JIHOČESKÁ UNIVERZITA

V Českých Budějovicích

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

Je těhotenství nemoc?

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Autor :

MUDr. Miloš Velemínský 15.5.2007 Martina Koupalová

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Je těhotenství nemoc?“ vypracovala samostatně a použila jen pramenů, které cituji a uvádím v přiložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

……. ……

datum podpis studenta

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucímu práce MUDr. Milošovi Velemínskému ml. za jeho čas, ochotu a cenné rady při zpracování bakalářské práce. Jeho vedení a pomoci si velice vážím.

IS PREGNANCY A DISEASE?

ABSTRACT

Pregnancy is a natural period in life of a woman. A woman usually becomes pregnant when being healthy and in a good psychical state, and looking forward to a positive (i.e. good) result together with her family. The Czech idiom “a woman is in a different state” is both fitting and incorrect. It is correct, as far as the physical and psychical changes affecting the pregnant woman are concerned; however, the idiom does not describe the degree and the dynamics of the changes. Pregnancy is not a state. It is a special process which, despite being physiological, is sometimes considered to be rather a disease, particularly when the physiological changes to the mother’s organism that accompany her pregnancy become highlighted.

The objective of this thesis was to ascertain what the attitude of women themselves to their physiological pregnancy was. At the beginning, three hypotheses were determined. The first hypothesis is: “Pregnant women feel manifestations of physiological changes of their organisms.” The second hypothesis is: “Pregnant women are sufficiently aware of the methods how to prevent or mitigate negative manifestations of pregnancy changes (that accompany pregnancy with a physiological course).” The third hypothesis is: “Pregnant women do not understand pregnancy with a physiological course as a disease.”

The first hypothesis was confirmed by the research – women understand physiological changes of the mother’s organism and their manifestations. The second hypothesis was also confirmed – the research revealed that pregnant women have sufficient information how to prevent or mitigate negative manifestations of physiological changes of the mother’s organism. Also the third hypothesis was confirmed – pregnant women really do not understand their pregnancy with a physiological course as a disease. The research was conducted following the quantitative method using questionnaires. I selected this method since it provides a large number of empirical data in a relatively short period of time while allowing the informants to remain anonymous. The questionnaires were distributed in gynaecological surgeries in České Budějovice and at the gynaecological-midwifery outpatient clinic in

Tábor in February and March 2007. The total of 108 filled-in questionnaires was processed. The thesis will be utilized within the scope of education at the University of South Bohemia and will be published in the Internet.

Pregnant women do not understand physiological pregnancy as a disease, even despite negative manifestations of physiological changes of the mother's organism. This is a pleasing result of my thesis. Any pregnancy may become a risky or even a pathological process (for this reason, it is advisable to undertake the basic prenatal care), but if this is not the case, then pregnancy should be one of the most beautiful and happiest periods in the life of a woman and she should enjoy and understand it this way.

OBSAH:

1. Současný stav str.10
1.1 Fyziologické změny mateřského organismu v těhotenství str.10
1.1.1 Reprodukční systém str.10
1.1.2 Krev str.11
1.1.3 Krevní oběh str.12
1.1.4 Dýchací systém str.13
1.1.5 Gastrointestinální systém str.13
1.1.6 Močový systém str.14
1.1.7 Endokrinní systém str.14
1.1.8 Kůže str.15
1.1.9 Kostní systém str.15
1.1.10 Metabolismus, hmotnost matky str.16
1.2 Psychologie těhotenství str.16
1.3 Životospráva v těhotenství str.19
1.3.1 Životní prostředí str.19
1.3.2 Strava str.19
1.3.3 Oblékání str.21
1.3.4 Spánek, odpočinek str.21
1.3.5 Tělesná aktivita, sport str.21
1.3.6 Hygiena str.22
1.3.7 Pohlavní styk str.23
1.3.8 Cestování str.23
1.3.9 Alkohol, drogy, kouření str.24
1.3.10 Léky a očkování str.24
1.4 Projevy fyziologických změn mateřského organismu, prevence, terapie str.24
1.4.1 Nauzea, zvracení str.25
1.4.2 Zvýšená chuť k jídlu str.25
1.4.3 Krvácivost dásní, zvýšená kazivost chrupu str.26
1.4.4. Obstipace, flatulence str.26

1.4.5 Pyróza str.27
1.4.6 Ptyalismus str.28
1.4.7 Hemoroidy str.28
1.4.8 Časté močení str.29
1.4.9 Výtoky str.29
1.4.10 Bolesti zad str.29
1.4.11 Únava str.30
1.4.12 Varixy str.30
1.4.13 Otoky dolních končetin str.31
1.4.14 Křeče v dolních končetinách str.32
1.4.15 Změny na kůži, strie, suchá pleť str.32
1.4.16 Pocit ucpání nosu, zalehnutí uší str.33
1.4.17 Napětí či citlivost prsů str.33
1.4.18 Problémy s vlasy a nehty str.33
1.4.19 Dýchavičnost str.34
1.4.20 Insomnie str.35
1.4.21 Bolesti žeber str.35
1.4.22 Brnění rukou str.36
1.4.23 Pocit horka, zvýšené pocení str.36
1.4.24 Točení hlavy, mdloby str.37
1.5 Zaměstnání těhotných žen str.38
1.5.1 Zákonná opatření str.38
1.5.2 Pohodlí a bezpečí v zaměstnání str.39
1.6 Prenatální péče o fyziologické těhotenství str.41
2. Cíl práce a hypotézy str.42
3. Metodika str.43
4. Výsledky str.44
5. Diskuze str.73
6. Závěr str.79
7. Seznam použitých zdrojů str.81

8. Klíčová slova str.85
9. Přílohy str.86

Úvod

Problematika přirozeného těhotenství se v dnešní době dostává do popředí zájmu veřejnosti. S vývojem moderní medicíny a farmakologie se postupně zkvalitnila a zefektivnila prenatální péče, následkem čehož se každé těhotenství stává sledovaným a hlídaným procesem. Prenatální péče je zaměřena na prevenci, depistáž rizikových faktorů každého těhotenství a případnou terapii patologií. Těch přibývá následkem změn životního stylu i prostředí, ve kterém nastávající maminky i celá populace žijí.

Na jednu stranu jsou jasně viditelné pozitivní výsledky – snížení perinatální morbidity a mortality a zvýšení šancí i pro ženy a děti, které by dříve byly beznadějnými případy.

Na straně druhé se objevuje tendence populace zapomínat, že fyziologické těhotenství je proces, který doprovázejí změny mateřského organismu a jejich nutné projevy, které by jistě byly v jiné době a v jiné situaci považovány za příznak nemoci, ale v těhotenství jsou zcela normální.

