu (Hourová, Králíčková, Uher, 2007, s. 92).

Současně s vývojem plodového koláče se vyvíjí i pupečník. Pupečník spojuje placentu s nenarozeným dítětem. Skládá se ze dvou arterií (vedou krev od plodu k placentě), jedné žíly (vede krev od placenty k plodu), rosolovitého vaziva a amniálního povlaku (Hourová, Králíčková, Uher, 2007, s. 94).

9.2. II. trimestr

Ve II. trimestru plod měří asi 16 cm a váží 200 g. Začíná 13. týdnem a končí 27. týdnem gravidity (Binder, 2011, s. 14).

16. týden

Již lze poslouchat fetoskopem srdeční akci plodu. Trávicí soustava začíná fungovat a sbírá se smolka (směs amniové tekutiny a sekretu střevních žlázek), která se pak vyloučí jako

první stolice novorozence. Plodu začínají růst vlasy a lanugo. Lze již vnímat první pohyby nenarozeného dítěte (Leifer, 2004, s. 48).

20. týden

Dvacátý týden gravidity je také nazýván bodem přežití, protože plod, který se narodí v tomto týdnu, může krátce žít po narození. Začínají se tvořit zuby a to zejména stoličky. Lanugo pokrývá celé tělo plodu. Vytváří se také hnědá tuková tkáň, která generuje tepelnou energii (Leifer, 2004, s. 48).

24. týden

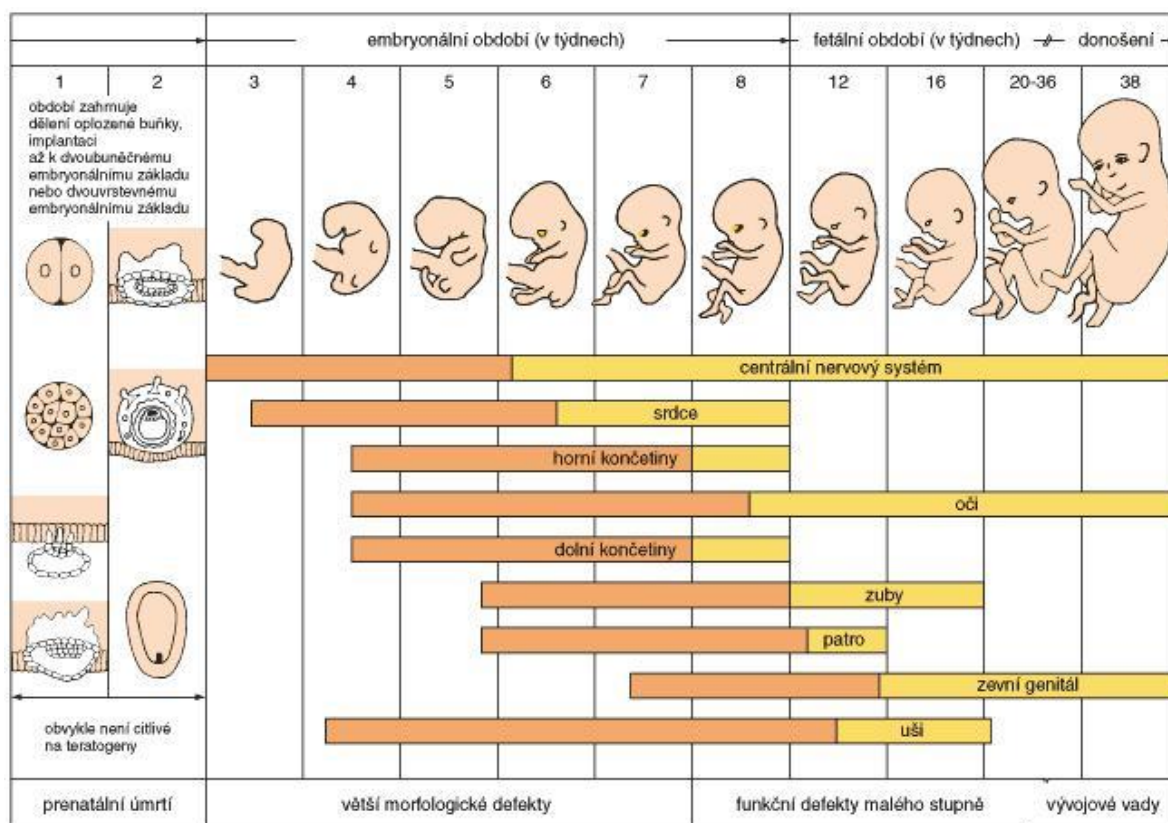
Probíhá rychlý růst a vývoj. Oči jsou kompletně utvořené. Na kůži plodu se objevuje mázek, který chrání kůži před odřením, popraskáním a zatvrdnutím. Začínají se také otevírat nozdry plodu a objevují se dýchací pohyby (Leifer, 2004, s. 51).

9.3. III. trimestr

Poslední trimestr před narozením miminka se datuje od 28. týdne do 40. týdne. Plod na začátku III. trimestru měří asi 29 cm a váží okolo 1800 g. Vytvořilo se osifikační jádro ve stehenní kosti. Kůže začíná být vypjatější a růžová, lanugo zmizelo z obličeje a břicha. Na konci tohoto trimestru plod dosahuje délky 48 – 50 cm a váží 3000 – 3600 g. U chlapců sestupují varlata do šourku a u děvčat velká labia překrývají malá labia (Binder, 2011, s. 15). Většina plodů se otáčí hlavičkou dolů, zaujímá tzv. polohu podélnou hlavičkou a tím se také připravuje na blížící se porod (Hourová, Králíčková, Uher, 2007, s. 69).

Kolem 30. týdne jsou kosti plně vyvinuté a je velká spotřeba vápníku na jejich stavbu. Dokončuje se vývoj centrálního nervového systému a plod si více uvědomuje své okolí. Také trávicí soustava téměř dozrála. Plíce jsou posledním orgánem v dozrávání (Hourová, Králíčková, Uher, 2007, s. 73).

Poslední týdny před porodem je plod v takové poloze, aby zabíral co nejméně místa – hlavička je přikloněná k hrudníku, flektované končetiny jsou zkřížené před hrudníkem. Všechny orgánové soustavy jsou plně vyvinuty (Hourová, Králíčková, Uher, 2007, s. 78).



Obrázek 1 Vývoj plodu (modrykonik.cz)

10. Těhotenská nauzea a zvracení

Typickým znakem pro I. trimestr těhotenství je právě nauzea a zvracení. Přidruženými obtížemi je zácpa nebo nadýmání, také zvýšená či snižená chuť k jídlu. Různé pachy a vůně mohou vyvolat nauzeu nebo zvracení (Hourová, Králíčková, Uher, 2007, s. 26). Obtíže tohoto typu vymizí obvykle po 12. týdnu gravidity. Doporučuje se nedráždivá dieta, stravovat se často, ale v malých porcích. Těhotné ženy, které trpí těmito obtížemi, by měly vynechat těžká, tučná a kořeněná jídla. V případě, kdy začne docházet k poklesu váhy a známám dehydratace, by měla žena navštívit lékaře. Lékař většinou naordinuje antiemetika, popřípadě v závažnějších případech je na řadě hospitalizace (Mikulandová, 2007, s. 46).

Těhotenská toxikóza neboli gestóza je označení pro těhotenskou nauzeu a zvracení. Rozlišujeme rané a pozdní gestózy (v současné době je nazývána preeklampsie) vázané na dobu výskytu. Rané gestózy se objevují v první polovině gravidity a zahrnují především zvýšené až nadměrné slinění a zvracení. Vomitus matutinus je lehčí forma a těžší se označuje hyperemesis gravidarum nebo maligna. Do pozdní gestózy patří EPH gestóza (preeklampsie) a eklampsie. Onemocnění je charakterizováno typickými příznaky edémy, proteinurií a hypertenzí. Důležité jsou v těhotenství pravidelné kontroly a prohlídky, protože těžší formy

EPH mohou vést k eklampsii (záchvatu tonicko-klonických křečí), (Vokurka, Hugo a kol, 2009, s. 258, 277, 355).

10.1. Rané gestózy

Vomitus matutinus, emesis gravidarum

Obtíže (nauzea a zvracení) se vyskytují u 70 % těhotných žen. Výskyt těchto komplikací se uvádí mezi 4. – 8. týdnem a někdy až do 14. – 16. týdne těhotenství. Těhotná žena může ztrácet hmotnost a obtíže ji narušují denní činnosti. Proto je nutné zjistit ketonurii a nerovnováhu iontů. Etiologii těchto příznaků neznáme, ale pravděpodobně za to může uvolnění hladkých svalů a žaludku nebo vliv steroidních hormonů. Terapie spočívá spíše v psychologické podpoře těhotné. Nauzeu a zvracení mohou vyvolávat některá jídla. Doporučují se malé dávky jídla, ale častěji. V některých případech může pomoci podání pyridoxinu a nízká dávka valia (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 316).

Hyperemesis gravidarum

„Hyperemesis gravidarum je zhoubné nadměrné zvracení související se ztrátou tělesné hmotnosti, dehydratací a rozvratem iontů“ (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 316). Důležitá je správná diagnostika a vyloučení celkového onemocnění, např. pankreatitidy, hepatitidy nebo cholecystitidy atp. Tyto obtíže často doprovází hypotenze a tachykardie. Mezi příznaky patří: rychlý úbytek na váze, apatie, suché rty, žízeň, oligurie (v moči aceton, bílkovina, žlučová barviva), může se objevit krev ve zvracích. Pokud jsou zvýšené jaterní testy s poruchou jaterní funkce, jedná se o hyperemesis gravidarum maligna. Při zhoršování jaterních a ledvinných funkcí, je na snaze těhotenství ukončit. Léčbou je podání antiemetik a parenterální výživy (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 316).

Těhotenské slinění

Těhotenské slinění neboliptyalismus se objevuje na začátku těhotenství. Zvýšená sekrece slin je doprovázena nechutenstvím a úbytkem hmotnosti. V závažných případech se musí těhotná žena hospitalizovat a podat parenterální výživu. Slinění může být úvodem pro pozdější nadměrné zvracení (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 316).

10.2. Pozdní gestózy (preeklampsie, eklampsie)

Preeklampsie obvykle vzniká po 20. týdnu těhotenství. Jedná se o určitý patologický stav, který se vyskytuje s četností u 10 – 14 % primipar a 5 – 7 % multipar. Riziko lze očekávat v závislosti na těchto případech: primipara, chronické renální selhání, chronická

hypertenze, DM, obezita, vícečetná gravidita, avitaminóza. Hájek (2016) uvádí, že příčiny preeklampsie nejsou známe, existují však určité teorie a změny v organismu. Hemodynamické změny jsou charakteristické při nálezu placenty ve fundu nebo placenta praevia. Krev městná v ledvinách a v játrech při odtoku z ovariálních žil. Následkem toho je hypoxie. Genetická predispozice, teorie, kdy se preeklampsie může objevit jak u matky, tak poté i u její dcery. Mezi další možné příčiny můžeme zařadit: imunologický defekt, abnormální trofoblastická invaze, dietní a geografické faktory a působení kyslíkových radikálů. Mezi příznaky nutné k přijetí těhotné ženy k hospitalizaci patří: systolický TK vyšší než 140 mm Hg a následně stoupá o 30 mm Hg, diastolický tlak vyšší než 90 mm Hg a následně stoupá o 15 mm Hg. Tlak se měří dvakrát a hodnoty přetrvávají déle než 6 hodin. Rizikové jsou proteinurie vyšší než 300 mg/den, vzestup jaterních testů, IUGR (Intrauterinní růstová restrikce), zvýšení hmotnosti (edémy), (Hájek, Čech, Maršál 2014, s. 317 – 320).

Eklampsie je definována jako záchvat tonicko-klonických křečí, které mohou navazovat na preeklampsii. Některé formy eklampsie se mohou objevit bez předchozí fáze, a těhotná žena tak může upadnout do kómatu – eclampsia sine eclampsia. Nejčastější období pro výskyt křečí je na konci těhotenství, při porodu a někdy opravdu vzácně v šestinedělí. Záchvat tonicko-klonických křečí má 4 fáze s příznaky: 1. Fáze prodromů – neklid, záškuby obličejových svalů, stočení bulbů, silné bolesti hlavy, nauzea, zvracení; 2. Fáze tonických křečí – křeče zasahují svaly hrudníku a bránice a žvýkáci svaly, poté křeče horních končetin a zádočných svalů; 3. Fáze klonických křečí – nekoordinované pohyby; 4. Fáze kóma – hluboké kóma, hluboké dýchání, bez léčby může přejít do status eclampticus. Léčba po vzniku eklamptického záchvatu je jasná. „Bez ohledu na plod ukončujeme těhotenství z vitální indikace matky císařským řezem“ (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 323).

11. Adaptace na těhotenství

Prenatální péče je péče o matku a plod v průběhu těhotenství. Pro prenatální péči je důležité znát a pochopit fyzické a psychické adaptační změny.

11.1. Psychická adaptace

Těhotenství představuje období výrazných změn a také jedno z vývojových období života ženy. Žena prochází mnoha změnami, které mohou vést k nežádoucím pocitům (úzkost, strach, zmatek).

V I. trimestru je hlavním úkolem pro ženu těhotenství přijmout. Z emocionálního hlediska je typická rozladěnost, nejistota a náladovost.

Od počátku 13. týdne těhotenství do 27. týdne, období II. trimestru. První pohyby jsou detekovány od 18. týdne. Těhotná žena začíná pociťovat pohyby plodu a uvědomovat si své dítě, proto se snaží vést zdravý životní styl, dodržuje doporučení zdravotníků a lékařů. V tomto období probíhá rychlý růst a vývoj dítěte.

„Těhotná žena není jen pasivní nositelkou nebo přijímačem rostoucího plodu, ale velmi aktivní účastník vzájemného psychobiologického dialogu“ (Bašková, 2015, s. 9).

Největší zátěž a nároky na matku začínají ve III. trimestru. Žena začíná mít obavy o své dítě a z blížícího se porodu. V tomto období se partneři snaží o vytvoření zázemí pro své dítě. *„Úkolem III. trimestru, a to hlavně v posledních čtyřech týdnech těhotenství je příprava na porod a existenci nového člena rodiny“* (Bašková, 2015, s. 10).

Adaptační mechanismy na těhotenství:

Imitace – žena se snaží osvojit si úlohu těhotné ženy, napodobování chování žen, které již v dané roli jsou nebo byly

Hraní role – chování, kdy si žena snaží vyzkoušet svoji nastávající roli matky

Fantazie – myšlenky, přání, představy o budoucím mateřství

Introjekce – přijímání a přebírání názorů od již stávajících matek

Projekce – představa sebe sama v roli matky

11.2. Fyzická adaptace

Fyzická adaptace zahrnuje všechny fyzické změny téměř ve všech orgánech. Adaptační změny jsou většinou reverzibilní a po ukončení těhotenství porodem se po několika měsících vracejí na původní úroveň. Podrobněji viz kapitola Těhotenské změny v organismu ženy s. 20 (Bašková, 2015, s. 12).

12. Prenatální péče

Každá žena by měla docházet na pravidelné gynekologické prohlídky jednou za rok. V případě podezření na těhotenství, buď vynecháním menstruace, nebo kladným těhotenským testem a následné potvrzení gravidity je žena zvána na pravidelné kontroly. Vyšetření jsou zaměřená na plod a matku.

První prohlídka v prenatální poradně by měla proběhnout do 12. – 13. týdne těhotenství. Lékař zjišťuje nemoci prodělané v dětství a v dospělosti, zdravotní stav sourozenců a rodičů a dřívější porody či potraty. V případě „normálního“ průběhu těhotenství,

tedy bez rizikových faktorů, je interval návštěv do 36. týdne gravidity jednou za 4 týdny a od 37. týdne každý týden. Všechny výsledky z vyšetření jsou zapisovány do těhotenského průkazu (Gregora, Velemínský, 2017, s. 27 – 30).

Při každé návštěvě v prenatalní poradně se provádí:

Rozhovor (anamnéza)

Rozhovor neboli porodnická anamnéza je nedílnou součástí každé návštěvy těhotné ženy u gynekologa. Důležité je aktivní vedení za použití cílených dotazů. Jakkoliv nesystematický rozhovor by mohl vést ke ztrátě informací. Porodnická anamnéza obsahuje rodinnou anamnézu, osobní a gynekologickou. V rodinné anamnéze je důležité zjistit nemoci, které by souvisely s ohrožením matky a plodu (diabetes mellitus, arteriální hypertenze, vrozené vady srdce, onkologické onemocnění nebo psychiatrické nemoci). Lékař by měl pátrat po infekčních a genetických chorobách a jejich výskytu v rodině. Osobní anamnéza zahrnuje prodělané nemoci od dětského věku až po dospělost. Lékař vede záznam vrozených vývojových vad a genetická vyšetření. V záznamech nesmí chybět úrazy, poruchy vývoje a výživy, menarche a informace o menstruaci (pravidelnost, délka cyklu). V gynekologické anamnéze se zjišťují prodělané gynekologické záněty, antikoncepce nebo onemocnění prsních žláz. Zapisují se i předchozí těhotenství a potraty a průběh stávajícího těhotenství (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 74).

Zvážení těhotné ženy

Při vyšetřování celkového stavu těhotné ženy lékař pohlíží na stavbu a konstituci těla, vzrůst, zváží ženu a zaznamená hodnoty (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 75). Komplikace mohou nastat od 5. měsíce těhotenství. Projeví se vyšším hmotnostním přírůstkem, za který může retence tekutin nebo vyšší kalorický příjem. Nebo naopak může nastat opačný problém, úbytek hmotnosti z důvodu poruchy výživy, oligohydramnie (nedostatek plodové vody) nebo porucha růstu plodu (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 86).

Změření krevního tlaku

Mezi pravidelná vyšetření řadíme i měření krevního tlaku a pulsu (Vachková, 2014, s. 77).

Vyšetření moči

Vyšetření moči se provádí pravidelně při každé návštěvě u gynekologa. Zjišťuje se přítomnost proteinů, glukózy a ketonů pomocí diagnostických papírových proužků (Leifer, 2004, s. 58).

Gynekologické vyšetření (vnitřní a vnější)

Před každým gynekologickým vyšetřením lékař provede aspekci břicha a povrchu zevního genitálu. Hodnotí a zaznamenává strie, jizvy, kýly, diastázy přímých břišních svalů a odchylky od normálu. Dále lékař provede gynekologické vyšetření v zrcadlech. Pozoruje se pochva, defekty, jizvy a poranění po předchozích porodech, děložní hrdlo a sestup dělohy. Při tomto vyšetření je nutné provést kolposkopii a onkologickou cytologii. Poté se provádí palpační vaginální vyšetření děložního hrdla a přední poševní klenby (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 76 – 78). Důležité je též zevní vyšetření břicha. Soubor zevních vyšetření se nazývá Pawlíkovy hmaty, které jsou určené ke zjištění růstu a polohy plodu (Roztočil, 2017, s. 123).

Srdeční ozvy plodu od 24. týdne

Fyziologické rozmezí srdeční frekvence plodu je 120 – 140/min. Při hodnotách nižších pod 100 tepů a vyšších nad 160 může dojít k vážnému ohrožení plodu. Lékař poslouchá ozvy plodu, kde jsou nejsilnější, a to podle polohy plodu v děloze (Jirásek a kol., 2005, s. 237).

Tabulka 3 Přehled vyšetření podle týdnu těhotenství (Gregora, Velemínský, 2017, s. 27 – 30)

	Odběry krve	UZ	Vrozené vývojové vady	oGTT	Stěry z pochvy a konečníku	Kardiotoko- grafický záznam
11. – 13. týden	KS a Rh faktor, KO, přítomnost protilátek proti erytrocytům, syfilis, vir HIV, žloutenka B, glykémie	X	X			
20. – 22. týden		počet plodů, vitalita plodu, množství plodové vody, uložení placenty				
24. – 28. týden				X		
27. – 32. týden	X					
35. – 38. týden					bakterie Streptococcus agalactiae	
Od 37. týdne						X

13. Ošetrovatelská péče o těhotnou ženu z pohledu všeobecné sestry

Ošetrovatelská péče se odvíjí již od prenatalní péče o matku a nenarozené dítě. Smyslem takové péče je: všestranně zabezpečit těhotnou ženu, prevence chorob a včasný záchyt odchylek od normálního průběhu gravidity.

Těhotné ženy se dají rozdělit do 3 skupin:

Těhotné s malým rizikem = fyziologické těhotenství. Pacientky bez jakýchkoliv rizikových faktorů v anamnéze a výsledky z vyšetření v normě.

Těhotné se středním rizikem = rizikové těhotenství. Těhotné ženy, jejichž anamnéza je zatížena rizikem. Výsledky vyšetření jsou na úrovni normy, ale musí se opakovat. V případě objevení výsledků mimo hranice fyziologie musí být žena zařazena do třetí skupiny.

Těhotné s vysokým rizikem = patologické těhotenství. Zjištěna přítomnost patologických laboratorních výsledků, které určují riziko.

Komplexní prenatální vyšetření by mělo být provedeno do konce 12. týdne. Patří sem odebrání anamnézy, změření zevních pánevních rozměrů, vyšetření prsů, výška a hmotnost ženy, vystavení těhotenského průkazu (Slezáková, 2011, s. 139 – 140).

Klinická a laboratorní vyšetření se rozděluje na pravidelné (při každé návštěvě) a nepravidelné (pouze v určeném týdnu gravidity). Pravidelná vyšetření zahrnuje odběr anamnézy, zevní vyšetření těhotné ženy, zjištění hmotnosti a krevního tlaku, chemická analýza moči, vaginální vyšetření s určením cervix-skóre a od 24. týdne detekce života plodu. Mezi nepravidelná vyšetření patří: laboratorní vyšetření, ultrazvuk a dále vyšetření prováděná od daného týdne těhotenství.

Laboratorní vyšetření se provádí do 14. týdne těhotenství. Provedou se krevní odběry a zjišťuje se krevní skupina a Rh faktor matky, antierytrocytární protilátky, celkový krevní obraz, vyšetření na infekční onemocnění (HIV a HBsAg, syfilis), hladina glykemie a screening na chromozomální vady plodu (Marešová, 2014, s. 125 – 127).

Do 14. týdne se také provádí ultrazvuk na zjištění počtu plodů, jejich vitalitu a spočítá se stáří těhotenství (Marešová, 2014, s. 125 – 127). Lékař musí také určit termín porodu. To lze několika způsoby. První metodou je výpočet termínu porodu podle posledního menses. K prvnímu dni poslední menstruace se přičte jeden rok, odečtou 3 měsíce a přičte 7 dní. Další metodu lze uplatnit, pokud známe přesný datum oplodnění, přičte se 267 dní. Výpočet termínu porodu lze také z ultrazvukového vyšetření (Gregora, Velemínský, 2017, s. 17).



Obrázek 2 Příklady gravidometru (porodnice.cz)

Další vyšetření se datují podle toho, v jakém je matka týdnů těhotenství. V 16. týdnu se provádí screeningové vyšetření vrozených vývojových vad (pokud dosud nebyl proveden). Další ultrazvukové vyšetření je v 20. a kolem 31. týdne, kdy se určuje umístění placenty a počet plodů (Marešová, 2014, s. 125 – 127). Důležitým testem je oGTT neboli Orální glukozový toleranční test. Dělá se v 24. – 28. týdnu těhotenství a zakládá se z odběru krve a moči po zatížení organismu glukózou (Behinová, Ašenbrenerová, Karger, Kaiserová, 2012, s. 44). Další odběry krve na krevní obraz je v 28. týdnu, vyšetřují se i protilátky proti syfilis. Po 35. týdnu těhotenství se dělá vyšetření na detekci streptokoků a ke konci těhotenství kardiokografický test (Marešová, 2014, s. 125 – 127).

Tabulka 4 Vybrané ošetrovatelské diagnózy související s těhotenstvím (podle Herdman et al., 2009)

Název diagnózy	Kód diagnózy	Doména	Třída	Určující znaky	Související faktory
Nedostatečné znalosti	00126	5. Percepce/ kognice	4. Kognice	Nedostatek informací vzhledem k primigraviditě	Změny paměti, nezájem učit se, alterace kognitivních funkcí
Strach	00148	9. Zvládání/ tolerance zátěže	2. Reakce na zvládání zátěže	Strach související s nepříznivou prognózou, ambivalentním přijetím gravidity	
Únava	00093	4. Aktivita/ odpočinek	3. Rovnováha energie	Únava vzhledem k zátěži organismu z těhotenství	Úzkost, stres, z důvodu fyziologického stavu (těhotenství)
Narušený obraz těla	00118	5. Sebepercepce	3. obraz těla	V souvislosti s těhotenstvím, změna stavby těla	Změna tělesné funkce z důvodu těhotenství
Nauzea	00134	12. Komfort	1. Tělesný komfort	Odpor k jídlu, zvýšené polykání	Z důvodu těhotenství
Rizikové faktory					
Riziko nadváhy	00234	2. Výživa	1. Příjem potravy	Vzhledem ke zvýšené, změně chuti v těhotenství	
Riziko zácpy	00015	3. Vylučování a výměna	2. Funkce gastrointestinálního systému	Ve vztahu ke změně životního stylu, životosprávy, změnám hormonálních hladin	
Riziko dehydratace	00028	2. Výživa	5. Hydratace	Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin v souvislosti s krvácením, zvracením	

Riziko krvácení	00206	11. Bezpečnost/ochrana	2. Tělesné poškození	Riziko krvácení v souvislosti s hrozícím potratem, předčasným porodem
Riziko infekce	00004	11. Bezpečnost/ochrana	1. Infekce	PMK, nedodržení zásad aseptických postupů při vyšetření

14. Životní styl těhotné ženy

Důležitým faktorem pro zdraví každého z nás je dodržování správné životosprávy v každém období našeho života. Největší důraz na dodržování životosprávy by měla dbát každá těhotná žena. Svým chováním ovlivňuje nejen sebe, ale i své nenarozené dítě (Gruberová, 2007, s. 10).

14.1. Stravování

Ve stravování by měla být těhotná žena obezřetná. Musí upustit od těžkých a kořeněných jídel. Celková energetická spotřeba na den je 11,3 – 16,6 kJ. Celkový příjem základních živin má tvořit X % z energetického příjmu:

Příjem bílkovin	9 – 15 %
Příjem tuků	30 – 35 %
Příjem sacharidů	50 – 55 %

Energetický příjem gravidních žen je dostatečný. Naopak spotřeba některých prvků je špatná. Snížená spotřeba bývá u kalcia, železa a jódu. Proto bývá častý výskyt anémie, právě u nízké spotřeby železa. Jód je důležitý pro správný vývoj plodu.

