

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
LÉKAŘSKÁ FAKULTA V HRADCI KRÁLOVÉ

ÚSTAV SOCIÁLNÍHO LÉKAŘSTVÍ
ODDĚLENÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

VLIV TĚHOTENSTVÍ NA KVALITU ŽIVOTA

Bakalářská práce

Autor práce: **Anna Veselá**

Vedoucí práce: **Mgr. Eva Vachková**

2009

CHARLES UNIVERSITY IN PRAGUE
FAKULTY OF MEDICINE IN HRADEC KRÁLOVÉ

DEPARTMENT OF SOCIAL MEDICINE
DIVISION OF NURSING

INFLUENCE PREGNANCY OF QUALITY LIFE

Bachelor's thesis

Author: **Anna Veselá**

Supervisor: **Mgr. Eva Vachková**

2009

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 Bezděkově dne

.....

(podpis)

PODĚKOVÁNÍ:

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

OBSAH

ÚVOD	6
1 TEORETICKÁ ČÁST	8
1.1 Kvalita života	8
1.1.1 Historie pojmu	8
1.1.2 Definice pojmu „kvalita života“	8
1.1.3 Měření kvality života	10
1.1.3.1 Objektivní metody měření kvality života	10
1.1.3.2 Způsoby subjektivně hodnoceného měření kvality	11
1.1.3.3 Smíšené metody zjišťování kvality života	11
1.1.4 Kvalita života těhotné ženy	11
1.2 Těhotenství	13
1.2.1 Vznik a vývoj těhotenství	13
1.2.1.1 Oplození a vývoj plodového vejce	13
1.2.1.2 Embryonální vývoj	14
1.2.1.3 Vývoj plodu	15
1.2.2 Diagnostika těhotenství	16
1.2.3 Výpočet termínu porodu	17
1.2.4 Změny mateřského organismu v těhotenství	17
1.2.5 Psychické změny v těhotenství	19
1.2.6 Prenatální péče	21
1.2.7 Role porodní asistentky	22
2 EMPIRICKÁ ČÁST	23
2.1 Cíle výzkumu	23
2.2 Metody výzkumu	23
2.3 Charakteristika zkoumaného vzorku	24
2.4 Výsledky výzkumu	26
DISKUZE	48
ZÁVĚR	53
ANOTACE	55
ANNOTATION	56
POUŽITÁ LITERATURA	57
SEZNAM TABULEK, GRAFŮ	59
SEZNAM PŘÍLOH	60
PŘÍLOHY	61

ÚVOD

...Libilo se mi, že moje tělo nepatří jenom mně. Že mám v sobě člověka, který mě ovládá, určuje mi chutě, hýbe se ve mně, že moje tělo je domovem někoho, koho vlastně vůbec neznám. To se nedá vysvětlit. Ženskou to obohatí, její ego se může zmenšit...

(Kristýna Liška Boková)

Pro svou bakalářskou práci jsem si zvolila téma mně blízké, a sice kvalitu života těhotné ženy, se zaměřením na I. a II. trimestr gravidity. V rámci své profese porodní asistentky se denně setkávám s těhotnými ženami, takže vím, že každá těhotná žena je jedinečnou bytostí a vnímá své těhotenství individuálně.

„Těhotenství je pro ženu více než jen fyzická záležitost. V průběhu těhotenství nejprve akceptuje dítě jako součást sebe sama a postupně si zvyká na představu dítěte jako samostatné bytosti. Mění se z těhotné ženy v matku. S postupujícím těhotenstvím se její reakce mění.“ (Leifer, 2004, s. 77)

Jako příklad bych uvedla a ocitovala názor jedné z maminek z dotazníkového šetření. Reagovala tak na možnost vyjádření osobní myšlenky, týkající se těhotenství. *„Dle mého soudu je to období nejprve velké radosti z očekávání, následně však obavy z udržení plodu, napětí z výsledků vyšetření.“* Jedním z cílů mé práce je zjistit, jak samy těhotné ženy vnímají své těhotenství a jak se mění prožívání v průběhu těhotenství. *„Člověk se během těhotenství změní. Z malé nezkušené dívky se stává dospělá žena, která si uvědomuje, že pod srdcem nosí nový život.“* (citace z dotazníku)

V teoretické části své práce charakterizují pojem kvality života, popisují změny kvality života související se změnou stavu ženy (těhotenstvím) v oblasti společenské, rodinných vztahů a ekonomické. Dále se zabývám těhotenstvím, fyziologií těhotenství a změnami organismu charakteristickými pro těhotenství (psychickými, fyzickými). Zmiňuji se také o roli porodní asistentky v prenatální péči.

Hlavním cílem mé práce bylo zjistit změny ve vnímané kvalitě života, vyvolané zjištěním gravidity, změny v postojích a hodnotovém systému těhotné ženy.

Ve své práci jsem si stanovila tyto dílčí cíle:

1. Zjistit, které pocity u žen převažovaly při zjištění těhotenství.
2. Zjistit, co bylo nejčastějším vyvolávajícím momentem nauzey a zvracení.
3. Porovnat na vybrané otázce, co ženám nejvíce bránilo ve vykonávání běžných denních aktivit v závislosti na období těhotenství v obou trimestrech.

4. Porovnat na vybraných otázkách které z negativních a pozitivních emocí ženy prožívají v prvním a druhém trimestru a zda dochází k změnám těchto emocí s ohledem na vývoj těhotenství.
5. Určit, co těhotným ženám pomáhá zvládnout negativní prožitky, pocity.
6. Porovnat na vybraných otázkách, co z nabídnutých životních okolností v daných trimestrech žena vnímá pozitivně a co negativně.

Závěrem úvodu své bakalářské práce cituji odpověď jedné ženy z dotazníku pro první trimestr. *„Dle mého soudu je to období nejprve velké radosti z očekávání, následně však obavy o dítě, napětí z výsledků vyšetření. Pokud můj manžel přijme roli otce zodpovědně a s nadšením, je to pro ženu snad největší radost a podpora, jakou si žena v těhotenství může přát.“*

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Kvalita života

1.1.1 Historie pojmu

Pojem kvalita života (quality of life) má relativně dlouhou historii. Jeho první výskyt se dnes datuje do 20. let 20. století. Američtí autoři se domnívají, že pojem kvality života byl odborně použit až v pracích dvou amerických ekonomů S. Ordwaye a F. Osborna, kteří v letech 1953 a 1954 varovali před nebezpečnými ekologickými dopady ideje neomezeného ekonomického růstu. Do obecného podvědomí tento pojem vstoupil až v šedesátých letech 20. století jako výraz metaforický, který shrnoval sociálně-politické cíle americké administrativy za vlády presidenta Johnsona. Také v Evropě brzy zdomácněl, neboť ho v sedmdesátých letech použil německý kancléř W. Brandt v politickém programu své vlády. (Mareš, 2006)

„Teprve později se z něj postupně stával pojem vědecký, nejprve v sociologii a potom i ve vědách o člověku. Rozvíjel se třemi směry:

- a) objektivním – byl chápán jako souhrn objektivních indikátorů, např. o kvalitě životních podmínek v dané zemi
- b) subjektivním – byl chápán jako souhrn subjektivních indikátorů, např. o kvalitě jedincovy „cesty životem“
- c) kombinací objektivních a subjektivních indikátorů.“(Mareš, 2006, s. 11)

1.1.2 Definice pojmu „kvalita života“

„Co se rozumí pojmem *kvalita*? Pohled do etymologického slovníku nám napovídá, že slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského základu „qualitas“- kvalita či „qualis“ - jaký (viz i slovo „kvalifikace“ odvozené od tohoto základu). Latinské „qualis“ je pak odvozeno od ještě hlubšího kořene „qui“- „kdo“ (viz otázku: „kdo to je?“ – jakého charakteru atp. je? – ten „kdosí, někdo, kdo-koli“ atp.). Český kořen tohoto tázacího zájmena (kdo?) „k-“, nás vede až ke slovům „kéž“ či „kýžený“ – tj. žádoucí, cílový stav atp.“ (Křivohlavý, 2002, s. 162)

„Pojem kvality života se zabydlel v mnoha oblastech lidské činnosti a v mnoha vědeckých oborech. Kromě ekonomie, politologie a sociologie, kde začínal, ho dnes nalezneme ve filosofii, teologii, sociální práci, psychologii.

Setkáme se s ním ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, biologických oborech, v ekologii, tedy v oborech, které se zajímají o živé organismy. Pojem kvalita života se však objevuje v technických oborech, např. v architektuře, stavebnictví, dopravě, atd., tj. v oborech, které ovlivňují prostředí pro život.“ (Mareš, 2006, s. 11)

Vzhledem k tomu, kolik různých oborů s tímto pojmem pracuje, je velmi obtížné jeho definování. Stejně tak je velmi obtížné měření kvality života.

V literatuře existuje celá řada definic kvality života. Neexistuje však ani jedna, která by byla v průběhu posledních třiceti let všeobecně akceptována. Na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha faktorů. Jsou to sociální, ekonomické a zdravotní podmínky, které ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek, sociálního statusu a fyzického zdraví. (Payne a kol., 2005)

Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní **definice** opírající se o pojetí zdraví **WHO**, kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci ale jako **stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody**. Kvalita života není tedy v současném pojetí Světové zdravotnické organizace součtem podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a podmínek na jedince. (Payne a kol., 2005)

„Kategorie ‚kvalita života‘ aplikovaná ve zdravotnictví se obecně označuje HRQL (health – related quality of life). Ani zde však nepanuje jednotu při vymezování tohoto pojmu.

HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž nejasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a politické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav.“ (Mareš, 2006, s. 30)

1.1.3 Měření kvality života

„Jsme běžně zvyklí hovořit o kvantitě – délce života. Ta se uvádí velice jednoduše, číselně, například počtem let. Tak je možné vyjádřit, jak dlouho žili ti, kteří již odešli, i jak dlouho existují ti, kteří dosud žijí.“ (Křivohlavý, 2002, s. 162)

Kvalita života tak jednoduše změřit nelze. Známý je například výrok Aristotela o tom, že štěstí (a tím do určité míry i kvalita života) je něčím, o čem mají různí lidé odlišné názory. I tentýž člověk vidí v různých situacích života štěstí (a podobně i kvalitu života) v něčem jiném. (Křivohlavý, 2002)

Metod, kterými se měří kvalita života, je velké množství a můžeme se ji rozdělit na tři skupiny:

1. Kvalitu života hodnotí druhá osoba – **metody objektivní**.
2. Hodnotitelem je sama daná osoba – **metody subjektivní**.
3. **Metody smíšené**, vzniklé kombinací obou metod. (Křivohlavý, 2002)

1.1.3.1 Objektivní metody měření kvality života

Předchůdcem těchto metod byly HS (health state) – rejstříky zdravotního stavu daného pacienta. Zdokonalenou formou jsou HSP (health state profile) – profily zdravotního stavu. (Payene a kol, 2005)

„Snahy o zachycení stavu těžce nemocného pacienta vedly řadu lékařů k návrhům metod, kterými by se tento stav – kvalita života pacienta – co nejvěrněji zachytil.“ (Payene a kol., 2005)

Způsob hodnocení kvality života druhými lidmi podává určité informace o celkovém stavu pacienta. Vykazuje však vzdor všem snahám někdy až dost velké rozdíly v tom, jak kvalitu pacientova života hodnotil lékař a jak sám pacient. (Payne a kol., 2005)

Příkladem přístupu, který se pokouší vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickým a patofyziologickými kritérii a takovým způsobem „měří“ vážnost nemoci, může být metoda nazvaná Hodnotící systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu – *APACHE II* (Acute and Physiological and Chronic Health Evaluation System). Tato metoda je odvozena od předpokladu, že na vážnost onemocnění je možné usuzovat podle toho, jak se kvantitativně odchyluje daný stav pacienta od stavu normálního. (Křivohlavý, 2002)

Karnofsky index (Karnofsky a Burchenal, 1949) – tímto indexem vyjadřuje lékař názor na celkový zdravotní stav pacienta k určitému datu.

Za skutečný krok vpřed ve snahách o vyjádření kvality života považujeme zavedení slovně formulovaných kritérií (sebeobslužnost pacienta, sociální opora pacienta, bolest, emocionální stav) – *QL Index ILF – Index kvality života pacienta ILF*.

Systém *Qol (quality of life of the patient)* patří dosud k nejčastěji používaným systémům zaznamenání kvality života pacientů. Týká se finanční situace pacienta, nepohodlí, nálady, pracovní neschopnosti, komunikace a vztahu pacienta a rodinou a přáteli. (Payne a kol., 2005)

1.1.3.2 Způsoby subjektivně hodnoceného měření kvality života

Příkladem subjektivního měření je koncepce metody *SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) – Systém individuálního hodnocení kvality života*. Jde o způsob zjišťování kvality života, který neklade předem kritéria, která stanovují, „co je správné, dobré a žádoucí atp.“, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co on či ona považuje za důležité. (Křivohlavý, 2002)

1.1.3.3 Smíšené metody zjišťování kvality života

Příkladem měření může být pojetí metody *MANSA – Manchester Short Assessment of Quality of Life (Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru)* a metodika *LSS – Life Satisfaction Scale (Škála životního uspokojení)*.

1.1.4 Kvalita života těhotné ženy

Pro těhotenství máme několik názvů. Odborně se jmenuje gravidita. Lidově se říkávalo „chození s outěžkem“. Nejvýstižnější však je asi název „být v jiném stavu“. (Trča, 2003)

Těhotenství je obdobím zátěže psychické, somatické a i sociální. Tyto oblasti se prolínají a ovlivňují kvalitu života těhotné ženy. Změny v organismu v těhotenství vedou ke zvýšené nervozitě, předrážděnosti, neadekvátním reakcím na stresující situace. Může docházet k poruchám spánku, plačtivosti, depresím. Tento stav zhoršuje výskyt somatických obtíží – nauzea, zvracení, pálení žáhy, otoky, bolesti zad, dušnost, zácpa a omezená pohyblivost. (Čech a kol., 2006)

Těhotná žena se vyrovnává s proměnou vlastní bytosti, se změnou tělesného schématu, s novými a občas i nepříjemnými pocity, s novou rolí matky. To vše se však neděje automaticky a každá budoucí matka musí svou životní proměnu nějak zpracovat. Negativní pocity se občas objeví i tehdy, když se matka na dítě těší. Jejich příčinou může být pocit neodvolatelnosti nové role, strach ze zodpovědnosti, z porodu, nelibost ze ztráty určitého životního stylu života, nechť k vlastnímu tělu, výčitky ve vztahu k partnerovi atd. (Vágnerová, 2000)

Důležitým mezníkem jsou první pohyby plodu, které se objeví přibližně v polovině těhotenství. Matka vnímá tyto projevy, jimiž se dítě ohlašuje, jako projevy konkrétní bytosti. Pod vlivem této zkušenosti se postoj matky k nenarozenému dítěti mění, zpravidla v pozitivním směru. (Vágnerová, 2000)

V době, kdy partneři dosahují optimálního biologického věku k založení rodiny, k tomu není většinou ideální doba z hlediska jejich ekonomické situace. Bohatství lidem nezaručí, že budou mít zdravé a šťastné dítě, ale finanční starosti rozhodně problémy nastávajících rodičů neulehčí. Řada mladých lidí nemá vyřešenou bytovou otázku či dokončené vzdělání, popřípadě si budují své postavení v zaměstnání. Současná společnost nabízí mladým lidem možnosti, o kterých se jejich rodičům ani nesnilo. Mohou cestovat, vzdělávat se, a proto odkládají těhotenství na pozdější dobu.

Po roce 1990 se, dříve prokázané nepříznivé psychosociální faktory v těhotenství, které ztěžovaly adaptaci na těhotenství a měly negativní dopad na růst a vývoj plodu, modifikovaly:

- Nezletilé budoucí matky
 - Z pohledu věku a určitého společenského trendu v současné době výrazně klesl podíl extrémně mladých rodiček, na druhou stranu se podstatně navýšil počet starších těhotných a rodičích žen (o věkovém průměru 35 let) (Štembera, 2004).