Psaní práce na toto téma jsem si vybrala z důvodu častých diskuzí o přístupu k fyziologickému těhotenství. Jak vnímají fyziologicky těhotné ženy své těhotenství a fyziologické projevy změn mateřského organismu, to je předmětem mé práce.

1. Současný stav

1.1 Fyziologické změny mateřského organismu v těhotenství

Pro ženské tělo představuje těhotenství období plné velkých změn – žena ve svém těle chrání a vyživuje své dítě. Většina změn se do normálu vrací krátce po porodu (14).

1.1.1 Reprodukční systém

Děloha prodělává v těhotenství nejvýraznější změny. Mimo těhotenství představuje malý hruškovitý pánevní orgán, který váží 50 – 60 g, měří přibližně 7,5 × 5 × 2,5 cm a její objem činí cca 10 ml. Během těhotenství děloha expanduje, zvětšuje se – v 1. trimestru nárůstem počtu buněk myometria, ve 2. a 3. trimestru růstem těchto buněk. Ke konci 1. trimestru se děloha stává dočasně břišním orgánem, v období porodu dosáhne až k mečovitému výběžku a váží až 1000 g, její objem se zvyšuje na 5000 ml a vejde se do ní plod, placenta a i amniová tekutina. Největšího růstu doznává corpus uteri. Cévy zásobující dělohu, tj. větve a.uterina a a.ovarica hypertrofují, prodlužují se a spirálovitě se vinou, aby dokázaly vyhovět nárokům rostoucího plodového vejce. Průtok krve se v děloze zvyšuje z 50 ml před graviditou na 500 – 700 ml v termínu. Lůžko je zásobováno nejperifernějšími arteriolami, které invazí trofoblastu ztratily muskuloelastickou vrstvu svých stěn a proměnily se na rozšířené, tenkostěnné a pasivní cévní struktury. Proces invaze trofoblastem je zpravidla ukončen na začátku druhého trimestru a tím je zajištěno maximální zásobení intervilózního prostoru krví matky. Isthmus uteri není u netěhotné dělohy rozeznatelný, ale po čtvrtém měsíci těhotenství se začne měnit v dolní děložní segment, který je koncem těhotenství plně vyvinut a dosahuje výšky 8 – 10 cm. Cervix uteri je převážně vazivový orgán, který si po celé těhotenství zachovává svoji délku 2,5 – 3 cm. V těhotenství dochází k prosáknutí, hypertrofii a překrvení děložního hrdla. Množství kolagenu se zmenšuje, což usnadní dilataci hrdla za porodu. Žlázy hrdla v těhotenství hypertrofují a produkují velké množství hlenu, který působí jako zátka a brání vzestupu infekce z pochvy do dělohy. Růst dělohy je výsledkem působení estrogenů a progesteronu, později v graviditě

i rostoucího plodového vejce. Slabé kontrakce se mohou objevovat již v prvním trimestru, ve třetím trimestru se tyto tzv. Braxton-Hicksovy kontrakce stávají častějšími a žena je může pociťovat jako nebolestivé ztvrdnutí dělohy (20 – 30 mmHg (milimetrů rtuťového sloupce – jednotka tlaku) trvající asi 30 sekund v intervalu 10 – 15 minut.

Vagina v graviditě hypertrofuje a prodlužuje se, což umožní vzestup rostoucí dělohy z malé pánve. Poševní sliznice se stává ztluštělou, překrvenou, prosáklou a palpačně měkkou. Dále nastává mohutná deskvamace vaginálního epitelu, která se projevuje hojným poševním výtokem. Vaginální sekret má v těhotenství nízké pH - koncentrace vodíkových iontů v roztoku (okolo 4,0), které chrání prostředí před patogenními mikroorganismy, ale může naopak podpořit růst plísní, proto je v těhotenství poměrně častá vaginitida způsobená kvasinkou Candida albicans.

Vulva je překrvená a prosáklá, často je možné pozorovat dilatované až varikózní podkožní žíly. Zvýšená pigmentace kůže může způsobit tmavé zbarvení stydkých pysků.

Hormonálně indukované změny prsů se mohou objevit již v raném těhotenství a také jsou jednou z jeho prvních známek. Vysoké hladiny estrogenů i progesteronu připravují mléčnou žlázu k laktaci. Dvorce tmavnou a na bradavkách prominují mazové žlázky (tzv. Montgomeryho uzlíky), které produkují látku, která bradavky zvlhčuje. V posledních měsících těhotenství lze z mléčné žlázy vymačkat světle žluté kolostrum (2, 14).

1.1.2 Krev

V těhotenství dochází k hypervolemii, zvyšuje se jak objem krve, tak plazmy a červených krvinek, aby bylo zajištěno krevní zásobení placenty a zvětšené dělohy a aby byly uspokojeny zvýšené nároky na transport kyslíku, dále k vytvoření krevní rezervy pro vyrovnání krevní ztráty při porodu. Zvětšení objemu plazmy je výraznější než zvětšení objemu krvinek, což vede k poklesu koncentrace hemoglobinu a vzniku pseudoanemie. Počet bílých krvinek v graviditě stoupá, počet trombocytů je nezměněn nebo lehce klesá. Sedimentace erytrocytů je u těhotných žen zvýšená (ve třetím trimestru výrazně), takže má velmi omezenou diagnostickou hodnot.

Osmolarita plazmy prudce klesá již v prvním trimestru gravidity, celková koncentrace proteinů se snižuje a zůstává snížena po celou dobu těhotenství. Gravidita má silný vliv na koagulační systém – zvyšuje srážlivost krve, což může mít ochranný a zásadní význam při ohrožení ženy porodnickým krvácením. Koncentrace většiny koagulačních faktorů se v těhotenství nemění nebo se zvyšuje (2, 14).

1.1.3 Krevní oběh

Krevní oběh prochází v těhotenství velkými změnami, z nichž ty největší nastávají již v prvním trimestru těhotenství. Minutový srdeční objem se zvyšuje o 40 % a na této úrovni zůstává až do porodu – toto se odvíjí od zvýšení srdeční frekvence (oproti netěhotným ženám o 10 – 15 %) a vyššího systolického objemu.

Koncem těhotenství v poloze vleže na zádech, může zvětšená děloha komprimovat vena cava inferior a tím způsobit pokles žilního návratu krve k srdci a tím snížení systolického objemu. Tento tzv. hypotenzní syndrom (aortokavální komprese, syndrom dolní duté žíly) může budoucí mamince způsobit značnou nevolnost až ztrátu vědomí.

Ortostatická hypotenze může ženu postihnout zejména, když se zvedá z horizontální polohy – může vyústit v závrať až mdloby. Důvodem je nižší srdeční výdej v důsledku menšího žilního návratu z dolní části těla. Palpitace se mohou objevit při zvýšeném nitrohrudním tlaku, obzvláště při prudkém pohybu.