Negativní vliv na vývoj plodu může mít pití kávy, alkoholu a kouření (Jirásek a kol., 2005, s. 240).

14.2. Tělesná aktivita

Základem zdravého těhotenství je i cvičení a pohyb, které dodá energii, je dobré na zažívání (boj proti zácpě) a celkově pomůže být v dobré kondici. Důležitá je také volba vhodné fyzické aktivity. Některé sporty, jako je např. lyžování nebo jízda na kole, kde je riziko pádu zvýšené, nejsou v období těhotenství prospěšné (Prestonová, 2010, s. 54).

Mezi doporučené a vhodné pohybové aktivity patří: jóga, chůze, plavání, pilates. Jóga přispívá k růstu svalů a nezatěžuje klouby. Zlepší se i držení těla. Procházky svižnou chůzí

mají dobrý vliv na ranní nevolnosti. Důležitá je správná obuv a držení těla. Ideálním pohybem je plavání, které prosperuje kardiovaskulárnímu oběhu. Pilates cvičením se posilují vnitřní svaly, ovšem některé cviky nejsou příliš vhodné ve druhé polovině gravidity (Prestonová, 2010, s. 55 – 56).

14.3. Hygiena

Hygienické návyky se s nástupem těhotenství mohou změnit. V těhotenství se žena může více potit, proto je spíše vhodné sprchování než koupel. Koupání více vysušuje kůži. Také není dobré používat hodně parfémovaná mýdla a sprchové gely. Kůže je v těhotenství silně prokrvená (Huch, 2007, s. 38).

Za důležité se musí považovat i hygiena dutiny ústní. Nedostatek kalcia v potravě u těhotných žen způsobuje zvýšenou kazivost zubů. Doporučuje se denně vypít 1 l mléka, aby byl přísun vápníku dostatečný (Jirásek a kol., 2005, s. 241).

14.4. Oblékání

Do určitého měsíce žena může nosit oblečení, které nosila doposud. Obvykle od 6. měsíce těhotenství by si žena měla hlavně oblékat pohodlné oblečení. Vhodné je oblečení z přírodního a prodyšného materiálu. Důležitá je správná podprsenka, která zajistí zmírnění tvorby strií na prsou. Těsné kalhoty a boty na vysokém podpatku jsou nevyhovující (Gregora, Velemínský, 2017, s. 22).

14.5. Sexuální život

V období, kdy je žena gravidní, mají mnohé páry problémy s intimitou. Žena si může připadat méně přitažlivá, neatraktivní. Ale i v tomto období by spolu partneři měli společně trávit čas (Prestonová, 2010, s. 81).

Pohlavní styk není nebezpečný, má však své zásady a kontraindikace. Neměl by vyvolávat kontrakce dělohy nebo krvácení. U žen s rizikovým těhotenstvím (které předčasně porodily nebo potratily) je dobré se vyhnout pohlavnímu styku (Hájek, Čech, Maršál, 2014 s. 61).

15. Specifická kvalita života těhotných žen

„Fyziologické těhotenství je stav, který není ani nemocí, ani běžným zdravotním stavem ženy“ (Vachková, Mareš, Ježek, 2014, s. 71). V období těhotenství dochází k ovlivňování tělesných funkcí i celkové pohody těhotné ženy hormonálními a orgánovými

změnami. V důsledku toho nastává změna kvality života (Vachková, Mareš, Ježek, 2014, s. 71).

Je to období psychické, somatické a sociální zátěže. Gravidita vede ke zvýšené nervozitě, plačtivosti, depresím či podrážděnosti. Tyto stavy mohou zhoršovat obtíže, jako je nauzea, zvracení, pálení žáhy, bolest zad, otoky a omezená pohyblivost (Veselá, 2009, s. 12). Těhotná žena se musí adaptovat na novou rodičovskou roli, která změní její styl života, omezí svobodu a rozhodování. Nová role matky ji částečně izoluje, s čímž souvisí i v určité době přerušení pracovního poměru a nástup na mateřskou dovolenou. Zároveň tato role přináší i uspokojivé pocity a pudové potřeby mateřství (Vágnerová, 2000, s. 349).

Studie a výzkumy věnované těhotenství shrnuje kapitola „Příklady využití generických a specifických nástrojů“ na straně 15.

15.1. Celkový zdravotní stav

S těhotenstvím přichází různé zdravotní komplikace a odchylky. Můžeme sem zařadit únavu, strie, křečové žíly, změny v prsou nebo inkontinence.

Při druhém těhotenství se mnoho žen může cítit unavenější, nežli tomu bylo při očekávání prvního potomka. Zejména v prvním a třetím trimestru bývají pocity únavy a vyčerpání ohromné.

Další takovou změnou je zvýšená citlivost a bolestivost prsou. Může se objevit i vyšší viditelnost žil, bolest nebo svědění bradavek. Nejčastější změnou jsou strie gravidarum, které se objevují u více jak poloviny všech těhotných. Místem výskytu je břicho, hýždě, stehna nebo prsy. Barvou se liší v průběhu těhotenství, ze začátku jsou růžové a poté stříbřitě bílé.

Křečové žíly vznikají díky tlaku dělohy na hluboké pánevní žíly.

Objevit se také může stresová inkontinence, avšak po prvním a při druhém těhotenství. Únik moči nastává v případě zakašlání, kýchnutí a zasmání se, tzn. při zvýšeném nitrobršním tlaku (Prestonová, 2011, s. 22 – 24).

15.2. Nová role – mateřství

S nástupem těhotenství se začíná utvářet nová sociální role, mateřství. Poprvé je žena nazvaná matkou. Toto období je provázeno radostí, ale také velkými obavami. Nastávající maminka se obává o zdraví svého nenarozeného dítěte, má strach i z blížícího se porodu. S příchodem porodu se pojí myšlenky na to, zda se žena zvládne postarat o své dítě, zda bude dobrá matka nebo zda zvládne péči o domácnost, o rodinu.

S příchodem nového potomka na svět se může objevit pocit nedostatečného citového pouta k miminku. Jak tento okamžik žena prožívá, záleží na tom, v jakém je psychickém rozpoložení, jakou má podporu od partnera, ale i přístup zdravotnického personálu. Důležité je, aby maminka dostala dostatek informací, jak se o svého potomka postarat, ale také, aby se jí dostalo podpory. Po návratu domů přichází krizové období, které souvisí s hormonálními změnami. Celodenní práce zahrnuje péče o novorozence, kojení, krmení a přebalování. Většina matek nemá moc času ani sílu věnovat se sama sobě, svým zálibám a svému partnerovi (Kalafutová, 2013).

15.3. Rodičovství

Podstatná součást identity dospělého člověka je nová role, role rodičovská. S prvním narozeným dítětem se z manželství stává rodina (Kelnarová, Matějková, 2010, s. 108). Manželé přijímají novou roli spojenou s rodičovstvím – otec a matka. Rodičovství s sebou přináší uspokojení životní potřeby. „*Dítě vnáší do života manželského páru řadu nových pozitivních prožitků a významně stimuluje jejich osobnostní vývoj*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 181). Podstatný rozsah emoční podpory v době přechodu k rodičovství je poměrně důležitý z obou stran manželů, neboť narození dítěte lze přisoudit k nejobtížnější životní události. K lepšímu porozumění potřeb dítěte je nezbytné samotné emoční uspokojení obou rodičů, zejména však matky. U otce je významný spíše pozitivní vztah ke své manželce, který vede k úspěšnému otcovství.

Rodiče si musí zvykat na nový denní rozvrh. V každé vývojové etapě dítěte jsou kladeny na oba rodiče jiné požadavky. Matka se musí více starat o domácnost a více se zapojuje do výchovy a pečování o dítě. Většina dospělých lidí je od přírody opatřena dovednostmi, jak komunikovat s dítětem. V ojedinělých případech se může stát, že adaptace rodiny neprobíhá zcela automaticky na příchod dítěte (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 180 – 183). „*Někteří otcové mívají obtíže při komunikaci s malým a někdy i „špatně čitelným“ novorozencem a skutečně pevný vztah k dítěti naváží, až když ono samo začne být schopné komunikovat slovy*“ (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 182). Avšak právě péče o dítě otcem je předpoklad úspěšného manželství. Při získávání nové role obou partnerů, tedy přechod k rodičovství, je důležitá vzájemná poskytovaná emoční podpora. Příchod dítěte na svět se označuje za nejnáročnější životní událost. Při nespokojenosti otce v manželství vede jeho chování k odstupu od ženy i od dítěte (Langmeier, Krejčířová, 2006, s. 182 – 183).

15.4. Společenský a profesní život

V případě, že žena otěhotní, je její povinností to oznámit ve své práci. Na prvním místě je, aby se těhotná žena cítila pohodlně a v bezpečí. Důležitými prvky jsou: vhodné oblečení, obuv, dostatečný příjem tekutin. Těhotná žena se necítí společensky odříznuta od světa, pokud její zaměstnání nijak neohrožuje průběh těhotenství. Ne však každé zaměstnání je pro těhotnou ženu vhodné. Proto by byla dobrá konzultace s gynekologem (Gregora, Velemínský, 2017, s. 23). Dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví České republiky jsou přesně dané práce, které jsou zakázány ženám. Práce v prostředí za přítomnosti toxických látek, záření, střídání teploty, prachu a vibrací. Těhotné ženě je zakázáno zdvihat a přenášet těžké věci, těžší než 5 kg, zakázána je i práce v noci (Hájek, Čech, Maršál, 2014, s. 62).

Empirická část

16. Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření této bakalářské práce bylo zjistit, zda je kvalita života těhotné ženy ovlivněna často se vyskytujícími, zejména v prvním trimestru, somatickými obtížemi nauzeou a zvracením. Mezi dílčí cíle patřilo:

1. Zjistit, jak četný je výskyt nauzey a zvracení v těhotenství.
2. Zjistit, jak často a v jaké intenzitě se tyto tělesné obtíže u těhotných objevují.
3. Zjistit, do jaké míry nauzea a zvracení ovlivňuje kvalitu života těhotné ženy.
4. Zjistit, zda je kvalita života ovlivněna i vybranými demografickými údaji v jednotlivých trimestrech.

17. Metoda výzkumu

Metodou výzkumu bylo dotazníkové šetření. Použila jsem specifický dotazník QOL-GRAV se souhlasem autorů (Vachková, Mareš, Ježek, 2013), který byl upraven a rozšířen o otázky týkající se nauzey a zvracení v těhotenství. Protože tyto obtíže jsou charakteristické zejména pro I. trimestr, tak se těhotné ženy ve II. a III. trimestru měly rozpomenout na to, zda těmito obtížemi trpěly a jak je prožívaly. Jednalo se tedy o část retrospektivního šetření. Modifikovaný dotazník obsahuje celkem 21 položek: 9 originálních otázek dotazníku QOL-GRAV, 5 podotázek k tělesným obtížím týkajících se nauzey a zvracení, 6 otázek zjišťujících demografické údaje a 1 otázku ke zhodnocení celkového vlivu těhotenství na kvalitu života. Respondentky odpovídají na 5stupňové škále, kdy bodování odpovídá školnímu známkování – 1 nejlepší hodnocení, 5 nejhorší (viz Příloha č. 1). K vytvoření 5 podotázek jsem se inspirovala zahraničními specifickými dotazníky PUQE (Koren, Maltepe, Navioz et al, 2004) a NVP-QOL (Magee, Chandra, Mazzotta et al., 2002), které jsou zaměřeny na konkrétní potíže v těhotenství (nauzeu a zvracení). Výzkum probíhal ve čtyřech gynekologických ambulancích v Hradci Králové v období 4 měsíců. Předpokladem bylo získání souhlasu gynekologů a ochota porodních asistentek/zdravotních sester účastnit se administrace dotazníků. V každé ambulanci pracovaly s 24 dotazníky, celkem bylo v oběhu 96 dotazníků. Zpět jsem jich získala 76 (návratnost 79,2 %). Před zahájením vlastního výzkumného šetření jsem provedla pilotní studii u šesti těhotných, abych zjistila, zda jsou otázky srozumitelné. Vše bylo v pořádku a tyto dotazníky jsem zahrnula do celkového zhodnocení.

18. Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor se skládal z těhotných žen v I., II. nebo v III. trimestru. Pro výzkum jsem využila všech 76 vyplněných dotazníků. Věkové rozmezí respondentek bylo od 21 do 40 let, nejvíce žen se nacházelo ve věku mezi 26 – 30 lety (44,7 %). Nejvíce dotazovaných žen mělo středoškolské vzdělání – 45 %, dále žen s vysokoškolským vzděláním bylo 37 % a žen s vyšším odborným vzděláním 17 %. Dalšími demografickými údaji v dotazníku byly: rodinný stav, počet těhotenství, počet porodů a plánované těhotenství.

19. Výsledky výzkumu a jejich analýza

Výsledky výzkumného šetření jsou prezentovány v tabulkách a grafech. V tabulkách je uvedena absolutní a relativní četnost respondentek.

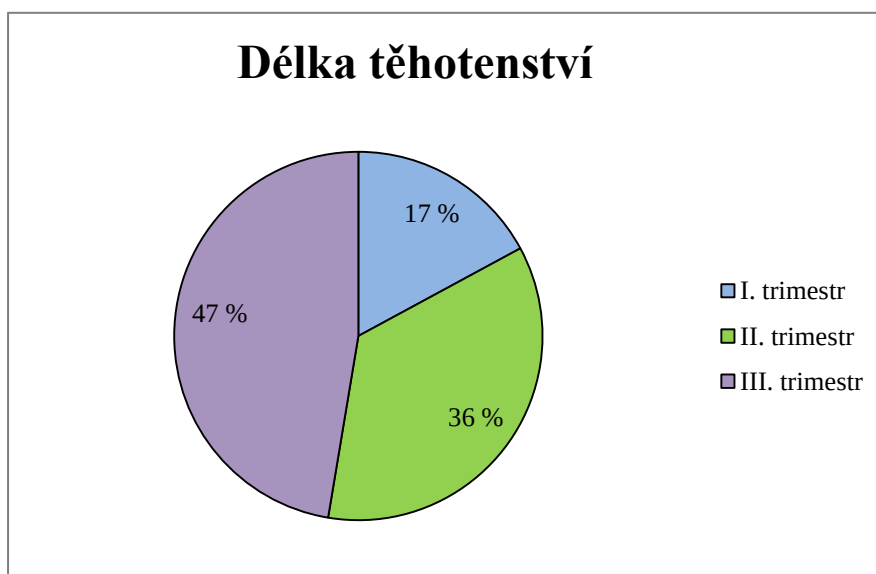
Hodnocení demografických údajů

Otázka: Označte, ve kterém jste trimestru:

Nejvíce žen se nacházelo ve III. trimestru, téměř polovina dotazovaných (47 %). Méně bylo žen ve II. trimestru (36 %) a nejméně v I. trimestru (17 %).

Tabulka 5 Délka těhotenství

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
I. trimestr	13	17
II. trimestr	27	36
III. trimestr	36	47
Celkem	76	100



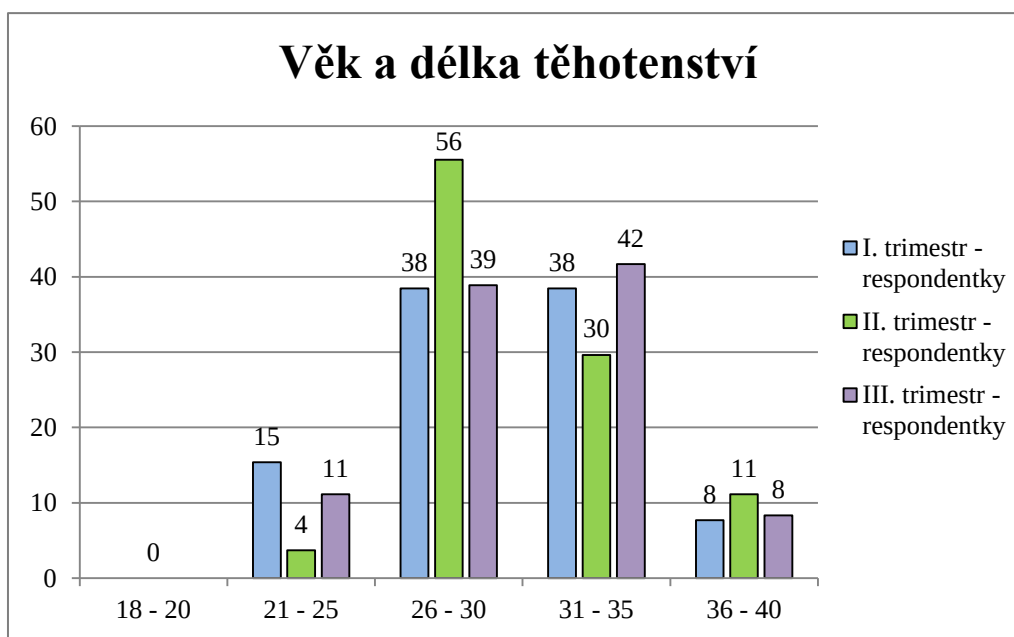
Graf 1 Délka těhotenství

Otázka: Uved'te svůj věk:

Každá respondentka uvedla svůj věk. Při vyhodnocení byly stanoveny věkové kategorie po pěti letech. V tabulce jsou uvedeny počty u jednotlivých rozmezí věku a zároveň rozdělení do jednotlivého trimestru. V I. trimestru byly nejvíce zastoupeny ženy ve věkovém rozmezí 26 – 30 let (38,5 %) a 31 – 35 let (38,5 %). Ve věku 21 – 25 let (15,4 %) a jedna respondentka ve věku 36 – 40 (7,7 %). Ve II. trimestru bylo nejvíce žen ve věku 26 – 30 let (55,6 %), dále ve věku 31 – 35 let bylo 29,6 %. Na třetí pozici byly ženy ve věku 36 – 40 let (11,1 %) a na čtvrté s nejmenším počtem zastoupení 3,7 % ve věku 21 – 25 let. Ve třetím trimestru s téměř stejným počtem odpovědí bylo věkové rozmezí žen 31 – 35 let (41,7 %) a 26 – 30 let (38,9 %). Na třetím místě je věk 21 – 25 let s 11,1 % a na čtvrtém 36 – 40 let s 8,3 %. Žádná žena nebyla ve věku od 18 do 20 let. Nejmladší ženě bylo 21 let a nejstarší 40 let. Průměrný věk zkoumaného souboru těhotných žen byl 30,1 let.

Tabulka 6 Věk a délka těhotenství

Věk	I. trimestr - respondentky	Procenta (%)	II. trimestr - respondentky	Procenta (%)	III. trimestr - respondentky	Procenta (%)
18 - 20	0	0	0	0	0	0
21 - 25	2	15,4	1	3,7	4	11,1
26 - 30	5	38,5	15	55,6	14	38,9
31 - 35	5	38,5	8	29,6	15	41,7
36 - 40	1	7,7	3	11,1	3	8,3
Celkem	13	100	27	100	36	100

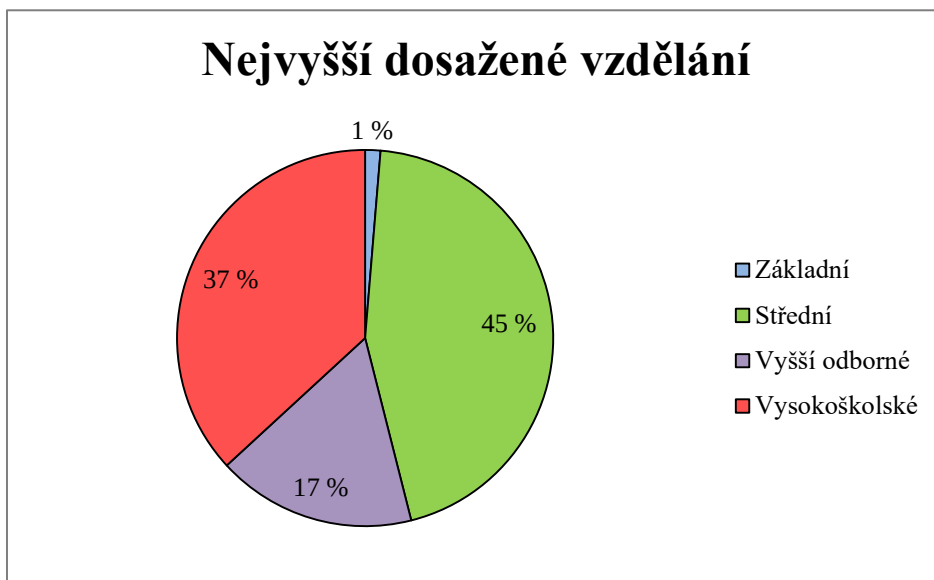
**Graf 2 Věk a délka těhotenství**

Otázka: Nejvyšší dosažené vzdělání:

Z celkového počtu dotazovaných je nejvíce zastoupeno nejvyšší dosažené vzdělání na střední škole a to 45 %. Vysokoškolské vzdělání mělo 37 % respondentek a vyšší odborné 17 %. Pouze jedna respondentka (1 %) měla základní vzdělání.

Tabulka 7 Nejvyšší dosažené vzdělání

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Základní	1	1
Střední	34	45
Vyšší odborné	13	17
Vysokoškolské	28	37
Celkem	76	100

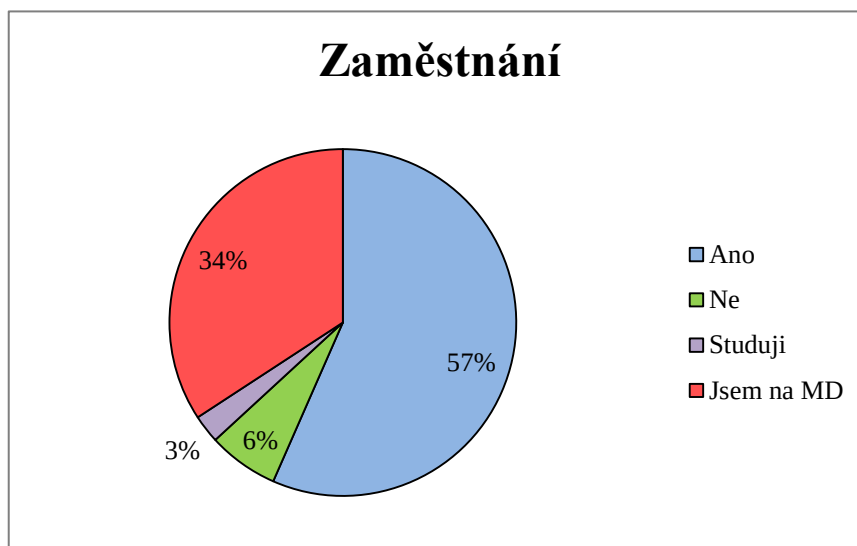
**Graf 3 Nejvyšší dosažené vzdělání**

Otázka: Zaměstnání:

Více jak polovina dotazovaných žen chodila v těhotenství do zaměstnání (57 %), 34 % bylo na mateřské dovolené, 6 % nezaměstnaných a 3 % studujících.

Tabulka 8 Zaměstnání

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Ano	43	57
Ne	5	6
Studuji	2	3
Jsem na MD	26	34
Celkem	76	100

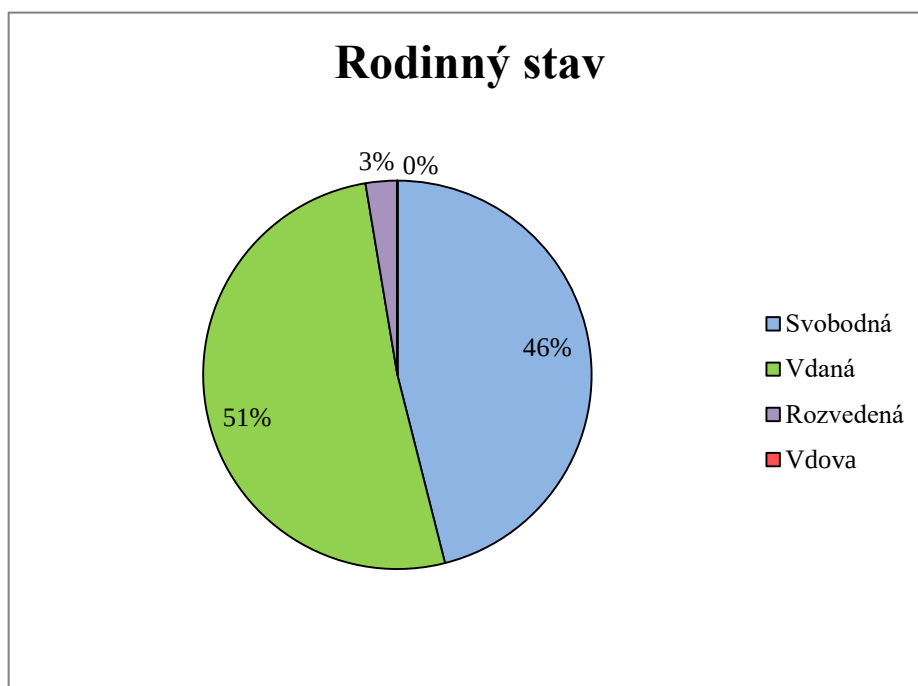
**Graf 4 Zaměstnání**

Otázka: Rodinný stav:

51 % žen bylo vdaných. Téměř polovina (46 %) žen byly svobodné a 3 % rozvedené. Žádná z žen nebyla vdov.

Tabulka 9 Rodinný stav

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Svobodná	35	46
Vdaná	39	51
Rozvedená	2	3
Vdova	0	0
Celkem	76	100

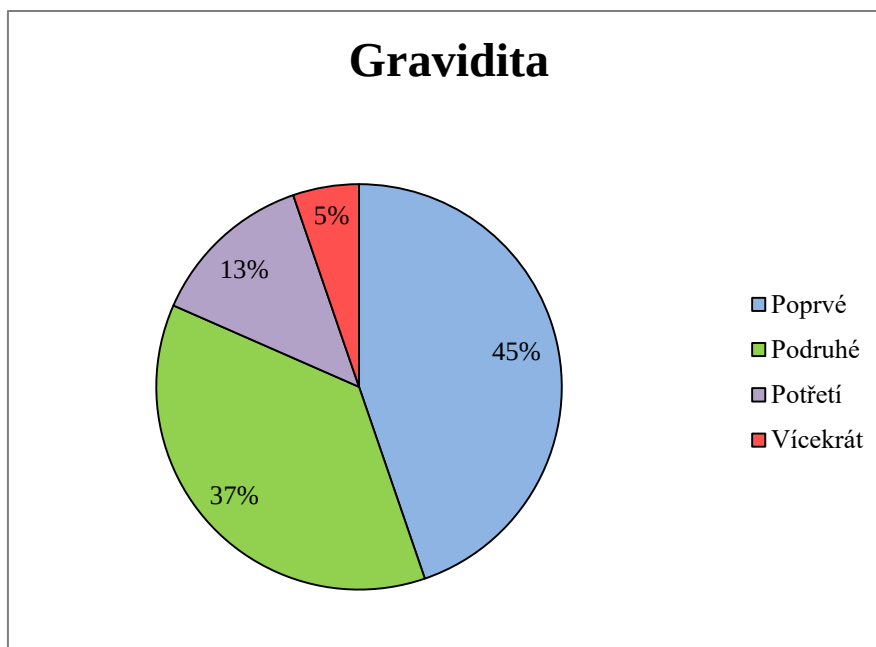
**Graf 5 Rodinný stav**

Otázka: Těhotná jste:

Ze všech respondentek bylo 45 % těhotných poprvé, 37 % podruhé, 13 % potřetí a pouze 5 % vícekrát.