- Těhotenství po léčbě sterility, infertility – stále rostoucí počet IVF
- Svobodné matky
 - Od roku 1990 došlo k nárůstu svobodných těhotných žen a rodiček; naprostá většina těchto žen není svobodná, ale žije v trvalém harmonickém partnerském vztahu (Štembera, 2004).
- Matky s nepříznivou sociální situací (bez prenatální péče, trpící závislostí – kuřačky, alkoholičky, narkomanky)
 - Kouření jako sociálně negativní jev narůstá u velmi mladých žen, které ani v těhotenství nepřestávají kouřit. Dalším ještě závažnějším problémem je nárůst podílu těhotných žen narkomanek. (Štembera, 2004)
- Novou rizikovou skupinou se stávají ženy imigrantky z východní Evropy a z Asie. Tyto ženy se vyznačují odlišným životním stylem, přístupem a postojem ke zdravotní péči. Ta se projeví, pokud otěhotní, např. přístupem k prenatální péči. Je u nich prokázáno vyšší procento prematurit a mrtvorozenosti často z důvodu, že se nezúčastní prenatální péče. (Štembera, 2004)

1.2 Těhotenství

„Těhotenství je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Toto období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu. Období těhotenství se dělí na oplození, implantaci a nidaci a vývoj plodového vejce. Přejdem z intrauterinního života do mimomateřského prostředí v době porodu se z plodu stává novorozenec.“ (Roztočil a kol., 2001, s. 70)

1.2.1 Vznik a vývoj těhotenství

1.2.1.1 Oplození a vývoj plodového vejce

Základ nového jedince vzniká spojením ženské zárodečné buňky – vajíčka (oocyt) s mužskou zárodečnou buňkou (spermie). Před úplným dozráním prodělává vajíčko i spermie redukční dělení, při kterém se počet chromozómů zmenší na polovinu, takže po oplodnění, tj. po splynutí vajíčka s polovičním počtem chromozómů a spermie s polovičním počtem

chromozómů, se jejich počet doplní na původní stav – 46 chromozómů. Oplozené vajíčko tak dostane poloviční počet chromozómů od matky a polovinu od otce. Prostřednictvím chromozómů se dědí tělesné i duševní vlastnosti rodičů. Chromozómů je 23 párů, 22 párů přenáší dědičné znaky z rodičů na nového jedince, 23. pár chromozómů určuje pohlaví jedince. Několik tisíc vajíček se nachází v nezralém stavu ve vaječnicích ženy.

V období pohlavní zralosti podléhají vaječníky menstruačnímu cyklu (28 dní), při kterém se v období ovulace z vaječnicků vypudí jedno zralé vajíčko. K oplodnění dochází v ampulární části vejcovodu, kam se dostane několik desítek nejodolnějších spermií. Vajíčko obklopí a ta nejzdatnější vnikne přes zonu pellucidu do vajíčka, čímž se vajíčko stává nepřístupným dalším spermiím a vzniká zygota. Zygota se dále dělí a vzniká morula, která v tomto stádiu vstupuje do dutiny děložní. Dochází k rozpouštění zony pellucidy a morula se mění na blastocystu. Z vnitřní vrstvy buněk (embryoblastu) vzniká embryo, žloutkový váček a amnion, ze zevní vrstvy (trofoblastu) se vytváří placenta. (Roztočil a kol., 2008; Dlhoš, Kotásek, 1981)

1.2.1.2 Embryonální vývoj

V tomto období, které trvá od 3. do 12. týdne těhotenství prochází embryo stádiem organogeneze.

Třetí týden je obdobím rychlého růstu. Embryo je tvořeno třemi zárodečnými listy – ektodermem, mezodermem, entodermem. Z ektodermu se vytváří nervový systém, kůže, vlasy, nehty. Mezoderm je základem pro vnitřní orgány. Entoderm zajišťuje vývoj epitelu respiračního, zažívacího a urogenitálního systému.

Ve čtvrtém se uzavírá neurální trubice, mozek začíná rychle růst, objevuje se srdeční činnost a vytvářejí se primitivní krevní buňky.

Dominantním znakem pátého týdne je rychlý růst hlavy. Embryo má tvar C, začínají se vytvářet přední končetiny. Srdce má dvě dutiny.

V šestém týdnu pokračuje diferenciaci končetin, můžeme již rozlišit jednotlivé prsty. Jsou vidět čelisti, nosní otvory a horní ret. Morfologie srdce začíná podobat svému definitivnímu tvaru a krevní oběh začíná fungovat.

V sedmém a osmém týdnu se dále rozvíjí obličej, jsou vyvinuta víčka, patro a jazyk. Obličej již má definitivní lidskou podobu. Vyvíjejí se ledviny a vnitřní pohlavní orgány.

V období devátého až dvanáctého týdne dochází k rychlému růstu těla embrya, které zdvojnásobí svoji délku ve dvanáctém týdnu. Obličej je široký, oči vzdáleny od sebe, oční víčka jsou spojena, rty se pohybují, plod začíná polykat plodovou vodu. Gastrointestinální trakt je průchodný. Délka embrya je 50-80 mm a váží 18-14 g. Koncem embryonálního období je prakticky ukončena organogeneze a zevní podoba plodu. Embryo přechází v plod a začíná období fetálního vývoje. (Roztočil a kol., 2008)

1.2.1.3 Vývoj plodu

V průběhu následujících sedmi týdnů bude plod kontinuálně růst a vývoj stávajících struktur bude ukončen. Vývoj orgánových systému zlepší jejich funkci, současně s těmito pochody dojde k přípravě k porodu a k přechodu plodu do mimoděložního prostředí. (Roztočil a kol., 2008)

Ve čtvrtém měsíci je plod dlouhý asi 16 cm a váží přibližně 120 g. Pokožka plodu je červená, pokrytá lanugem a fetálním ochlupením. Dobře rozeznáme pohlaví plodu. Pohyby plodu ještě matka zatím nepozoruje. Střevní trakt produkuje mekonium (smolku).

Koncem pátého měsíce je plod dlouhý 17 - 26 cm a váží 250 – 300 g. Hlava tvoří třetinu těla. Tvoří se plicní sklípky, vývoj plic pokračuje. Začínají růst vlasy a nehty, pod kůží se začíná usazovat podkožní tuk. Pohyby plodu jsou tak zřetelné, že je matka vnímá jako „kopání“.

V závěru šestého měsíce je plod dlouhý v průměru 30 cm a jeho hmotnost se pohybuje mezi 600 – 700 g. Kůže je vrásčitá, bohatě pokryta mázkem, s malým množstvím podkožního tuku. Oční štěrby se rozlepují, oko je vyvinuto, řasy a obočí jsou naznačené. Na prstech končetin už dobře rozeznáme nehty.

V sedmém měsíci je pokožka plodu jemná, červená a vrásčitá. Dítě má výraz „starého muže“. Rychle se vyvíjí mozek, je možno pozorovat rytmické dýchací pohyby a částečně je vyvinuta termoregulace. Oční víčka jsou otevřena. U plodů mužského pohlaví vstupují varlata do šourku. Plod je dlouhý v průměru 35 cm a váží 1200 – 1300 g.

Pro osmý měsíc je typické, že kůže je méně vrásčitá a plod získává novorozenecký vzhled. Kostí jsou vyvinuty, v dolní epifýze stehenní kosti se vytváří osifikační jádro. Plod je dlouhý 40 cm a jeho hmotnost je 1900 g.

Na konci devátého měsíce měří plod 45 cm a váží 2500 g. Hodně se usazuje podkožní tuk, kůže je napjatá, vrásky mizí. Ve vaječnicích plodů ženského pohlaví jsou již vytvořeny folikuly s vajíčky.

V desátém měsíci je plod dlouhý 50 cm, váží 3000 g a je zralý. Kůže je hladká a růžová, mizí mázek. V nose a uších jsou utvořeny tuhé chrupavky, uši odstávají, nehty přesahují koncečky prstů. Lanugo je pouze na ramenou a horní části zad. U plodů mužského pohlaví jsou varlata sestouplá v šourku, u plodů ženského pohlaví velké stydké pysky překrývají malé stydké pysky. Klouby jsou ve flexi. Bradavky jsou dobře vyvinuté, dochází k rychlé myelinizaci nervů. Je stabilizován cyklus spánku a bdění, který bude po narození pokračovat. Na nose můžeme vidět ucpané mazové žlázy tzv. milium. (Dlhoš, Kotásek, 1981; Čech a kol., 2006)

1.2.2 Diagnostika těhotenství

Známky těhotenství rozdělujeme do 3 hlavních skupin: nejisté, pravděpodobné a jisté. Z nejistých známek nemůžeme těhotenství diagnostikovat, jsou při těhotenství běžné, ale mohou být způsobeny i jinými příčinami. Jde o změny psychické (změny nálad, melancholie), neurovegetativní (ranní nevolnosti, zvracení, změny chutí, mdloby) a somatické (zvýšená pigmentace liney fuscý a bradavek).

Pravděpodobné známky jsou těhotenské znaky v oblasti rodidel. Patří sem amenorea, zvětšení prsů, zvětšení a prosáknutí dělohy a čípku, purpurové nebo modravé zbarvení děložního hrdla, vagíny a vulvy, které je způsobeno překrvením. Některé znaky na děloze při palpaci prokazují přítomnost plodového vejce: znamení Dickinsonovo – Braunovo (změkčení děložní stěny v místě usídlení plodového vejce), znamení Piskáčkovo (vyklenutí děložního rohu v místě implantace plodového vejce), znamení Holzapferovo (měkká těhotná děloha se dá jen pomalu vysunout mezi prst při bimanuálním vyšetření). Další znamení je celá řada, nicméně v současné porodnické praxi se již nepoužívají.

Mezi jisté známky těhotenství patří průkaz lidského choriového gonadotropinu z moče a séra, akce srdeční plodu, jeho pohyb a diagnostika gravidity pomocí ultrazvukového vyšetření. (Roztočil a kol., 2008; Leifer, 2004)

1.2.3 Výpočet termínu porodu

Pravděpodobný termín porodu určujeme zpravidla 4 způsoby:

- podle Naegeleho: od prvního dne poslední menstruace přičteme 7 dnů a odečteme 3 měsíce
- podle pohybů plodu: u prvorodičky, která cítí pohyby ve 20. týdnu, přičteme 20 týdnů, u vícerodiček, které cítí pohyby v 18. týdnu, přičteme 22 týdnů
získaný termín porodu je málo spolehlivý
- podle data oplozující soulože: k tomuto datu přičteme 38 týdnů
- podle ultrazvuku: **velikost plodu stanovená prvním ultrazvukovým vyšetřením je nejprůkaznějším parametrem k vypočtení termínu porodu** (Roztočil a kol., 2008)

1.2.4 Změny mateřského organismu v těhotenství

Ženské tělo prochází v období těhotenství změnami především v těchto systémech – reprodukčním, respiračním, kardiovaskulárním, gastrointestinálním, močovém, kožním a pohybovém.

Reprodukční systém – děloha prodělává v těhotenství nejnápadnější změny. Její růst má určitou posloupnost a podle velikosti můžeme usuzovat na délku těhotenství. Hmotnost dělohy se během těhotenství zvětší z 60 g na 1000 g. Při porodu je její objem 5 l, vejde se do ní plod, placenta a amniová tekutina. V průběhu těhotenství dochází ke změnám děložní svaloviny, v prvním trimestru se zvětšuje počet buněk myometria, ve druhém a třetím trimestru se zvětšují jednotlivé buňky myometria.

Hrdlo děložní – v průběhu těhotenství prochází změnami, které vedou k jeho zkrácení a změknutí. Vyrůstá počet i aktivita žlázek cervikální sliznice. Sekrece hustého hlenu vede ke vzniku hlenové zátky, uzavírající cervikální kanál. Ztráta hlenové zátky značí počátek dilatace v děložním hrdle. Zevní branka je u primipar kulatá, u multipar příčně štěrbínovitá.

Pochva – zvýšená vaskularizace vede ke změně barvy poševní sliznice, vaginální sliznice se ztlušťuje, ztenčuje se pojivová tkáň a připravuje se k roztažení potřebnému pro porod dítěte. Vaginální pH je nižší a tím je zvýšená obranyschopnost pochvy před invazí patogenních mikroorganismů.

Mléčná žláza – těhotenské změny na mléčné žláze jsou patrné již brzy po vynechání menstruace. Vysoké hladiny estrogenů i progesteronů připravují mléčnou žlázu ke kojení. Dvorce prsních bradavek tmavnou a na bradavkách prominují mazové žlázy zvané Montgomeryho uzlíky. V posledních měsících těhotenství lze z mléčné žlázy vymačkat mlezivo.

Respirační systém – těhotná žena dýchá hlouběji, dechová frekvence stoupá jen nepatrně. Tyto změny odpovídají zvýšené výměně kyslíku a oxidu uhličitého, protože se zvětšuje inspirační objem, minutový respirační objem a minutový kyslíkový objem. Během těhotenství tlačí rostoucí děloha na bránici, která je položena o 4 cm výše. Zvýšená poloha bránice se kompenzuje rozšířením hrudního koše. Ke konci těhotenství pociťuje mnoho žen ztížené dýchání, které je vyvoláno tlakem těhotné dělohy na bránici, proto je pro ženy přirozenější dýchání hrudní oproti abdominálnímu.

Kardiovaskulární systém – tlak rostoucí dělohy posouvá srdce výše a doleva, objem krve postupně roste. Zvětšení objemu krve je potřebné pro výměnu živin, kyslíku a škodlivin v placentě, pro nároky zvětšené mateřské tkáně a k vytvoření rezervy kvůli ztrátám krve při porodu. Krevní tlak se s vyšším objemem krve nezvyšuje, protože se sníží periferní cévní rezistence. S pokračujícím těhotenstvím rostoucí váha dělohy ztěžuje návrat krve z cév do dolní části těla, což může vést ke vzniku otoků a varikozit. Při poloze vleže na zádech někdy dochází k hypotenzii provázené nauzeou a mdlobou, zvané též syndrom dolní duté žíly.

Gastrointestinální systém - zvětšená děloha tlačí žaludek a střeva dozadu a do stran břišní oblasti. Může být zvýšena salivace, což ovlivňuje chuť a čich. Požadavky rostoucího plodu způsobují narůstání chuti k jídlu a pocitu žízně, snižuje se vyprazdňování žaludku, motilita střev je pomalejší. Ženy se často cítí nafouklé a mohou trpět zácpou. Běžně si ženy stěžují na pálení žáhy, které je způsobeno relaxací svěrače kardia žaludku, což umožňuje zpětný tok kyselých šťáv do jícnu.

Močový systém – těhotenské změny postihují ledviny, uretery, močový měchýř a uretru. Jsou vyvolány působením progesteronu a estrogenu, tlakem těhotné dělohy a zvýšeným objemem krve. Zvyšuje se glomerulární filtrace ledvin, stoupá reabsorbce látek v tubulech ledvin. Reabsorbují se látky, které tělo potřebuje uchovat, ale ne vždy tělo stačí zpracovat všechny látky filtrované v glomerulech. V těhotenství se proto častěji vyskytuje glykosurie a proteinurie. Vlivem progesteronu je snížen tonus ledvinné pánvičky a močovodů. Je zvětšena kapacita močového měchýře, což způsobuje stázu moči, která může být příčinou větší náchylnosti těhotných žen k infekcím močového traktu.

Kožní systém – v oblasti kůže dochází v průběhu gravidity ke změnám pigmentace, ochlupení a pojivové tkáně. Hyperpigmentace je nejistou známkou těhotenství. Týká se bradavek, pupku, vulvy, obličeje a perinea. Stupeň změny závisí na typu kůže. Na břicho, hýždích a prsou mohou vzniknout růžovo-fialové strie.

Pohybový aparát – děloha zvětšuje hmotnost přední části těla a na bederní páteři se zvětšuje zakřivení. Žena si často stěžuje na bolesti beder. Hormonální změny způsobují uvolnění pánevních skloubení, zejména rozvolnění symfýzy. V posledních týdnech těhotenství se často ženy při chůzi kolébají. (Roztočil a kol., 2008; Čech a kol., 2006; Leifer, 2004)

1.2.5 Psychické změny v těhotenství

„Těhotenství představuje jednu z vývojových krizí v životě ženy tj. období výrazných změn, kdy se osoba nachází mezi tím, čím byla, a tím, čím se má stát. Učí se a přivyká nové životní roli. Je zapotřebí modifikovat staré modely chování, do některých úplně upustit, reorganizovat a doplnit nové typy chování. Tato fáze nevyrovnanosti vede k pocitům ztracenosti, úzkosti, zmatku, nemocnosti a často i nostalgii pro způsob života, jaký byl a nedá se již beze zbytku vrátit. Důležitou součástí nové role je to, aby byl člověk v této roli akceptován svým okolím.“ (Roztočil a kol., 2008, s. 103)

„Ať už těhotenství je nebo není plánované, mění mezi lidské vztahy mezi všemi členy rodiny. Oba rodiče se mohou cítit skutečností, že čekají dítě a stanou se rodiči. Jako první je napadne, jak dítě naruší jejich vztah jako páru. Rodiče, kteří již nějaké dítě mají, přemýšlejí o tom, jak dokážou rozdělit svou energii i lásku mezi nový přírůstek do rodiny a starší děti a jak nové dítě ovlivní sourozence.“ (Leifer, 2004, s. 76)

„V průběhu těhotenství nejprve akceptuje dítě jako součást sebe sama, postupně si zvyká na představu dítěte jako samostatné bytosti. Mění se z těhotné ženy v matku. S postupujícím těhotenstvím se její reakce mění.“ (Leifer, 2004, s. 77)

První trimestr gravidity je obdobím přijetí těhotenství. Žena se zcela soustředí na sebe, zažívá nové fyzické pocity. Některé ženy vnímají těhotenství během prvních týdnů s rozporuplnými pocity. Pro ženu je někdy těžké uvěřit, že je těhotná, sleduje vlastní tělo a snaží se zjistit, jestli je opravdu v jiném stavu.

Druhý trimestr gravidity je pro většinu žen nestabilnějším obdobím. Matka vnímá pohyby plodu, zvětšuje se jí břicho. Typické pro toto období je přijetí plodu jako samostatné bytosti.