Systolický tlak krve bývá nezměněn (zvýšený objem krve je kompenzován snížením rezistence cév vůči průtoku krve), ale diastolický tlak klesá (nejnižší bývá okolo 22. týdne gravidity). Srdce matky bývá zvětšené a jeho poloha je změněna vytlačením bránice dělohou výše a doleva. Tlakem velké dělohy dochází někdy koncem těhotenství k žilní stáze a otoku dolních končetin. Dále nastává v těhotenství periferní vazodilatace, periferní rezistence oběhu klesá až o 50 % a silně se zvyšuje prokrvení ledvin a kůže (2, 14).

1.1.4 Dýchací systém

Bránice je v těhotenství posunuta vysoko a jisté omezení její pohyblivosti vede převážně k bráničnímu a prohloubenému dýchání. Frekvence dýchání se nemění, ale zvětšuje se respirační objem a minutová ventilace. Zvýšená poloha bránice se kompenzuje rozšířením hrudního koše, průměr hrudníku se zvětší přibližně o 6 cm. Určitá dyspnoe může být pociťována do doby, než plod sestoupí do pánve a tlak směrem nahoru na bránici se odlehčí.

Spotřeba kyslíku stoupá v těhotenství o 20 %, kdežto minutová ventilace až o 50%, čímž vzniká hyperventilace s poklesem pCO_2, což pravděpodobně napomáhá plodu zbavovat se kysličníku uhličitého.

Vyšší hladina estrogenů někdy způsobuje otok nosní, hltanové a ústní nebo tracheální sliznice, který může vyústit až v pocit ucpání nosu, v krvácení (epistaxi) či změnu hlasu. Podobný proces může být pociťován v uších jako ucpání nebo bolest (2, 10, 14).

1.1.5 Gastrointestinální systém

Zvětšená děloha tlačí žaludek a střeva dozadu a do stran břišní oblasti. Může dojít ke zvýšení salivace (ptyalismus), což ovlivňuje čich a chuť. Ústní tkáně mohou být v graviditě zranitelnější a snadno může dojít ke krvácení – původcem je vysoká hladina estrogenu, který působí intenzivnější tvorbu cév.

Většina žen trpí mezi 6. a 14. týdnem těhotenskou nauzeou, která je někdy spojena i se zvracením. V pozdním těhotenství mají ženy obvykle problémy s pyrózou, způsobenou pravděpodobně relaxací sfinkteru kardie a refluxem žaludečního obsahu do jícnu. Tvorba žaludeční šťávy (a acidita žaludečních šťáv) i motilita žaludku jsou u těhotných snížené, což vede ke zhoršení vyprazdňování žaludku. Vlivem progesteronu se snižuje také motilita střev, což vede k nadýmání a zácpě, stejně jako zvýšená resorpce sodíku a vody v tlustém střevě. Dále trpí těhotné ženy výskytem hemoroidů.

Dietní zvyklosti u gravidních žen se mění a chuť k jídlu i pocit žízně se zvyšují se zvyšováním požadavků plodu. Někdy lze u těhotných pozorovat nezadržitelnou chuť

na neobvyklé látky – např. na omítku, mýdlo a podobně. Tomuto fenoménu se říká pica syndrom (2, 14).

1.1.6 Močový systém

Zvýšení průtoku krve ledvinami má za následek zvýšenou glomerulární filtraci – ta stoupá o 60 % již v časném měsíci těhotenství a udržuje se na této úrovni až do posledního měsíce gravidity, kdy klesá. Jelikož se tubulární reabsorpce v těhotenství nemění, zvětšuje se clearance mnoha látek, např. cukrů, vitaminů a proteinů.

V těhotenství dochází i k anatomickým změnám močového systému – ledvinová pánvička a močovody se rozšiřují, ale obvykle nedochází k jejich hypomotilitě či hypotonicitě. Vezikoureterální reflux není obvyklým nálezem, ale někdy se objevuje sklon k močovým infekcím. Stáza bývá častěji na pravé straně, kde je pravděpodobně výsledkem komprese ureteru dělohou (pokud je uložena v dextroverzi) a hormonálních vlivů. Riziko infekce se snižuje zvýšeným příjmem tekutin.

Ačkoli močový měchýř může pojmout až 1500 ml moči, tlak způsobený zvětšující se dělohou způsobuje častější močení, zejména v 1. a 3. trimestru (2, 14).

1.1.7 Endokrinní systém

Těhotenství má vliv na všechny endokrinní orgány ženy, ale hormonální situace je zde dominována především mohutnou tvorbou pohlavních hormonů v placentě.

V hypofýze klesá tvorba gonadotropinů, zatímco sekrece prolaktinu, MSH (melanocyty stimulující hormon), ACTH (adrenokortikotropní hormon) a TSH (tyreotropní hormon) stoupá. Oxytocin je vylučován zadním lalokem začátkem porodu a během laktace.

Celková koncentrace kortikosteroidů nadledvinami stoupá během celé gravidity a má pravděpodobně souvislost s tvořením strií, glykosurií a tendencí k hypertenzi, dřeň nadledvin není těhotenstvím ovlivněna a hladiny adrenalinu a noradrenalinu zůstávají nezměněny.

Tyreoidea se u těhotných obvykle zvětšuje, někdy až dvojnásobně. Tvorba globulinu, který váže tyroxin (T_4) trijodtyronin (T_3), je stimulována estrogeny, T_3 i T_4 stoupá. Koncentrace tyroxinu zůstává vzhledem ke zvýšené spotřebě nezměněna (2, 31).

1.1.8 Kůže

U mnoha těhotných žen vznikají žlutohnědé kožní pigmentace na tvářích, horním rtu a někdy také na čele, které se nazývají chloasma uterinum (chloasma gravidarum). Tyto těhotenské pigmentace jsou výrazem vlivu stoupající hladiny MSH a často se objevují na dvorcích prsních bradavek a na břiše v oblasti linea fusca (linea nigra).

Vliv zvýšených hladin kortikosteroidů v graviditě kombinovaný s napínáním kůže břišní stěny rostoucí dělohou způsobuje porušení kolagenních vláken podkožní tkáně. Zevně se toto projeví tvorbou strií, které jsou v prvním těhotenství zbarveny růžově, později nabudou stříbřité barvy. Mohou se tvořit i na stehnech a prsech. Velký vliv má také individuální predispozice.

Vedle těchto změn se dále zvyšuje aktivita mazových a potních žlázek, které odvádějí z těla teplo a ochlazují tak matku i plod (2, 14).

1.1.9 Kostní systém

V těhotenství dochází u kostního systému k dočasným posturálním změnám, protože se s rostoucím plodem postupně mění kontura těla. Děloha zvětšuje hmotnost a na bederní páteři tak dochází ke zvětšení zakřivení. Žena si často stěžuje na bolesti v bedrech a v posledních měsících si kvůli bolestivosti krční páteře a horních končetin často ulevuje hrbením zad v horní části páteře.