Tabulka 10 Gravidita

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Poprvé	34	45
Podruhé	28	37
Potřetí	10	13
Vícekrát	4	5
Celkem	76	100

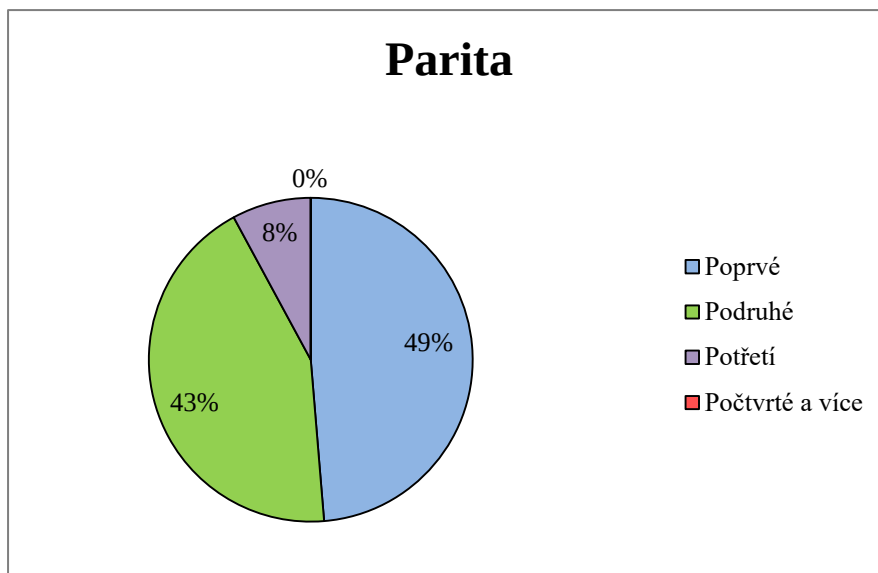
**Graf 6 Gravidita**

Otázka: Rodit budete:

Ve srovnání s předchozím grafem (graf č. 6) je patrné, že více žen poprvé porodilo (49 %) až po druhém či vícero početí. Stejně tomu tak je i u sekundipar (43 %). Žen, které rodily potřetí, bylo 8 %. Počtvrté a více porodů neměla žádná z žen.

Tabulka 11 Parita

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Poprvé	37	49
Podruhé	33	43
Potřetí	6	8
Počtvrté a více	0	0
Celkem	76	100

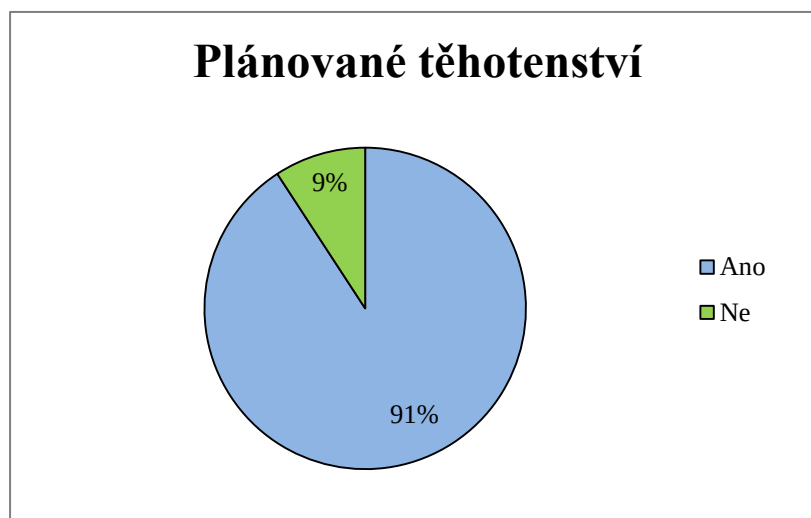
**Graf 7 Parita**

Otázka: Plánované těhotenství:

Většina žen si své těhotenství naplánovala (91 %). Pouze 9 % ne.

Tabulka 12 Plánované těhotenství

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Ano	69	91
Ne	7	9
Celkem	76	100



Graf 8 Plánované těhotenství

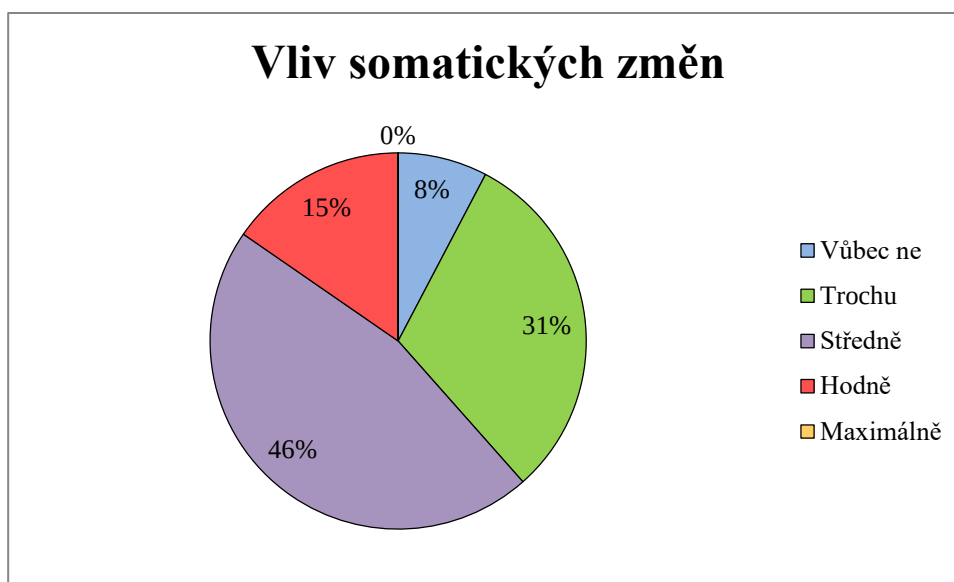
Hodnocení I. trimestru

Otázka č. 1: Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. nauzea, zvracení, pálení žáhy, otoky, varixy, bolesti zad, dušnost, zácpa, hmotnostní přírůstek, omezená pohyblivost, výtok)

V I. trimestru bylo 13 respondentek. Nejvíce z nich odpovědělo na první otázku známkou 3, tedy středně (46 %). 31 % respondentek odpovědělo trochu. Odpověď hodně označilo 15 % a odpověď vůbec ne 8 %. Je tedy patrné, že z nějaké části tělesné obtíže v těhotenství ovlivňují denní činnosti.

Tabulka 13 Vliv somatických změn

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	1	8
Trochu	4	31
Středně	6	46
Hodně	2	15
Maximálně	0	0
Celkem	13	100



Graf 9 Vliv somatických změn

Hodnocení pěti podotázek v I. trimestru

Podotázky v dotazníku jsou označeny hvězdičkou (*), (viz Příloha č. 1). Pro lepší přehlednost jsou označeny číslem a příslušným písmenem 1 a) – 1 e). Jsou zaměřeny na nauzeu a zvracení a jiné tělesné obtíže doprovázející těhotenství.

Otázka č. 1 a): Trpíte přímo obtížemi jako je nauzea (pocit na zvracení, nevolnost) nebo zvracení? V případě odpovědi NE, přejděte k otázce č. 2

Většina respondentek trpí v I. trimestru nauzeou a zvracením (77 %). Pouze 23 % z celkového počtu 13 respondentek tyto obtíže nemělo.

Tabulka 14 Prožívání nauzey a zvracení

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Ano	10	77
Ne	3	23
Celkem	13	100



Graf 10 Prožívání nauzey a zvracení

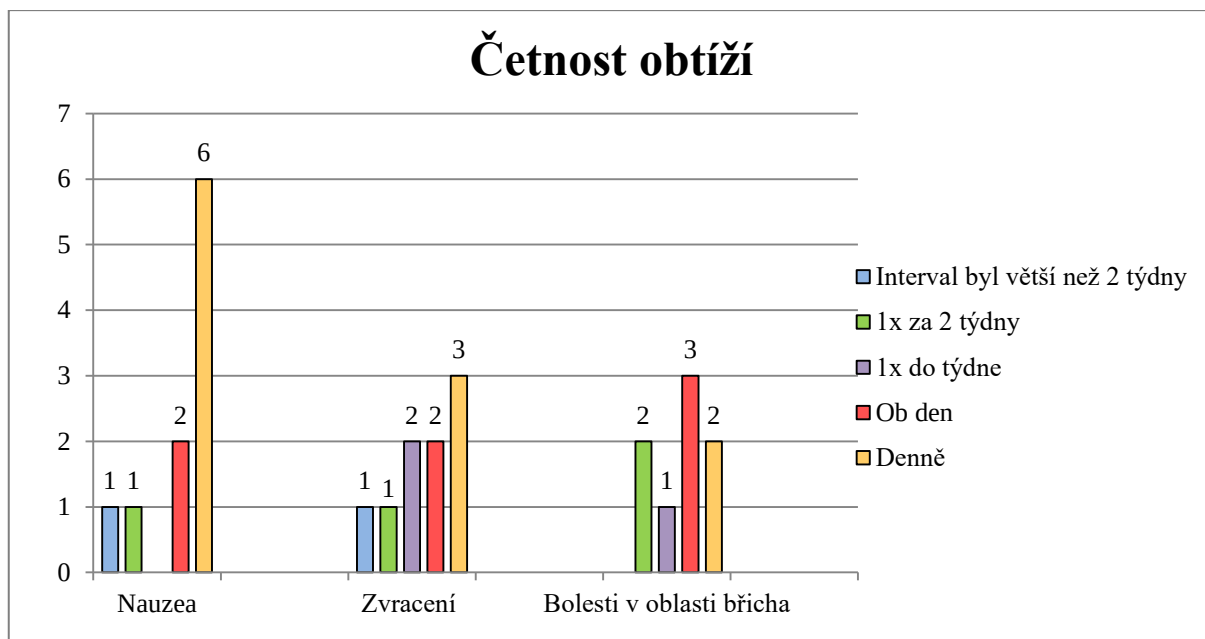
Otázka č. 1 b): Pokud ANO, jak často máte tyto obtíže?

Tabulka 15 Četnost obtíží ukazuje počty respondentek, které měly jednotlivé obtíže a četnost těchto obtíží. Nejvyšší četnost má nauzea, kterou mělo v denním intervalu 6 z celkového počtu 10 respondentek. Se stejným počtem odpovědí (3) byly obtíže: každodenní zvracení a bolesti břicha v intervalu ob den. Dále ob den měly dvě respondentky nauzeu a dvě zvracely. V intervalu 1x do týdne 2 respondentky zvracely a 1 měla bolesti břicha. V intervalu 1x za 2 týdny měla nauzeu 1 respondentka, 1 respondentka zvracela a 2 měly bolesti břicha. A v intervalu, který byl větší než 2 týdny, měla 1 nauzeu a 1 respondentka zvracela.

Tabulka č. 16 Četnost obtíží (%) ukazuje relativní četnost somatických obtíží. Odpovídalo celkem 10 respondentek. Nauzeou trpělo všech 100 % dotazovaných žen, ale v rozdílném intervalu. Zvracelo z celkového počtu 90 % dotazovaných a 80 % mělo bolesti v oblasti břicha, také v různých intervalech.

Tabulka 15 Četnost obtíží

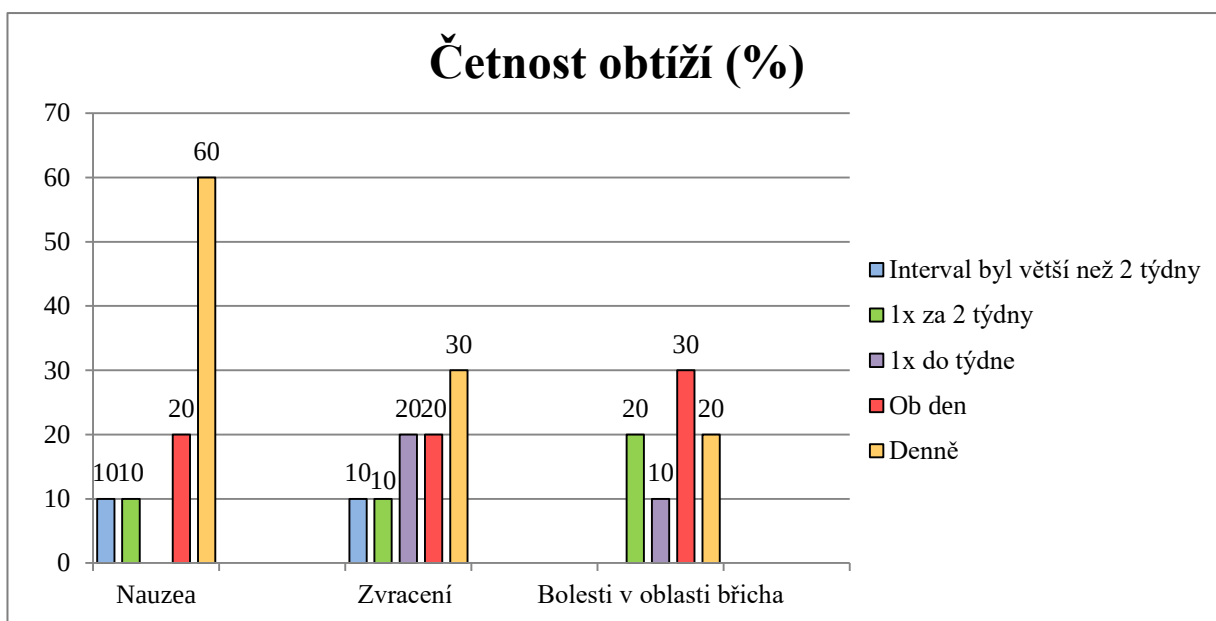
	Interval byl větší než 2 týdny	1x za 2 týdny	1x do týdne	Ob den	Denně
Nauzea	1	1		2	6
Zvracení	1	1	2	2	3
Bolesti v oblasti břicha		2	1	3	2



Graf 11 Četnost obtíží

Tabulka 16 Četnost obtíží (%)

Procenta (%)	Interval byl větší než 2 týdny	1x za 2 týdny	1x do týdne	Ob den	Denně
Nauzea	10	10		20	60
Zvracení	10	10	20	20	30
Bolesti v oblasti břicha		20	10	30	20



Graf 12 Četnost obtíží (%)

Na tento typ otázky je otevřená odpověď. Nejčastější odpovědi byly vybrány a rozděleny podle četnosti v jednotlivých trimestrech.

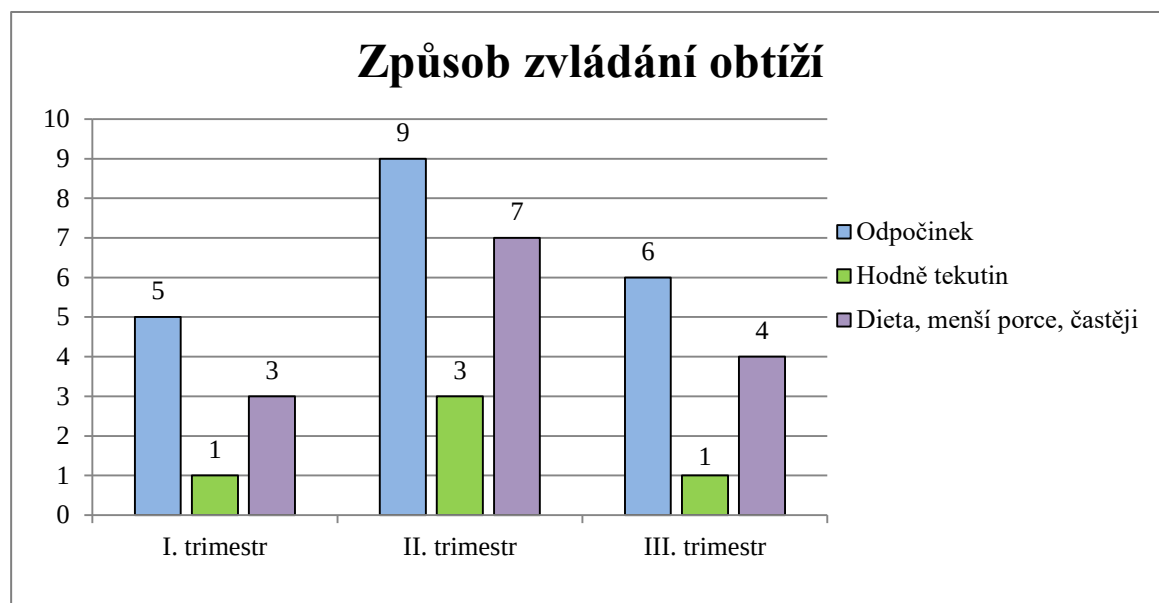
Otázka č. 1 c): Jakým způsobem se je snažíte zvládnout?

V I. trimestru se nejvíce těhotných žen snažilo fyzické obtíže zvládnout odpočinkem (5). Dietou, menšími porcemi a častěji jíst zvolily 3 respondentky a 1 se snažila hodně pít. Ve II. trimestru též nejvíce respondentek zvolilo odpočinek (9) ke zvládání nauzey a zvracení. Dietou řešilo tyto obtíže 7 dotazovaných a 3 hodně tekutinami. Ve III. trimestru odpovědělo 6 respondentek, že odpočinkem zvládají fyzické obtíže, 4 dietou a 1 hodně tekutinami.

V tabulkách 17 je vyjádřena i relativní četnost. V I. trimestru z celkových 10 respondentek se snažilo zvládat somatické obtíže odpočinkem 50 %, hodně tekutinami 10 % a dietou 30 %. Ve II. trimestru z celkových 19 dotazovaných se snažilo zvládnout somatické obtíže odpočinkem 47 %, hodně tekutinami 16 % a dietou 37 %. Ve III. trimestru odpočinkem zvládalo potíže 32 %, hodně tekutinami 5 % a dietou 21 %.

Tabulka 17 Způsob zvládání obtíží

	Odpočinek	Procenta (%)	Hodně tekutin	Procenta (%)	Dieta, menší porce, častěji	Procenta (%)
I. trimestr	5	50	1	10	3	30
II. trimestr	9	47	3	16	7	37
III. trimestr	6	32	1	5	4	21
Celkem	20		5		14	



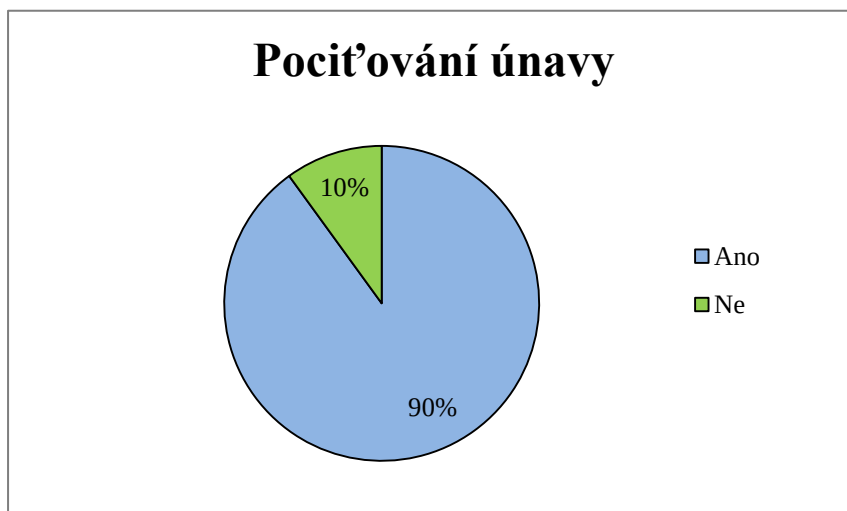
Graf 13 Způsob zvládání obtíží

Otázka č. 1 d): Cítíte se unavená, vyčerpaná?

V I. trimestru 90 % dotazovaných pociťuje v těhotenství únavu, pouze 10 % ne.

Tabulka 18 Pociťování únavy

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Ano	9	90
Ne	1	10
Celkem	10	100



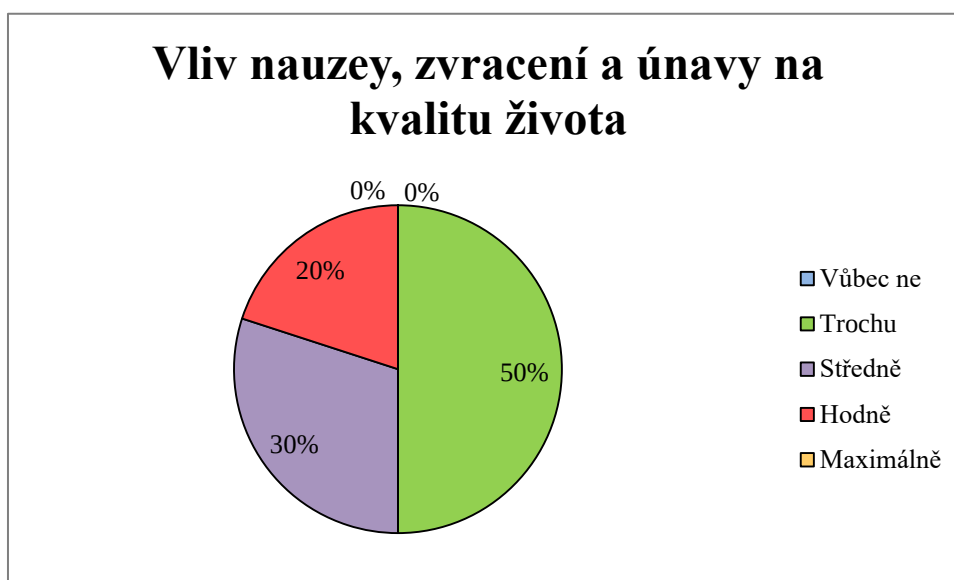
Graf 14 Pociťování únavy

Otázka č. 1 e): Do jaké míry tyto obtíže (nauzea, zvracení, únava) ovlivňují Vaši kvalitu života?

Polovině dotazovaných ovlivnily obtíže kvalitu života jen trochu (50 %). Odpověď středně zaškrtnulo 30 % dotazovaných. Hodně tyto obtíže ovlivnilo 20 %.

Tabulka 19 Vliv nauzey, zvracení a únavy na kvalitu života

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	0	0
Trochu	5	50
Středně	3	30
Hodně	2	20
Maximálně	0	0
Celkem	10	100



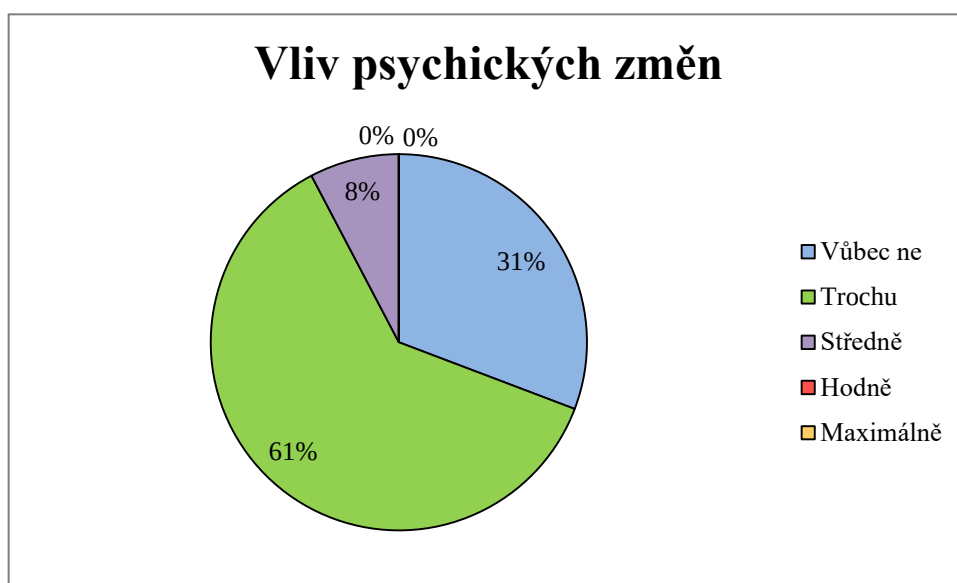
Graf 15 Vliv nauzey, zvracení a únavy na kvalitu života

Otázka č. 2: Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. poruchy spánku, plačtivost, přecitlivělost, strach, nervozita, úzkost, deprese, zvýšená agresivita)

Fyzické změny těhotnou ženu obtěžovaly více než psychické. Většina respondentek odpověděla trochu (62 %) a vůbec ne 31 %. Pouze jedna respondentka odpověděla středně (8 %).

Tabulka 20 Vliv psychických změn

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	4	31
Trochu	8	62
Středně	1	8
Hodně	0	0
Maximálně	0	0
Celkem	13	100



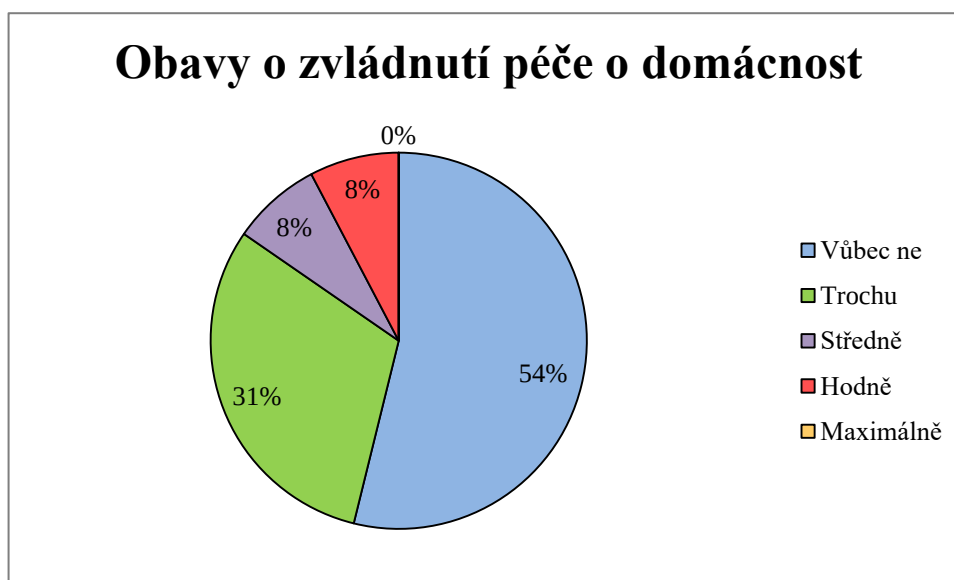
Graf 16 Vliv psychických změn

Otázka č. 3: Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?