Ženy se celým srdcem oddávají pocitu, že jsou nastávajícími matkami, všemi způsoby se snaží podporovat zdárný průběh těhotenství, zajímají se o zdravou výživu, zdravý životní styl. Představují si, jak dítě bude vypadat, pozorují děti ve svém okolí. Charakteristické těhotenské změny jsou zcela viditelné, žena je vítá, ale někdy si může připadat méně přitažlivá, to může způsobit změnu sexuálního vztahu mezi rodiči. Rodiče se obávají ohrožení plodu a to především v těch případech, kdy žena již před tím potratila, nebo o dítě přišla.

Ve třetím trimestru se matka připravuje na péči o dítě, navštěvuje přípravné kurzy k porodu. Na jedné straně se těhotenství stává pro ženu nepohodlné a žena by už chtěla porodit, na druhé straně se obává porodu. Někdy se vrací psychická labilita, žena je zranitelnější a závislá na partnerovi. Psychické změny provází během těhotenství nejen těhotnou ženu, ale i její okolí, především partnera a rodinu.

Reakce nastávajících otců jsou různorodé, někteří se chtějí podílet fyzicky i emocionálně. Jiní raději přijímají roli organizační, pomáhají ženě plnit doporučení lékaře a porodní asistentky. Někteří otcové chtějí prostě sdílet těhotenství své ženy, ale nechtějí být v roli aktivního účastníka procesu těhotenství a porodu. Vliv na vnímání role otce má kulturní zázemí, protože v některých kulturách je na těhotenství a porod nazíráno jako na výhradně ženskou záležitost. (Leifer, 2004)

„Prarodiče reagují na těhotenství odlišně, někteří toužebně očekávají příchod vnučete, jiní se brání představě, že z nich bude děda a babička. Největší ohlas vyvolá u prarodičů první vnuče, pokud už nějaké vnuče mají, může být reakce vlažnější, což může zklamat nastávající rodiče. Prarodiče obvykle mají odlišné představy o tom, jak moc mají být zaangażováni na narození a životě vnučat. Míru účasti ovlivňuje i vzdálenost od mladé rodiny. Někteří chtějí být u všeho, co se týká dítěte, plánů i péče o něj, a jsou ochotni cestovat i na velké vzdálenosti, aby se takové velké události mohli účastnit. Jiní si zase zachovávají odstup, protože si chtějí konečně užít života bez dětí. Většině prarodičů je kolem 40 až 50 let, to znamená, že jsou ve věku, kdy jejich čas vyplňuje kariéra a starost o stárnoucí rodiče, a mnohdy nejsou schopni projevit větší účast. Jestliže jsou názory na roli prarodičů u mladé rodiny podobné jako u jejich rodičů, dochází k neshodám víceméně zřídka. Pokud se však pohled na roli prarodičů a míru jejich zapojení zásadně liší, dochází k velkému zklamání a konfliktům.“ (Leifer, 2004, s. 79)

„Neméně významnými psychickými změnami prochází již přítomné děti, které jsou nuceny vyrovnat se s novou rolí „staršího sourozence“. Reakce staršího dítěte je ovlivněna postojem rodičů, ale také založena na vlastní vývojové úrovni dítěte.“ (Roztočil, 2008, s. 104)

1.2.6 Prenatální péče

Prenatální péče v porodnictví znamená včasný záchyt těhotenství v I. trimestru a vytvoření takového systému screeningových vyšetření, který by umožnil následnou časnou terapii patologických stavů. (Roztočil a kol., 2001)

„Od pravidelného vyšetření v prenatální poradně očekáváme odpovědi na následující otázky:

1. Diagnóza gravidity při první návštěvě. Je žena těhotná? Jaký je její postoj ke graviditě?
2. Délka trvání gravidity a výpočet termínu porodu.
3. Jde o těhotenství bez rizika, rizikové, nebo patologické?
4. Stav organismu ženy a jeho odchylky od normy.
5. Stav fetoplacentární jednotky.“ (Roztočil a kol., 2008, s. 57)

Při první návštěvě prenatální poradny odebíráme těhotné anamnézu (osobní, rodinnou, gynekologickou, sociální), stanovujeme termín porodu a určujeme harmonogram prenatálních vyšetření. Do 36. týdne gravidity je u fyziologické gravidity doporučeno vyšetření v prenatální poradně 1x za 4 týdny, mezi 36. a 40. týdnem 1x týdně, po 40. týdnu 2x týdně.

Pravidelně prováděná vyšetření:

- sběr anamnestických dat, subjektivní obtíže a stesky těhotné
- zevní vyšetření těhotné, hmotnost, otoky (ortostatické, generalizované), přítomnost varixů dolních končetin
- krevní tlak
- chemická analýza moče na přítomnost bílkovin, glukózy a ketolátek
- stanovení cervix skóre
- od 24. týdne těhotenství detekce známek vitality plodu
- od 38. týdne těhotenství je v týdenních intervalech prováděn non-stress test (Roztočil a kol., 2008)

Termínovaná vyšetření:

- při první návštěvě poradny změření zevních pánevních rozměrů, výchozí hmotnost a výška těhotné
- 16. týden těhotenství: vyšetření hematologické (KO, krevní skupina, Rh faktor, protilátky proti erytrocytům), vyšetření serologické (HIV, HBsAg, BWR), močový sediment, biochemický screening vrozených vývojových vad
- 18. až 20. týden: 1. ultrazvukový screening plodu
- 24. až 26. týden: screening poruch glukózové tolerance

- 30. až 32. týden: vyšetření titru erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních a s krevní skupinou 0
- 30. týden: 2. ultrazvukový screening plodu
- 36. až 37. týden: mikrobiologické vyšetření pochvy na přítomnost streptokoků skupiny B (Roztočil a kol., 2008)

1.2.7 Role porodní asistentky

Podle zákona 96/2004 Sb. O způsobilosti nelékařských profesí k výkonu povolání, může porodní asistentka, která splnila kritéria k získání odborné způsobilosti, vykonávat své povolání bez odborného dohledu na úseku péče o ženu během těhotenství, porodu a šestinedělí a péči o novorozence.

Za výkon povolání porodní asistentky se považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytované péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence; součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči. (zákon č. 96/2004 Sb.)

2 EMPIRICKÁ ČÁST

2.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit změny ve vnímané kvalitě života, vyvolané zjištěním gravidity, změny v postojích a hodnotovém systému těhotné ženy. Dotazník byl sestaven tak, aby vedl k objasnění těchto cílů:

1. Zjistit, které pocity u žen převažovaly při zjištění těhotenství.
2. Zjistit, co bylo nejčastějším vyvolávajícím momentem nauzey a zvracení.
3. Porovnat na vybrané otázky, co ženám nejvíce bránilo ve vykonávání běžných denních aktivit v závislosti na období těhotenství v obou trimestrech.
4. Porovnat na vybraných otázkách, které z negativních a pozitivních emocí ženy prožívají v prvním a druhém trimestru a zda dochází k změnám těchto emocí s ohledem na vývoj těhotenství.
5. Určit, co těhotným ženám pomáhá zvládnout negativní prožitky, pocity.
6. Porovnat na vybraných otázkách, co z nabídnutých životních okolností v daných trimestrech žena vnímá pozitivně a co negativně.

2.2 Metoda výzkumu

Pro svou bakalářskou práci jsem zvolila kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Vzhledem k tomu, že neexistuje standardizovaný dotazník zaměřený na kvalitu života v období těhotenství, rozhodla jsem se vytvořit vlastní dotazník. Určitým východiskem pro sestavení dotazníku byly za první okruhy vyšetřované v dotaznících kvality života a za druhé některé položky specifických standardizovaných dotazníků zabývajících se výzkumem kvality života u těhotných žen s konkrétním onemocněním např. NVPQOL (autorky: Lacasse, A., Berard, A., 2004). Jedná se specifický dotazník zaměřený na zjišťování míry nauzey a zvracení, která se výrazně odráží a ovlivňuje kvalitu života těhotných žen.

Mnou vytvořený dotazník pro první trimestr obsahoval 17 otázek (příloha č. 1), dotazník pro druhý trimestr 10 otázek (příloha č. 2).

Odpovědi byly získávány formou:

- nestrukturovaných (otevřených) otázek, ve kterých respondentky vyjadřují vlastní myšlenku do vymezeného prostoru
- strukturovaných (uzavřených) otázek, kde si respondentky vybíraly již předem danou odpověď
- otázek, kde je možné označit více odpovědí

Rozdávání dotazníků předcházelo získání souhlasu obvodních gynekologů, u jejichž těhotných pacientek šetření probíhalo. Předpokladem úspěšnosti byla také ochota ke spolupráci příslušné porodní asistentky. Dotazníky byly rozdávány v pěti ordinacích obvodních gynekologů. Čtyři gynekologové ordinují v Pardubicích, jeden v Holicích. Anonymita vyplněných dotazníků byla zajištěna sběrem do uzavřené schránky umístěné v pracovní místnosti porodní asistentky.

Těhotným v I. trimestru bylo rozdáno celkem 90 dotazníků, zpět bylo získáno 83 dotazníků (tj. návratnost 92%). Maminkám ve II. trimestru těhotenství bylo rozdáno 83 dotazníků, vyplněno bylo všech 83 dotazníků (tj. návratnost 100%). V obou trimestrech byly osloveny tytéž ženy.

Před zahájením vlastního výzkumného šetření jsem provedla pilotní studii s pěti respondentkami, osobně jsem s nimi prošla všechny otázky, abych zjistila, zda jsou pro ně srozumitelné a nemají k nim nějaké výhrady. Vše pro ně bylo srozumitelné a dotazníky z pilotní studie byly zařazeny do celkového zhodnocení výsledků. Ty samé budoucí maminky jsem kontaktovala i ve II. trimestru a připravený dotazník s nimi prošla.

2.3 Charakteristika zkoumaného vzorku

Vzorek pro výzkumné šetření se skládal z žen v I. a II. trimestru gravidity. V obou trimestrech byly osloveny tytéž ženy. Pro výzkumné šetření jsem použila celkem 166 vyplněných dotazníků.

Věkové rozpětí souboru bylo od 18 do 40 let, pro přehlednost byla skupina rozdělena do několika věkových kategorií. Nejvíce žen bylo v kategorii od 26 do 30 let (47%).

Téměř polovina dotazovaných žen měla středoškolské vzdělání s maturitou (41%), vyučených žen bylo v souboru v 28% a vysokoškolské vzdělání bylo zastoupené ve 21%.

V předloženém dotazníku ženy uváděly pokolikáté jsou těhotné a pokolikáté budou rodit. Pro větší přehlednost a možnost dalšího zpracování jsem respondentky rozdělila do dvou skupin, na prvorodičky a vícerodičky. Prvorodiček bylo 56,6%, vícerodiček 40,4%.

Naprostá většina těhotenství byla plánovaných (86%) a více jak polovina žen byla vdaná (57,8%).

2.4 Výsledky výzkumu a jejich analýza

Výsledky výzkumu jsou zobrazeny v tabulkách a grafech. Otázky, které jsou stejné pro oba trimestry, jsou hodnoceny společně (pro možnost porovnání obou trimestrů), ostatní otázky jsou hodnoceny jednotlivě. Výsledky jsou uváděny absolutně (počet dotazovaných) a relativně (v procentech).

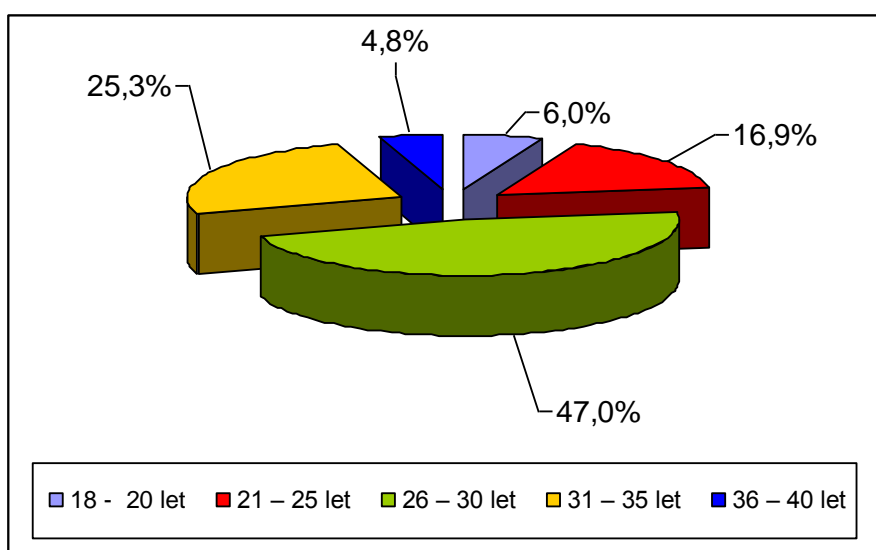
I. trimestr

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Nejvíce žen bylo ve věkové kategorii 26-30 let (47%). Skupina 31-35 let byla zastoupena v 25,3%, 16,9% respondentek bylo ve skupině 21-25 let a podobně početné byly skupiny 18-20 let (6%) a 36-40 let (4,8%).

Tabulka č. 1: Věk respondentek

Odpověď	Dotazovaných	Procenta (%)
18 - 20 let	5	6
21 – 25 let	14	16,9
26 – 30 let	39	47
31 – 35 let	21	25,3
36 – 40 let	4	4,8
Celkem	83	100



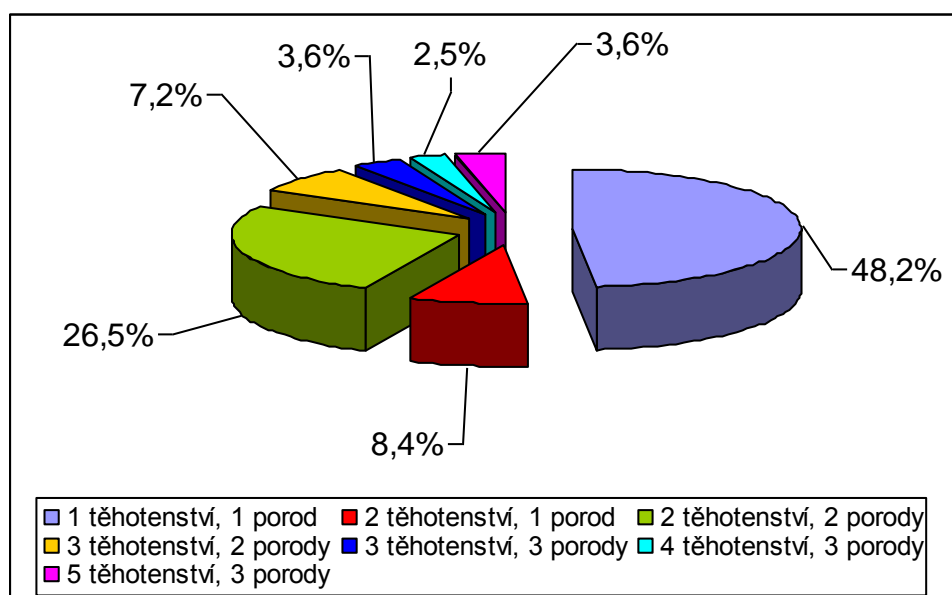
Graf č. 1: Věk respondentek

Otázka č. 2: Po kolikáté jste těhotná / po kolikáté budete rodit?

Budoucí maminky uváděly v číslech, kolikáté je toto těhotenství a po kolikáté budou rodit. Výzkumný soubor se tímto rozdělil do 7 skupin, z nichž nepočtenější byla skupina primigravid a tím i primipar (48,2%). Na druhém místě byly sekundigravidy sekundipary (26,5%), dále sekundigravidy primipary (8,4%), tercigravidy sekundipary (7,2%), tercigravidy tercipary (3,6%), kvantigravidy tercipary (3,6%), kvadrugravidy tercipary (2,5%).

Tabulka č. 2a: Parita respondentek

Odpověď	Dotazovaných	Procenta (%)
1 těhotenství, 1 porod	40	48,2
2 těhotenství, 1 porod	7	8,4
2 těhotenství, 2 porody	22	26,5
3 těhotenství, 2 porody	6	7,2
3 těhotenství, 3 porody	3	3,6
4 těhotenství, 3 porody	2	2,5
5 těhotenství, 3 porody	3	3,6
Celkem	83	100



Graf č. 2: Parita respondentek

Pro větší přehlednost a možnost dalšího zpracování jsem respondentky rozdělila do dvou skupin, na prvorodičky a vícerodičky. Prvorodiček bylo 56,6%, vícerodiček 40,4%.