Vlivem hormonálních změn dochází k jistému uvolnění pánevních skloubení, rozvolněním symfýzy je způsobena kolébavá chůze žen v posledních týdnech gravidity (14).

1.1.10 Metabolismus, hmotnost matky

Bazální metabolismus stoupá během gravidity v průměru o 15 – 20 %, což je způsobeno stoupající spotřebou kyslíku pro růst plodu a mateřských tkání a zvýšenou zátěží na dýchání a krevní oběh těhotné ženy.

Tělesná hmotnost se v těhotenství zvyšuje, u zdravých žen přibližně o 12,5 kg (fyziologické rozmezí je 11,5 až 16 kg). K nejvyššímu přírůstku dochází ve druhé polovině gravidity, kdy k němu přispívá retence tekutin ve tkáních. Hmotnostní přírůstek závisí jak na plodovém vejci, tak na mateřských faktorech. Souvislost mezi příjmem energie a přírůstkem hmotnosti však není přímočará, proto se nedoporučuje, aby se matka snažila o omezování váhového přírůstku nebo dokonce o redukci hmotnosti. Taková snaha může mít negativní důsledky pro růst a vývoj plodu (2, 14).

1.2 Psychologie těhotenství

Od začátku těhotenství dochází v organismu ženy nejen k somatickým, ale také k psychickým změnám. Ty jsou na jedné straně ovlivněny změnami fyzickými, na straně druhé faktory sociální a ekonomické povahy. Psychické změny se dostaví u všech těhotných nevyjímaje ty, u kterých byla gravidita vytoužená. Intenzita těchto změn závisí na osobnosti nastávající maminky i na vlivech okolí.

Těhotenství představuje jednu z vývojových krizí v životě ženy, tj. období výrazných změn, kdy se žena nachází na hranici mezi tím, čím byla a tím, čím se má stát. Musí se naučit mnoho nového a modifikovat staré modely chování – některé úplně opustit, jiné pozměnit a doplnit nové. Tato fáze nevyrovnanosti může vést k pocitům ztracenosti, úzkosti, zmatku, nemocnosti a často i nostalgie po bývalém způsobu života.

Obecně lze rozdělit těhotenství do třech trimestrů i z psychologického hlediska:

V první třetině gravidity je budoucí maminka zaměřena spíše na sebe, stává se introvertní, sleduje vlastní tělo a hledá známky gravidity. Někdy také dokáže těžko uvěřit, že bude matkou. Téměř všechny ženy cítí po prokázání těhotenství rozpolcenost a často je trápí pocit, že by ji cítit neměly. V této fázi dochází fyziologicky k přijetí těhotenství. Z hlediska afektivity jsou typickými stavy rozladěnost, nejistota a náladovost.

Ve druhém psychologickém trimestru se váha matky zvyšuje a rostoucí děloha začíná být patrná jako zvětšující se bříško, čímž se pro matku stává plod „hmatatelnějším“. Brzy po začátku druhého trimestru matka slyší tlukot srdce plodu (nebo vidí tlukoucí srdíčko na ultrazvuku) a rozeznává pohyby – plně si tak uvědomuje existenci plodu a vyvíjející se dítě je v naprostém popředí jejího zájmu, cítí se obvykle dobře (druhý trimestr je nejstabilnějším obdobím) a snaží se všemi způsoby podporovat zdárný průběh gravidity. Někdy dokonce ztrácí zájem o práci nebo další aktivity ve prospěch starostlivého opatrování dítěte. Dochází zde k přijetí plodu jako samostatného nezávislého jedince.

Vstupem do třetího trimestru začíná období charakterizovatelné „stavěním hnízda“. Žena s partnerem nakupují věci, které budou po příchodu miminka potřebné a připravují mu první zázemí. Součástí afektivní reakce jsou silné protichůdné pocity zranitelnosti, pocit závislosti na partnerovi, obavy o osud těhotenství, strach z porodu na jedné straně a na druhé straně se těhotenství stává více nepohodlným a žena se začíná soustředit na termín. Někdy se v této době cítí následkem fyzických změn „obludně velikou“ a „nemilovanou“. Může se znovu objevit psychická labilita, když žena prožívá posun od pocitu „jsem těhotná“ k pocitu „stávám se matkou“. V třetí fázi těhotenství se žena připravuje na porod a na existenci nového jedince mimo mateřský organismus.

Jen málo žen přistupuje k těhotenství bez nejmenších starostí – první obavou je nejistota, jak tuto událost přijme partner (tyto psychické obtíže jsou přímo úměrné nestálosti partnerského vztahu a plánovanosti dítěte). Stres ovlivňuje osobnost, charakter, věk partnerů i skutečnost, zda jsou ve vztahu manželském.

Těhotenské změny organismu vedou ke zvýšené nervozitě, podrážděnosti a neadekvátním reakcím na stresující situace. Mohou se objevit poruchy spánku, plačtivost, deprese i zvýšená agresivita. Tyto stavy zhoršuje výskyt somatických obtíží jako jsou nauzea, zvracení, pálení žáhy, otoky atd.

U žen, které si miminko velmi přejí, bývá nepřiměřený strach z potratu a roste v závislosti na předchozí léčbě sterility, předchozích potratech nebo negativních zkušenostech okolí. Hypochondricky založené ženy a těhotné se sklonem k hysterii kladou na zdravotnický personál i své okolí mimořádné nároky. Jediným možným

a správným přístupem je zde trpělivá komunikace s nastávající maminkou a vysvětlování všech fyziologických změn mateřského organismu.

V těhotenství se dále může u některých žen objevit strach ze ztráty partnera, vzhledem k subjektivnímu pocitu ztráty sexuální atraktivity. Na druhou stranu existuje druhý extrém, kdy žena v těhotenství z obav před poškozením plodu odmítá pohlavní styk, přestane se svým partnerem komunikovat jako před graviditou a přestane vykonávat většinu funkcí v rodině. Ne všichni partneři dokážou tento stav tolerovat a tak může být v těhotenství položen základ rozpadu manželství, zejména tam, kde přetrvává i po porodu.

Vážnou obavou, kterou musí porodník umět včas rozptýlit, je strach o zdraví a správný vývoj dítěte. Tato obava vzrůstá s hraničními hodnotami screeningových testů nebo s nejasnými ultrazvukovými nálezy. Řešení těchto stavů je založeno na komunikaci.

Koncem těhotenství sílí strach z porodu – ženy se obávají bolesti a zda to vůbec zvládnou. Dále se již před porodem může objevit obava, že žena nedokáže dítě vychovat, uživit, postarat se o něj. V těchto a podobných případech je vhodné kontaktovat psychologa zejména tam, kde by vystupňovaná deprese mohla být příznakem pozdější puerperální psychózy.