O nezvládnutí péče o domácnost nemá obavy většina z dotazovaných (54 %). Z grafu je patrné, že trochu odpovědělo 31 %. Po 8% byla odpověď středně a hodně.

Tabulka 21 Obavy o zvládnutí péče o domácnost

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	7	54
Trochu	4	31
Středně	1	8
Hodně	1	8
Maximálně	0	0
Celkem	13	100



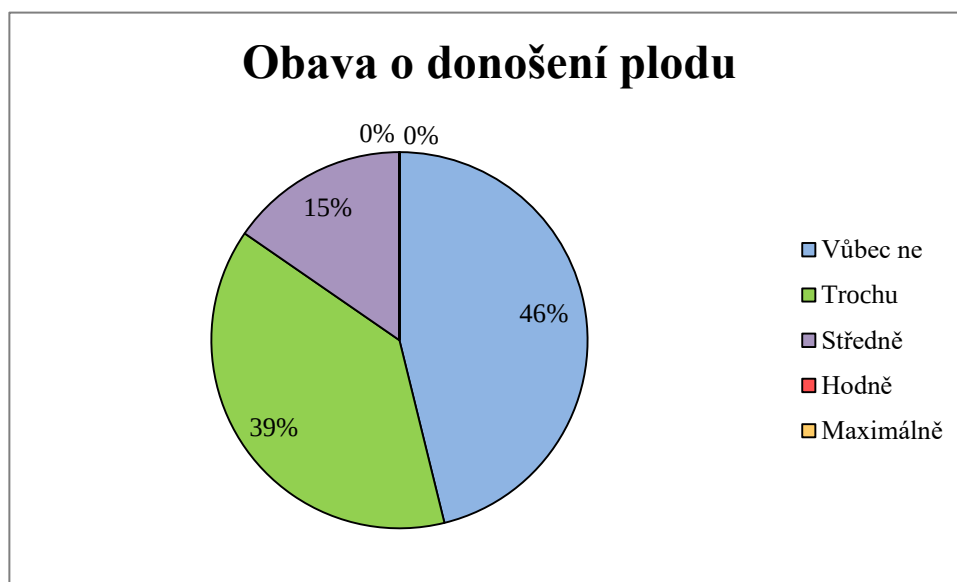
Graf 17 Obavy o zvládnutí péče o domácnost

Otázka č. 4: Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?

46 % respondentek se vůbec neobávají, že nedonosí plod, 38 % pouze trochu. Nejméně dotazovaných odpovědělo, že středně (15 %).

Tabulka 22 Obava o donošení plodu

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	6	46
Trochu	5	38
Středně	2	15
Hodně	0	0
Maximálně	0	0
Celkem	13	100



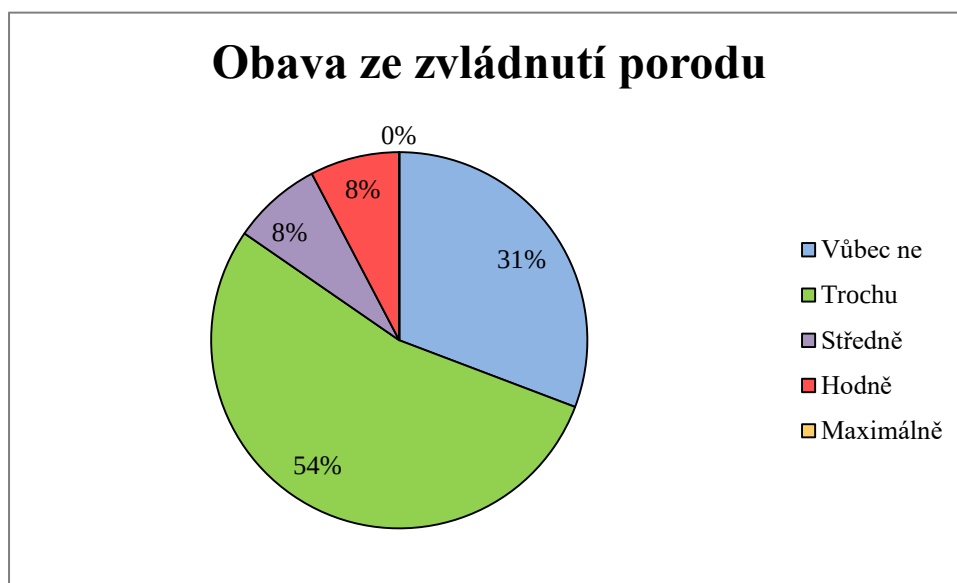
Graf 18 Obava o donošení plodu

Otázka č. 5: Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?

Více jak polovina dotazovaných odpověděla, že se trochu obává nezvládnutí porodu (54 %), a 31 % se vůbec neobává zvládnutí porodu. Po 8 % byla zaškrtnutá odpověď středně a hodně.

Tabulka 23 Obava ze zvládnutí porodu

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	4	31
Trochu	7	54
Středně	1	8
Hodně	1	8
Maximálně	0	0
Celkem	13	100



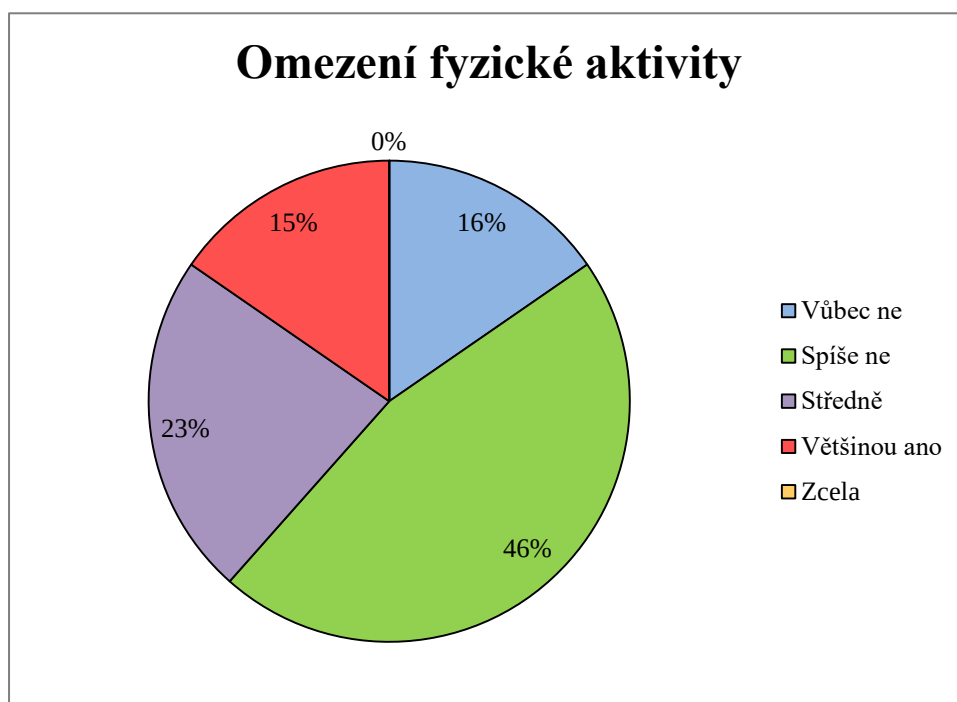
Graf 19 Obava ze zvládnutí porodu

Otázka č. 6: Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?

Fyzickou aktivitu v těhotenství muselo omezit dle odpovědí pouze 15 % dotazovaných. Stejný počet odpovědí měla odpověď vůbec ne (15 %). Odpověď středně zaškrtnulo celkem 23 %. Nejvíce dotazovaných odpovědělo spíše ne (46 %), téměř polovina.

Tabulka 24 Omezení fyzické aktivity

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	2	15
Spíše ne	6	46
Středně	3	23
Většinou ano	2	15
Zcela	0	0
Celkem	13	100



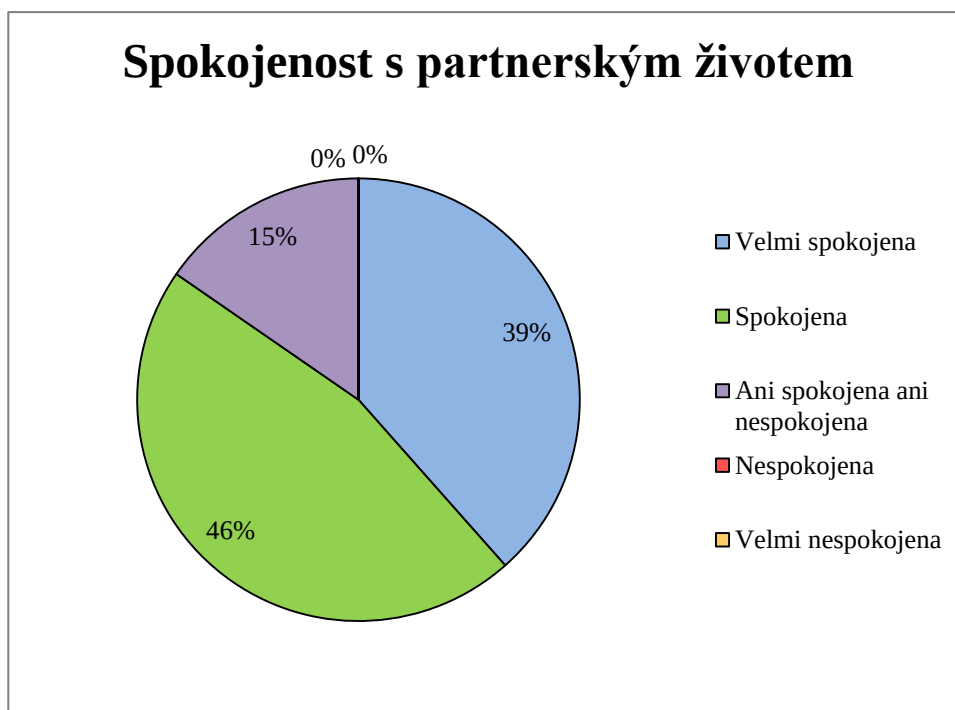
Graf 20 Omezení fyzické aktivity

Otázka č. 7: Jak jste teď spokojena s partnerským životem?

S partnerským životem je velmi spokojeno pouze 38 % těhotných. Spokojeno je 46 % dotazovaných a ani spokojeno, ani nespokojeno je 15 %.

Tabulka 25 Spokojenost s partnerským životem

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Velmi spokojena	5	38
Spokojena	6	46
Ani spokojena ani nespokojena	2	15
Nespokojena	0	0
Velmi nespokojena	0	0
Celkem	13	100



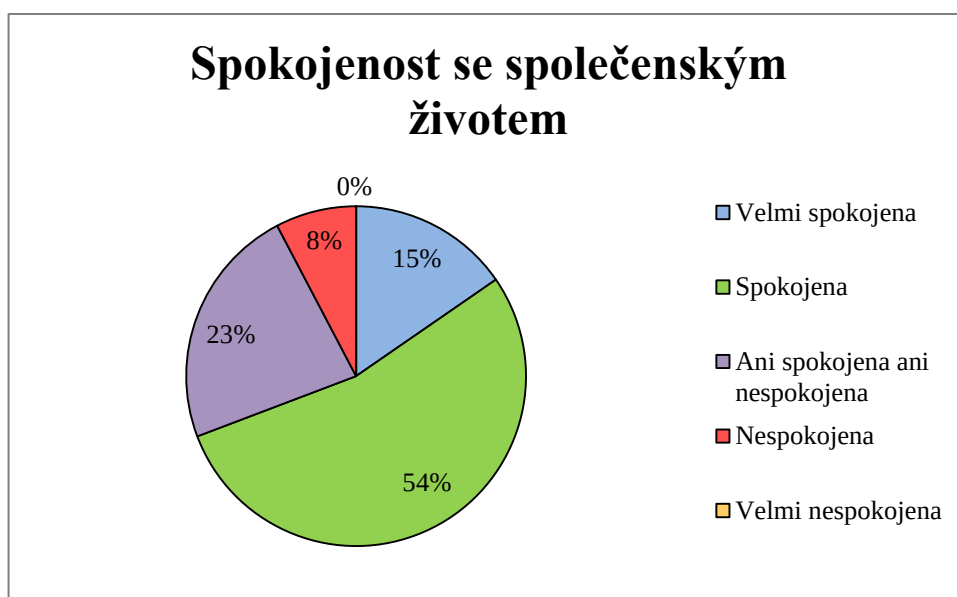
Graf 21 Spokojenost s partnerským životem

Otázka č. 8: Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?

Více jak polovina respondentek (54 %) je spokojená se společenským životem v těhotenství. Pouze 8 % je nespokojeno a 23 % není spokojeno ani nespokojeno. A 15 % je velmi spokojeno.

Tabulka 26 Spokojenost se společenským životem

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Velmi spokojena	2	15
Spokojena	7	54
Ani spokojena ani nespokojena	3	23
Nespokojena	1	8
Velmi nespokojena	0	0
Celkem	13	100



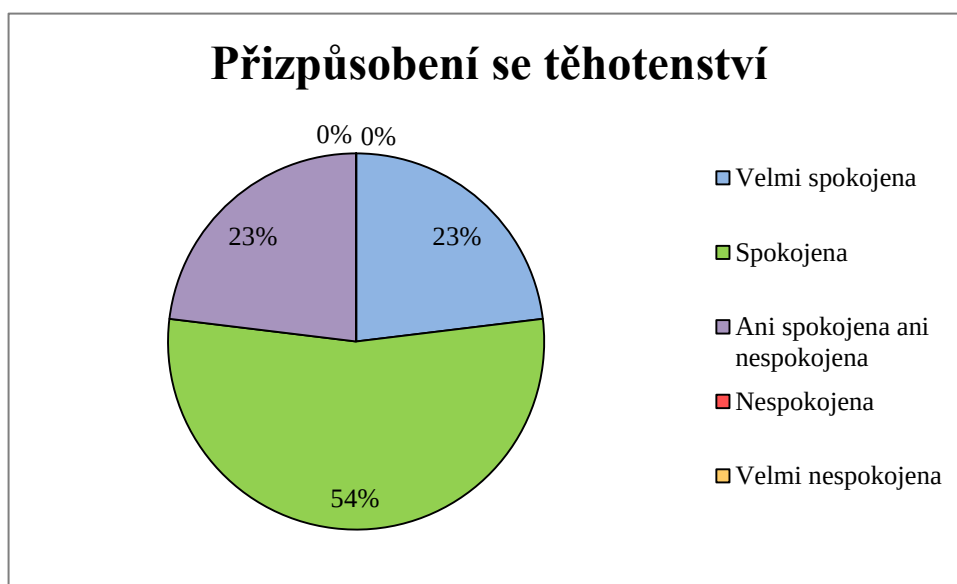
Graf 22 Spokojenost se společenským životem

Otázka č. 9: Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?

Problém s přizpůsobením se těhotenství neměla žádná z respondentek. Více jak polovina dotazovaných (54 %) je spokojeno a 23 % velmi spokojeno. Ani spokojeno, ani nespokojeno odpovědělo 23 % dotazovaných.

Tabulka 27 Přizpůsobení se těhotenství

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Velmi spokojena	3	23
Spokojena	7	54
Ani spokojena ani nespokojena	3	23
Nespokojena	0	0
Velmi nespokojena	0	0
Celkem	13	100



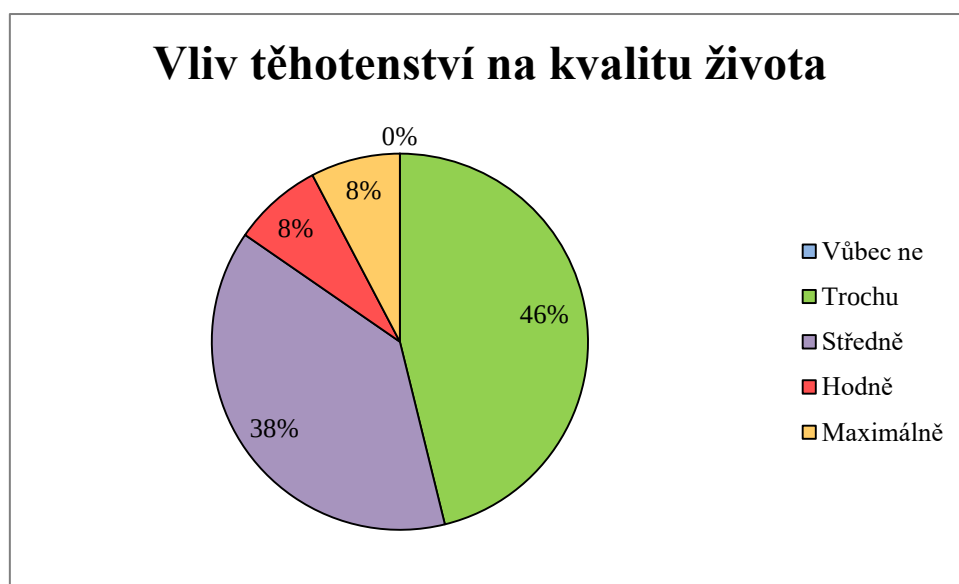
Graf 23 Přizpůsobení se těhotenství

Otázka č. 10: Do jaké míry těhotenství ovlivnilo Vaši kvalitu života?

Z grafu je patrné, že těhotenství více či méně ovlivňuje kvalitu života ženy. Nejvíce odpovědělo trochu (46 %). Poté středně 38 % respondentek. Po 8 % dotazovaných zaškrtnulo odpověď středně a hodně.

Tabulka 28 Vliv těhotenství na kvalitu života

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	0	0
Trochu	6	46
Středně	5	38
Hodně	1	8
Maximálně	1	8
Celkem	13	100



Graf 24 Vliv těhotenství na kvalitu života

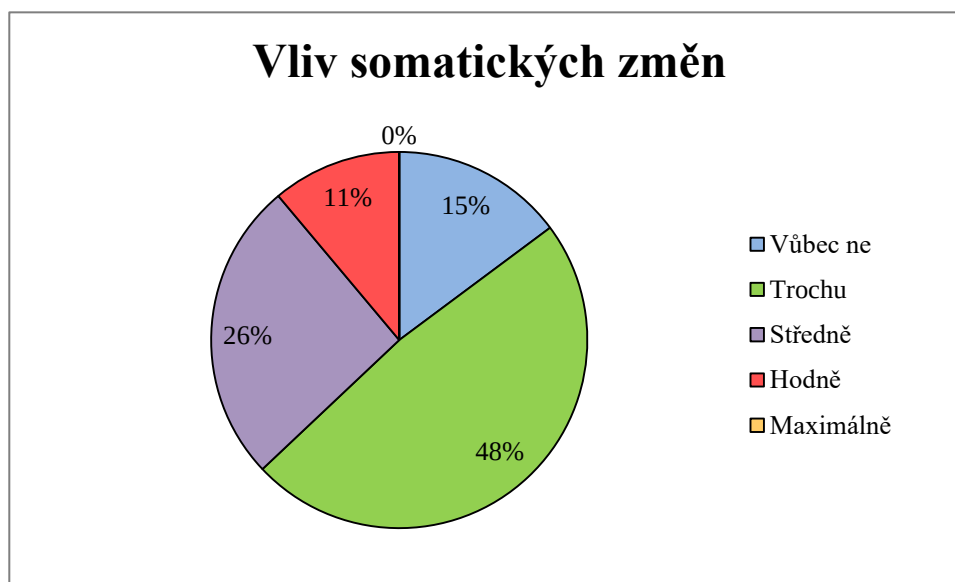
Hodnocení II. trimestru

Otázka č. 1: Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. nauzea, zvracení, pálení žáhy, otoky, varixy, bolesti zad, dušnost, zácpa, hmotnostní přírůstek, omezená pohyblivost, výtok)

Nejvíce respondentek odpovědělo na tuto otázku trochu 48 %. Odpověď středně zaškrtnulo 26 % a téměř stejný počet odpovědí měla odpověď vůbec ne 15 % a hodně 11 %. Oproti tomu (viz Graf č. 9) těhotné ženy v I. trimestru více zaškrtovaly odpověď středně 46 %.

Tabulka 29 Vliv somatických změn

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	4	15
Trochu	13	48
Středně	7	26
Hodně	3	11
Maximálně	0	0
Celkem	27	100



Graf 25 Vliv somatických změn

Hodnocení pěti podotázek v II. trimestru

Podotázky v dotazníku jsou označeny hvězdičkou (*), (viz Příloha č. 1). Pro lepší přehlednost jsou označeny číslem a příslušným písmenem 1 a) – 1 e). Jsou zaměřeny na nauzeu a zvracení a jiné tělesné obtíže doprovázející těhotenství, tak, jak byly prožívány v I. trimestru (viz Příloha č. 1). Jedná se o retrospektivní šetření - podotázky byly vyplňovány respondentkami v II. trimestru se vzpomínkou, jak tyto obtíže prožívaly v I. trimestru.

Otázka č. 1 a): Trpěla jste přímo obtížemi jako je nauzea (pocit na zvracení, nevolnost) nebo zvracení? V případě odpovědi NE, přejděte k otázce č. 2

Přesně 70 % respondentek trpělo nauzeou nebo zvracením a 30 % ne.

Tabulka 30 Prožívání nauzey a zvracení

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Ano	19	70
Ne	8	30
Celkem	27	100



Graf 26 Prožívání nauzey a zvracení

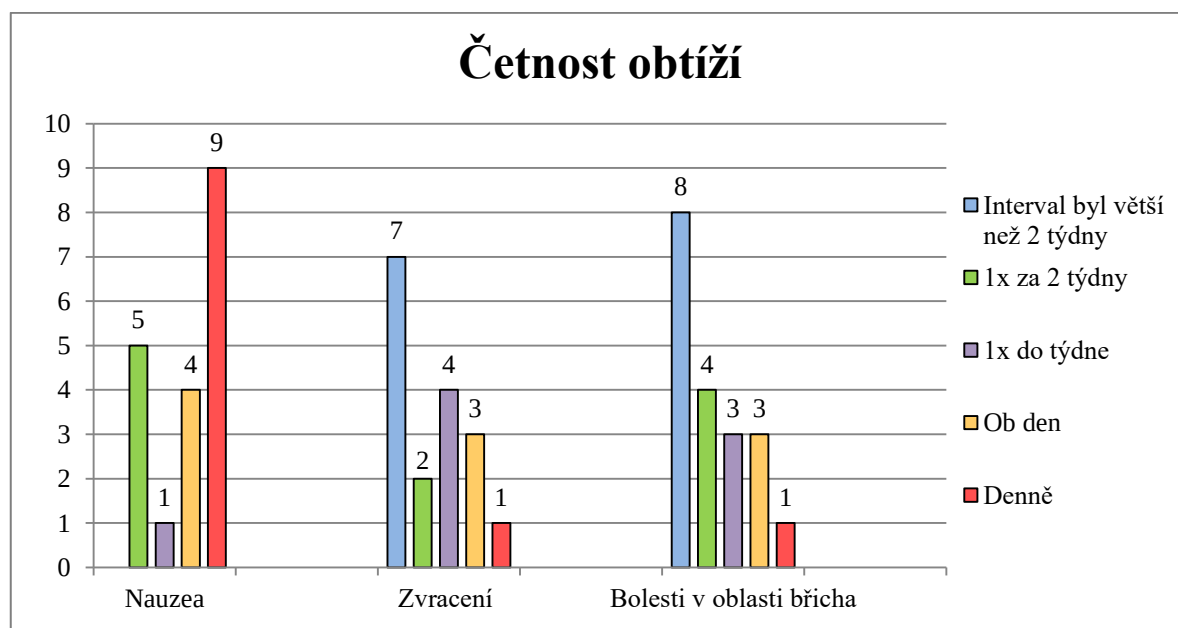
Otázka č. 1 b): Pokud ANO, jak často jste měla tyto obtíže?

Nejvíce je zastoupena nauzea, která trápila denně 9 respondentek. Mezi další denní obtíže patřily zvracení (1) a bolesti břicha (1). Ob den měly nauzeu 4 dotazované, zvracení 3 a bolesti břicha také 3. V intervalu 1x do týdne měla nauzeu 1 respondentka, zvracely 4 a 3 měly bolesti břicha. 1x za 2 týdny mělo nauzeu 5 dotazovaných, zvracely 2 a 4 respondentky měly bolesti břicha. V nejdelším intervalu zvracelo 7 dotazovaných a 8 mělo bolesti břicha.

Tabulka č. 32 Četnost obtíží (%) ukazuje relativní četnost somatických obtíží. Odpovídalo celkem 19 respondentek. Nauzeou trpělo všech 100 % dotazovaných žen, ale v rozdílném intervalu. Zvracelo z celkového počtu 89 % dotazovaných a 100 % mělo bolesti v oblasti břicha, také v různých intervalech.