Tabulka č. 2b: Parita respondentek

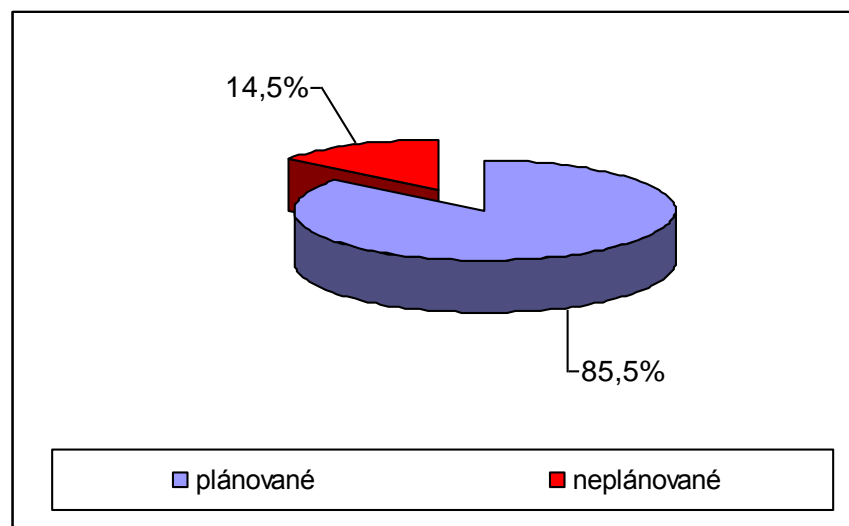
Odpověď	Dotazovaných	Procenta (%)
primipary	47	56,6
multipary	36	40,4
Celkem	83	100

Otázka č. 3: Jaké je Vaše těhotenství?

V této otázce ženy vybíraly ze dvou možností. Většina těhotenství byla plánovaných (85,5%), neplánovaných gravidit bylo 14,5%.

Tabulka č. 3: Těhotenství respondentek

Odpověď	Dotazovaných	Procenta (%)
plánované	71	85,5
neplánované	12	14,5
Celkem	83	100



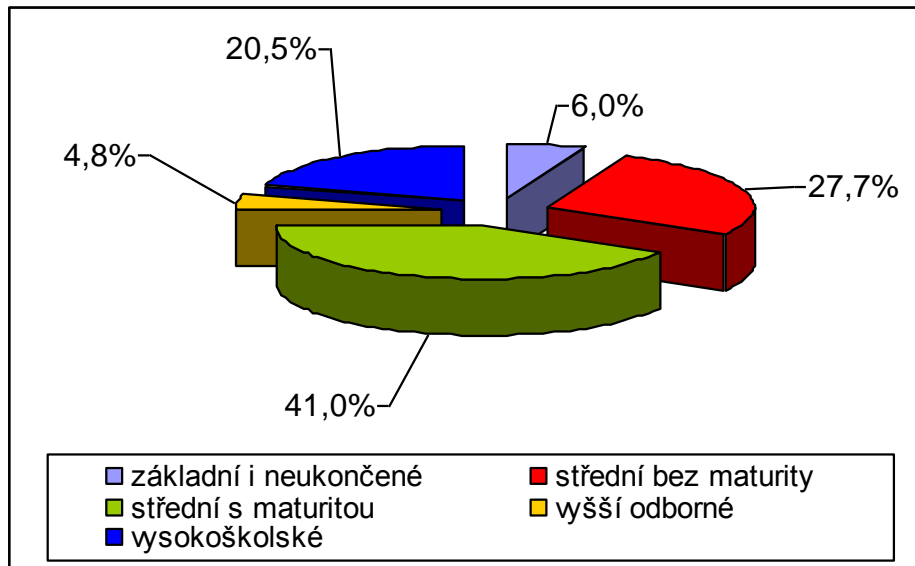
Graf č. 3: Těhotenství respondentek

Otázka č. 4: Jaké je Vaše vzdělání?

Většina žen ze zkoumaného vzorku měla středoškolské vzdělání s maturitou (41%), střední vzdělání bez maturity (27,7%), vysokoškolaček bylo 20,5% a téměř stejný byl počet maminek se základním (6%) a s vyšším odborným vzděláním (4,8%).

Tabulka č. 4: Vzdělání respondentek

Odpověď	Dotazovaných	Procenta (%)
základní i neukončené	5	6
střední bez maturity	23	27,7
střední s maturitou	34	41
vyšší odborné	4	4,8
vysokoškolské	17	20,5
Celkem	83	100



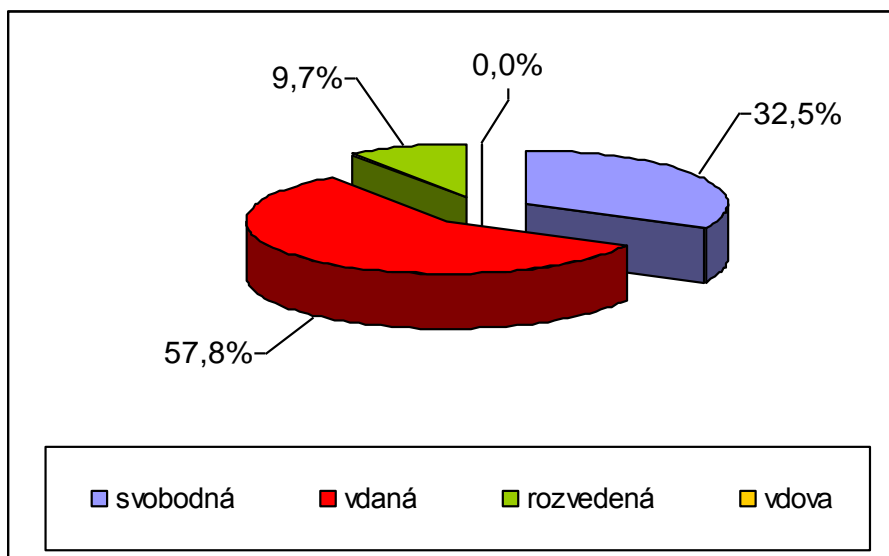
Graf č. 4: Vzdělání respondentek

Otázka č. 5: Jaký je Váš rodinný stav?

Nadpoloviční většina budoucích maminek uvedla, že žije v manželství (57,8%). 32,5% žen bylo svobodných, 9,7% rozvedených. Ovdovělá žena nebyla ve zkoumaném souboru žádná.

Tabulka č. 5: Rodinný stav respondentek

Odpověď	Dotazovaných	Procenta (%)
svobodná	27	32,5
vdaná	48	57,8
rozvedená	8	9,7
vdova	0	0
Celkem	83	100



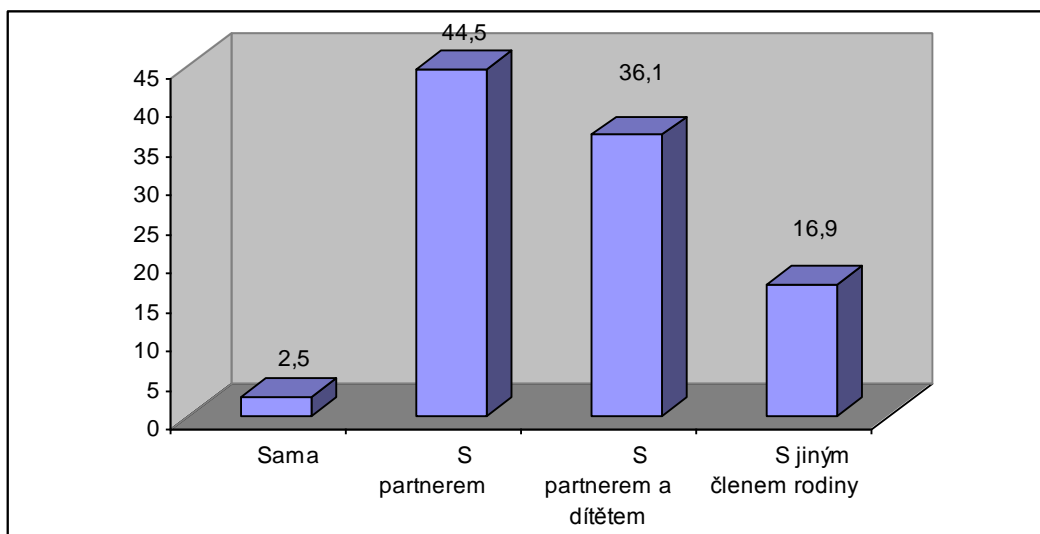
Graf č. 5: Rodinný stav respondentek

Otázka č. 6: V domácnosti žijete?

V této otázce ženy uváděly, s kým žijí ve společné domácnosti. Většina (44,5%) uvedla, že žije s partnerem. S partnerem a dítětem bydlí 36,1%, s jiným členem rodiny 16,9% a samotně žijících žen bylo 2,5%.

Tabulka č. 6: Domácnost respondentek

Odpověď	Dotazovaných	Procenta (%)
Sama	2	2,5
S partnerem	37	44,5
S partnerem a dítětem	30	36,1
S jiným členem rodiny	14	16,9



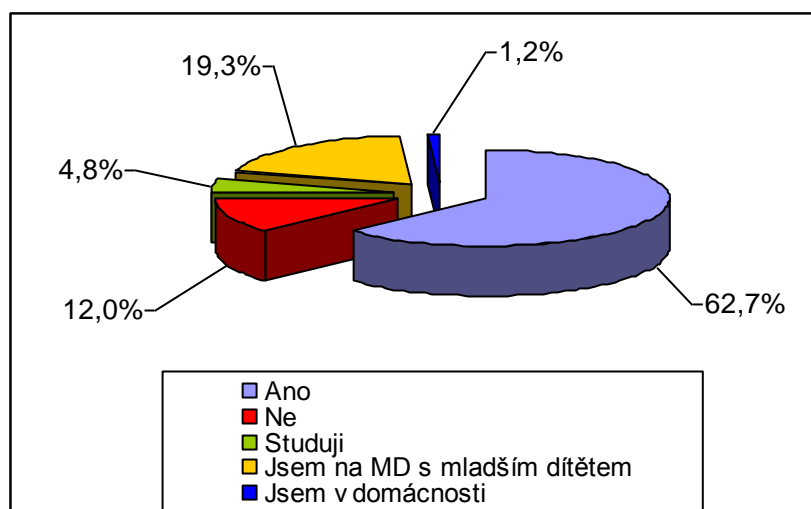
Graf č. 6: Domácnost respondentek

Otázka č. 7: Jste zaměstnaná?

Většina žen je pracujících (62,7%), z toho nejvíce bylo úřednic (30%), dělnic (16,8%) a učitelek (13,2%). 19,3% maminek uvedlo, že je na mateřské dovolené s mladším dítětem a 12% žen nepracuje. Dále ve zkoumaném souboru bylo 4,8% studentek a 1,2% žen v domácnosti.

Tabulka č. 7: Zaměstnání respondentek

Odpověď	Dotazovaných	Procenta (%)
Ano	52	62,7
Ne	10	12
Studuji	4	4,8
Jsem na MD s mladším dítětem	16	19,3
Jsem v domácnosti	1	1,2
Celkem	83	100



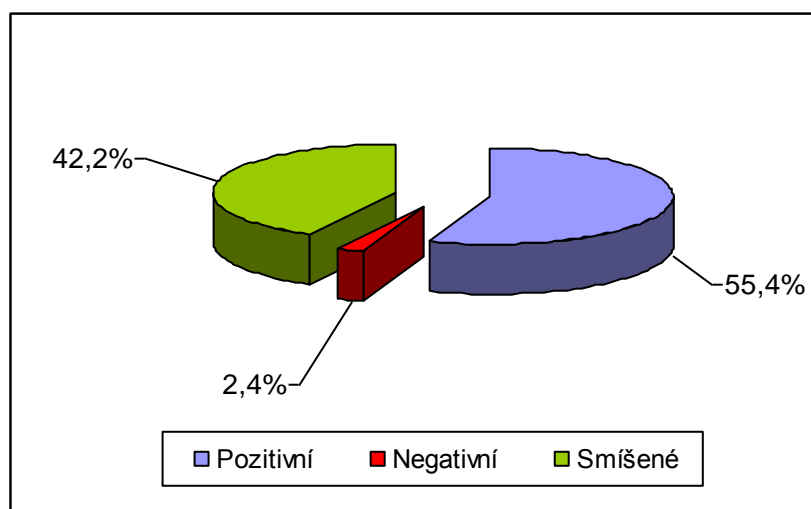
Graf č. 7: Zaměstnání respondentek

Otázka č. 8: Jaké pocity jste měla při zjištění těhotenství?

U většiny (55,4%) žen bylo zjištění těhotenství spojeno s pozitivními pocity. Smíšené pocity uvádí 42,2% žen. Negativní pocity při zjištění těhotenství uvedlo 2,4% dotázaných.

Tabulka č. 8: Pocity respondentek

Odpověď	Dotazovaných	Procenta (%)
Pozitivní (štěstí, radost, spokojenost, vzrušení)	46	55,4
Negativní (hněv, strach, starost, smutek)	2	2,4
Smíšené (zároveň strach, úzkost, štěstí, radost)	35	42,2
Celkem	83	100



Graf č. 8: Pocity respondentek

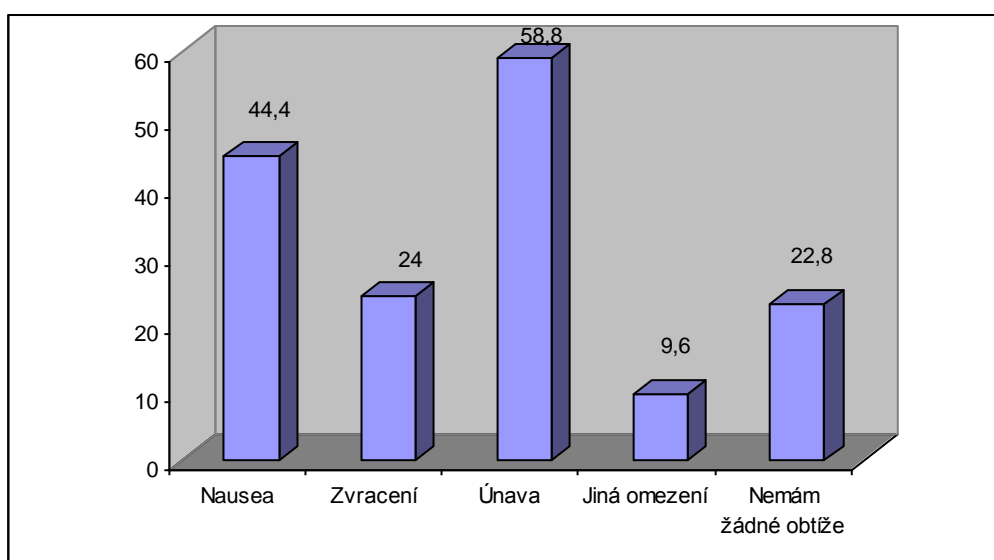
Otázka č. 9: Co Vám v současné době brání nejvíce ve vykonávání běžných aktivit?

U otázky číslo 9 měly respondentky možnost uvést i více odpovědí. Více jak polovinu žen (58,8%) nejvíce obtěžovala únava, 44,4% budoucích maminek trpělo nauzeou. 24% žen bránilo v běžných aktivitách zvracení a 9,6% těhotných uvedlo jiné obtíže, mezi kterými v 50% převažoval pocit na omdlení. 22,8% respondentek bylo bez obtíží.

Pokud ženy odpovědi kombinovaly, nejčastěji je obtěžovala současně nauzea a únava, a to v 40%.

Tabulka č. 9: Zábrany ve vykonávání běžných aktivit respondentek

Odpověď	Dotazovaných	Procenta (%)
Nauzea	37	44,4
Zvracení	20	24
Únava	49	58,8
Jiná omezení	8	9,6
Nemám žádné obtíže	19	22,8



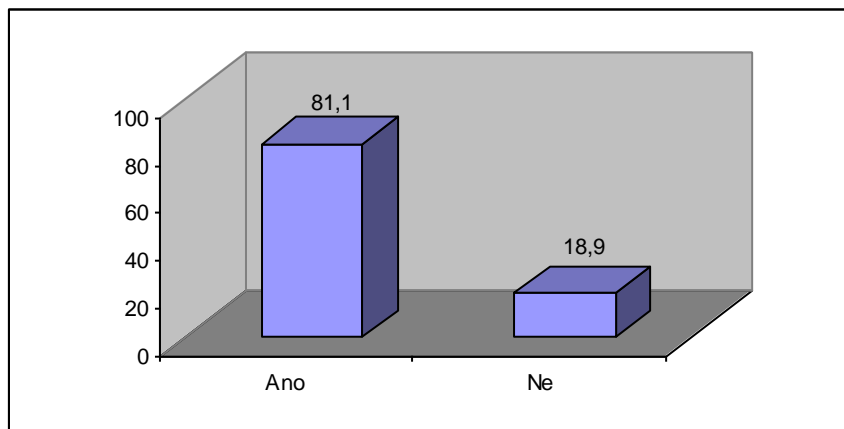
Graf č. 9: Zábrany ve vykonávání běžných aktivit respondentek

Otázka č. 10: Pokud máte nauzeu, zhoršuje se např. s nějakým pachem nebo jídlem?

Na tuto otázku odpovídaly pouze ženy, které měly nauzeu. 81,1% dotazovaných napsalo, že se nauzea zhoršuje s určitým podnětem (pachem, jídlem). Většina budoucích maminek uvedla více podnětů. Nejvíce těhotným ženám vadily parfémy (56%), pachy z vaření a lednice (46%), nevětraná místnost (30%), MHD (13%), WC (7%), čištění zubů (6%) a ostatní (9% - jar, levandule, maso, aviváž, česnek, čisticí prostředky). U 18,9% respondentek se nauzea s určitým podnětem nezhoršovala.