Při řešení krizových situací v graviditě potřebuje žena často osobu, která ji psychicky podporuje, odpovídá na její otázky a rozptyluje její obavy. Základem této podpory je chápavý partner, odborné odpovědi však zůstávají v rukách zdravotnických pracovníků, kteří musí sami posoudit, jak podat konkrétní ženě dostatek informací srozumitelně, a vhodně zodpovědět otázky. Vhodné je doporučit oběma partnerům účast na psychoprofylaktických předporodních kurzech a informovat těhotnou ženu o možnostech těhotenských cvičení a nabídce přednášek (2, 3, 14, 23).

1.3 Životospráva v těhotenství

Těhotenství klade na organismus ženy mimořádné nároky a z toho důvodu je nutné tomuto procesu přizpůsobit svůj životní styl, tempo, návyky. Dodržování správné životosprávy snižuje možnost zdravotních komplikací a je základem pro šťastné ukončení fyziologického těhotenství. Přizpůsobení se individuální situaci dle konkrétního problému a zdůraznění či upřesnění některých zásad je uvedeno u jednotlivých projevů fyziologických změn mateřského organismu, jejich prevence a terapie. Zaměstnání v těhotenství je uvedeno v páté kapitole.

1.3.1 Životní prostředí

Prostředí je z biologického hlediska souhrn všech činitelů a podmínek, které působí na živý organismus z vnějšího okolí. Životní podmínky těhotných by měly být takové, aby byla zbavena všech starostí s bydlením, stravováním, neměla finanční obtíže ani problémy rodinné, v zaměstnání nebo zdravotní. Měla by být obklopena klidným a optimistickým prostředím v rodině i v zaměstnání. K životnímu prostředí patří samozřejmě i ovzduší, hygienické bydlení a stravování.

Škodlivé faktory, které by se rozhodně neměly vyskytovat v okolí těhotné ženy, jsou toxické zplodiny průmyslové výroby, ionizující záření, cigaretový či jinak produkovaný kouř a infekční nákazy (včetně nemocí přenosných ze zvířete na člověka).

Ideální životní prostředí mají těhotné zřídka. Naopak, většina těhotných mívá, alespoň přechodně, větší či menší obtíže v souvislosti s životním prostředím a starosti nejrůznějšího druhu. Při změněné emocionalitě je někdy považuje za závažnější než mimo gestaci a mnohdy stačí i menší překážka, aby vyvolala stav frustrace, beznaděje a strachu (35).

1.3.2 Strava

Strava je v těhotenství velmi důležitou součástí životního stylu. Základním pravidlem je vyhnout se extrémům v množství nebo druhu přijímané stravy a přiměřenost váhového přírůstku kontrolovat pravidelným vážením.

V prvním trimestru se požadavky energetického příjmu neliší od stavu před otěhotněním. Ve druhém a třetím trimestru se energetická potřeba zvýší přibližně o 15 %, tedy na 2100 až 2200 kcal denně (1 kcal = 4,186 kJoule).

Jednou ze zásad výživy těhotných je přijímat místo obvyklých dvou až třech velkých jídel denně raději pět až šest menších. Důležité je také přijímat přednostně stravu čerstvou, mražené potraviny až v druhé řadě. Ve výživě těhotných není ani tak rozhodující množství potravy jako její složení – je potřeba přijímat především ty složky výživy, které dodají potřebné látky překotně se vyvíjejícímu plodu. V denním množství stravy má být 70 až 80 g proteinů (bílkovin), 350 až 400 g sacharidů, asi 50 g tuků, tzn. asi jedna třetina potravin bohatých na bílkoviny (libové maso, mléko, netučný sýr, mořské ryby), další třetina na ovoce (asi 5 %), zeleninu, brambory (asi 25 %) a konečně třetina obilných produktů, jako je celozrnný chléb a podobné výrobky. Tuku přijímá nastávající maminka dostatek již s masem, rybami a sýrem. Uzeniny se doporučují velmi omezit.

Dostatek vápníku je podmínkou zabezpečení normální neuromuskulární dráždivosti, krevní srážlivosti i kostního metabolismu matky a plodu. Denní přísun vápníku by měl být 1200 mg denně a pro jeho dobrou resorpci též 300-400 mg hořčíku. Důležitým zdrojem těchto minerálů jsou mléčné výrobky nebo minerální vody. Příjem železa by se měl v graviditě pohybovat okolo 80 mg denně – ačkoli jsou např. maso a luštěniny jeho významným zdrojem, nemůže obvyklá strava často tento nárok splnit, proto je vhodné od druhého trimestru železo substituovat v množství 30 mg denně. K zajištění dobrého psychoneurologického vývoje dítěte, k prevenci potratů a předčasných porodů se doporučuje zvýšit v graviditě přísun jódu – nepodaří-li se to častou konzumací mořských ryb, doporučuje se podávat jód v tabletách v minimální dávce 100 mikrogramů denně. Pro krvetvorbu a syntézu DNA je nutná též kyselina listová, jejíž potřeba v těhotenství vzrůstá na 400 mikrogramů za den, ve druhé polovině gravidity je potom potřeba tuto dávku denně ještě zdvojnásobit.

Denní potřeba tekutin je 1500-2000 ml, vhodné tekutiny jsou voda, mléko, a minerální vody. (2, 35)

1.3.3 Oblékání

Šaty těhotné ženy mají být volné, lehké, vzdušné a přiměřené k počasí, nemají dovolit prochlazení ani způsobovat přehřátí. Vhodné je oblečení vrstvit.

Vzhledem k tomu, že se kůže v těhotenství potí více, je třeba denně měnit spodní prádlo – podprsenka má být volná, aby netísnila prsy, má je však správně přidržovat v přirozené poloze, vhodná je bavlněná podprsenka s širokými ramínky a bavlněné prodyšné pohodlné kalhotky. Svrchní oděv by neměl nikde tísnit, obzvláště ne v oblasti kolem rostoucího bříška. Kalhoty jsou vhodné spíše volné. Ponožky by neměly mít příliš pevnou gumičku. Nevhodné jsou boty na vysokém podpatku (2, 12, 20).

1.3.4 Spánek, odpočinek

V období těhotenství by bylo ideální spát v noci pravidelně osm hodin, usínat před jedenáctou hodinou a mít navíc možnost odpoledne odpočívat přibližně jednu hodinu. V posledních týdnech před porodem je vhodné začít vybírat mateřskou dovolenou, která obvykle odpolední odpočinek umožňuje.

Pro spánek je vhodná chladná větraná místnost (do 18°C), kam nedoléhá hluk (2, 22).