Tabulka 31 Četnost obtíží

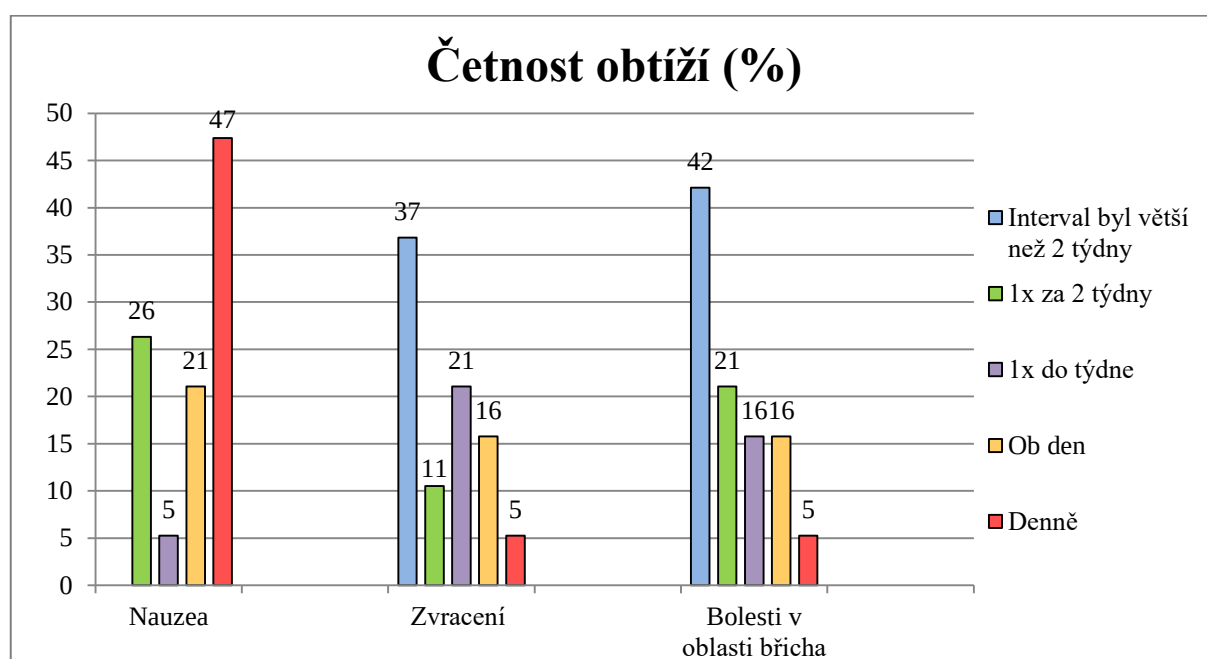
	Interval byl větší než 2 týdny	1x za 2 týdny	1x do týdne	Ob den	Denně
Nauzea	0	5	1	4	9
Zvracení	7	2	4	3	1
Bolesti v oblasti břicha	8	4	3	3	1



Graf 27 Četnost obtíží

Tabulka 32 Četnost obtíží (%)

Procenta (%)	Interval byl větší než 2 týdny	1x za 2 týdny	1x do týdne	Ob den	Denně
Nauzea	0	26	5	21	47
Zvracení	37	11	21	16	5
Bolesti v oblasti břicha	42	21	16	16	5



Graf 28 Četnost obtíží (%)

Otázka č. 1 c): Jakým způsobem jste se je snažila zvládnout?

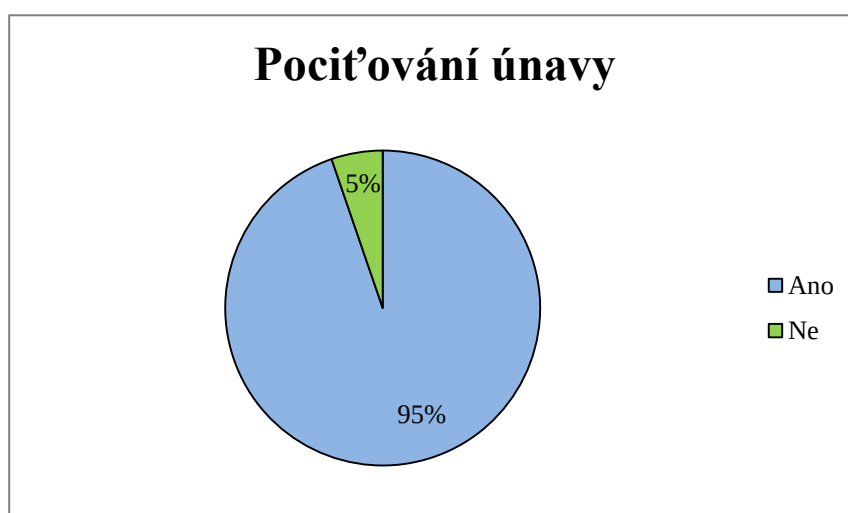
Viz s. 53, Tabulka 17

Otázka č. 1 d): Cítíte se unavená, vyčerpaná?

Téměř většina respondentek udávala únavu (95 %), pouze 5 % dotazovaných ne.

Tabulka 33 Pociťování únavy

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Ano	18	95
Ne	1	5
Celkem	19	100



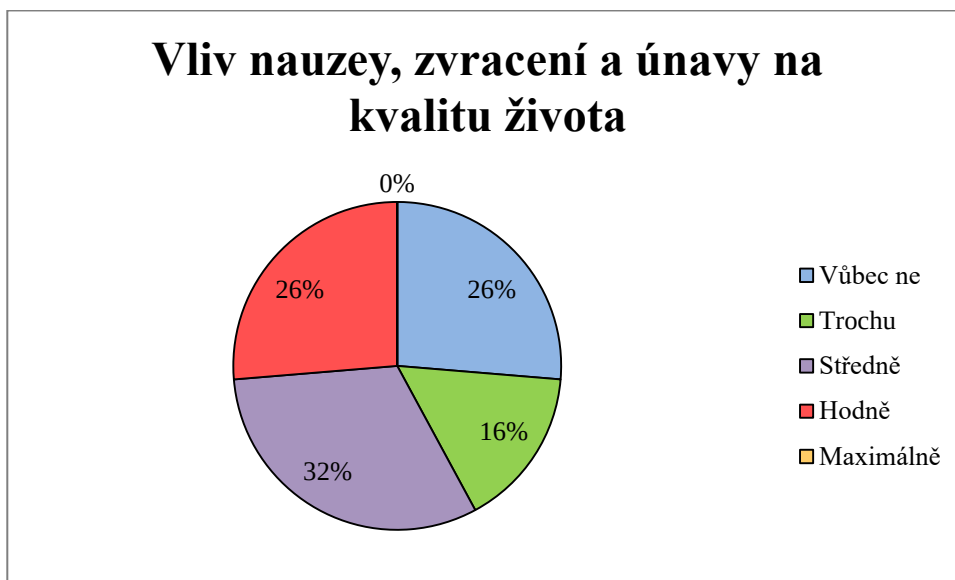
Graf 29 Pociťování únavy

Otázka č. 1 e): Do jaké míry tyto obtíže (nauzea, zvracení, únava) ovlivňovaly Vaši kvalitu života?

Na jednu stranu u jedné čtvrtiny došlo k ovlivnění kvality života konkrétními obtížemi (nauzea, zvracení, únava), (26 %) a u druhé čtvrtiny vůbec ne (26 %). Nejvíce zaškrtnutých odpovědí bylo středně (32 %). Trochu ovlivnily nauzea, zvracení a únava kvalitu života 16 % respondentkám.

Tabulka 34 Vliv nauzey, zvracení a únavy na kvalitu života

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	5	26
Trochu	3	16
Středně	6	32
Hodně	5	26
Maximálně	0	0
Celkem	19	100



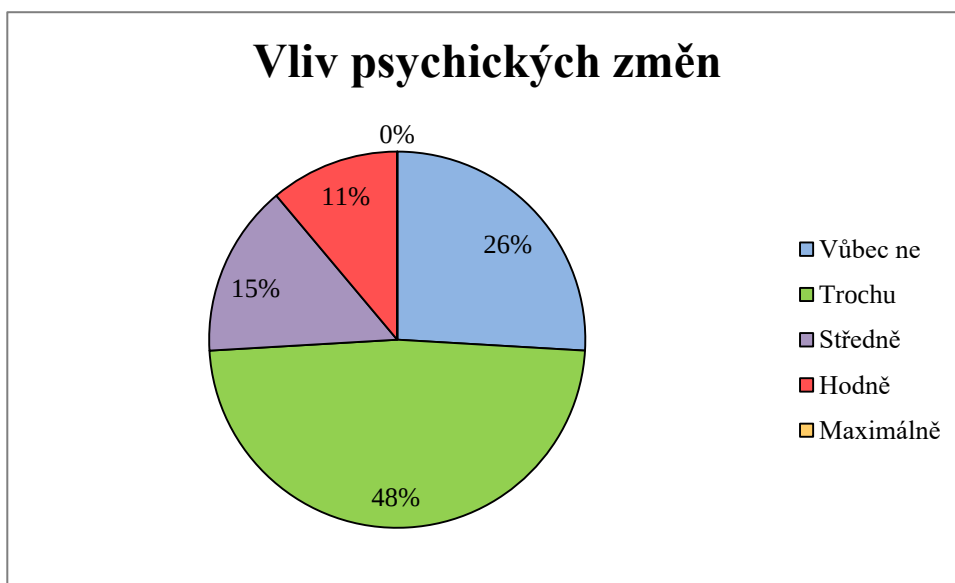
Graf 30 Vliv nauzey, zvracení a únavy na kvalitu života

Otázka č. 2: Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. poruchy spánku, plačtivost, přecitlivělost, strach, nervozita, úzkost, deprese, zvýšená agresivita)

Odpovědi dotazovaných ukázaly, že psychické změny již ve II. trimestru ovlivňují těhotné ženy jen trochu (48 %). A 26 % vůbec ne. Odpověď středně zaškrtnulo 15 % dotazovaných a odpověď hodně jen 11 %.

Tabulka 35 Vliv psychických změn

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	7	26
Trochu	13	48
Středně	4	15
Hodně	3	11
Maximálně	0	0
Celkem	27	100



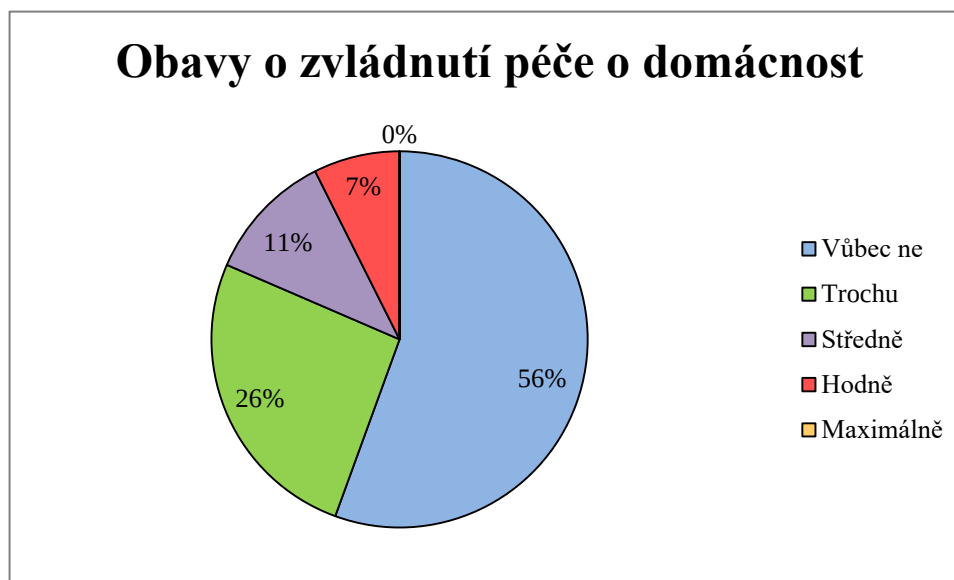
Graf 31 Vliv psychických změn

Otázka č. 3: Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?

Více jak polovina těhotných žen již ve II. trimestru se vůbec neobává, že nezvládne péči o domácnost (56 %). Trochu se obává 26 %, středně 11 % a hodně pouze 7 % žen.

Tabulka 36 Obavy o zvládnutí péče o domácnost

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	15	56
Trochu	7	26
Středně	3	11
Hodně	2	7
Maximálně	0	0
Celkem	27	100



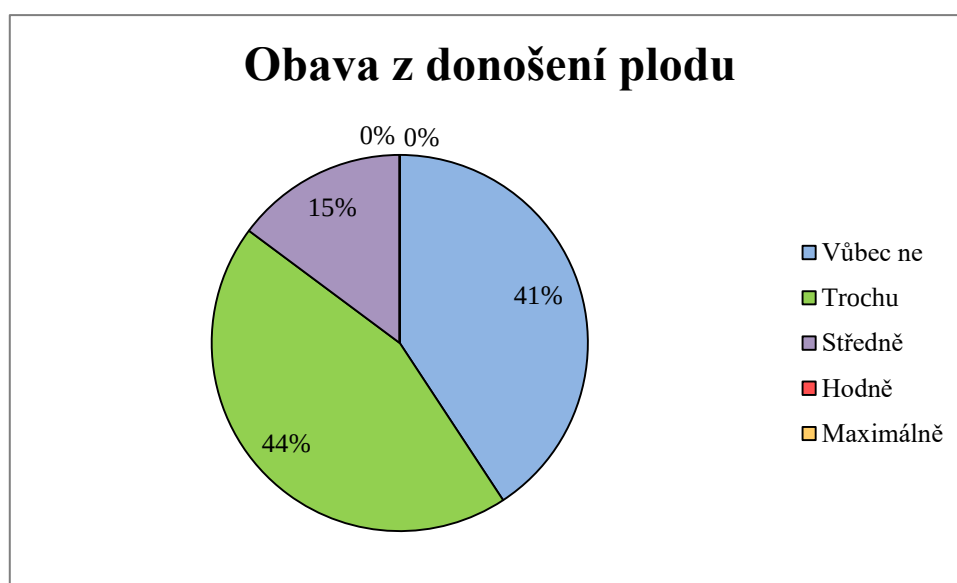
Graf 32 Obavy o zvládnutí péče o domácnost

Otázka č. 4: Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?

Téměř stejný počet zaškrtnutých odpovědí bylo u odpovědi vůbec ne (41 %) a trochu (44 %). 15 % respondentek zaškrtnulo odpověď středně. Oproti I. trimestru klesají obavy z nedonošení plodu.

Tabulka 37 Obava z donošení plodu

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	11	41
Trochu	12	44
Středně	4	15
Hodně	0	0
Maximálně	0	0
Celkem	27	100



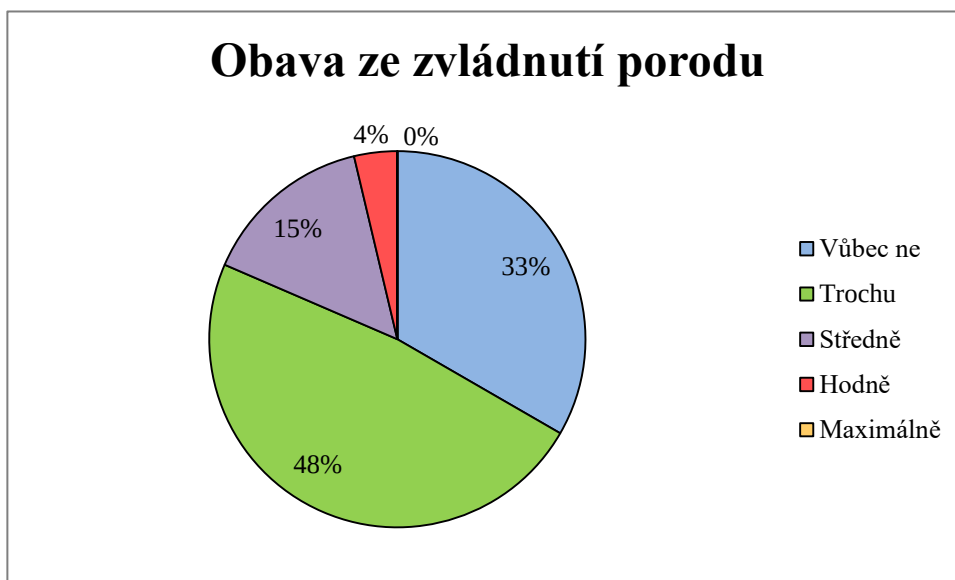
Graf 33 Obava z donošení plodu

Otázka č. 5: Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?

Téměř polovina dotazovaných se trochu obává porodu (48 %). Vůbec se neobává 33 % a středně 15 %. Nejvíce mají strach 4 % dotazovaných.

Tabulka 38 Obava ze zvládnutí porodu

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	9	33
Trochu	13	48
Středně	4	15
Hodně	1	4
Maximálně	0	0
Celkem	27	100



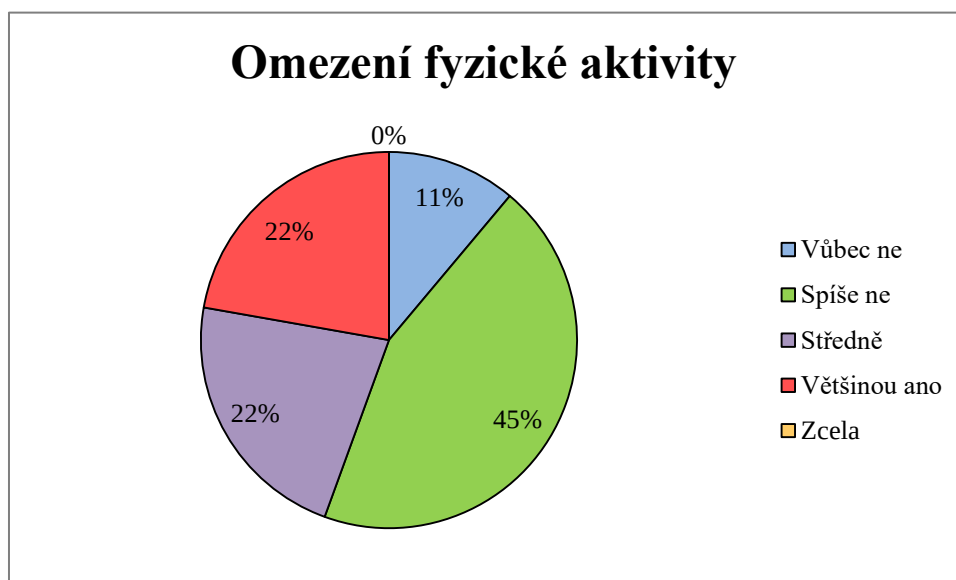
Graf 34 Obava ze zvládnutí porodu

Otázka č. 6: Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?

Již ve II. trimestru muselo omezit fyzickou aktivitu 22 % a středně také 22 %. Odpověď spíše ne zaškrtnulo 44 % respondentek. A vůbec ne 11 %.

Tabulka 39 Omezení fyzické aktivity

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	3	11
Spíše ne	12	44
Středně	6	22
Většinou ano	6	22
Zcela	0	0
Celkem	27	100

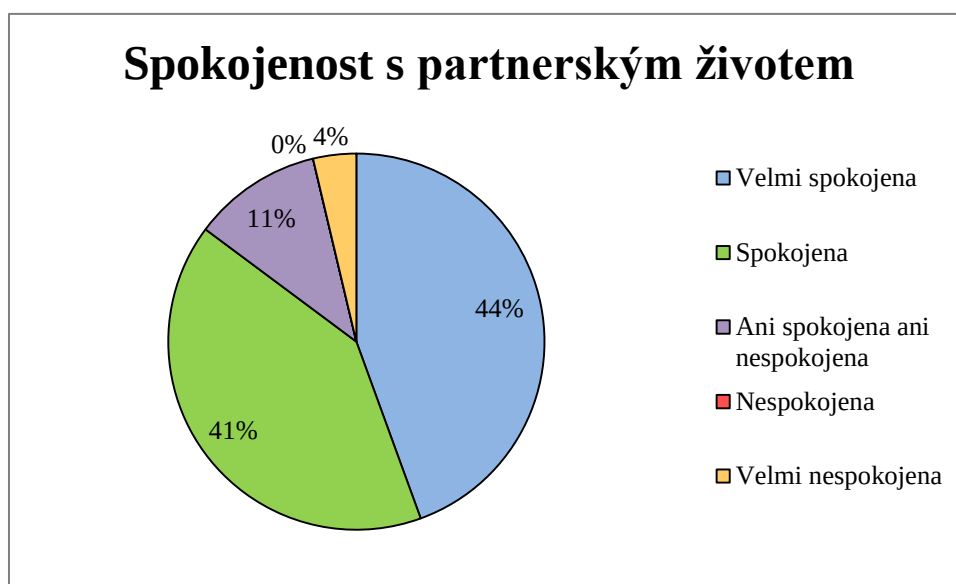
**Graf 35 Omezení fyzické aktivity**

Otázka č. 7: Jak jste teď spokojen s partnerským životem?

S partnerským životem je velmi spokojeno 44 % a spokojeno 41 %. Odpověď ani spokojeno, ani nespokojeno zvolilo 11 % respondentek. Pouze 4 % bylo nespokojených.

Tabulka 40 Spokojenost s partnerským životem

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Velmi spokojena	12	44
Spokojena	11	41
Ani spokojena ani nespokojena	3	11
Nespokojena	0	0
Velmi nespokojena	1	4
Celkem	27	96



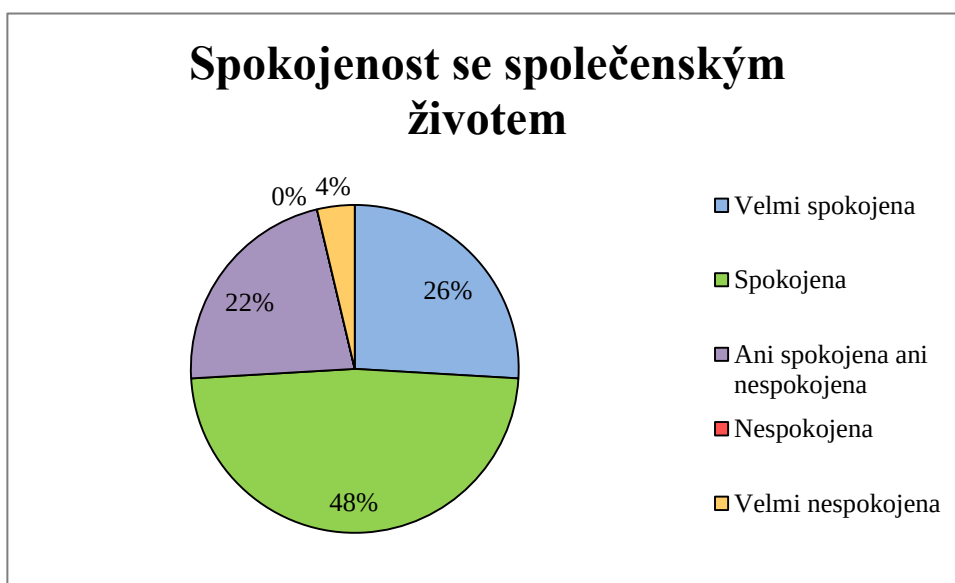
Graf 36 Spokojenost s partnerským životem

Otázka č. 8: Jak jste teď spokojena se společenským životem?

Téměř polovina je spokojena se společenským životem (48 %). Velmi spokojeno je 26 % dotazovaných. A ani spokojeno ani nespokojeno je 22 %. Pouze jedna respondentka je velmi nespokojená (4 %).

Tabulka 41 Spokojenost se společenským životem

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Velmi spokojena	7	26
Spokojena	13	48
Ani spokojena ani nespokojena	6	22
Nespokojena	0	0
Velmi nespokojena	1	4
Celkem	27	96



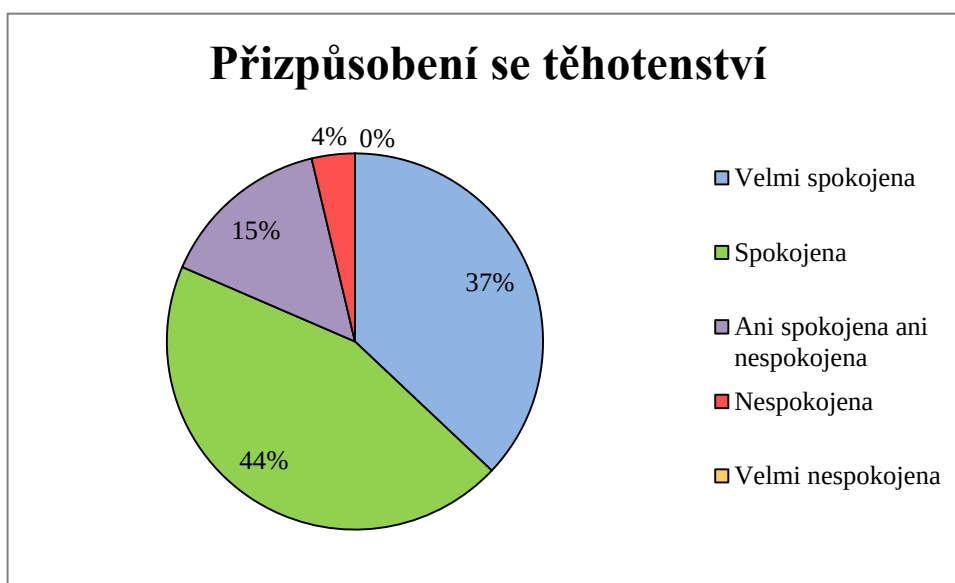
Graf 37 Spokojenost se společenským životem

Otázka č. 9: Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?

Odpověď spokojena zaškrtno 44 %. Velmi spokojeno bylo 37 % dotazovaných, 15 % ani spokojeno ani nespokojeno a pouze 4 % nespokojeno.

Tabulka 42 Přizpůsobení se těhotenství

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Velmi spokojena	10	37
Spokojena	12	44
Ani spokojena ani nespokojena	4	15
Nespokojena	1	4
Velmi nespokojena	0	0
Celkem	27	100



Graf 38 Přizpůsobení se těhotenství

Otázka č. 10: Do jaké míry těhotenství ovlivnilo Vaši kvalitu života?

Odpovědi ukázaly, že u 48 % těhotných žen, byla jen trochu ovlivněna kvalita života. Vůbec ne označilo 22 % žen. A po 15 % byla odpověď středně a hodně. V porovnání s I. trimestrem (viz Graf č. 24) se kvalita života ve II. trimestru těhotenství mírně zlepšila.

Tabulka 43 Vliv těhotenství na kvalitu života

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	6	22
Trochu	13	48
Středně	4	15
Hodně	4	15
Maximálně	0	0
Celkem	27	100



Graf 39 Vliv těhotenství na kvalitu života

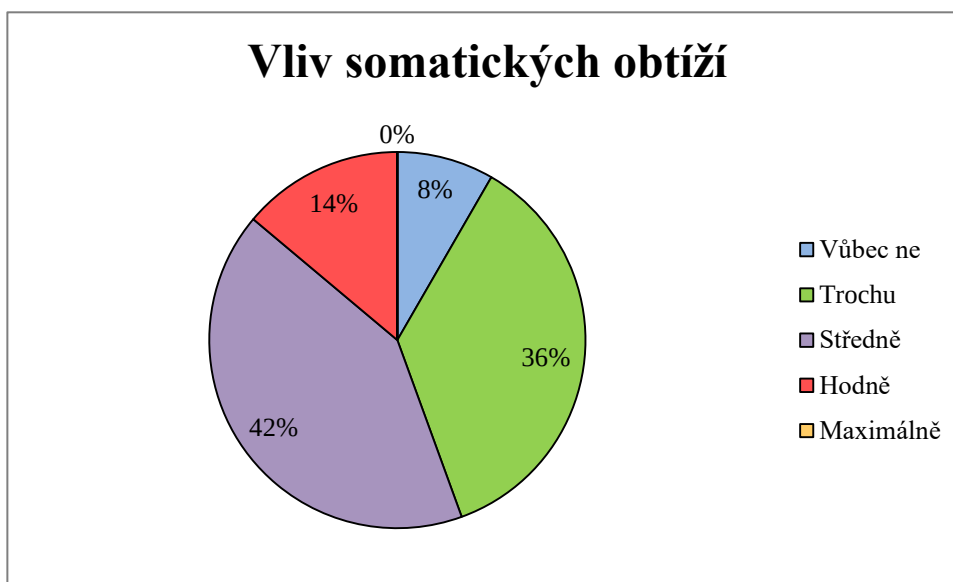
Hodnocení III. trimestru

Otázka č. 1: Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. nauzea, zvracení, pálení žáhy, otoky, varixy, bolesti zad, dušnost, zácpa, hmotnostní přírůstek, omezená pohyblivost, výtok)

Ve III.trimestru tělesné obtíže obtěžují 42 % dotazovaných středně a 36 % trochu. Odpověď hodně zaškrtnulo 15 % respondentek. Vůbec tělesné obtíže neobtěžují ženy v těhotenství v 8 %.