Tabulka č. 10: Zhoršení nauzey pachem nebo jídlem

Odpověď	Dotazovaných	Procenta (%)
Ano	30	81,1
Ne	7	18,9



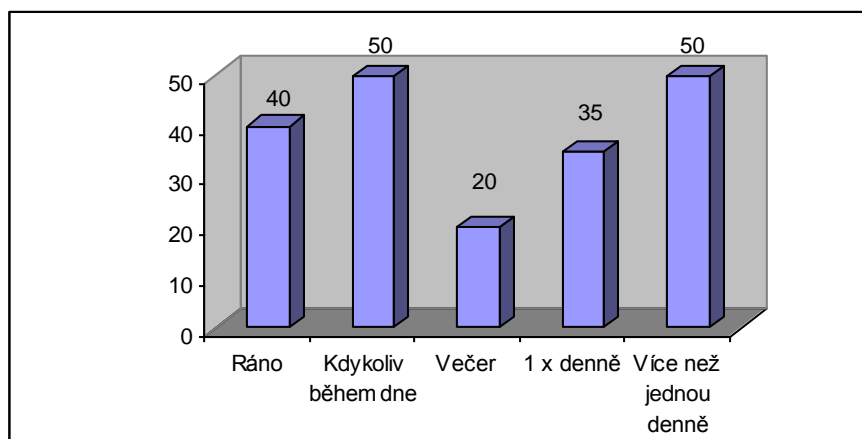
Graf č. 10: Zhoršení nauzey pachem nebo jídlem

Otázka č. 11: Pokud zvracíte, uveďte kdy a jak často

Zde měly respondenty možnost opět kombinovat více odpovědí. 50% žen uvedlo, že zvrací kdykoliv během dne, 40% ráno, 35% jedenkrát denně, 50 % více jak jedenkrát denně a 20% zvracelo večer. Pokud ženy kombinovaly odpovědi, tak nejčastěji uváděly, že zvrací více než jednou denně a kdykoliv během dne (40%).

Tabulka č. 11: Četnost zvracení respondentek

Odpověď	Dotazovaných	Procenta (%)
Ráno	8	40
Kdykoliv během dne	10	50
Večer	4	20
1 x denně	7	35
Více než jednou denně	10	50



Graf č. 11: Četnost zvracení respondentek

Otázky společné pro I. a II. trimestr

Tyto otázky byly hodnoceny společně, aby bylo možno porovnat rozdíly mezi oběma trimestry. Protože respondentky měly možnost uvést více odpovědí a vzniklo tím velké množství kombinací, byly hodnoceny počty jednotlivých odpovědí absolutně a procento respondentek, které jednotlivé odpovědi uvedly.

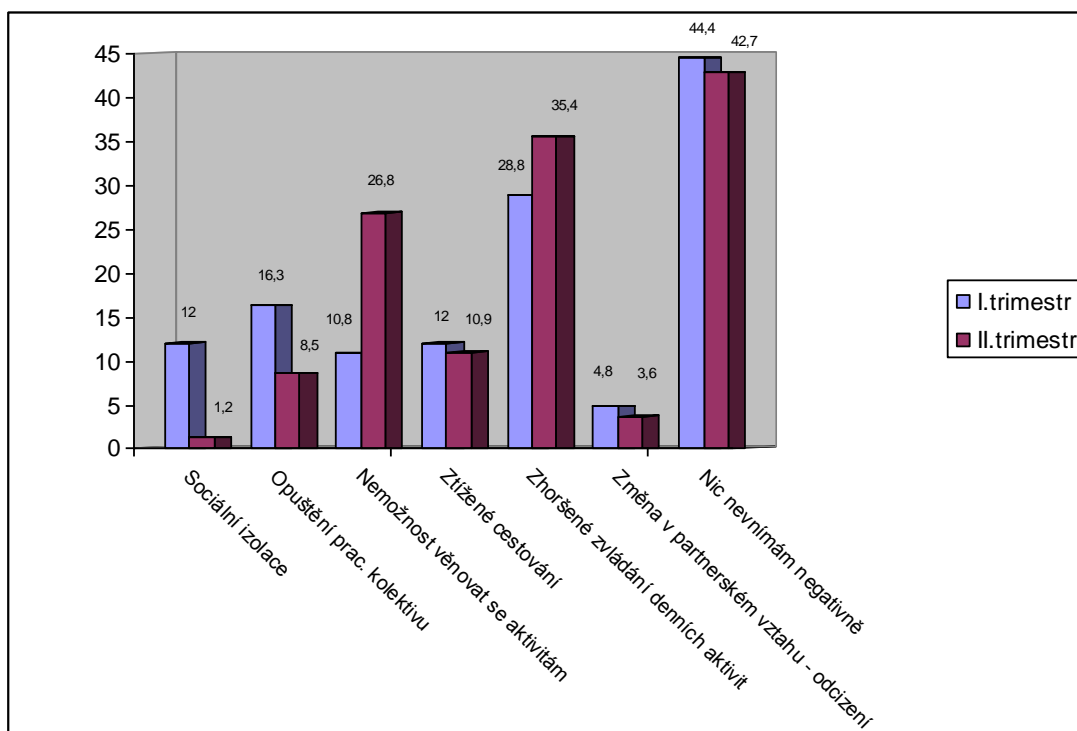
Otázka č. 12: Co v současné době negativně vnímáte?

U této otázky byla v obou trimestrech nejvíce zastoupena (I. tr. 44,4%; II.tr. 42,7%) odpověď – nic nevnímám negativně. Zhoršené zvládnání běžných denních aktivit uvedlo v I. trimestru 28,8% dotazovaných, ve II. trimestru 35,4% žen. Nemožnost věnovat se oblíbeným aktivitám označilo v I. trimestru 10,8% žen, ve II. trimestru 26,8%. Opuštění pracovního kolektivu negativně vnímalo v I. tr. 16,3% budoucích maminek, ve II. trimestru 8,5% dotazovaných. Ztížené cestování trápilo v I. trimestru 12% žen, ve II. tr. 10,9% žen. Sociální izolaci v I. trimestru vnímalo negativně 12% respondentek, ve II. trimestru 1,2% dotazovaných. Odcizení v partnerském vztahu v I. tr. uvedlo 4,8% budoucích maminek, ve II. tr. 3,6%.

Pokud porovnáme oba trimestry, tak negativní vnímání bylo větší v I. trimestru v oblasti sociální izolace o 10,8% , opuštění pracovního kolektivu o 8,2%, ztíženého cestování o 1,1%, odcizení partnerského vztahu o 1,2%. Zhoršení nemožnosti věnování se oblíbeným aktivitám vnímaly budoucí maminky více ve II. trimestru o 17,8% a v tomto trimestru došlo i ke zhoršení zvládnání denních aktivit o 6,6%.

Tabulka č. 12: Negativně vnímané změny (životní okolnosti)

Odpověď	Dotazovaných I. trimestr	Dotazovaných II. trimestr	Procenta (%) I. trimestr	Procenta (%) II. trimestr
Sociální izolace	10	1	12	1,2
Opuštění prac. kolektivu	14	7	16,3	8,5
Nemožnost věnovat se aktivitám	9	22	10,8	26,8
Ztížené cestování	10	9	12	10,9
Zhoršené zvládání denních aktivit	24	29	28,8	35,4
Změna v partnerském vztahu - odcizení	4	3	4,8	3,6
Nic nevnímám negativně	37	35	44,4	42,7



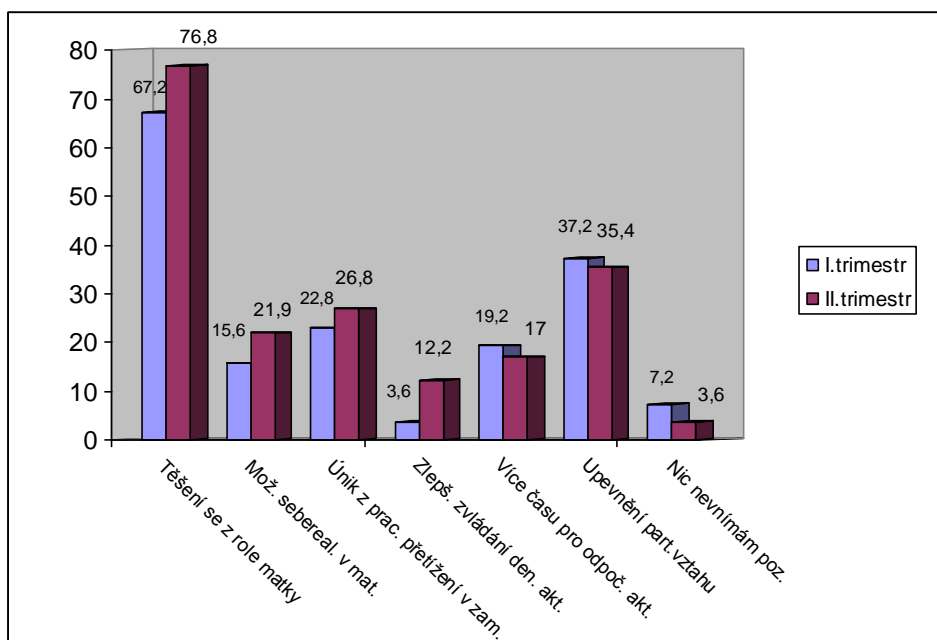
Graf č. 12: Negativně vnímané změny (životní okolnosti)

Otázka č. 13: Co v současné době pozitivně vnímáte?

U otázky č. 13 převažovala v obou trimestrech odpověď – těšení se z role matky, a to v I. trimestru v 67,2%, ve II. v 76,8%. Upevnění partnerského vztahu vnímalo pozitivně v I. trimestru 37,2% respondentek, ve II. 35,4% žen. Únik z pracovního přetížení v zaměstnání pozitivně hodnotilo v I. trimestru 22,8% žen, ve II. trimestru 26,8% budoucích maminek. V I. trimestru uvedlo pozitivní vnímání možnosti seberealizace v mateřství 15,6 % respondentek, ve II. trimestru 21,9% dotazovaných. Větší časový prostor pro odpočinkové aktivity pozitivně hodnotilo v I. trimestru 19,2% těhotných a 17% ve II. trimestru. Zlepšení zvládání denních aktivit uvedlo v I. trimestru 3,6% dotazovaných, ve II. 12,2% respondentek. Žádné pozitivní vnímání uvedlo v I. trimestru 7,2% těhotných a ve II. trimestru 3,6% budoucích maminek. Při porovnání I. a II. trimestru došlo ke zlepšení pozitivního vnímání u těšení se z role matky, a to ve II. trimestru o 9,6%. Dále se ve II. trimestru zlepšilo pozitivní vnímání možnosti seberealizace v mateřství o 6,3%, úniku z pracovního přetížení v zaměstnání o 4%, zlepšeného zvládání denních aktivit o 8,6%. Větší časový prostor pro odpočinkové aktivity více pozitivně ženy vnímaly v I. trimestru o 2,2% a upevnění partnerského vztahu o 1,8%. Žádné pozitivní vnímání uvedlo v I. trimestru o 3,6% více žen než ve II. trimestru.

Tabulka č. 13: Pozitivně vnímané změny (životní okolnosti)

Odpověď	Dotazovaných I. trimestr	Dotazovaných II. trimestr	Procenta (%) I. trimestr	Procenta (%) II. trimestr
Těšení se z role matky	56	63	67,2	76,8
Možnost seberealizace v mateřství	13	18	15,6	21,9
Únik z pracovního přetížení	19	22	22,8	26,8
Zlepšené zvládání denních aktivit	3	10	3,6	12,2
Větší časový prostor pro odpočinkové aktivity	16	14	19,2	17
Upevnění partnerského vztahu	31	29	37,2	35,4
Nic nevnímám pozitivně	6	3	7,2	3,6



Graf č. 13: Pozitivně vnímané změny (životní okolnosti)

Otázka č. 14: Označte všechny negativní emoce, které prožíváte

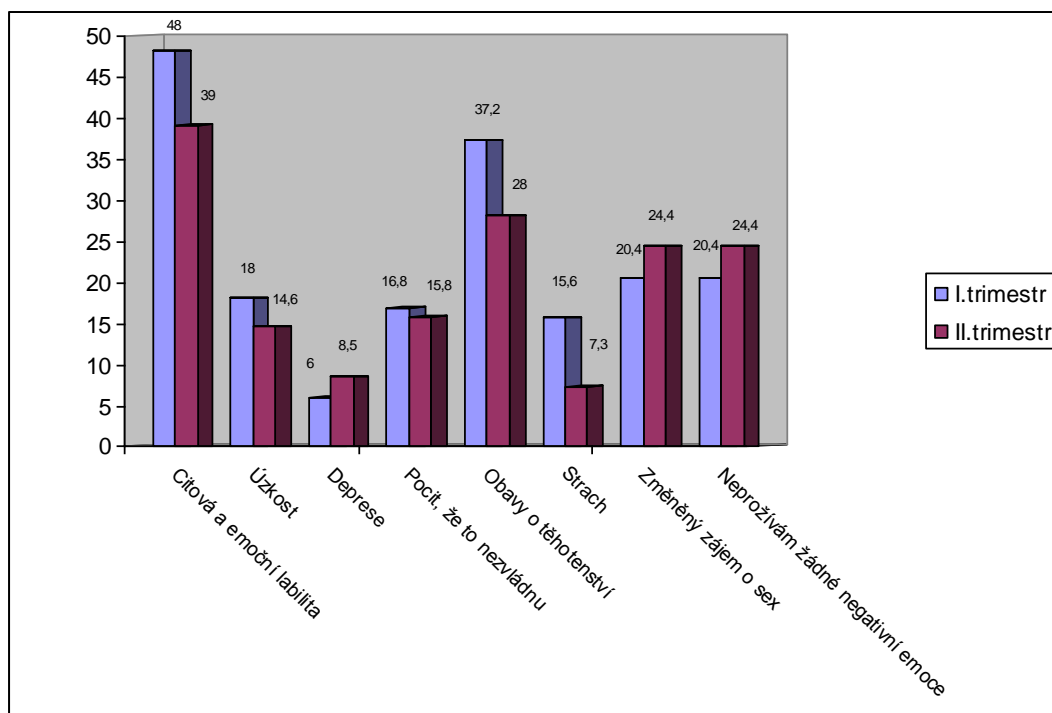
V I. trimestru téměř polovina žen prožívala citovou a emoční labilitu (48%). Obavy o těhotenství pociťovalo 37,2% žen, změněný zájem o sex uvedlo 20,4% respondentek, žádné negativní emoce 20,4%. Pocit, že to nezvládnou, mělo 16,8% žen, úzkost uvedlo 18% těhotných a strach 15,6% respondentek. Nejméně častou negativní emocí byla deprese (6%).

Mezi nejčastější negativní emoce ve II. trimestru patřila opět citová a emoční labilita (39%), obavy o těhotenství (28%) a změněný zájem o sex (24,4%). Žádné negativní emoce uvedlo 24,4% dotazovaných. Pocit, že to nezvládnou, mělo 15,8% dotazovaných, úzkost pociťovalo 14,6% těhotných a mezi nejméně časté emoce patřily strach (7,3%) a deprese (8,5%).

Pokud provedu porovnání obou trimestrů, co se týká zhoršení či zlepšení negativních emocí, tak v I. trimestru pociťovaly ženy citovou emoční labilitu o 9% více než ve II. trimestru, úzkost o 3,4%, obavy o těhotenství o 9,2%, strach o 8,3% a pocit, že to nezvládnou, mělo o 1% žen v I. tr. více než ve II. trimestru. Ve II. trimestru se zhoršil zájem o sex o 4,4% a žádné negativní emoce mělo o 4,4% více těhotných než v I. trimestru.