1.3.5 Tělesná aktivita, sport

Sport patří v těhotenství do okruhu rizikových činností, proto je potřeba vždy pečlivě zvážit, který sport a do jaké míry provozovat, jak probíhá těhotenství a v jakém je právě stadiu. Není-li si žena jistá, zda může svůj oblíbený sport provozovat, měla by se poradit se svým lékařem. Taktéž, pokud necvičila aktivně již před těhotenstvím, neměla by začínat sama, ale spíše pod dohledem odborníka – vhodný je v této situaci těhotenský tělocvik.

Základní zásady pro sportování jsou necvičit až do úplného vyčerpání a nezávodit. Tělesná teplota, zvýšená v důsledku námahy, by neměla překročit 38^{o}C. Výkon nesmí vyvolat oběhové selhání, které se projeví jako “černo před očima” a dlouhodobé zvyšování nitrobřišního tlaku. Nesmí být podmíněn zadržováním dechu, čímž se snižuje průtok krve dolní polovinou těla a zhoršuje se krevní zásobení plodu

kyslíkem. Nevhodné je prochlazení a provlhnutí, zvláště za větrného počasí pro nebezpečí zánětu močových cest. Rizikový je pobyt ve vysokohorském prostředí nad 2500 m n.m. a žena by se měla absolutně vyvarovat sportů, kde hrozí riziko srážek, pádů a nárazů, které by způsobily zranění břišní dutiny či zhmoždění břišní stěny (cvičení na nářadí, míčové hry, adrenalinové sporty, jízda na koni, tenis, bruslení, lyžování).

Sporty, které jsou v těhotenství vhodné, jsou těhotenské cvičení či gymnastika, plavání a tanec s ohledem na aktuální zdravotní stav či potíže (2, 25).

1.3.6 Hygiena

Čistotě těla je třeba v těhotenství soustavně věnovat pozornost. Při umývání rukou je možné použít běžná toaletní mýdla, k mytí obličeje je vhodnější kvalitnější mýdlo s úpravou kyselosti.

Koupele ve vaně jsou přípustné v první polovině těhotenství – pobyt ve vaně by neměl být zbytečně dlouhý a voda příliš teplá. Vyhovuje-li to nastávající mamince, může užít přísady aromatických olejových přípravků (např. eukalyptového nebo levandulového oleje apod.) – koupel pak působí relaxačně, osvěžuje a na kůži zanechává ochranný film. V druhé polovině gravidity je vhodnější denní očista těla sprchováním v nepříliš teplé vodě. V této fázi gestace je teplá koupel ve vaně nevhodná, navíc obratnost gravidních žen je snížená, což činí vstup do vany a výstup ven obtížnějšími a je zde zvýšené riziko uklouznutí.

Po umytí a koupeli lze doporučit takové ošetření pleti, jaké individuálně a aktuálně vyžaduje. Proti používání make-upu není námitek.

Vlasy mění často v těhotenství svou kvalitu – v důsledku vysoké hladiny hormonů dochází k přechodným poruchám růstu a výměny vlasů, proto je vhodné volit jednodušší a snadněji upravitelný účes. Šampony jsou vhodné kvalitní a přírodní.

Nehty v těhotenství rostou rychleji než před ním, jsou ale lámavější a třepivější. Je potřeba věnovat jim zvýšenou pozornost a péči i po porodu, kdy se zátěž ještě zvýší. Vhodné je nehty krátce přistřihnout a na domácí práce (a práce na zahradě) používat rukavice.

Pravidelné čištění zubů po každém jídle a dvě kontroly u zubního lékaře během těhotenství jsou samozřejmostí (2, 26).

1.3.7 Pohlavní styk

Pohlavní styk je možný v celé délce trvání gravidity bez nebezpečí pro matku nebo plod, nutné je však zachovat hygienické požadavky pro prevenci infekce. Vhodná poloha při sexuálním styku je taková, kdy není utlačováno ženino rostoucí bříško. Stahy dělohy vyvolané orgasmem nevedou k začátku porodu, masturbace a dráždění prsních bradavek u termínové gravidity však porod vyvolat mohou.

Nevhodný je pohlavní styk u ženy s odteklou plodovou vodou, krvácením z rodidel, hrozícím abortem nebo předčasným porodem (2).

1.3.8 Cestování

Není prokázáno, že cestování vyvolává potrat nebo jinak ohrožuje těhotenství, přesto existují jistá rizika s ním spojená. Cestování na kratší vzdálenosti se dnes téměř nikdo z nás nevyhne a u fyziologického těhotenství nebývá samo o sobě nebezpečné, je-li zdolatelné bez vystavení se velkým otřesům. Cestování autem či autobusem je riskantní především z důvodu autohavárie a úrazu, přednost se dává cestování vlakem pro možnost využití toalety za jízdy, menších vibrací a větší volnosti pohybu za jízdy. Cestování na motocyklu je vhodné v graviditě úplně vynechat.

Rozhodne-li se těhotná cestovat na delší vzdálenost, měla by si být vědoma toho, že by jí cesta neměla přinášet žádnou zvláštní zátěž pro tělo. Před každou větší cestou by těhotná měla zvážit pokročilost těhotenství a jeho dosavadní průběh, dopravní prostředek a délku cesty, cíl cesty, prostředí a podmínky, které ji tam čekají, všechna možná rizika, která se mohou v průběhu cesty vyskytnout, a možnost rychlého zajištění lékařské pomoci v případě potřeby (1, 2).

1.3.9 Alkohol, drogy, kouření

Alkohol, drogy a kouření způsobují v těhotenství různé embryopatie, fetopatie a dystrofie plodu podle dávky, pravidelnosti a fáze gravidity, kdy je plod těmto látkám vystaven. V těhotenství je nutné je úplně vyloučit (2).

1.3.10 Léky a očkování

Léky mohou v mnoha životních situacích výrazně zlepšit kvalitu života, v těhotenství však mohou působit právě naopak. Vliv podaného léku na plod se odvozuje od chemického složení látky, množství použité látky a doby užívání a závisí i na pokročilosti těhotenství v době podání léku. Obecně platí ohledně farmakoterapie v těhotenství několik zásad: Těhotná žena smí užívat jen léky předepsané jí samé lékařem obeznámeným s jejím zdravotním stavem, příp. u léků volně prodejných (včetně vitamínu, doplňků stravy či přírodních léčiv) by začátku užívání měla předcházet konzultace s odborníkem. Těhotná musí dodržovat dávkování uvedené na předpisu a měla by se seznámit s obsahem letáčku přiloženým k léku. Neměla by užívat léky s neznámým účinkem anebo léky předepsané jiným osobám či pro jiné onemocnění, vhodné je i vystříhat se užívání více léků současně. Největší opatrnost při užívání léků, ideálně jejich úplná absence, je namístě především v prvních dvanácti týdnech těhotenství.