Tabulka 44 Vliv somatických obtíží

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	3	8
Trochu	13	36
Středně	15	42
Hodně	5	14
Maximálně	0	0
Celkem	36	100



Graf 40 Vliv somatických obtíží

Hodnocení pěti podotázek v III. trimestru

Podotázky v dotazníku jsou označeny hvězdičkou (*), (viz Příloha č. 1). Pro lepší přehlednost jsou označeny číslem a příslušným písmenem 1 a) – 1 e). Jsou zaměřeny na nauzeu a zvracení a jiné tělesné obtíže doprovázející těhotenství a respondentky na ně opět vzpomínaly a měly zhodnotit, jak je prožívaly v I. trimestru.

Otázka č. 1 a): Trpěla jste přímo obtížemi jako je nauzea (pocit na zvracení, nevolnost) nebo zvracení? V případě odpovědi NE, přejděte k otázce č. 2

Téměř vyrovnané byly odpovědi u této otázky. Obtíže mělo 53 % dotazovaných a 47 % těhotných žen bylo bez obtíží.

Tabulka 45 Prožívání nauzey a zvracení

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Ano	19	53
Ne	17	47
Celkem	36	100



Graf 41 Prožívání nauzey a zvracení

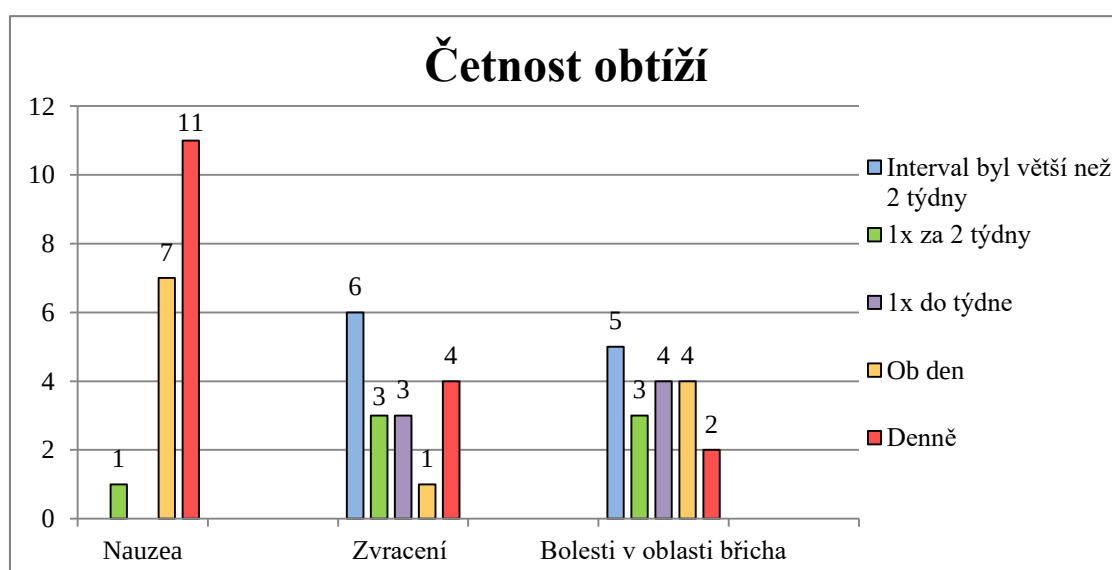
Otázka č. 1 b): Pokud ANO, jak často jste měla tyto obtíže?

Denně trpělo nauzeou 11 respondentek, 4 denně zvracely a 2 měly bolesti břicha. Ob den mělo nauzeu 7 dotazovaných, 1 zvracela a 4 měly bolesti v oblasti břicha. V intervalu 1x do týdne zvracely pouze 3 respondentky a 4 pociťovaly bolesti břicha. Jednou za dva týdny měla nauzeu 1 těhotná žena, bolesti břicha a zvracení měly 3 dotazované. V nejdelším intervalu zvracelo 6 respondentek a 5 jich mělo bolesti břicha.

Tabulka č. 47 Četnost obtíží (%) ukazuje relativní četnost somatických obtíží. Odpovídalo celkem 19 respondentek. Nauzeou trpělo všech 100 % dotazovaných žen, ale v rozdílném intervalu. Zvracelo z celkového počtu 90 % dotazovaných a 95 % mělo bolesti v oblasti břicha, také v různých intervalech.

Tabulka 46 Četnost obtíží

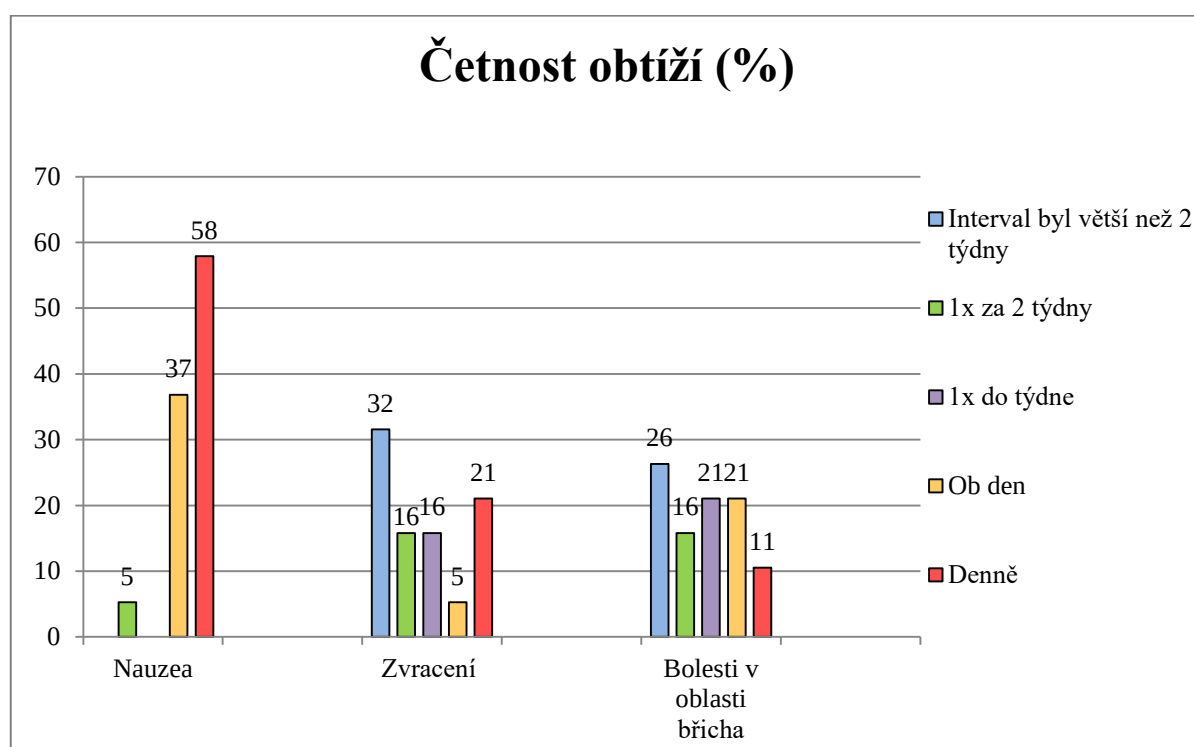
	Interval byl větší než 2 týdny	1x za 2 týdny	1x do týdne	Ob den	Denně
Nauzea		1		7	11
Zvracení	6	3	3	1	4
Bolesti v oblasti břicha	5	3	4	4	2



Graf 42 Četnost obtíží

Tabulka 47 Četnost obtíží (%)

Procenta (%)	Interval byl větší než 2 týdny	1x za 2 týdny	1x do týdne	Ob den	Denně
Nauzea	0	5	0	37	58
Zvracení	32	16	16	5	21
Bolesti v oblasti břicha	26	16	21	21	11



Graf 43 Četnost obtíží (%)

Otázka č. 1 c): Jakým způsobem jste se je snažila zvládnout?

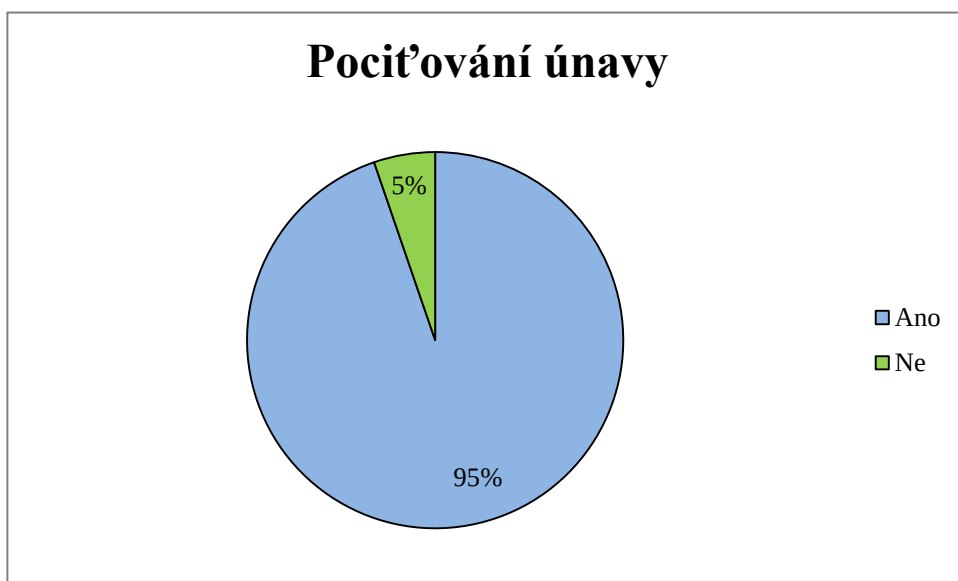
Viz s. 53, Tabulka 17

Otázka č. 1 d): Cítíte se unavená, vyčerpaná?

Unavených bylo 95 % respondentek a 5 % nebylo.

Tabulka 48 Pociťování únavy

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Ano	18	95
Ne	1	5
Celkem	19	100



Graf 44 Pociťování únavy

Otázka č. 1 e): Do jaké míry tyto obtíže (nauzea, zvracení, únava) ovlivňovaly Vaši kvalitu života?

Kvalitu života ovlivněnou nauzeou, zvracením a únavou mělo 42 % – středně. Odpověď trochu zvolilo 37 % dotazovaných. Odpověď hodně zaškrtnulo 16 % a maximálně 5 % respondentek.

Tabulka 49 Vliv nauzey, zvracení a únavy na kvalitu života

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	0	0
Trochu	7	37
Středně	8	42
Hodně	3	16
Maximálně	1	5
Celkem	19	100



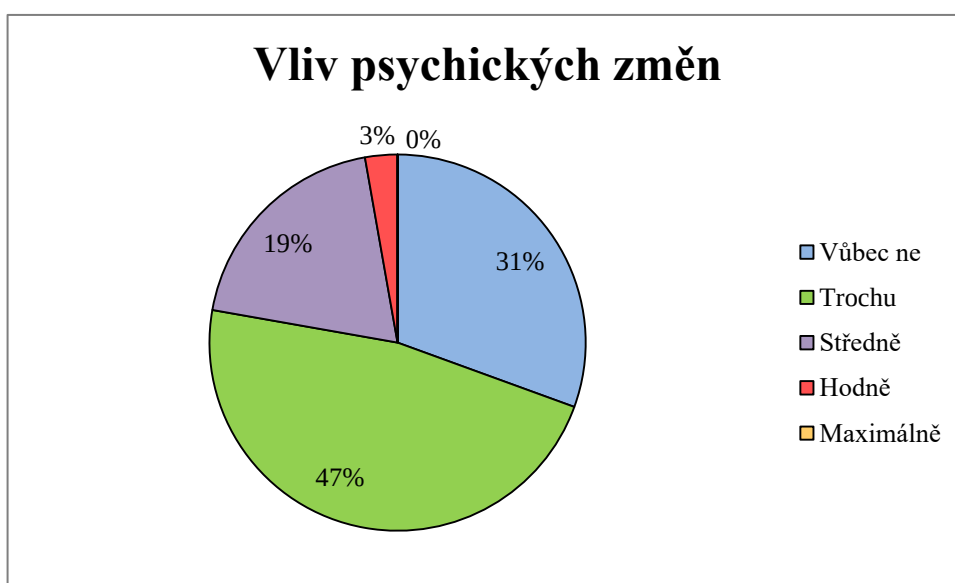
Graf 45 Vliv nauzey, zvracení a únavy na kvalitu života

Otázka č. 2: Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. poruchy spánku, plačtivost, přecitlivělost, strach, nervozita, úzkost, deprese, zvýšená agresivita)

Psychické změny obtěžovaly těhotné ženy trochu ve 47 %. Odpověď vůbec ne zaškrtnulo 31 % dotazovaných a odpověď středně 19 %. Pouze 3 % respondentek odpovědělo, že psychické změny měly dopad na činnosti hodně.

Tabulka 50 Vliv psychických změn

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	11	31
Trochu	17	47
Středně	7	19
Hodně	1	3
Maximálně	0	0
Celkem	36	100



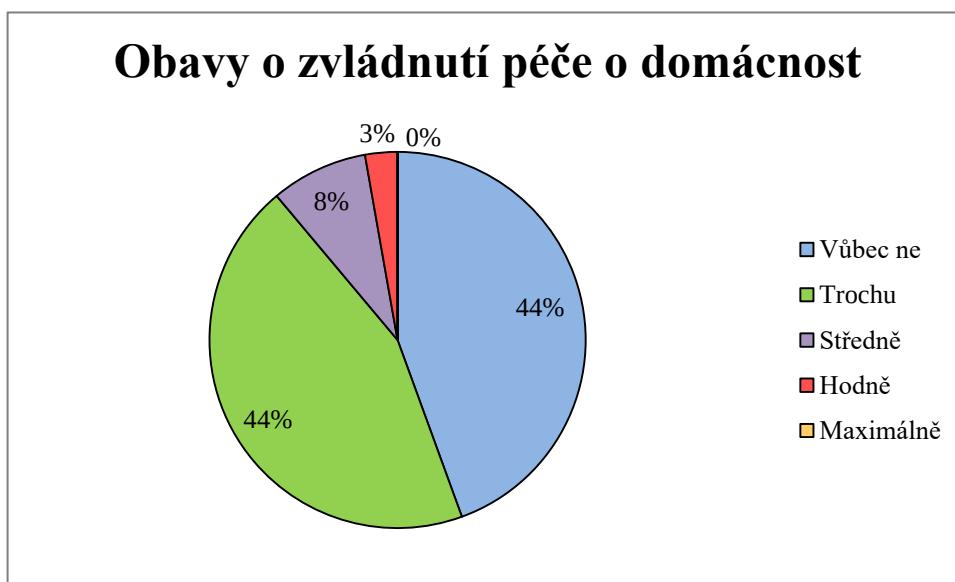
Graf 46 Vliv psychických změn

Otázka č. 3: Jak moc se obáváte, že nezvládnete péči o domácnost?

Stejný počet dotazovaných (44 %) byl u odpovědí: vůbec ne a trochu. Pouze 8 % odpovědělo středně a 3 % hodně.

Tabulka 51 Obavy o zvládnutí péče o domácnost

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	16	44
Trochu	16	44
Středně	3	8
Hodně	1	3
Maximálně	0	0
Celkem	36	100



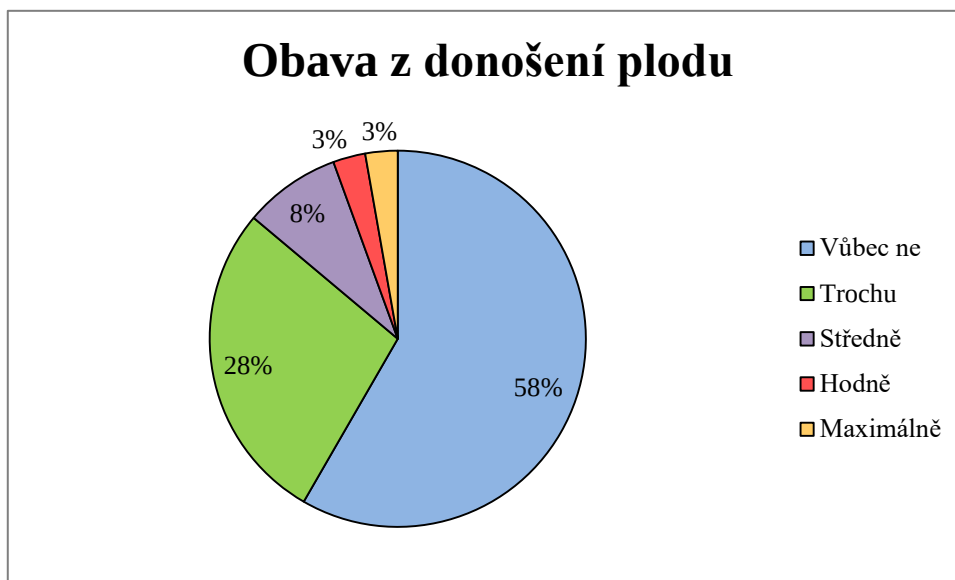
Graf 47 Obavy o zvládnutí péče o domácnost

Otázka č. 4: Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?

Ve III. trimestru se respondentky již téměř neobávají o donošení plodu. Celkem 58 % vůbec se neobává a 28 % trochu. Pouze jedna respondentka (3 %) se obává hodně a 8 % středně.

Tabulka 52 Obava z donošení plodu

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	21	58
Trochu	10	28
Středně	3	8
Hodně	1	3
Maximálně	1	0
Celkem	36	97



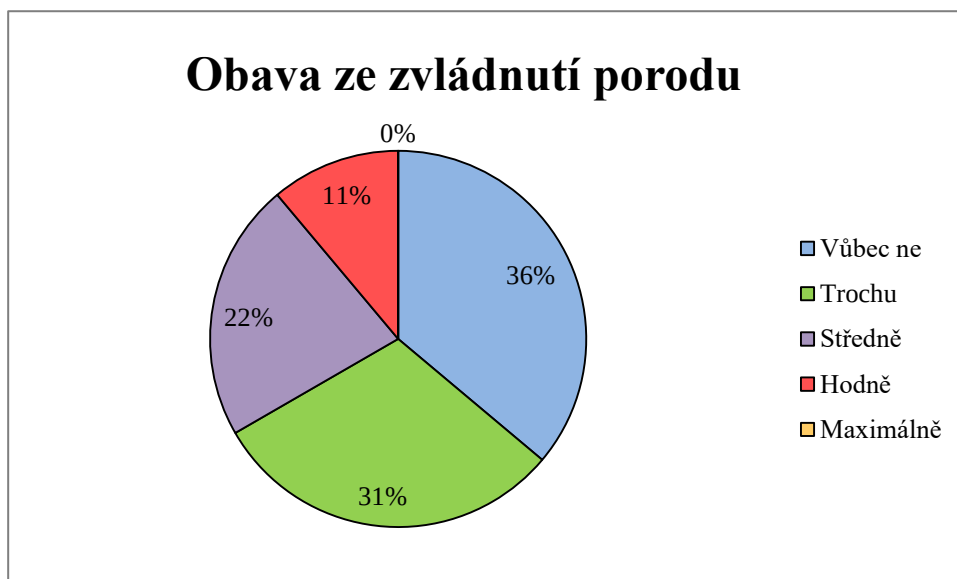
Graf 48 Obava z donošení plodu

Otázka č. 5: Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?

Ke konci těhotenství se dotazované spíše neobávaly porodu (36 % vůbec ne). Trochu se obávalo 31 %, středně 22 % a hodně 11 %.

Tabulka 53 Obava ze zvládnutí porodu

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	13	36
Trochu	11	31
Středně	8	22
Hodně	4	11
Maximálně	0	0
Celkem	36	100



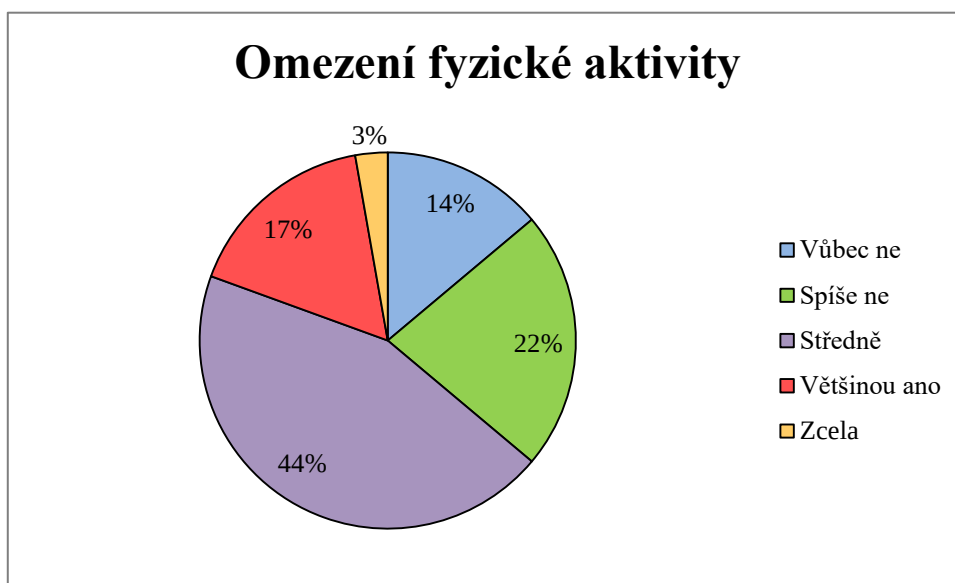
Graf 49 Obava ze zvládnutí porodu

Otázka č. 6: Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?

Největší počet zaškrtnutých odpovědí byla odpověď 3 – středně (44 %). Spíše nemuselo omezit fyzickou aktivitu 22 % a vůbec ne 14 % respondentek. Však u odpovědi většinou ano bylo 6 odpovědí 17 % a u odpovědi zcela 1 odpověď (3 %).

Tabulka 54 Omezení fyzické aktivity

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	5	14
Spíše ne	8	22
Středně	16	44
Většinou ano	6	17
Zcela	1	3
Celkem	36	97



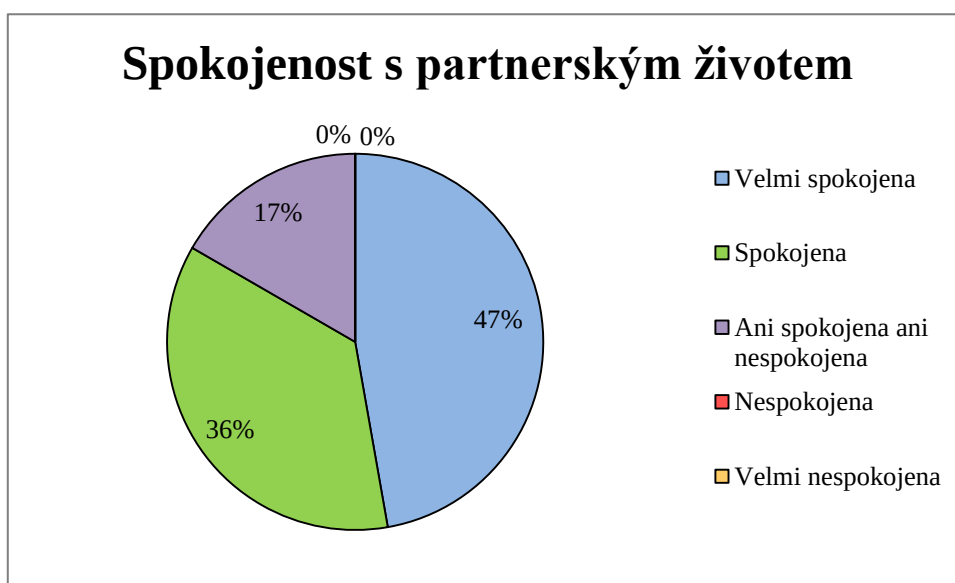
Graf 50 Omezení fyzické aktivity

Otázka č. 7: Jak jste teď spokojena s partnerským životem?

Téměř polovina dotazovaných je ve svém nynějším partnerském vztahu velmi spokojena (47 %). Spokojeno je 36 % a na rozhraní je 17 % respondentek – ani spokojeno, ani nespokojeno.

Tabulka 55 Spokojenost s partnerským životem

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Velmi spokojena	17	47
Spokojena	13	36
Ani spokojena ani nespokojena	6	17
Nespokojena	0	0
Velmi nespokojena	0	0
Celkem	36	100



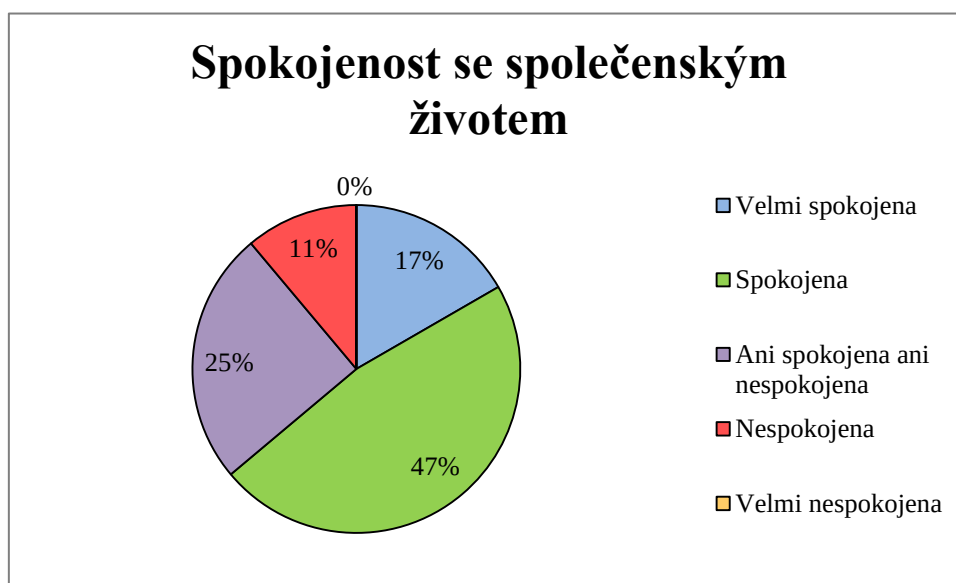
Graf 51 Spokojenost s partnerským životem

Otázka č. 8: Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?