Tabulka č. 14: Negativní emoce respondentek

Odpověď	Dotazovaných I. trimestr	Dotazovaných II. trimestr	Procenta (%) I. trimestr	Procenta (%) II. trimestr
Citová a emoční labilita	40	32	48	39
Úzkost	15	12	18	14,6
Deprese	5	7	6	8,5
Pocit, že to nezvládnou	14	13	16,8	15,8
Obavy o těhotenství	31	23	37,2	28
Strach	13	6	15,6	7,3
Změněný zájem o sex	17	20	20,4	24,4
Neprožívám žádné negativní emoce	17	20	20,4	24,4



Graf č. 14: Negativní emoce respondentek

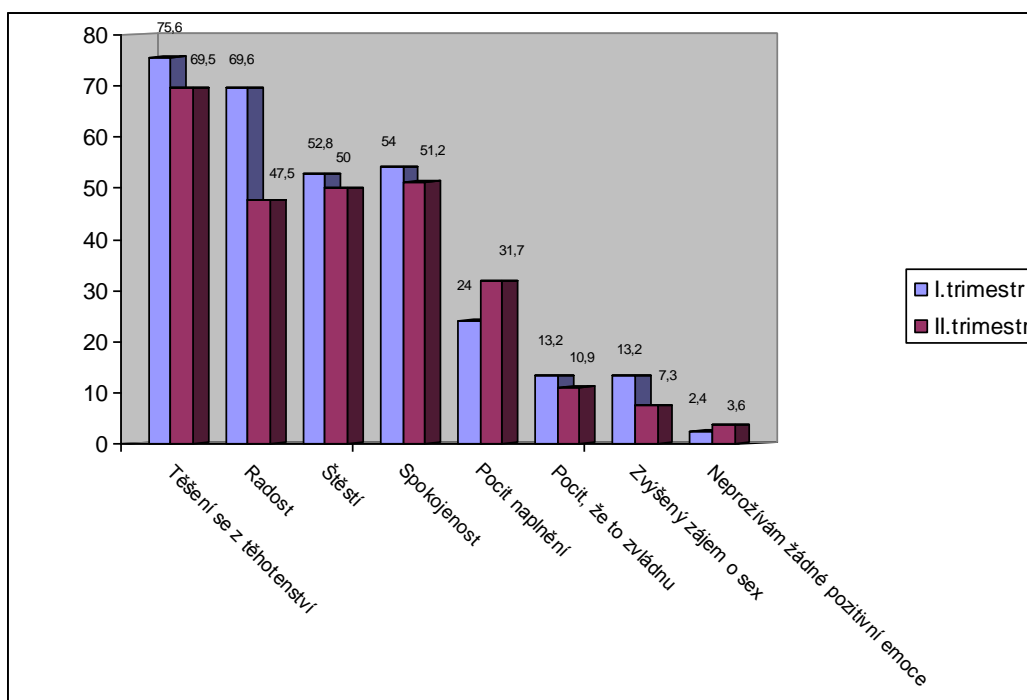
Otázka č. 15: Označte všechny pozitivní emoce, které prožíváte

Jako nejčastější pozitivní emoci ženy označily těšení se z těhotenství, a to v I. trimestru v 75,6% a ve II. trimestru v 69,5%. Mezi další pozitivní emoce patřila radost (69,6%, 47,5%), štěstí (52,8%, 50%), spokojenost (54%, 51,2%) a pocit naplnění (24%, 31,7%). Zvýšený zájem o sex prožívalo pozitivně v I. trimestru 13,2% žen a ve II. trimestru 7,3% těhotných. Nejnižší počet odpovědí byl v otázce – neprožívám žádné pozitivní emoce (2,4%, 3,6%).

Ve druhém trimestru je patrné zhoršení těšení se z těhotenství o 6,1%, radosti o 22,1%, štěstí o 2,8% a spokojenosti o 2,8%. Pocit, že to zvládnou, mělo ve II. trimestru o 2,3% méně žen než v I. trimestru a menší byl i zájem o sex (o 5,9%). Ve II. trimestru došlo ke zlepšení pouze v pocitu naplnění, a to o 7,7%.

Tabulka č. 15: Pozitivní emoce respondentek

Odpověď	Dotazovaných I. trimestr	Dotazovaných II. trimestr	Procenta (%) I. trimestr	Procenta (%) II. trimestr
Těšení se z těhotenství	63	57	75,6	69,5
Radost	58	39	69,6	47,5
Štěstí	44	41	52,8	50
Spokojenost	45	42	54	51,2
Pocit naplnění	20	26	24	31,7
Pocit, že to zvládnou	11	9	13,2	10,9
Zvýšený zájem o sex	11	6	13,2	7,3
Neprožívám žádné pozitivní emoce	2	3	2,4	3,6



Graf č. 15: Pozitivní emoce respondentek

Otázka č. 16: Pokud máte strach z nějakého vyšetření, uveďte, prosím, z jakého a proč?

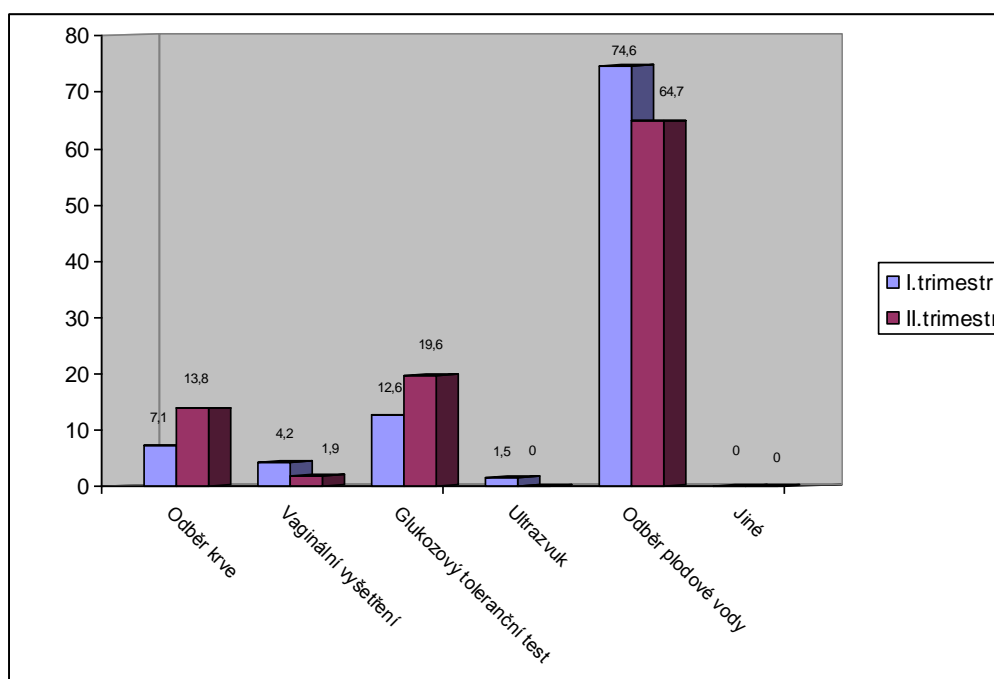
Obavu z vyšetření uvedlo v I. trimestru 72 respondentek (86%), ve II. trimestru 51 žen (61%). V obou trimestrech budoucí maminky uváděly, že největší strach mají z odběru plodové vody (I. tr. 74,6%, II. tr. 64,7%) a z glukózového tolerančního testu (I. tr. 12,6%, II. tr. 19,6%). Odběru krve se v I. trimestru bálo 7,1% žen a ve II. trimestru 13,8%. Nejméně měly ženy strach z vaginálního vyšetření (I. tr. 4,2%, II. tr. 1,9%) a z ultrazvuku (I. tr. 1,5%, II. tr. 0%).

Dále měly těhotné možnost uvést, proč se bojí určitého vyšetření. U odběru plodové vody uváděly jako nejčastější důvod obavu z potratu (I. tr. 56%, II. tr. 60%), strach z bolesti (I. tr. 27%, II. tr. 26%), strach z neznámého vyšetření (I. tr. 21%, II. tr. 18%) a obavu ze zjištění genetických vad (I. tr. 11%, II. tr. 14%). U glukózového tolerančního testu uváděly ženy téměř v 100% strach z toho, „že jim bude špatně“, a to v obou trimestrech. Většina budoucích maminek napsala více možných odpovědí.

Nejvíce se tedy ženy bály v I. i II. trimestru amniocentézy a glukózového tolerančního testu.

Tabulka č. 16: Strach respondentek z vyšetření

Odpověď	Dotazovaných I. trimestr	Dotazovaných II. trimestr	Procenta (%) I. trimestr	Procenta (%) II. trimestr
Odběr krve	5	7	7,1	13,8
Vaginální vyšetření	3	1	4,2	1,9
Glukozový toleranční test	9	10	12,6	19,6
Ultrazvuk	1	0	1,5	0
Odběr plodové vody	54	33	74,6	64,7
Jiné	0	0	0	0



Graf č. 16: Strach respondentek z vyšetření

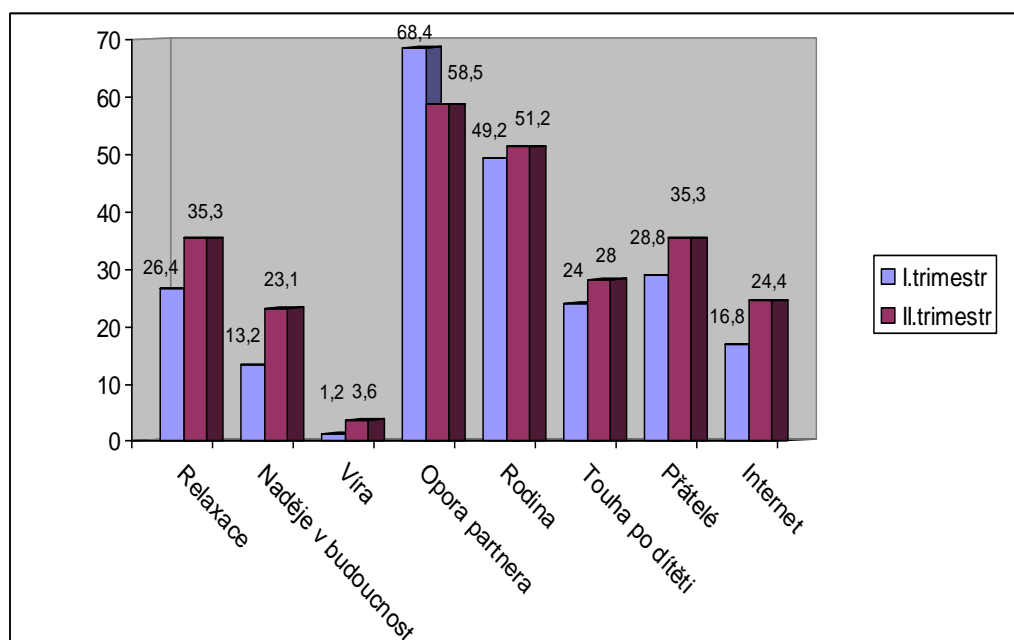
Otázka č. 17: Pokud máte nějaké negativní pocity, změny, co Vám je pomáhá zvládnout?

V obou trimestrech byl pro ženy největší oporou partner (I. tr. 68,4%, II. tr. 58,5%), rodina (I. tr. 49,2%, II. tr. 51,2%) a přátelé (I. tr. 28,8%, II. tr. 35,3%). Dále při zvládání negativních pocitů pomáhala ženám relaxace (I. tr. 26,4%, II. tr. 35,3%), touha po dítěti (I. tr. 24%, II. tr. 28%), internet (16,8%, 24,4%) a naděje v budoucnost (13,2%, 23,1%). Víra byla zmíněna v I. trimestru v 1,2% a ve II. trimestru v 3,6%.

Pokud porovnáme oba trimestry, tak ve II. trimestru mělo větší naději v budoucnost o 9,9% respondentek, více těhotných se také uchýlovalo k internetu (o 7,6%), relaxaci (o 9,1%) a hledalo oporu v přátelích (o 6,5%). O 9,9% více respondentek mělo pocit, že v I. trimestru jim byl partner větší oporou než ve II. Ostatní odpovědi byly v obou trimestrech poměrně vyrovnané.

Tabulka č. 17: Zvládání negativních pocitů, změn

Odpověď	Dotazovaných I. trimestr	Dotazovaných II. trimestr	Procenta (%) I. trimestr	Procenta (%) II. trimestr
Relaxace	22	29	26,4	35,3
Naděje v budoucnost	11	19	13,2	23,1
Víra	1	3	1,2	3,6
Opora partnera	57	48	68,4	58,5
Rodina	41	42	49,2	51,2
Touha po dítěti	20	23	24	28
Přátelé	24	29	28,8	35,3
Internet	14	20	16,8	24,4



Graf č. 17: Zvládání negativních pocitů, změn

Otázky pro II. trimestr

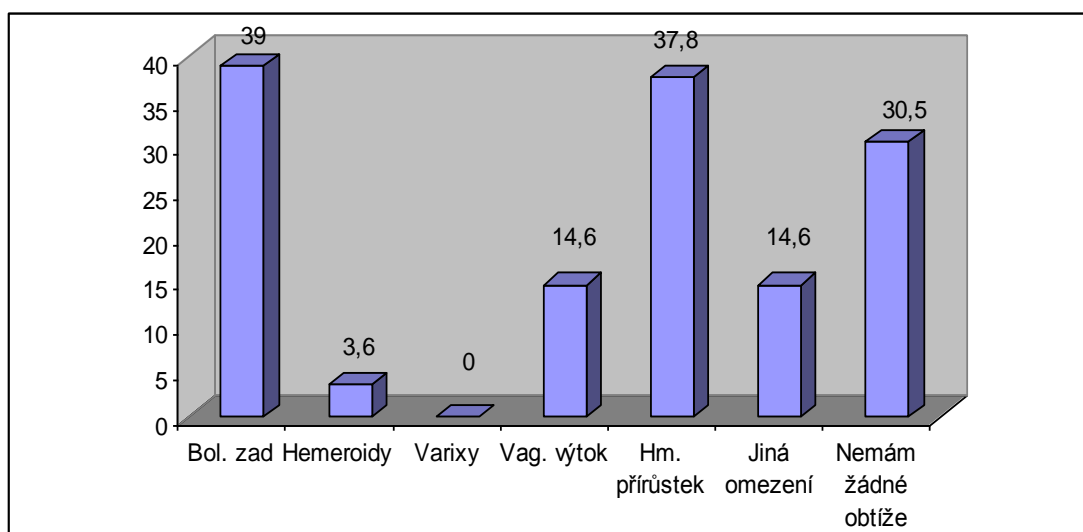
Otázka č. 18: Co Vám v současné době brání nejvíce ve vykonávání běžných aktivit?

Ve II. trimestru nejvíce ženy obtěžovala bolest zad (39%), hmotnostní přírůstek (37,8%) a vaginální výtok (14,6%). Jiná omezení uvedlo 14,6% respondentek. Mezi ně patřila ve více jak 50% bolest v tříselech a zácpa. Nejméně častou obtíží byly hemeroidy (3,6%). 30,5% budoucích maminek odpovědělo, že nemá žádné obtíže.

Pokud ženy zaškrtovaly více odpovědí, tak nejčastější kombinací byla v 35% bolest zad a hmotnostní přírůstek.

Tabulka č. 18: Problémy respondentek

Odpověď	Dotazovaných	Procenta (%)
Bolest zad	32	39
Hemeroidy	3	3,6
Varixy	0	0
Vaginální výtok	12	14,6
Hmotnostní přírůstek	31	37,8
Jiná omezení	12	14,6
Nemám žádné obtíže	25	30,5



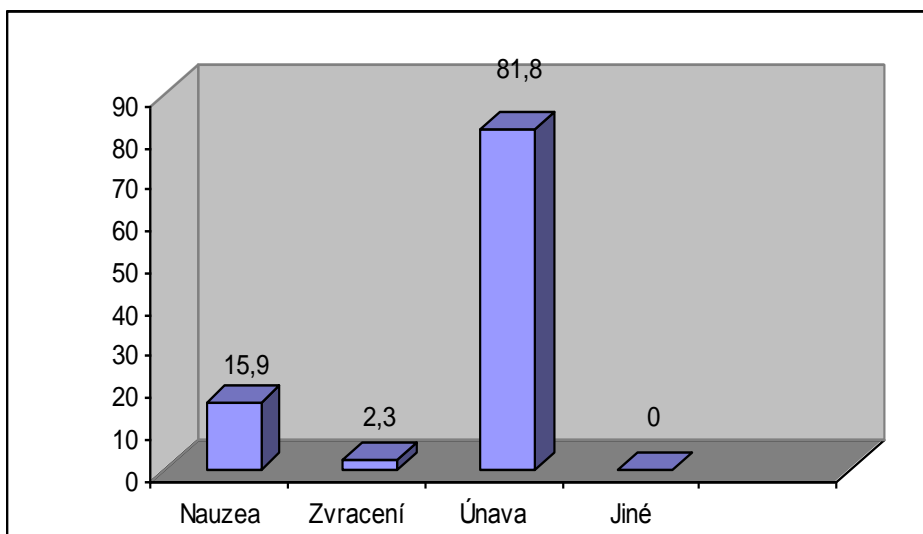
Graf č. 18: Problémy respondentek

Otázka č. 19: Pokud přetrvávají obtíže z prvního trimestru, uveďte, prosím, jaké?

Na tuto otázku odpovědělo 44 dotazovaných těhotných ve II. trimestru. 81,8% žen uvedlo přetrvávání únavy, u 15,9% respondentek přetrvávala nauzea a 2,3% budoucích maminek dále obtěžovalo zvracení.

Tabulka č. 19: Obtíže respondentek z I. trimestru

Odpověď	Dotazovaných	Procenta (%)
Nauzea	7	15,9
Zvracení	1	2,3
Únava	36	81,8
Jiné	0	0



Obrázek č. 19: Obtíže respondentek z I. trimestru

V dotaznících pro oba trimestry byly dále zařazeny otázky (č. 17 pro I. tr., č. 9,10 pro II. tr.) s možností volných odpovědí. Zde měly těhotné ženy možnost vyjádřit postřeh, úvahu, myšlenku, týkající se I. a II. trimestru. Některé z těchto odpovědí jsou citovány v úvodu, závěru a diskuzi.