Očkování za účelem vytvoření protilátek proti vyvolavatelům infekčních chorob se v těhotenství provádějí jen výjimečně a to v případech absolutní nutnosti, rozhodně ne v prvních čtyřech měsících, kdy výjimkou je pouze očkování proti tetanu a vzteklině. Pouze lékař, který těhotnou pravidelně kontroluje, může rozhodnout o tom, zda a kdy je nutná ochrana očkováním před nějakým infekčním onemocněním – musí přitom zvážit, zda není očkování pro těhotnou a plod větším rizikem než riziko infekčního onemocnění (2, 21, 29).

1.4 Projevy fyziologických změn mateřského organismu, prevence, terapie

Vlivem fyziologických změn je i fyziologické těhotenství doprovázeno různými běžnými potížemi. Porodní asistentka by měla ženu seznámit s tím, jak je možno se

s takovými potížemi vyrovnat. Měla by ženu také poučit o příznacích, které odliší běžné potíže od závažnějších příznaků (14).

1.4.1 Nauzea, zvracení

Obvykle trápí těhotnou ženu hlavně v prvním trimestru. Nauzea se vyskytuje až u 75 % gravidit, zvracení ve 30 – 55 %. Tzv. ranní nevolnost (která se objevuje nečekaně kdykoli během průběhu dne i noci) a zvracení – vomitus matutinus – je tak častým jevem, že je považováno za průvodní jev těhotenství. Příčina není přesně známá – uplatňuje se zřejmě dysrytmie žaludku, relaxace žaludeční svaloviny, vliv steroidních hormonů. Obvykle spontánně vymizí mezi 12. - 14. týdnem. Nutné je odlišit tyto potíže od hyperemesis gravidarum, které je doprovázeno úbytkem hmotnosti a vyskytuje se zde ketoacidóza, dehydratace a rozvrat iontů, hypotenze, tachykardie, vysílení a ve zvratcích se objevuje krev.

V prevenci a terapii je důležitá úprava diety – žena by měla jíst jídla nedráždivá, nepříliš kořeněná, lehká, dietní a porce by si měla rozdělit na malé dávky vícekrát denně. Dále je vhodné najíst se poprvé ještě před ranním vstáváním z postele (sníst např. suchý krajíček chleba nebo starší rohlík) a přes den nepřijímat pokrmy příliš teplé, mezi jídly pít častěji a při jídle pití vynechat. Konkrétním pokrmům a pachům, které u ženy nauzeu nebo zvracení vyvolávají, by se měla nastávající maminka vyhýbat. Medikamentózní léčba je nespecifická, doporučují se malé dávky valia, Pyridoxinu a Prothazinu (9, 14, 34).

1.4.2 Zvýšená chuť k jídlu

V druhé polovině těhotenství se chuť k jídlu zvyšuje a často se stává až neovladatelnou. Sebekontrola je zde na místě, žena může totiž v této fázi těhotenství velmi snadno přibrat příliš rychle na váze, což s sebou přináší komplikace nejen pro zbytek těhotenství a porod, ale i pro období následující. Při jednočetném těhotenství by měla žena s normální váhou v těhotenství přibrat 11,5 – 16 kg, podvyživená žena 12,5 – 18 kg a žena s nadváhou 7 – 11,5 kg. Časové rozložení přírůstku váhy je velmi důležité – obecně se doporučuje přibrat v prvním trimestru 1,6 kg a dále 0,44 kg týdně.

Průměrný energetický příjem by se měl po prvním trimestru pohybovat okolo 2400 kcal denně.

Pro prevenci možných potíží s nadváhou by měla být strava, kterou žena přijímá, přiměřená a lehce stravitelná – hodně ovoce a zeleniny, málo tuků a sladkostí a ve večerních hodinách jíst jen syrové ovoce a zeleninu. Důležité je vyhnout se jakýmkoli extrémům v obsahu nebo množství přijímané stravy, možné je i plánovat si jídlo ze dne na den pro kontrolu množství a vyváženosti stravy a přiměřenost váhového přírůstku kontrolovat pravidelným vážením. Nastávající maminka by neměla zapomínat dostatečně pít (2, 10, 14).

1.4.3 Krvácivost dásní, zvýšená kazivost chrupu

Reakce slin v graviditě je kyselejší než mimo ni (pH 6,10), což může přispívat k větší kazivosti zubů spolu se změnami orální bakteriální flóry. Dříve předpokládaný vliv odvápnění (relativního nedostatku calcia v cirkulaci) na tvorbu zubního kazu se nepotvrdil. Tomuto zvýšenému odvápnění kostí v graviditě brání zvýšená produkce paratyroideálního hormonu. Původcem zvýšené krvácivosti dásní v těhotenství je estrogen, který způsobuje zvýšenou tvorbu cév. Tyto problémy je třeba odlišit od gingivitidy, která se projevuje hypertrofií, prosáknutím a kontaktní krvácivostí dásní.

Chce-li se těhotná žena nastávajícím problémům vyhnout, nebo pokud ji již trápí, může využít některé z následujících doporučení – dodržovat správnou ústní hygienu (čištění zubů nejméně 2 minuty alespoň třikrát denně, správnou technikou a vhodným zubním kartáčkem) a při zvýšené krvácivosti dásní se snažit o maximální šetrnost při pečlivé ústní hygieně. Je vhodné zvýšit příjem vitaminu C a askorutinu a dutinu ústní vyplachovat vodou s adstringentními účinky. Nutné je podstoupit opakovaná stomatologická vyšetření s příslušnou sanací chrupu (14, 34).

1.4.4 Obstipace, flatulence

Je častým průvodním jevem gravidity a obvykle přetrvává až do porodu. Příčiny se hledají v mechanickém tlaku dělohy na okolí (tlusté střevo), vlivu progesteronu na

hladký sval a zahuštění obsahu střeva zvýšenou resorpcí vody a elektrolytů. Zácpa může být až úporná, kdy je stolice přítomna jen jednou za 3 – 5 dnů.

V prevenci a terapii zácpy a flatulence je důležité přijímat dostatečné množství tekutin (minimálně 8 – 10 sklenic vody denně, nezapočítává se káva, čaj nebo sycené nápoje) a pít minerální vody a ovocné šťávy. V potravě je vhodné zvýšit podíl vlákniny (např. neloupaná čerstvá zelenina a ovoce, celozrnné výrobky, otrubové dalamánky, ovesná kaše, brambory se slupkou) a podíl konkrétních subjektivně projímavých potravin (např. kompoty). Dále omezit konzumaci konkrétních jídel, které ženě zácpu (např. bílý chléb, sýry) či flatulenci (např. sladká jídla) způsobují. Po poradě s lékařem je možné změnit preparát pro zajištění dostatečného příjmu železa, pokud stávající přípravek způsobuje zácpu. Žena by dále měla mít dostatek vhodného tělesného pohybu (např. svižnější chůze s hlubokým dýcháním, cvičení v bazénu, těhotenské cvičení či tance) a naučit se využít defekačního reflexu (nácvik pravidelné stolice ve stejnou denní dobu). Medikamentózně je možno užít glycerinové čípky, přírodní kontaktní laxativa (např. Regulax), ze syntetických projímadel např. Guttalax kapky po poradě s lékařem (2, 6, 9, 14, 16, 34).