Se svým společenským životem v těhotenství je spokojeno 47 % dotazovaných a velmi spokojeno je jen 17 %. Ve střední linii se nachází 25 % a nespokojeno je celkem 11 % respondentek.

Tabulka 56 Spokojenost se společenským životem

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Velmi spokojena	6	17
Spokojena	17	47
Ani spokojena ani nespokojena	9	25
Nespokojena	4	11
Velmi nespokojena	0	0
Celkem	36	100



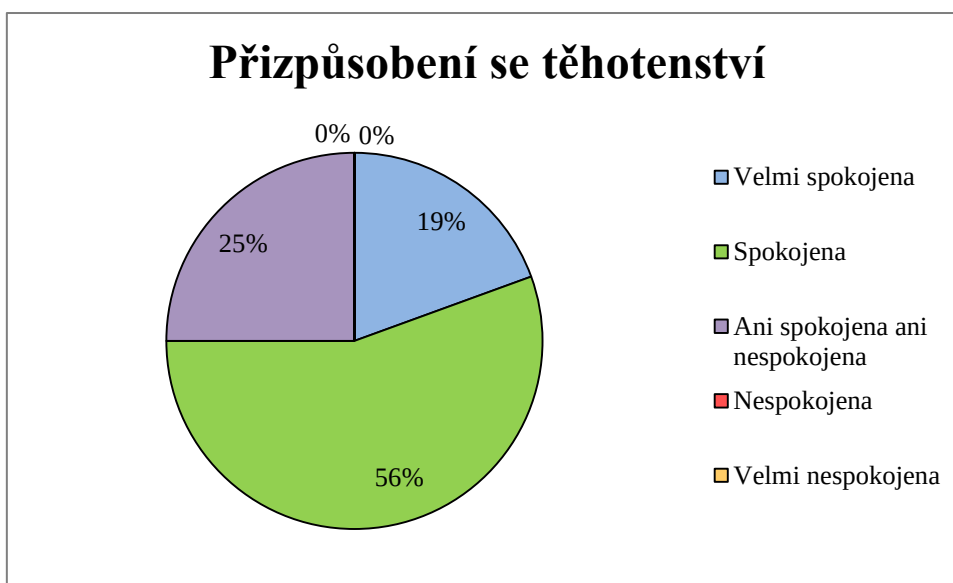
Graf 52 Spokojenost se společenským životem

Otázka č. 9: Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?

Více jak polovina dotazovaných je spokojena a svému těhotenství se dokázala přizpůsobit, celkem 56 %. Velmi spokojeno bylo pouze 19 %. Ani spokojeno a ani nespokojeno bylo 25 % dotazovaných.

Tabulka 57 Přizpůsobení se těhotenství

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Velmi spokojena	7	19
Spokojena	20	56
Ani spokojena ani nespokojena	9	25
Nespokojena	0	0
Velmi nespokojena	0	0
Celkem	36	100



Graf 53 Přizpůsobení se těhotenství

Otázka č. 10: Do jaké míry těhotenství ovlivnilo Vaši kvalitu života?

Těhotenství ve III. trimestru trochu ovlivnilo kvalitu života celkem 44 %. Středně 28 % a hodně 11 % dotazovaných. Kvalita života nebyla vůbec ovlivněna u 17 % respondentek.

Tabulka 58 Vliv těhotenství na kvalitu života

Odpověď	Počet respondentek	Procenta (%)
Vůbec ne	6	17
Trochu	16	44
Středně	10	28
Hodně	4	11
Maximálně	0	0
Celkem	36	100



Graf 54 Vliv těhotenství na kvalitu života

Diskuze

Metodou výzkumu pro tuto bakalářskou práci bylo dotazníkové šetření. Byl vybrán specifický dotazník QOL – GRAV se souhlasem autorů (Vachková, Mareš, Ježek, 2013). Dotazník byl rozšířen z 9 originálních dotazů a 6 demografických podotázek o 5 podotázek týkajících se specifických tělesných obtíží (nauzea a zvracení) na celkem 21 položek. Výzkum probíhal ve čtyřech gynekologických ambulancích v Hradci Králové po dobu 4 měsíců. Předpokladem bylo získání souhlasu gynekologů a ochota porodních asistentek/zdravotních sester účastnit se při administraci dotazníků. V každé ambulanci bylo rozdáno 24 dotazníků, celkem tedy 96 a návratnost byla 76 dotazníků (návratnost 79,2 %). Z celkového počtu dotazníků bylo 13 respondentek v I. trimestru, 27 ve II. trimestru a 36 ve III. trimestru.

Z demografických údajů byly vybrány: trimestr, věk, vzdělání, zaměstnání, rodinný stav, gravidita, parita a plánované těhotenství. Z hodnocení věkového rozmezí vyplývá, že ve všech třech trimestrech se nejvíce žen pohybovalo v rozmezí věku 26 – 35 let. Věkový průměr 30,1 let téměř odpovídá celostátnímu průměru věku žen s prvním těhotenstvím. Tento fakt vyplývá z dnešních možností plánovat těhotenství, kdy současný trend je těhotenství z různých důvodů (např. studium, cestování) oddalovat. To bylo potvrzeno v další otázce na plánované těhotenství, celkem 91 % všech těhotných si své těhotenství naplánovalo, pouze 9 % ne.

Z celkového počtu 13 dotazovaných v I. trimestru tělesné obtíže, jako je např. nauzea, zvracení, otoky, bolesti zad atd., ovlivňují středně, odpovědělo tak 46 % respondentek. V porovnání s II. trimestrem tyto obtíže ovlivňovaly denní činnosti těhotných žen jen trochu, a to ve 48 %. Ve III. trimestru se však opět objevovala nejvíce odpověď - středně (42 %).

Dále v dotazníku následovalo 5 mnou vytvořených podotázek. Podotázky byly zaměřeny na tělesné obtíže, jako jsou nauzea a zvracení. Těhotné ženy ve II. a III. trimestru tyto otázky hodnotily retrospektivně, tedy tak, jak dané obtíže prožívaly v I. trimestru.

V I. trimestru tyto obtíže mělo 77 % dotazovaných. Ve II. trimestru těhotné ženy udávaly, že tyto obtíže v I. trimestru pociťovaly v 70 %. V porovnání se III. trimestrem se odpovědi liší, protože jen 53 % respondentek zpětně uvádí, že tyto obtíže měly. Může to být v důsledku toho, že si již těhotné ženy nepamatovaly prožívání daných obtíží na začátku těhotenství nebo změnou jejich stavu související s vývojem těhotenství. Proto byly jejich vzpomínky nepřesné a tím pádem mohly být odpovědi zkreslené. Z těchto důvodů není možné

odpovědi na podotázky ze III. trimestru pravdivě zhodnotit a zobecnit. Můžeme se tedy domnívat, že uvedené obtíže u většiny žen v I. a II. trimestru přítomny byly. Této problematice, týkající se nauzey a zvracení se také věnovali Koch a Frissora (2003). Tito badatelé uvádí, že téměř 80 % dotazovaných těhotných žen v I. trimestru trpí právě nauzeou a zvracením. Otázkou nauzey a zvracení, jako nejběžnějším stavem v těhotenství, se zabýval i výzkumný tým Koren, Maltepe, Navioz et al (2004). Záměrem jejich výzkumu bylo posoudit přesnost výpovědí těhotných žen o zmíněných symptomech (Vachková, s. 98, 2014).

Další otázka se týkala těch žen, které těmito obtížemi (nauzea, zvracení, bolesti v oblasti břicha), trpěly. Hodnotila jsem jejich četnost za daný časový interval. Pro formulaci otázky a jako vzor jsem použila specifický dotazník PUQE autorů Lacasse, Rey, Ferreira et al., který byl validizován v roce 2008 a který se ukázal jako velmi citlivý nástroj pro zachycení stupně vážnosti nauzey a zvracení v I. trimestru (Vachková, s. 98 – 100, 2014).

V I. trimestru odpovídalo celkem 10 respondentek. V I. trimestru nauzeou trpělo všech 100 % dotazovaných žen a nejvíce v denním intervalu (60 %). Zvracelo 90 % dotazovaných, z toho 30 % denně, 20 % ob den a 1x do týdne, 10 % 1x za 2 týdny a v intervalu, který byl větší než 2 týdny. Bolesti v oblasti břicha mělo 80 % respondentek, z toho 30 % ob den, 20 % denně a 1x za 2 týdny.

Ve II. trimestru odpovídalo 19 respondentek. Nauzeou trpělo všech 100 % dotazovaných žen, z toho 47 % denně, 26 % 1x za 2 týdny, 21 % ob den a 5 % 1x do týdne. Zvracelo z celkového počtu 90 % dotazovaných, z toho 37 % v intervalu, který byl větší než 2 týdny, 21 % 1x do týdne, 16 % ob den, 11 % 1x za 2 týdny a 5 % zvracelo denně. Bolestmi v oblasti břicha trpělo 100 %, z toho 42 % v intervalu, který byl větší než 2 týdny, 21 % 1x za 2 týdny, 16 % ob den a 1x do týdne, 5 % denně.

Ve III. trimestru odpovídalo celkem 19 respondentek. Nauzeou trpělo všech 100 % dotazovaných žen, z toho 58 % denně, 37 % ob den a pouze 5 % 1x za 2 týdny. Zvracelo z celkového počtu 90 % dotazovaných z toho 32 % v intervalu, který byl větší než 2 týdny, 21 % denně, 16 % 1x za 2 týdny a 1x do týdne a nejméně 5 % ob den. Bolesti břicha mělo 95 %, z toho 26 % v nejdelším intervalu, 21 % ob den a 1x do týdne, 16 % 1x za 2 týdny a 11 % denně.

Veselá (2009) ve své práci uvádí, že kdykoliv během dne zvracelo 50 % těhotných žen a 50 % více jak jedenkrát denně. Dále také uvádí, že obtíže v I. trimestru, které bránily ve vykonávání denních činností, byly únava (58,8 %) a nauzea (44,4 %), (Veselá, s. 48,

2009). Tyto výsledky dokladují, že u většiny žen se tyto somatické obtíže objevují. Celkový vliv somatických obtíží, ale na kvalitu života není tak zásadní, jak bychom se mohli domnívat. Nejčastější odpovědí byla v I. trimestru odpověď trochu a to v 50 % i za předpokladu, že je zde pravděpodobně nejvyšší výskyt somatických obtíží. Ve II. a III. trimestru byl vliv somatických obtíží na kvalitu života hodnocen jako střední.

Z výzkumu Krajíkové (2016), která zkoumala nejčastější somatické obtíže těhotných žen, je však patrné, že těhotnou ženu nejvíce trápilo časté nucení na močení (88 %), dále zvýšená únava (86 %), bolesti zad a pálení žáhy (obojí po 65 %). Tento výzkum provedla u žen v předporodním období (těhotné ženy v III. trimestru) a u žen, které již porodily.

Dále jsem se pomocí otevřeného typu podotázky zjišťovala, jakým způsobem se těhotné ženy snažily zvládnout nauzeu, zvracení a bolesti břicha. Nejvíce se objevovaly odpovědi: odpočinek, hodně tekutin, dieta a jíst často a v menších porcích. V I. trimestru z celkového počtu 10 respondentek zvládalo somatické obtíže (nauzeu, zvracení a bolesti břicha) odpočinkem 50 % těhotných žen, hodně tekutinami 10 % a dietou 30 %. Ve II. trimestru se rozpomnělo z počtu 19 dotazovaných, že obtíže zvládaly pomocí odpočinku u 47 %, hodně tekutin v 16 % a diety u 37 %. Ve III. trimestru odpovídalo 19 těhotných žen, které vzpomínaly, že nauzeu, zvracení a bolesti břicha zvládaly odpočinkem v 32 %, hodně tekutinami 5 % a dietou 21 %. V méně častých odpovědích byla zmíněna lízátka se zázvorem, cvičení nebo rozdýchat to.

Kromě fyzických změn jsem se dotazovala na vliv a přítomnost psychických změn na kvalitu života těhotných žen. Fyzické změny měly v mém výzkumu pro těhotnou ženu větší význam než psychické. V I. trimestru měly psychické změny vliv jen trochu v 62 %, ve II. trimestru ve 48 % a ve III. trimestru ve 47 %. Psychické změny v těhotenství jsou dány hormonální dysbalancí v těle matky, proto jsou patrné obtíže jako náladovost, plačtivost, úzkost a přecitlivělost. Výzkumný tým Luke, Avni, Min et al (1999) zkoumal vztah únavy a domácích prací k prenatalní morbiditě. Výsledky ukázaly, že únava podstatně přispívá k prenatalní morbiditě (Vachková, s. 116, 2014). Například Veselá (2009) ve své práci vyhodnotila za nejčastější negativní emoce těhotné ženy citovou a emoční labilitu. Téměř polovina (48 %) mnou dotazovaných žen v I. trimestru tyto změny také označily. Zajímavé srovnání nabízí dotaz na obavy o těhotenství, kdy u Veselé se obává o těhotenství třetina souboru těhotných žen (37,2 %), (Veselá, s. 49, 2009). Výzkum prováděla u žen s fyziologickým těhotenstvím a v období II. a III. trimestru. V mém výzkumu byla podobně zaměřená otázka, ale formulovaná a hodnocena rozdílně a sice: v I. trimestru se těhotné ženy

ve 46 % vůbec neobávaly o donošení plodu a v 38 % pouze trochu. Druhý trimestr byl téměř shodný, a sice ve 41 % vůbec ne a ve 44 % trochu. A ve III. trimestru se více jak polovina respondentek (58 %) vůbec neobávala a 28 % jen trochu. Důvodem rozdílných hodnocení může být to, že výzkum Veselého (2009) byl prováděn před téměř 10 lety. Současné možnosti prenatalní diagnostiky a prenatalní péče jsou díky nepřetržitému rozvoji medicínských oborů na vyšší úrovni, což může u těhotných žen posilovat jistotu a pocit bezpečí v souvislosti s vývojem a průběhem jejich těhotenství.

Posledním závěrečným dotazem byla otázka na míru ovlivnění kvality života těhotenstvím. V mém souboru podle této otázky je průměrné skóre všech tří trimestrů 2,34. Podle jednotlivých trimestrů je tomu takto: v I. trimestru 2,77, ve II. trimestru 2,22 a ve III. trimestru 2,28 (viz Tabulka 59). Nepatrné zhoršení kvality je v I. trimestru, kdy se zde mohou projevit fyzické obtíže v podobě nauzey a zvracení. Tomsová (2015) porovnávala kvalitu života II. a III. trimestru a uvedla, že ve II. trimestru je kvalita života vyšší. Ve výzkumu Vachkové (2014) a Dušové, Tulisové (2011) se též podařilo zaznamenat lepší kvalitu života ve II. trimestru nežli ve III.

Co se týká průměrných skóre jednotlivých otázek dotazníku QOL-GRAV tak v mém výzkumném souboru v I. trimestru byly nejlépe hodnoceny otázky 2 (vliv psychických změn) a otázka 7 (spokojenost s partnerským životem), nejhůře byla hodnocena otázka č. 10 (subjektivně vnímaný vliv těhotenství na kvalitu života).

Ve II. trimestru byla nejlépe hodnocena otázka 3 (obava o zvládnutí péče o domácnost) a nejhůře byla hodnocena otázka 6 (nucené omezení fyzické aktivity)

Ve III. trimestru byla nejlépe hodnocena otázka 4 (obava o zvládnutí donošení plodu) a nejhůře byla hodnocena stejně jako ve II. trimestru otázka 6 (nucené omezení fyzické aktivity).

Podle součtu průměrů jednotlivých otázek byla nejlépe hodnocena kvalita života v II. trimestru a nejhůře ve III. trimestru. Podle interpretace výsledků elektronické verze QOL-GRAV (Vachková, Mareš, Ježek, 2013) byla hodnota těhotenské škály života výzkumného souboru výborná (II. trimestr), těhotenství pro ně nepředstavovalo zátěž a převažovaly u nich pozitivní změny a pocity. Doslovná interpretace výsledků v I. a III. trimestru těhotenství byla následující: „Podle toho, jak jste zodpověděla otázky v dotazníku, Vaše kvalita života v těhotenství je velmi dobrá. Těhotenství vám přináší jen mírnou zátěž. Není nutná konzultace s lékařem.“ (viz Tabulka 59)

Tabulka 59 Průměrné skóry jednotlivých otázek a celkového součtu QOL-GRAV

QOL-GRAV	I.trim	II.trim.	II.trim
ot.1	2,69	2,33	2,61
ot.2	1,77	2,07	1,94
ot.3	1,69	1,70	1,72
ot.4	1,69	1,74	1,64
ot.5	1,92	1,89	2,08
ot.6	2,38	2,56	2,72
ot.7	1,77	1,78	1,69
ot.8	2,23	2,07	2,31
ot.9	2,00	1,85	2,06
ot. 10	2,77	2,22	2,28
celk. QOL-GRAV	18,15	17,95	18,75

V porovnání s vyhodnocením elektronické verze dotazníku QOL-GRAV (Vachková, Čermáková, Gigalová, 2016), kde bylo nejvíce těhotných žen v I. trimestru, jsou výsledky velmi podobné. Autorky popisují nejlépe hodnocenou otázku č. 7 (spokojenost s partnerským životem) a nejhůře hodnocená je položka č. 5 (obavy ze zvládnutí porodu). Podobně hodnocené byly otázky č. 6 (omezení fyzické aktivity), 4 (obavy z donošení plodu) a otázka č. 1 (somatické obtíže). Pokud porovnáme náš výzkum, je patrné, že otázka č. 7 (spokojenost s partnerským životem) byla jednou z nejlépe hodnocených, naopak nejhůře hodnocená byla otázka č. 1 (somatické obtíže). Otázka č. 10 nepatří do originální verze dotazníku QOL-GRAV, ale vyjadřuje subjektivní hodnocení vlivu těhotenství na kvalitu života, kdy byla kvalita života nejméně ovlivněna těhotenstvím ve II. trimestru (viz Tabulka 59).

Nyní můžeme přejít k dílčím cílům stanoveným v úvodu empirické části.

Hodnocení dle jednotlivých dílčích cílů:

1. Zjistit, jak četný je výskyt nauzey a zvracení v těhotenství.

Četnost výskytu nauzey a zvracení v tomto výzkumném souboru byla zaznamenána jako denní obtíže většiny těhotných žen. Nauzea se vyskytovala denně u 60 % dotazovaných v I. trimestru. Retrospektivně hodnoceno u těhotných žen v II. trimestru bylo ve 47,4 % a ve III. trimestru v 57,9 %. Zvracení udávalo v denním intervalu v I. trimestru 30 %, ve II. trimestru pouze 5,3 % a ve III. trimestru 21 %. Údaje z II. a III. trimestru mohou být zkresleny tzv. posunem v čase, vzpomínání na prožívání kvality života před určitou dobou může být ovlivněno současným subjektivním a objektivním stavem, změnou hodnotového systému (Respons shift theory). Vachková (2014) uvádí, že mezi nejčastější negativně

prožívané tělesné změny v těhotenství patří nauzea a zvracení, které zjistila u 50 % žen. I zahraniční výzkumy získaly podobné výsledky.

2. Zjistit, jak často a v jaké intenzitě se tyto tělesné obtíže u těhotných objevují.

Jak často se nauzea a zvracení vyskytuje, bylo již podrobně popsáno výše (viz s. 98 – 99). Co se týká dalších obtíží, jako jsou bolesti břicha a únava, pak bolesti v oblasti břicha se u žen v I. trimestru objevovaly nejčastěji ob den a na stejné úrovni byl interval denně a 1x za 2 týdny. Retrospektivně ve II. trimestru těhotné ženy bolesti břicha moc neuváděly, respondentky nejčastěji vzpomínaly, že interval byl větší než 2 týdny. Poté čím se více zkracoval interval četnosti, tím se snižoval počet těhotných žen, u kterých se bolest vyskytovala. U těhotných žen ve III. trimestru byly výsledky obdobné, nejvíce se objevoval interval větší než 2 týdny. Únava byla hodnocena pouze procentuálně, zda se vyskytovala či nikoliv. Z celkového souboru dotazovaných, které uvedly, že somatické obtíže měly, se únava objevovala u 93,6 %. Báliková a Bužgová (2014) uvádí ve své studii, ve které použily dotazník NVP QoL, že nejhůře ženy hodnotily právě doménu „fyzické faktory a přitěžující okolnosti“ a doménu „únava“.

Nejčastější strategií pro zvládání somatických obtíží (nauzea, zvracení, bolesti břicha) byly pro všechny tři semestry: odpočinek, hodně tekutin a dieta (menší porce, častěji jíst). Vliv těchto somatických obtíží na kvalitu života, ale byl překvapivý. Ačkoli tyto obtíže způsobují jistý diskomfort, kvalitu života příliš neovlivnily.

3. Zjistit, do jaké míry nauzea a zvracení ovlivňuje kvalitu života těhotné ženy.

Nauzeou a zvracením trpělo v I. trimestru (hodnoceno i retrospektivně) z celkového počtu 76 respondentek 63,2 %. Tento údaj však nelze zobecnit z důvodu malého množství respondentek v I. trimestru. U respondentek v II. a III. trimestru, je předpokládán posun v čase. Je možné i chybné vyplnění ze strany dotazovaných. Vachková a Mareš (2012) uvedli, že nejčastěji negativně prožívaná tělesná změna v těhotenství je právě nauzea a zvracení. Jejich výzkum prokázal 50% výskyt. Ze zahraničních výzkumů s tím souvisí studie Sherman a Flaxman (2002), kteří podpořili teorii, že nauzea a zvracení v přiměřené míře chrání těhotné ženy a jejich plod před škodlivými látkami v jídle. Přesto ale kvalita života v těhotenství je hodnocena výborně dle celkového součtu. Na základě průměrných skóre byla nejhůře hodnocena max. 2,76, což je hodnocení velmi dobré.

4. Zjistit, zda je kvalita života ovlivněna i vybranými demografickými údaji v jednotlivých trimestrech.

Vzhledem k nízkému počtu respondentek v jednotlivých trimestrech nebylo možné vztahy a vliv sociodemografických parametrů na kvalitu života adekvátně zhodnotit.

Závěr

Cílem teoretické práce bylo definovat kvalitu života, uvést výzkumy a studie na toto téma a charakterizovat fyziologické těhotenství se zaměřením na somatické obtíže.

Kvalita života je relativní pojem. Lze ji brát z různých úhlů a pohledů a záleží na použití, v různých oborech se liší definice i pojetí.

Těhotenství přináší mnoho radostí, ale také mnoho starostí. Těhotná žena si musí uvědomit, že svým jednáním již neovlivňuje pouze sama sebe, ale i své nenarozené dítě. Přicházejí stavy, které dosud neznala. Začíná být více náladová, plačtivá a emočně labilní. K tomu se přidávají různé somatické obtíže. Se započatým prvním trimestrem se začínají objevovat obtíže, jako je nauzea, zvracení a únava. Každopádně ne každou těhotnou ženu tyto somatické obtíže musí potkat, prožívání těhotenství je velice individuální. To jsem se svým výzkumem chtěla dozvědět. Jak těhotenství ovlivňuje kvalitu života, jaký mají vliv somatické obtíže, A které obtíže se vykytují nejčastěji. Proto se má empirická část zabývala výzkumem kvality života těhotné ženy s nauzeou a zvracením.

Výzkum probíhal formou dotazníkového šetření u těhotných žen v I. – III. trimestru. Byl použit dotazník QOL-GRAV se souhlasem autorů (Vachková, Mareš, Ježek, 2013). Tento specifický dotazník obsahuje 9 základních otázek, 6 demografických otázek, 5 mnou vytvořených podotázek týkajících se somatických obtíží (nauzea, zvracení, únava) a 1 závěrečnou otázku týkající se ovlivnění kvality života těhotenstvím. Byly stanoveny jednotlivé cíle, které jsem se snažila uskutečnit. Z celkových 4 cílů jsem dosáhla pouze na tři. Poslední čtvrtý cíl vliv demografických údajů na kvalitu života těhotné ženy se z hlediska malého množství respondentek nedal zhodnotit.

V celkovém souboru bylo 76 respondentek a jejich průměrný věk byl 30,1 let. V mém výzkumném souboru bylo nejvíce žen s vyšším odborným vzděláním, nezaměstnaných, nebo na mateřské dovolené, vdaných, podruhé těhotných a podruhé rodičích. Téměř všechny dotazované si své těhotenství naplánovaly. Tento fakt vyplývá z dnešních možností plánovat těhotenství a současného trendu těhotenství z různých důvodů (např. studium, cestování) oddalovat. Mezi somatické obtíže, které nejvíce ženy obtěžovaly, patřila nauzea a zvracení. Dále většina žen udávala únavu v I. trimestru, hodnoceno i retrospektivně. Z celkového hodnocení vlivu konkrétních somatických obtíží (nauzea, zvracení, únava) na kvalitu života v těhotenství ale vyšlo, že tyto obtíže nemají až takový vliv, jak bychom mohli předpokládat. V průměru bylo vyhodnoceno, že tyto problémy ovlivňují kvalitu života trochu až středně.

Průměr celého souboru dotazovaných byl 2,34, součet celkové kvality života byl 18,28, což obojí značí velmi dobrou kvalitu života ovlivněnou těhotenstvím. Podle jednotlivých trimestrů na tom byl nejlépe II. trimestr. Můžeme předpokládat, že v II. trimestru si žena začíná více uvědomovat a užívat své těhotenství. Ustávají somatické obtíže, které byly přítomny v I. trimestru a naopak těhotenské „bříško“ nemá tak velké, aby ji omezovalo v denních činnostech.