DISKUZE

Pro výzkumné šetření byla zvolena kvantitativní metoda. Dotazníkového šetření se zúčastnily těhotné ženy v I. a II. trimestru gravidity. Dotazníky byly rozdány v pěti ambulancích obvodních gynekologů. Těhotným v I. trimestru bylo rozdáno celkem 90 dotazníků, zpět bylo získáno 83 dotazníků (tj. návratnost 92%). Ty samé ženy byly osloveny i ve II. trimestru těhotenství, kdy se vrátilo 83 vyplněných dotazníků (tj. návratnost 100%). Částečné porovnání mnou získaných výsledků je možné provést s bakalářskou prací Jany Žitné, jejímž tématem byl „Stres těhotné ženy v souvislosti s prenatalní diagnostikou“. Srovnání bylo možné provést u pocitů, které ženy udávaly při zjištění těhotenství, u negativních prožitků v průběhu těhotenství souvisejících i ze strachu z některého prenatalního vyšetření.

Jak vyplývá z vyhodnocení výzkumného šetření, byly u většiny žen (55,4%) pocity spjaté se zjištěním těhotenství pozitivní. To jistě souvisí s tím, že z celkového počtu 83 respondentek 71 (85,5%) žen těhotenství plánovalo. Smíšené pocity (zároveň strach, úzkost, štěstí, radost) uvedlo 42,2% respondentek a negativní pocity uvedlo pouze 2,4% těhotných. Smíšené pocity mohou být způsobeny hormonální dysbalancí charakteristickou pro těhotenství a také faktem, že i když se ve většině případů jednalo o plánovaná těhotenství, plánování a realita jsou dvě odlišné věci a první trimestr bývá právě obdobím přijetí této reality. *„Nejdřív jsem měla radost, pak mě přepadla hrozná úzkost, uvažovala jsem o přerušení, bála jsem se názoru ostatních. O plánování jsme s partnerem nikomu neřekli, vyšlo nám to hned druhý měsíc.“* (citace z dotazníku). Nízké procento negativních pocitů ze zjištění těhotenství je dáno také tím, že ve zkoumaném vzorku nebyly zařazeny ženy, které si těhotenství nepřály a rozhodly se pro ukončení těhotenství.

Žitná (2008) ve své práci uvádí u 71% dotazovaných žen pozitivní pocity při zjištění těhotenství a u 29% žen pocity ambivalentní. Nižší počet respondentek s ambivalentními pocity je do jisté míry dán tím, že ženy hodnotily tyto pocity s časovým odstupem (dotazníky byly rozdávány 2.- 3. den po porodu). Jinak v obou výzkumných šetřeních převažovaly pocity pozitivní.

Pokud se zaměříme na obtíže bránící vykonávání běžných denních aktivit, tak v I. trimestru byla nejvíce zastoupena únava (58,8%) a nauzea (44,4%). Zvracení obtěžovalo budoucí maminky v 24%. *„Nechápu, jak někdo může tvrdit, že těhotenství je nejkrásnějším momentem v životě ženy. Mně je stále špatně, na zvracení, když to není zvracení, tak mdloby“* (citace z dotazníku). Kdykoliv během dne obtěžovalo zvracení 50% žen, 50% těhotných žen

zvracelo více jak jedenkrát denně a 40% uvedlo, že zvrací ráno. Zde by jistě mohla svou radou pomoci budoucím maminkám porodní asistentka. Může těhotným doporučit snídat vleže a po jídle zůstat chvíli v klidu. Pokud ženy odpovědi kombinovaly, tak nejčastěji uváděly, že zvrací více než jednou denně kdykoliv během dne (40%). 81,1% dotazovaných, které měly nauzeu, uvedlo, že se nauzea zhoršuje s určitým podnětem. Nejvíce těhotným ženám vadily parfémy (56%), pachy z vaření a lednice (46%), nevětraná místnost (30%), MHD (13%), WC (7%), čištění zubů (6%) a ostatní (9% - Jar, levandule, maso, aviváž, česnek, čisticí prostředky). U 18,9% respondentek se nauzea s určitým podnětem nezhoršovala. U 44 těhotných přetrvávaly tyto obtíže až do druhého trimestru, a to v 81,8% únava, v 15,9% nauzea a v 2,3% zvracení.

Ve II. trimestru nejvíce bránila těhotným v denních aktivitách bolest zad (39%), hmotnostní přírůstek a zvětšující se objem břicha (37,8%) a vaginální výtok (14,6%). Jiná omezení uvedlo 14,6% respondentek. Mezi ně patřila ve více jak 50% bolest v tříslech a zácpa. 30,5% budoucích maminek odpovědělo, že nemá žádné obtíže. Pokud ženy zaškrtovaly více odpovědí, tak nejčastější kombinací byla v 35% bolest zad a hmotnostní přírůstek. Tyto vyjmenované obtíže jsou typické pro II. trimestr. V ideálním případě doporučí porodní asistentka budoucí mamince začít navštěvovat cvičení pro těhotné. Přínosem tohoto cvičení je redukce bolestí zad, zlepšení držení těla, zvládnání narůstající zátěže, prevence zácpy a hemeroidů a celkové zlepšení fyzické a psychické kondice.

Za nejčastější negativní emoci ženy považovaly citovou a emoční labilitu. V I. trimestru ji označila téměř polovina respondentek (48%), obavy o těhotenství pociťovalo 37,2% žen. Pocit „že to nezvládnou“, mělo 16,8% žen, úzkost uvedlo 18% těhotných a strach 15,6% respondentek. „*Mám pocit, že celý život budu mít jen strach (abych nepotratila, aby bylo zdravé dítě, porod, kojení, jestli ho správně vychovám...).* Na to jsem nebyla připravená. *Jinak je to bezva, moc se těšíme.*“ (citace z dotazníku) Nejméně častou negativní emoci byla deprese (6%). 20,4% žen nezaznamenalo v průběhu I. trimestru žádné negativní emoce. Ve druhém trimestru došlo ke zlepšení v oblasti citové a emoční lability o 9%. Menší byly také obavy o těhotenství, a to o 9,2%, strach o 8,3% a úzkost o 3,4%. Žádné negativní emoce označilo ve II. trimestru o 4,4% respondentek méně než v I. trimestru.

Téměř polovina dotazovaných žen nezaznamenala v průběhu obou trimestrů žádné negativně vnímané změny, životní okolnosti (I. tr. 44,4%, II. tr. 42,7%). Je možno předpokládat, že je to způsobeno vysokým procentem žen plánujících rodičovství.

Na tuto skutečnost mají jistě vliv socio-ekonomické faktory, které nutí ženy těhotenství plánovat na dobu, kdy jsou materiálně a ekonomicky zabezpečeny. Žitná (2008) ve svém výzkumném šetření uvádí také poměrně vysoké procento žen, které nezaznamenaly žádné negativní emoce. Šetření bylo sice prováděno za období celého těhotenství, ale můžeme předpokládat obdobný výsledek obou výzkumů. Budoucí maminky dále negativně vnímaly zhoršené zvládnání běžných denních aktivit (I. tr. 28,8%, II. tr. 35,4%) a nemožnost věnovat se oblíbeným aktivitám (I. tr. 10,8%, II. tr. 26,8%). V těchto dvou oblastech došlo ve II. trimestru ke zhoršení. A to 6,6% a 17,8%. V oblasti sociální izolace, opuštění pracovního kolektivu došlo ve II. trimestru ke zlepšení o 10,8% a 8,2%. V otázce ztíženého cestování a odcizení partnerského vztahu velké rozdíly nebyly.

Velmi pozitivně hodnotily ženy těšení se z role matky (I. tr. 67,2%, II. tr. 76,8%) a upevnění partnerského vztahu (I. tr. 37,2%, II. tr. 35,4%). Dalšími oblastmi, které budoucí maminky vnímaly pozitivně, byl únik z přetížení v zaměstnání (I. tr. 22,8%, II. tr. 26,8%) a možnost seberealizace v mateřství (I. tr. 15,6%, II. tr. 21,9%). Větší časový prostor pro odpočinkové aktivity pozitivně hodnotilo v I. trimestru 19,2% těhotných a 17% ve II. trimestru. Zlepšení zvládnání denních aktivit uvedlo v I. trimestru 3,6% dotazovaných, ve II. tr. 12,2% respondentek. Žádné pozitivně vnímané změny uvedlo v I. trimestru 7,2% těhotných a ve II. trimestru 3,6% budoucích maminek.

Při porovnání I. a II. trimestru došlo ke zlepšení pozitivního vnímání u těšení se z role matky, a to ve II. trimestru o 9,6%. Dále se ve II. trimestru zlepšilo pozitivní vnímání možnosti seberealizace v mateřství o 6,3%, úniku z pracovního přetížení v zaměstnání o 4% a zlepšeného zvládnání denních aktivit o 8,6%. *„Dříve jsem žila hlavně pro práci. Mám pocit, že si v těhotenství více užívám. Myslím víc na sebe, svého partnera, rodinu. Zvětšuje se mi břicho, začíná být vidět, že jsem těhotná. Cítím se důležitě, zvyšuje se mi sebevědomí.“* (citace z dotazníku)

Mezi nejčastější pozitivní emoci patřilo těšení se z těhotenství, a to v I. trimestru 75,6%, ve II. trimestru 69,9%. *„Jsem nadšená, cítím pohyby dítěte, těším se, až je ucítí i partner. Mateřství si mě získalo, všichni kolem mne se diví.“* Mezi další nejčastěji označované emoce patřila radost (69,6%, 47,5%), štěstí (52,8%, 50%), spokojenost (54%, 51,2%) a pocit naplnění (24%, 31,7%). Nejnižší počet odpovědí byl v otázce – neprožívám žádné pozitivní emoce (2,4%, 3,6%).

Můžeme se domnívat, že vyšší procento pozitivních emocí v I. trimestru ve většině otázek může souviset s tím, že již vyprchalo počáteční nadšení při zjištění, že jsou těhotné. Vstupem do druhého trimestru také nastává období screeningových vyšetření, které ženy vnímají negativně. „*Poněkud nepříjemný pocit, že se člověk v těhotenství stává pacientem, který běhá od vyšetření k vyšetření.*“ (citace z dotazníku)

Pokud porovnáme oba trimestry v sexuální oblasti, tak ve druhém trimestru došlo ke zhoršení. O 5,9% více žen v I. trimestru mělo zájem o sex. O 4% více respondentek v II. než v I. trimestru označilo jako negativní emocii změněný zájem o sex. Tato skutečnost je jistě způsobena tím, že si žena může připadat méně přitažlivá a tím poněkud nesympatická. Její zvětšující se břicho může způsobit menší zájem o pohlavní styk, ať už ze strany její, nebo partnera. Může se také obávat ohrožení plodu, a to především tehdy, jestli už předtím potratila.

Obavu z vyšetření uvedlo v I. trimestru 72 respondentek (86%), ve II. trimestru 51 žen (61%). Největší strach měly těhotné ženy z odběru plodové vody – amniocentézy (I. tr. 74,6%, II. tr. 64,7%) a z glukózového tolerančního testu (I. tr. 12,6%, II. tr. 19,6%). U odběru plodové vody uváděly jako nejčastější důvod obavu z potratu (I. tr. 56%, II. tr. 60%), strach z bolesti (I. tr. 27%, II. tr. 26%), strach z neznámého vyšetření (I. tr. 21%, II. tr. 18%) a obavu ze zjištění genetických vad (I. tr. 11%, II. tr. 14%). „*Měla jsem strach, že bych potratila a že by odběr bolel. Už to mám za sebou. Nic to nebylo a vše je v pořádku.*“ (citace z dotazníku) Obava z amniocentézy je jistě dána tím, že těhotné vědí o skutečnosti, že se jedná o invazivní metodu prenatální diagnostiky, kde největším rizikem je ztráta těhotenství. U glukózového tolerančního testu uváděly ženy téměř v 100% strach z toho „že jim bude špatně“, a to v obou trimestrech. „*Bojím se toho, že tu sladkou vodu nevypiju, že mi bude špatně a že se pozvracím.*“ (citace z dotazníku) Nejméně se budoucí maminky bály ultrazvukového vyšetření (I. tr. 1,5%, II. tr. 0%). Podle citace názoru jedné respondentky se lze domnívat, že ultrazvukové vyšetření přináší ženám pozitivní prožitek při pozorování svého nenarozeného dítěte. „*Nádherné jsou ultrazvuky, když je vidíme se pohybovat a jak rostou. Moc se těšíme, až budou venku, abychom si je mohli pochovat, prohlídnout, spusinkovat.*“ Žitná (2008) ve své práci uvádí výskyt negativních emocí v souvislosti s amniocentézou u 66% respondentek.

Dalším zjištěním bylo, že největší oporu v obou trimestrech měly ženy v partnerovi (I. tr. 68,4%, II. tr. 58,5%). Podporu hledaly budoucí maminky také v rodině (I. tr. 49,2%, II. tr. 51,2%) a u přátel (I. tr. 28,8%, II. tr. 35,3%).

Jak je opora partnera důležitá a jak negativně žena vnímá, když se jí nedostává v takové míře, jak by si představovala, vyjadřuje citace názoru jedné z respondentek. Ta sice zaškrtnula v dotazníku u otázky č. 17 oporu partnera, ale za tuto odpověď dopsala do závorky „hlavně to jeho nadšení 😊“. Dále vepsala tuto myšlenku: „*I když se partner na přírůstek těší, mám pocit, že nepochopí, když mi není nejlíp, že proležím a prospím klidně celý den a stejně jsem po tom šíleně unavená. A tak si říkám, že by jim prospěl taky nějaký ten kurz, něco jako je těhotenská poradna, aby to ti méně citliví budoucí tatkové aspoň malinko pochopili. Ty změny atd. ...*“

U otázky, kde ženy měly možnost vyjádřit svůj názor, co považují pro sebe za nejdůležitější a změnil-li se tento názor od doby před těhotenstvím, bych ocitovala odpověď jedné z respondentek, která vystihuje názor ostatních žen. „*Nejdůležitější je pro mě rodina a upevnění partnerství, zdraví mé i dítěte. Tento názor se nezměnil od období před těhotenstvím, stále trvá, akorát bych řekla, že jsem duševně silnější než před těhotenstvím.*“

Pokud provedeme porovnání obou trimestrů a změny kvality života, můžeme konstatovat, že ve druhém trimestru ženy nacházely větší potěšení z mateřství než v prvním trimestru, lépe hodnotily únik z pracovního přetížení v zaměstnání a opuštění pracovního kolektivu. V tomto trimestru také bylo větší procento žen, které neměly žádné somatické obtíže. Na druhou stranu došlo ve druhém trimestru k nepatrnému poklesu pozitivních emocí (radost, štěstí, těšení se z těhotenství), ale i k poklesu obav o těhotenství, strachu a úzkosti. V tomto trimestru měly ženy také menší zájem o sex a hůře vnímaly nemožnost věnovat se oblíbeným aktivitám.

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bylo charakterizovat kvalitu života, popsat těhotenství a změny s ním související (fyzické, psychické). Výzkumné šetření mělo za úkol zjistit změny ve vnímané kvalitě života, vyvolané zjištěním gravidity, změny v postojích a hodnotovém systému těhotné ženy.

Většina respondentek z výzkumného souboru své těhotenství plánovala a u většiny těhotných byly pocity spjaté se zjištěním těhotenství pozitivní. V I. trimestru nejvíce budoucí maminky obtěžovala únava a nauzea. Nejčastějším vyvolávajícím podnětem nauzey byla vůně parfémů, pachy z jídla a lednice. Ve II. trimestru ztěžovala těhotným ženám běžné denní aktivity nejvíce bolest zad a hmotnostní přírůstek. Mnoho žen však tuto skutečnost vnímalo spíše pozitivně (podle volných odpovědí v dotazníku). „*Prožívám lehce nepříjemné pocity s nárůstem hmotnosti a sníženou pohyblivostí, ale to je samozřejmě kompenzováno radostí z těhotenství.*“ (citace z dotazníku)

Mezi nejčastější pozitivní emoce a pozitivně vnímané životní změny patřilo v obou trimestrech těšení se z těhotenství a mateřství. Za nejčastější negativní emoci ženy považovaly citovou a emoční labilitu, a to v obou trimestrech. Za pozitivní fakt můžeme považovat zjištění, že téměř polovina respondentek upřednostnila odpověď – nic nevnímám negativně. A to v obou trimestrech s nepatrným rozdílem. Pokud měly ženy nějaké negativně vnímané pocity či změny, největší oporou v obou trimestrech jim byl partner a rodina.

Největší strach měly těhotné ženy z odběru plodové vody, a to z důvodu možného potratu plodu, způsobeného tímto vyšetřením.

Za nejdůležitější ve svém životě ženy považovaly rodinu a zdraví. Tento názor se těhotenstvím nezměnil. Nelze tedy jednoznačně konstatovat, jestli byla kvalita života lepší v prvním nebo druhém trimestru těhotenství, ale jak vyplývá z porovnání pozitivních a negativních vjemů, emocí, životních okolností a změn v obou trimestrech, ženy se lépe cítily a prožívaly trimestr druhý. Jako příklad bych uvedla názor jedné budoucí maminky, jejíž odpověď vystihuje prožitky ostatních respondentek.