Anotace

Autor:	Kateřina Pařtová
Institute:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení Ošetřovatelství
Název práce:	Vliv nauzey a zvracení na kvalitu života těhotné ženy
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Počet stran:	122
Počet příloh:	5
Rok obhajoby:	2018
Klíčová slova:	kvalita života, těhotenství, nauzea a zvracení

Bakalářská práce se zabývá těhotenstvím a jeho vlivem na kvalitu života těhotné ženy. Teoretická část se zaměřuje na definici těhotenství, vývoj plodu dle jednotlivých trimestrů a nejčastější somatické obtíže vyskytující se na počátku těhotenství (nauzea, zvracení a únava). Objasňuje pojem „kvalita života“ obecně a zabývá se specifickou kvalitou života v těhotenství. Empirická část zkoumá pomocí dotazníkového šetření kvalitu života v těhotenství se zaměřením na zhodnocení míry výskytu somatických obtíží (nauzea, zvracení, bolesti břicha a únava) a jejich vliv na kvalitu života těhotné ženy.

Annotation

Author:	Kateřina Pařtová
Institution:	Department of Social Medicine LF UK in Hradci Králové Division of nursing
Title:	Influence of Nausea and Vomiting On the Quality of Life of a Pregnant Woman
Director:	Mgr. Eva Vachková, Ph.D.
Number of side:	122
Number of Attachments:	5
Year:	2018
Key words:	quality of life, pregnancy, nausea and vomiting

The bachelor thesis deals with pregnancy and its influence on the quality of a pregnant woman's life. The theoretical part focuses on the definition of pregnancy, the development of foetus according to a particular trimester and the most common somatic complaints occurring at the beginning of pregnancy (nausea, vomiting, fatigue). It clarifies the term quality of life and influence in the pregnancy. The empirical part studies the quality of life in pregnancy with the help of using questionnaires focusing on finding out the rate of incidence of somatic complaints (nausea, vomiting, stomachache and fatigue) and their influence on the quality of the pregnant woman's life.

Seznam použitých zdrojů

1. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015. ISBN 978-80-247-5361-4.
2. BEHINOVÁ, Markéta. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012. Maminka (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2816-5.
3. BINDER, Tomáš a Blanka VAVŘINKOVÁ. *Porodnictví: pro porodní asistentky*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně, Fakulta zdravotnických studií, 2016. ISBN 978-80-7561-020-1.
4. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5579-3.
5. GRUBEROVÁ, Jana. *Životospráva a životní styl těhotné ženy*. Brno, 2007. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně. Vedoucí práce PhDr. Natálie Beharková.
6. GURKOVÁ, Elena. *Hodnocení kvality života: pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3625-9.
7. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9. ISSN 0014-2751.
8. HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2012. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-106-0.
9. HNILICOVÁ, Helena, ed. *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004. ISBN 80-866-2520-6.
10. HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. s. 205-216. ISBN 80-7254657-0.
11. HOUROVÁ, Martina, Milena KRÁLÍČKOVÁ a Petr UHER. *Vývoj miminka před narozením: od embrya k porodu*. Praha: Grada, 2007. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-1942-9.
12. HUCH, Renate. *Šťastné těhotenství od A do Z: 461 hesel*. Praha: Grada, 2007. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-1717-3.
13. KELNAROVÁ, Jarmila a Eva MATĚJKOVÁ. *Psychologie: pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada, 2010. Sestra. ISBN 978-80-247-3270-1.

14. KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, c2005. ISBN 80-726-2315-X.
15. LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
16. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0668-7
17. MAREŠOVÁ, Pavlína. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta, 2014. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0.
18. MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. 1. Brno: MSD, 2006-. ISBN 80-866-3365-9.
19. MAREŠ, Jiří. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. 2. Brno: MSD, 2008-. ISBN 978-80-7392-076-0.
20. MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství, porod a šestinedělí: nejčastěji kladené otázky a odpovědi*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1470-4.
21. PRESTON, Penny. *Čekáme druhé dítě: kniha knih o mateřství*. Praha: Fortuna Libri, c2011. Fortuna praxis. ISBN 978-80-7321-576-7.
22. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7
23. ŘEHULKOVÁ, Oliva. *The quality of life in the contexts [of] health and illness*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-073-9.
24. VACHKOVÁ, E., MAREŠ, J. Kvalita života žen v období těhotenství: studie pomocí ohniskových skupin. *Kontakt*. 2012, 14(3), 286-297. ISSN 1212-4117.
25. VACHKOVÁ, Eva. *Kvalita života žen v období těhotenství*. Hradec Králové, 2014. Disertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové.
26. VACHKOVÁ, E., ČERMÁKOVÁ, E., GIGALOVÁ, V. (2016). Elektronická verze specifického dotazníku QOL-GRAV. In Sborník příspěvků z X. mezinárodního symposia ošetrovatelství, Ostrava 26. květen 2016 © Ostravská univerzita v Ostravě, Lékařská fakulta ISBN 978-80-7464-826-7
27. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2009. Jessenius. ISBN 978-80-7345-202-5.
28. ŽIAKOVÁ, Katarina. *Ošetrovatelstvo: teória - výskum - vzdelávanie*. Martin: Osveta, 2014, 4.(2). ISSN 1338-6263.

Internetové zdroje

29. BALÍKOVÁ, Marie a Radka BUŽGOVÁ. Kvalita života žen s nauzeou a zvracením v těhotenství. *Central European Journal of Nursing and Midwifery* [online]. 2014, 5(1), 29-35 [cit. 2017-07-25]. ISSN 2336-3517. Dostupné z: <http://periodika.osu.cz/osetrovatelstviaporodniasistence/dok/2014-01/5-balikova-buzgova-cz.pdf>
30. KRAJÍCOVÁ, Lucie. Nejčastější těhotenské potíže. Plzeň, 2016. bakalářská práce (Bc.). ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI. Fakulta zdravotnických studií
31. Kvalita života v ošetrovatelské praxi. *Sestra* [online]. Rožňava: Csisko, 2013 [cit. 2017-09-30]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kvalita-zivota-v-osetrovateleske-praxi-473279>
32. Odvrácená tvář mateřství. *Psychologie* [online]. Lucie Kalafutová, 2013 [cit. 2017-10-29]. Dostupné z: <https://psychologie.cz/odvracena-tvar-materstvi/>
33. TOMSOVÁ, Pavlína. Kvalita života zdravých těhotných žen v průběhu fyziologického těhotenství [online]. 2015 [cit. 2017-07-25]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/154405>. Vedoucí práce Eva Vachková.
34. VESELÁ, Anna. Vliv těhotenství na kvalitu života [online]. 2009 [cit. 2017-07-25]. Dostupné z: <https://is.cuni.cz/webapps/zzp/detail/71910>. Vedoucí práce Eva Vachková.

Seznam obrázků

Obrázek 1 - Miminko.(těhotenství a jeho průběh aneb co všechno můžeme vědět): Vývoj plodu. In: <https://www.modrykonik.cz/> [online]. 2012 [cit. 2017-09-07]. Dostupné z: https://mkczimgmodrykonik.vshcdn.net/W525sdyYyar_s720x720.jpg

Obrázek 2 – VÝPOČET PRAVDĚPODOBNÉHO TERMÍNU

PORODU. *Porodnice.cz* [online]. 2014, 2015 [cit. 2018-01-06]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/tehotenstvi-a-z/vypocet-pravdepodobneho-terminu-porodu>

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Vztah objektivních podmínek a jejich subjektivního prožívání

RAPLEY, Mark. *Quality of life research: a critical introduction*. Thousand Oaks, Calif.: SAGE Publications, 2003. ISBN 07-619-5457-0.

ZAPF, W. Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität in den Bundesrepublik. In: Glatzer, W., Zapf, W. (Eds.) *Lebensqualzitate in der Bundesrepublik*. Frankfurt am Main: Campus, 1984, p. 13 – 26.

Tabulka 2 – Čtyři typy kvality života

VEENHOVEN, R.: The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*, 2000, vol. 1, no. 1, p.1-39. ISSN 1389-4978.

Tabulka 3 – Přehled vyšetření podle týdnu těhotenství

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5579-3.

Tabulka 4 – Vybrané ošetřovatelské diagnózy související s těhotenstvím

HERDMAN, T. Heather a Shigemi KAMITSURU, ed. *Ošetřovatelské diagnózy*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-5412-3.

Tabulka 5 – Délka těhotenství.....41

Tabulka 6 – Věk a délka těhotenství.....42

Tabulka 7 – Nejvyšší dosažené vzdělání.....43

Tabulka 8 – Zaměstnání.....44

Tabulka 9 – Rodinný stav.....45

Tabulka 10 – Gravidita.....46

Tabulka 11 – Parita.....47

Tabulka 12 – Plánované těhotenství.....48

Tabulka 13 – Vliv somatických změn.....49

Tabulka 14 – Prožívání nauzey a zvracení.....50

Tabulka 15 – Četnost obtíží.....51

Tabulka 16 – Četnost obtíží (%).....52

Tabulka 17 – Způsob zvládání obtíží.....53

Tabulka 18 – Pociťování únavy.....54

Tabulka 19 – Vliv nauzey, zvracení a únavy na kvalitu života.....55

Tabulka 20 – Vliv psychických změn.....56

Tabulka 21 – Obavy o zvládnutí péče o domácnost.....	57
Tabulka 22 – Obava o donošení plodu.....	58
Tabulka 23 – Obava ze zvládnutí porodu.....	59
Tabulka 24 – Omezení fyzické aktivity.....	60
Tabulka 25 – Spokojenost s partnerským životem.....	61
Tabulka 26 – Spokojenost se společenským životem.....	62
Tabulka 27 – Přizpůsobení se těhotenství.....	63
Tabulka 28 – Vliv těhotenství na kvalitu života.....	64
Tabulka 29 – Vliv somatických změn.....	65
Tabulka 30 – Prožívání nauzey a zvracení.....	66
Tabulka 31 – Četnost obtíží.....	67
Tabulka 32 – Četnost obtíží (%).....	68
Tabulka 33 – Pociťování únavy.....	69
Tabulka 34 – Vliv nauzey, zvracení a únavy na kvalitu života.....	70
Tabulka 35 – Vliv psychických změn.....	71
Tabulka 36 – Obavy o zvládnutí péče o domácnost.....	72
Tabulka 37 – Obava z donošení plodu.....	73
Tabulka 38 – Obava ze zvládnutí porodu.....	74
Tabulka 39 – Omezení fyzické aktivity.....	75
Tabulka 40 – Spokojenost s partnerským životem.....	76
Tabulka 41 – Spokojenost se společenským životem.....	77
Tabulka 42 – Přizpůsobení se těhotenství.....	78
Tabulka 43 – Vliv těhotenství na kvalitu života.....	79
Tabulka 44 – Vliv somatických obtíží.....	80
Tabulka 45 – Prožívání nauzey a zvracení.....	81
Tabulka 46 – Četnost obtíží.....	82
Tabulka 47 – Četnost obtíží (%).....	83

Tabulka 48 – Pociťování únavy.....	84
Tabulka 49 – Vliv nauzey, zvracení a únavy na kvalitu života.....	85
Tabulka 50 – Vliv psychických změn.....	86
Tabulka 51 – Obavy o zvládnutí péče o domácnost.....	87
Tabulka 52 – Obava z donošení plodu.....	88
Tabulka 53 – Obava ze zvládnutí porodu.....	89
Tabulka 54 – Omezení fyzické aktivity.....	90
Tabulka 55 – Spokojenost s partnerským životem.....	91
Tabulka 56 – Spokojenost se společenským životem.....	92
Tabulka 57 – Přizpůsobení se těhotenství.....	93
Tabulka 58 – Vliv těhotenství na kvalitu života.....	94
Tabulka 59 – Průměrné skóry jednotlivých otázek a celkového součtu QOL-GRAV.....	99

Seznam grafů

Graf 1 – Délka těhotenství.....	41
Graf 2 – Věk a délka těhotenství.....	42
Graf 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání.....	43
Graf 4 – Zaměstnání.....	44
Graf 5 – Rodinný stav.....	45
Graf 6 – Gravidita.....	46
Graf 7 – Parita.....	47
Graf 8 – Plánované těhotenství.....	48
Graf 9 – Vliv somatických změn.....	49
Graf 10 – Prožívání nauzey a zvracení.....	50
Graf 11 – Četnost obtíží.....	52
Graf 12 – Četnost obtíží (%).....	52
Graf 13 – Způsob zvládání obtíží.....	53
Graf 14 – Pociťování únavy.....	54

Graf 15 – Vliv nauzey, zvracení a únavy na kvalitu života.....	55
Graf 16 – Vliv psychických změn.....	56
Graf 17 – Obavy o zvládnutí péče o domácnost.....	57
Graf 18 – Obava o donošení plodu.....	58
Graf 19 – Obava ze zvládnutí porodu.....	59
Graf 20 – Omezení fyzické aktivity.....	60
Graf 21 – Spokojenost s partnerským životem.....	61
Graf 22 – Spokojenost se společenským životem.....	62
Graf 23 – Přizpůsobení se těhotenství.....	63
Graf 24 – Vliv těhotenství na kvalitu života.....	64
Graf 25 – Vliv somatických změn.....	65
Graf 26 – Prožívání nauzey a zvracení.....	66
Graf 27 – Četnost obtíží.....	67
Graf 28 – Četnost obtíží (%).....	68
Graf 29 – Pociťování únavy.....	69
Graf 30 – Vliv nauzey, zvracení a únavy na kvalitu života.....	70
Graf 31 – Vliv psychických změn.....	71
Graf 32 – Obavy o zvládnutí péče o domácnost.....	72
Graf 33 – Obava z donošení plodu.....	73
Graf 34 – Obava ze zvládnutí porodu.....	74
Graf 35 – Omezení fyzické aktivity.....	75
Graf 36 – Spokojenost s partnerským životem.....	76
Graf 37 – Spokojenost se společenským životem.....	77
Graf 38 – Přizpůsobení se těhotenství.....	78
Graf 39 – Vliv těhotenství na kvalitu života.....	79
Graf 40 – Vliv somatických obtíží.....	80
Graf 41 – Prožívání nauzey a zvracení.....	81

Graf 42 – Četnost obtíží.....	82
Graf 43 – Četnost obtíží (%).....	83
Graf 44 – Pociťování únavy.....	84
Graf 45 – Vliv nauzey, zvracení a únavy na kvalitu života.....	85
Graf 46 – Vliv psychických změn.....	86
Graf 47 – Obavy o zvládnutí péče o domácnost.....	87
Graf 48 – Obava z donošení plodu.....	88
Graf 49 – Obava ze zvládnutí porodu.....	89
Graf 50 – Omezení fyzické aktivity.....	90
Graf 51 – Spokojenost s partnerským životem.....	91
Graf 52 – Spokojenost se společenským životem.....	92
Graf 53 – Přizpůsobení se těhotenství.....	93
Graf 54 – Vliv těhotenství na kvalitu života.....	94

Přílohy

Příloha č. 1 – dotazník QOL-GRAV

Vážená paní,

jmenuji se Kateřina Paštová a jsem studentkou 2. ročníku bakalářského programu obor Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

Obracím se na Vás s prosbou, zda byste byla ochotna, účastnit se výzkumu, který je součástí mé bakalářské práce „Vliv nauzey a zvracení na kvalitu života těhotné ženy“. Jejím cílem je zhodnotit vliv nauzey a zvracení na kvalitu života ženy v těhotenství.

Žádné Vaše osobní údaje nebudou nikde zveřejňovány a výsledky budou zpracovávány a prezentovány naprosto anonymně, pouze pod číselným kódem (v souladu se zákonem České republiky č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v informačních systémech).

V případě, že souhlasíte se zařazením do daného výzkumu, podepište prosím informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a vyplňte přiložené dotazníky.

Účast ve studii je dobrovolná. Děkuji za Váš čas.

Autor bakalářské práce

Kateřina Paštová

Vedoucí práce

Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

Souhlasím se zařazením do výzkumu zabývajícího se kvalitou života žen v období těhotenství. Tento výzkum je součástí diplomové práce.

Výzkum je určen pro těhotné pacientky během fyziologického těhotenství a hodnotí jejich aktuální kvalitu života. Výzkumu se účastní těhotné ženy v rámci prenatálních vyšetření na gynekologických ambulancích v Hradci Králové a okolí.

Vyplněné dotazníky poslouží pouze v rámci výzkumu a **bude zajištěna ochrana osobních dat klientek** (zákon č. 101/2000 Sb.). Údaje o Vaší osobě nebudou zneužity a Vaše případná neúčast ve studii neovlivní další gynekologická vyšetření, nebo prenatální péči.

Vaše účast ve výzkumu je **dobrovolná**. Jestliže souhlasíte s účastí ve výzkumu, vyplňte, prosím, přiložené dotazníky, které slouží k hodnocení kvality života v období těhotenství.

Je Vaším právem si vyžádat další informace u níže uvedených kontaktních osob.

Já níže podepsaná souhlasím se zařazením do výzkumu s názvem Vliv nauzey a zvracení na kvalitu života těhotné ženy. Byla jsem dostatečně informována a seznámena s obsahem a průběhem výše zmíněného výzkumu. Jsem si vědoma, že mohu kdykoli odmítnout účast ve výzkumu a souhlasím s publikováním obecných statisticky zpracovaných výsledků výzkumu v odborném tisku.

V Hradci Králové dne

.....

Podpis klientky

Dobrý den,

obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku QOL – GRAV, který hodnotí Vaši kvalitu života ovlivněnou těhotenstvím v souvislosti s nauzeou a zvracením. Zjištěné výsledky budou zpracovávány a prezentovány naprosto anonymně v souladu se zákony České republiky.

Děkuji Vám za Váš čas a spolupráci.

Označte, v kterém trimestru jste nyní:

- 1. I. trimestr ☐
- 2. II. Trimestr* ☐
- 3. III. trimestr* ☐

** Pokud jste již ve II. či III. trimestru otázky označené * hodnotíte tak, jak jste je prožívala v I. trimestru*

Uveďte svůj věk: _____

Nejvyšší dosažené vzdělání:

- 1. základní ☐
- 2. střední ☐
- 3. vyšší odborné ☐
- 4. vysokoškolské ☐

Zaměstnání:

- 1. ano ☐
- 2. ne ☐
- 3. studuji ☐
- 4. jsem na MD ☐

Rodinný stav:

- 1. svobodná ☐
- 2. vdaná ☐
- 3. rozvedená ☐
- 4. vdova ☐

Těhotná jste:

- 1. poprvé ☐
- 2. podruhé ☐
- 3. potřetí ☐
- 4. vícekrát ☐

Rodit budete:

- 1. poprvé ☐
- 2. podruhé ☐
- 3. potřetí ☐
- 4. počtvrté a více ☐

Plánované těhotenství:

- 1. ano ☐
- 2. ne ☐

Přečtěte si laskavě každou otázku, zhodnoťte své pocity a označte, prosím, u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď. Bodové hodnocení odpovídá školnímu známkování, tzn. **nejlepší hodnocení je 1, nejhorší je 5**. Zhodnoťte, prosím, postupně všechny otázky (nelze jakoukoli položku přeskočit nebo vynechat).

Následující otázky zjišťují, jak moc jste během posledních dvou týdnů prožívala určité změny v těhotenství

1. Do jaké míry máte pocit, že Vám tělesné změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. nauzea, zvracení, pálení žáhy, otoky, varixy, bolesti zad, dušnost, zácpa, hmotnostní přírůstek, omezená pohyblivost, výtok)	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐

* Trpíte/trpěla jste přímo obtížemi jako je nauzea (pocit na zvracení, nevolnost) nebo zvracení? V případě odpovědi NE, přejděte k otázce č. 2

Ano ☐

Ne ☐

* Pokud ANO, jak často máte/měla jste tyto obtíže?

	interval byl větší než 2 týdny	1x za 2 týdny	1x do týdne	ob den	denně
nauzea (pocit na zvracení, nevolnost)	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
zvracení	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
bolesti v oblasti břicha	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

* Jakým způsobem se je snažíte/snažila zvládnout?

.....

* Cítíte/cítěla jste se unavená, vyčerpaná?

Ano ☐

Ne ☐

* Do jaké míry tyto obtíže (nauzea, zvracení, únava) ovlivňují/ovlivnily Vaši kvalitu života?

vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
1	2	3	4	5
☐	☐	☐	☐	☐

2. Do jaké míry máte pocit, že Vám psychické změny související s tímto těhotenstvím neumožní dělat to, co potřebujete? (např. poruchy spánku, plačtivost, přecitlivělost, strach, nervozita, úzkost, deprese, zvýšená agresivita)	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	maximálně
3. Jak moc se obáváte, že nezvládáte péči o domácnost?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
4. Jak moc se obáváte, že nezvládnete zdárně donosit plod?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
5. Jak moc se obáváte, že nezvládnete porod?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

Následující otázky zjišťují, v jakém rozsahu jste prováděla určité aktivity.

6. Byla jste nucena v tomto těhotenství omezit fyzickou aktivitu?	vůbec ne	spíše ne	středně	většinou ano	zcela
	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

Další otázky se zaměřují na to, jak jste byla **spokojená** s některými oblastmi života v posledních dvou týdnech.

	velmi spokojena	spokojena	ani spokojena ani nespokojena	nespokojena	velmi nespokojena
7. Jak jste teď spokojena s partnerským životem?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
8. Jak jste teď spokojena se svým společenským životem?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐
9. Jak jste spokojena s tím, jak se Vám daří přizpůsobit se tomuto těhotenství?	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐	5 ☐

10. Do jaké míry těhotenství ovlivňuje/ovlivnilo Vaši kvalitu života?

vůbec ne 1 ☐	trochu 2 ☐	středně 3 ☐	hodně 4 ☐	maximálně 5 ☐
--	--	---	---	---

Chcete ještě k hodnocení něco dodat/máte nějaké připomínky?

.....

.....

.....

.....

Vyznačte, nakolik se ve svých úvahách zabíráte:

minulostí přítomností budoucností
(kolik procent jim dáváte)

Děkuji Vám za pečlivé a pravdivé vyplnění dotazníků!

Příloha č. 2 – Souhlas s provedením výzkumného šetření

Příloha č. 2 – Souhlas s provedením výzkumného šetření

ŽÁDOST O PROVEDNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

doc. MUDr. Taťána Rešlová, CSc.
Gynekologická a porodnická ordinace
Bratří Štefanů 895
Hradec Králové 3
500 03

Věc: ŽÁDOST O PROVEDNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní Rešlová,
Jmenuji se Kateřina Paštová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia – obor Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

K úspěšnému zakončení svého studia potřebuji obhájit bakalářskou práci na téma: Vliv nauzey a zvracení na kvalitu života těhotné ženy.
Ke zjištění potřebných údajů pro výzkumnou část své bakalářské práce Vás prosím o umožnění výzkumu zabývající se problematikou nauzey a zvracení během prvního trimestru těhotenství. Výzkum bude realizován dotazníkovým anonymním šetřením v době od 12.9. do 18.12., dotazník příkládám v příloze.
Pokud budete mít zájem, s výsledky svého šetření Vás seznámím.

Děkuji za kladné vyřízení
Kateřina Paštová

V Hradci Králové dne 12.9. 2017

Kateřina Paštová
Bratří Štefanů 295
500 03 Hradec Králové

Vedoucí práce
Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

12.9.



Příloha č. 3 – Souhlas s provedením výzkumného šetření

ŽÁDOST O PROVEDNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

MUDr. Adéla Dušková
GYN Kukleny s.r.o.
Pražská 221/42
Hradec Králové
500 04

Věc: ŽÁDOST O PROVEDNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní Dušková,
Jmenuji se Kateřina Paštová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia – obor Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

K úspěšnému zakončení svého studia potřebuji obhájit bakalářskou práci na téma: Vliv nauzey a zvracení na kvalitu života těhotné ženy.
Ke zjištění potřebných údajů pro výzkumnou část své bakalářské práce Vás prosím o umožnění výzkumu zabývající se problematikou nauzey a zvracení během prvního trimestru těhotenství. Výzkum bude realizován dotazníkovým anonymním šetřením v době od 12.9. do 18.12., dotazník přikládám v příloze.
Pokud budete mít zájem, s výsledky svého šetření Vás seznámím.

Děkuji za kladné vyřízení
Kateřina Paštová

V Hradci Králové dne 12.9. 2017

Kateřina Paštová
Bratří Štefanů 295
500 03 Hradec Králové

Vedoucí práce
Mgr. Eva Vachková, Ph.D.

734 143 624



Příloha č. 4 – Souhlas s provedením výzkumného šetření

ŽÁDOST O PROVEDNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

MUDr. Luděk Boudyš
GYN-MA s.r.o. Gynekologická ambulance Malšovice
Františka Halase 1050
Hradec Králové
500 09

Věc: ŽÁDOST O PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážený paní Boudyš,
Jmenuji se Kateřina Paštová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia – obor Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

K úspěšnému zakončení svého studia potřebuji obhájit bakalářskou práci na téma: Vliv nauzey a zvracení na kvalitu života těhotné ženy.
Ke zjištění potřebných údajů pro výzkumnou část své bakalářské práce Vás prosím o umožnění výzkumu zabývající se problematikou nauzey a zvracení během prvního trimestru těhotenství. Výzkum bude realizován dotazníkovým anonymním šetřením v době od 12.9. do 18.12., dotazník přikládám v příloze.
Pokud budete mít zájem, s výsledky svého šetření Vás seznámím.

Děkuji za kladné vyřízení
Kateřina Paštová

V Hradci Králové dne 12.9. 2017

Kateřina Paštová
Bratří Štefanů 295
500 03 Hradec Králové

Vedoucí práce
Mgr. Eva Vachková, Ph.D.



Příloha č. 5 – Souhlas s provedením výzkumného šetření

ŽÁDOST O PROVEDNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

MUDr. Nora Donátová
Gynekologická ordinace
Bratří Štefanů 895
Hradec Králové 3
500 03

Věc: ŽÁDOST O PROVEDENÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážená paní Donátová,
Jmenuji se Kateřina Paštová a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studia – obor Všeobecná sestra na Lékařské fakultě v Hradci Králové.

K úspěšnému zakončení svého studia potřebuji obhájit bakalářskou práci na téma: Vliv nauzey a zvracení na kvalitu života těhotné ženy.

Ke zjištění potřebných údajů pro výzkumnou část své bakalářské práce Vás prosím o umožnění výzkumu zabývající se problematikou nauzey a zvracení během prvního trimestru těhotenství.

Výzkum bude realizován dotazníkovým anonymním šetřením v době od 12.9. do 18.12., dotazník příkládám v příloze.

Pokud budete mít zájem, s výsledky svého šetření Vás seznámím.

Děkuji za kladné vyřízení
Kateřina Paštová

V Hradci Králové dne 12.9. 2017

Kateřina Paštová
Bratří Štefanů 295
500 03 Hradec Králové

Souhlasím!
12-9-17

61	DoMeNa Gyn s.r.o.
319	gynakologická ambulance
	tel. 495 865 255
002	Poliklinika II.
	Hradec Králové Br. Štefanů 895