„*Druhý trimestr prožívám lépe než ten první. Nemám už problémy, zvětšuje se mi břicho, je vidět, že jsem těhotná, dělá mi to dobře. Jsem méně náladová a podrážděná, je mi lépe od žaludu, vše se začíná zklidňovat. Už nemám takový strach, věřím, že vše dobře dopadne.*“

Jsem si vědoma, že výsledky tohoto výzkumu nelze zobecnit pro celou populaci těhotných žen, především pro nedostatečnou velikost souboru. Jsem si také vědoma dalších možností zpracování výsledků výzkumného šetření – možnosti porovnat změnu kvality života vzhledem k plánování těhotenství, k věku a vzdělání respondentek a například k jejich paritě. Bylo by také jistě zajímavé, dotázat ty samé ženy ještě ve III. trimestru gravidity a porovnat změnu kvality života za období celého těhotenství.

Jako porodní asistentka si uvědomuji, jak důležitá je naše úloha v prenatální péči. Můžeme těhotné ženě pomoci překonat obtíže prvního trimestru, a to jak radou, tak povzbuzením.

Závěrem bych ocitovala dojemné vyjádření 33leté těhotné maminky: ***„Miminko jsme už neplánovali, protože máme doma dva zdravé kluky Na začátku těhotenství jsem váhali, zda si miminko necháme. Když mi 7letý syn řekl, že je to NAŠE miminko, tak kam bychom to dávali, bylo vybráno. Ted' se společně s dětmi těšíme.“***

ANOTACE

Autor:	Anna Veselá
Instituce:	Ústav sociálního lékařství LF UK v Hradci Králové Oddělení ošetrovatelství
Název práce:	Vliv těhotenství na kvalitu života
Vedoucí práce:	Mgr. Eva Vachková
Počet stran:	67
Počet příloh:	2
Rok obhajoby:	2009
Klíčová slova:	kvalita života, těhotenství

Bakalářská práce zjišťuje změny ve vnímané kvalitě života v závislosti na období těhotenství. Zabývá se teoretickým shrnutím kvality života a těhotenstvím. Těžiště práce tvoří kvantitativní výzkum, kde jsou rozkrývány pocity žen při zjištění těhotenství, tělesné obtíže bránící vykonávání běžných aktivit a v neposlední řadě negativní a pozitivní emoce. Dále bylo zjišťováno, co z nabídnutých možností vnímaly ženy pozitivně a co negativně a jak se tyto postoje měnily v průběhu prvních dvou trimestrů.

ANNOTATION

Author:	Anna Veselá
Institution:	Department of Social Medicine LF UK in Hradci Králové Division of nursing
Title:	Influence pregnancy of quality life
Director:	Mgr. Eva Vachková
Number of side:	67
Number of Attachments:	2
Year:	2009
Key words:	quality life, pregnancy

Bachelors thesis finds out changes in quality life in dependence in period of pregnancy. It deals with teoretical summary of quality life and pregnancy. Center of thesis composes quantitative research , where are show senses of women in findings pregnancy, physical ailment preclusive current activities and positive and negative emotion. It was finding , what women perceived positive and what negative and change positions in during of two trimester.

POUŽITÁ LITERATURA

1. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., SRP, B. a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 544s. ISBN 80-247-1313-9
2. DLHOŠ, E., KOTÁSEK, A. *Porodnictví*. 3. přepracované vyd. Praha: Avicenum, n.p., 1981. 560s.
3. HÁJEK Z, Z., KULOVANÝ E., MACEK M. *Základy prenatální diagnostiky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2000. 424s. ISBN 80-7169-391-X
4. 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. 629s. ISBN 80-7254-657-0
5. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 2002. 200s. ISBN 80-247-0179-0
6. KŘIVOHLAVÝ, J. Měření kvality života objektivními ukazateli in PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. 629s. ISBN 80-7254-657-0
7. LACASSE, A., BERARD, A. *Validation of the nausea and vomiting of pregnancy specific health related quality of life questionnaire*. Health and Quality of Life Outcomes 2008, 6:32 doi: 10.1186/1477-7525-6-32 [cit. 20.11. 2008]. Dostupné z <http://www.hqlo.com/content/6/1/32>
8. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. české vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 988+5s. ISBN 80-247-0688-7
9. MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s.r.o., 2006. 228s. ISBN 80-86633-65-9
10. MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství, porod a šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, a.s., 2007. 136s. ISBN 978-80-251-1470-4

11. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online] 4. 2. 2004. 2009 2009-04-07. Dostupné z :
www:<<http://mzcr.kaktus.cz/odbornik/Pages/245-zakonc-962004-sb.html>>.
12. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: TRITON, 2005. 629s. ISBN 80-7254-657-0
13. ROZTOČIL, A. a kol. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 408s. ISBN 978-80-247-1941-2
14. ROZTOČIL, A. a kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: IDV PZ, 2001. 333s. ISBN 80-7013-339-2
15. ROZTOČIL, A. a kol. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii* 1. vyd. Brno: IDVPZ, 1998. 179s. ISBN 80-7013-255-8
16. ŠTEMBERA, Z. *Historie české perinatologie*. Praha: Maxdorf, 2004. s. 345 – 375. ISBN 80-7345-021-6
17. TRČA, S. *Budeme mít děťátko*. 8., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2003. 244s. ISBN 80-247-0600-8
18. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2000. 528s. ISBN 80-7178-308-0
19. ŽITNÁ, J. *Stres těhotné ženy v souvislosti s prenatalní diagnostikou*. Bakalářská práce obhájená na Lékařské fakultě v Hradci Králové v r. 2008. 61s. Depon in: Archiv Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1:	Věk respondentek	26
Tabulka 2a:	Parita respondentek	27
Tabulka 2b:	Parita respondentek	28
Tabulka 3:	Těhotenství respondentek	28
Tabulka 4:	Vzdělání respondentek	29
Tabulka 5:	Rodinný stav respondentek	30
Tabulka 6:	Domácnost respondentek	31
Tabulka 7:	Zaměstnání respondentek	32
Tabulka 8:	Pocity respondentek	33
Tabulka 9:	Zábrany ve vykonávání běžných aktivit respondentek	34
Tabulka 10:	Zhoršení nauzey pachem nebo jídlem	35
Tabulka 11:	Četnost zvracení respondentek	36
Tabulka 12:	Negativně vnímané změny (životní okolnosti)	38
Tabulka 13:	Pozitivně vnímané změny (životní okolnosti)	39
Tabulka 14:	Negativní emoce respondentek	41
Tabulka 15:	Pozitivní emoce respondentek	42
Tabulka 16:	Strach respondentek z vyšetření	44
Tabulka 17:	Zvládání negativních pocitů, změn	45
Tabulka 18:	Problémy respondentek	46
Tabulka 19:	Obtíže respondentek z I. trimestru	47

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1:	Věk respondentek	26
Graf 2:	Parita respondentek	27
Graf 3:	Těhotenství respondentek	28
Graf 4:	Vzdělání respondentek	29
Graf 5:	Rodinný stav respondentek	30
Graf 6:	Domácnost respondentek	31
Graf 7:	Zaměstnání respondentek	32
Graf 8:	Pocity respondentek	33
Graf 9:	Zábrany ve vykonávání běžných aktivit respondentek	34
Graf 10:	Zhoršení nauzey pachem nebo jídlem	35
Graf 11:	Četnost zvracení respondentek	36
Graf 12:	Negativně vnímané změny (životní okolnosti)	38
Graf 13:	Pozitivně vnímané změny (životní okolnosti)	40
Graf 14:	Negativní emoce respondentek	41
Graf 15:	Pozitivní emoce respondentek	43
Graf 16:	Strach respondentek z vyšetření	44
Graf 17:	Zvládání negativních pocitů, změn	45
Graf 18:	Problémy respondentek	46
Graf 19:	Obtíže respondentek z I. trimestru	47

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1:	Dotazník pro I. trimestr	61
Příloha 2:	Dotazník pro II. trimestr	65

PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník pro I. trimestr

Vážená paní, vážená slečno,

jmenuji se Anna Veselá, pracuji jako porodní asistentka na por.-gyn. odd. Pardubické krajské nemocnice a.s. a studuji 3. ročník bakalářského studia obor všeobecná sestra na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové.

Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zhodnotit kvalitu života žen v období těhotenství a sice, jak se mění a vyvíjí v čase prvního a druhého trimestru.

Jelikož bych ráda porovнала kvalitu života v těchto dvou trimestrech, bude Vás čekat vyplnění ještě druhého dotazníku. Ten Vám bude předložen rovněž při návštěvě poradny pro těhotné na konci II. trimestru.

Odpovědi, prosím, pravdivě zakroužkujte nebo vepište na vyznačené místo.

Děkuji Vám za spolupráci.

1. Kolik je Vám let?

2. Po kolikáté jste těhotná/po kolikáté budete rodit? /.....

3. Je vaše těhotenství?

- a) plánované
- b) neplánované

4. Jaké je Vaše vzdělání?

- a) základní i neukončené
- b) střední bez maturity
- c) střední s maturitou
- d) vyšší odborné
- e) vysokoškolské

5. Váš rodinný stav?

- a) svobodná
- b) vdaná
- c) rozvedená
- d) vdova

6. V domácnosti žijete?

- a) sama
- b) s partnerem
- c) s partnerem a dítětem
- d) s jiným členem rodiny

7. Jste zaměstnaná?

- a) ano (jaká je Vaše profese.....)
- b) ne
- c) studuji
- d) jsem na MD s mladším dítětem
- e) jsem v domácnosti

8. Jaké pocity jste měla při zjištění těhotenství?

- a) pozitivní (štěstí, radost, spokojenost, vzrušení)
 - b) negativní (hněv, strach, starost, smutek)
 - c) smíšené (zároveň strach, úzkost, štěstí, radost)
- (podtrhněte pocity, které převažovaly)**

9. Co Vám v současné době brání nejvíce ve vykonávání běžných aktivit?

- a) nauzea (nucení na zvracení)
 - b) zvracení
 - c) únava
 - d) jiná omezení (uved'te jaká).....
 - e) nemám žádné obtíže
- (můžete zaškrtnout i více možností)**

10. Pokud máte nauzeu, zhoršuje se například s nějakým pachem nebo jídlem?

- a) ano
- b) ne
- c) pokud ano, uveďte konkrétní příklad

11. Pokud zvracíte, uveďte kdy a jak často.

- a) ráno
- b) kdykoliv během dne
- c) večer
- d) 1x denně
- e) více než jednou denně

(můžete zaškrtnout i více možností)

12. Co v současné době negativně vnímáte?

- a) sociální izolaci
- b) opuštění pracovního kolektivu
- c) nemožnost věnovat se oblíbeným aktivitám
(sport, setkávání se s přáteli, návštěva kina, divadla)
- d) ztížené cestování
- e) zhoršené zvládání denních aktivit (domácnost, rodina)
- f) změnu v partnerském vztahu - odcizení
- g) nic nevnímám negativně

(můžete zaškrtnout i více možností)

13. Co v současné době pozitivně vnímáte?

- a) těšení se z role matky
- b) možnost seberealizace v mateřství
- c) únik z pracovního přetížení v zaměstnání
- d) zlepšené zvládání denních aktivit
- e) větší časový prostor pro odpočinkové aktivity
- f) změnu v partnerském vztahu - upevnění
- g) nic nevnímám pozitivně

(můžete zaškrtnout i více možností)

14. Označte všechny negativní emoce, které prožíváte.

- a) citová a emoční labilita (podrážděnost, plačtivost)
- b) úzkost
- c) deprese
- d) pocit, že to nezvládnu
- e) obavy o těhotenství (potrat, hrozící předčasný porod)
- f) strach v souvislosti s vyšetřením v prenatální poradně
- g) změněný zájem o sex
- h) neprožívám žádné negativní emoce

(můžete zaškrtnout i více možností)

15. Označte všechny pozitivní emoce, které prožíváte.

- a) těšení se z těhotenství
 - b) radost
 - c) štěstí
 - d) spokojenost
 - e) pocit naplnění
 - f) pocit, že to zvládnou
 - g) zvýšený zájem o sex
 - h) neprožívám žádné pozitivní emoce
- (můžete zaškrtnout i více možností)**

16. Pokud máte strach z nějakého vyšetření, uveďte, prosím, z jakého a proč?

- a) odběr krve
- b) vaginální vyšetření
- c) glukózový toleranční test (test na zjištění cukrovky)
- d) ultrazvuk
- e) odběr plodové vody
- f) jiné (doplňte)

Protože:.....
.....
.....

17. Pokud máte nějaké negativní pocity, změny, co Vám je pomáhá zvládnout?

- a) relaxace
- b) naděje v budoucnost
- c) víra
- d) opora partnera
- e) rodina
- f) touha po dítěti
- g) přátelé
- h) internet (chat, on-line diskuse, webové stránky týkající se těhotenství)

17. Pokud chcete, napište svůj postřeh, myšlenku, úvahu týkající se I. trimestru, nebo těhotenství vůbec.

.....
.....
.....

Prosím, znovu překontrolujte své odpovědi, zda jste na nějakou nezapomněla.

Ještě jednou Vám velmi děkuji.

Příloha 2: Dotazník pro II. trimestr

Vážená paní, vážená slečno!

Prosím Vás o další navázání spolupráce vyplněním 2. dotazníku, který se opět týká kvality života a prožívání těhotenství v období druhého trimestru.

Otázky jsou téměř totožné z toho důvodu, abychom mohli Vaše odpovědi z prvního dotazníku porovnat.

Odpovědi, prosím, pravdivě zakroužkujte nebo vpište na vyznačené místo.
U každé otázky můžete volit i více odpovědí.

Děkuji Vám za spolupráci.

1. Co Vám v současné době brání nejvíce ve vykonávání běžných aktivit?

- a) bolest zad
 - b) hemeroidy
 - c) varixy (křečové žíly)
 - d) vaginální výtok
 - e) hmotnostní přírůstek a s tím související zvětšující se objem břicha
 - f) jiná omezení (uveďte jaká).....
 - g) nemám žádné obtíže
- (můžete zaškrtnout i více možností)**

2. Pokud přetrvávají obtíže z prvního trimestru, uveďte, prosím, jaké?

- a) nauzea (nucení na zvracení)
- b) zvracení
- c) únava
- d) jiné

3. Co v současné době negativně vnímáte?

- a) sociální izolaci
 - b) opuštění pracovního kolektivu
 - c) nemožnost věnovat se oblíbeným aktivitám
(sport, setkávání se s přáteli, návštěva kina, divadla)
 - d) ztížené cestování
 - e) zhoršené zvládání denních aktivit (domácnost, rodina)
 - f) změnu v partnerském vztahu - odcizení
 - g) nic nevnímám negativně
- (můžete zaškrtnout i více možností)**

4. Co v současné době pozitivně vnímáte?

- a) těšení se z role matky
 - b) možnost seberealizace v mateřství
 - c) únik z pracovního přetížení v zaměstnání
 - d) zlepšené zvládnání denních aktivit
 - e) větší časový prostor pro odpočinkové aktivity
 - f) změnu v partnerském vztahu - upevnění
 - g) nic nevnímám pozitivně
- (můžete zaškrtnout i více možností)**

5. Označte všechny negativní emoce, které prožíváte.

- a) citová a emoční labilita (podrážděnost, plačtivost)
 - b) úzkost
 - c) deprese
 - d) pocit, že to nezvládnou
 - e) obavy o těhotenství (potrat, hrozící předčasný porod)
 - f) strach v souvislosti s vyšetřením v prenatální poradně
 - g) změněný zájem o sex
 - h) neprožívám žádné negativní emoce
- (můžete zaškrtnout i více možností)**

6. Označte všechny pozitivní emoce, které prožíváte.

- a) těšení se z těhotenství
 - b) radost
 - c) štěstí
 - d) spokojenost
 - e) pocit naplnění
 - f) pocit, že to zvládnou
 - g) zvýšený zájem o sex
 - h) neprožívám žádné pozitivní emoce
- (můžete zaškrtnout i více možností)**

7. Pokud máte strach z nějakého vyšetření, uveďte, prosím, z jakého a proč?

- a) odběr krve
- b) vaginální vyšetření
- c) glukózový toleranční test (test na zjištění cukrovky)
- d) ultrazvuk
- e) odběr plodové vody
- f) jiné (doplňte)

Protože:.....
.....

8. Pokud máte nějaké negativní pocity, změny, co Vám je pomáhá zvládnout?

- a) relaxace
- b) naděje v budoucnost
- c) víra
- d) opora partnera
- e) rodina
- f) touha po dítěti
- g) přátelé
- h) internet (chat, on-line diskuse, webové stránky týkající se těhotenství)

9. Co považujete v současné době pro sebe za nejdůležitější, změnil se tento názor od doby před těhotenstvím?

.....
.....
.....
.....

10. Pokud chcete, napište svůj postřeh, myšlenku, úvahu týkající se II. trimestru, nebo těhotenství vůbec.

.....
.....
.....

Prosím, znovu překontrolujte své odpovědi, zda jste na nějakou nezapomněla.

Ještě jednou Vám velmi děkuji.