1.4.5 Pyróza

V prvních a posledních měsících těhotenství může změnou motility a tonu žaludku a vlivem tlaku rostoucí dělohy na žaludek dojít k refluxu žaludečních šťáv do jícnu a pálení žáhy, kterou trpí až jedna třetina těhotných žen. Palčivý pocit v nadbřišku může trvat i několik hodin po každém jídle a obvykle se zhoršuje vleže.

V prevenci nebo terapii pyrózy se doporučuje přijímat netučnou nedráždivou dietní stravu po menších dávkách a častěji a vyhnout se cigaretám a kávě. Pro zmírnění obtíží může těhotná žena vyzkoušet klidné dýchání zhluboka a popíjení vody po doušcích, sedět vzpřímeně a spát se zvýšenou horní polovinou těla. Na doporučení lékaře je možno využívat antacida, která nemají vysoký obsah sodíku (8, 14, 27).

1.4.6 Ptyalismus

Zvýšená sekrece slin v začátku gravidity je častá s maximem výskytu do čtvrtého měsíce, objevuje se jako následek převahy parasympatiku nebo je zapříčiněna psychogenně. Žena může vyloučit až 1 litr slin denně, je to stav spíše nepříjemný než nebezpečný a někdy bývá úvodním příznakem zvracení. Pokud se vyskytuje s emesis dohromady, bývá ovlivnitelný. Vyskytuje-li se izolovaně, je obvykle rezistentní vůči farmakoterapii i psychoterapii.

Důležitá je léčba emesis, vyskytuje-li se současně s ptyalismem, dále psychoterapie, popř. malé dávky atropinu a papaverinu v čípcích (9, 34).

1.4.7 Hemoroidy

Hemoroidy jsou častou komplikací buď v těhotenství nebo těsně po porodu (40 %). Jde o venózní pleteně pánevního dna, které se za gestace vlivem hydrostatického tlaku, tlaku rostoucí dělohy, prosáknutím, zeslabením a uvolněním vaziva stěny konečníku a obstipací zvětšují a projevují se jako kulovité zduření v oblasti kolem análního otvoru. K jejich vzniku přispívá nedostatek pohybu a projevují se svěděním, pálením a bolestí při sezení nebo krvácením po stolici. Obtíže se zvýrazní při zánětu nebo při uskřinutí řitním svěračem a s naléháním hlavičky plodu. V šestinedělí dochází obvykle ke zmenšení nebo vymizení hemoroidů.

Trápí-li ženu hemoroidy, nebo chce-li jim předejít, měla by dodržovat opatření k prevenci zácpy, provádět sedací koupele v odvaru dubové kůry nebo heřmánku, aplikovat plavuňo-oříškové tampony. Po poradě s lékařem je možno doporučit antihemoroidalia s protizánětlivým účinkem (např. Aviril H mast nebo čípky, Ketazon H mast nebo čípky, Proctoglyvenol čípky, Factu gel nebo čípky). Lokální přípravky obsahující kortikosteroidy (např. Proctosedyl mast, Ultraproct mast) jsou vyhrazeny pro akutní a trombotické komplikace, neměly by se však používat v prvním trimestru gravidity. Při krvácení se aplikují čípky s karboxycelulózou, která podporuje první fázi krevní srážlivosti (např. Spofax čípky). Dojde-li k prolapsu anální sliznice, je možné provést digitální repozici, která však nebývá příliš úspěšná. Operační řešení je vhodnější až po skončení šestinedělí (9, 14, 34).

1.4.8 Časté močení

Časté močení patří k prvním příznakům gravidity, dále se vyskytuje ve třetím trimestru a objevit se může i mírná močová inkontinence (způsobená tlakem dělohy na močový měchýř), která se vyskytuje u 50 % všech těhotných a mizí po porodu. Léčba není nutná, jen je vždy potřeba vyloučit bakteriurii.

Důležité je neomezovat příjem tekutin z důvodu častého močení. Žena by měla zjistit a plánovat, kde si na kterém místě může dojít na toaletu a pokud možno vyloučit delší cesty hromadnými dopravními prostředky, kde není možnost kdykoli zastavit. Nutné je dbát na zvýšenou hygienu genitálu z důvodu většího rizika vzniku infekce. Pokud se přidružují inkontinentní potíže, využívat různé hygienické pomůcky (34).

1.4.9 Výtoky

Poševní výtok bývá v těhotenství fyziologicky hojný kvůli zvýšenému prokrvení pánve, pokud je ale žlutý, má nepříjemný zápach nebo je provázen svěděním a zanícením, může to poukazovat na přítomnost infekce, která by měla být okamžitě odborně ošetřena a léčena zdravotníkem. Předčasný odtok plodové vody může též někdy vypadat jako hojný výtok – má-li na tuto skutečnost žena podezření, měla by se poradit se svým gynekologem.

V prevenci a terapii se doporučuje sprchovat se každý den a pro intimní hygienu používat vhodné přípravky, nosit prodyšné hygienické vložky a dostatečně často je měnit. Neprovádět výplachy, pokud nejsou nařízeny lékařem. Každá žena by si také měla mýt a sušit perineální oblast vždy směrem od spony stydké ke konečníku (2, 34).

1.4.10 Bolesti zad

Bolesti zad jsou v graviditě způsobeny adaptací páteře na změnu těžiště těla v důsledku růstu dělohy a prsů. Tato změna je vyrovnávána bederní hyperlordózou a hrudní kyfózou a stačí malá předchozí skolióza, aby se objevovaly bolesti v bedrech a sakralgie. Obvykle mizí tyto bolesti spontánně po porodu.

Preventivní a terapeutická opatření jsou často neúčinná, vždy je ale vhodný nácvik správného držení těla (při chůzi, sezení, stání) a posilování zádových a břišních

svalů již před těhotenstvím. Důležité je zvyknout si na správné postavení těla s hlavou vztyčenou a rameny dozadu, také se vyhnout přehnanému prohnutí bederní páteře. V případě potřeby si při sezení podkládat ruce, nohy nebo záda polštáři. Cvičit turecký sed, kroužení rameny a pánví (vhodné je navštěvovat prenatální kurzy či cvičení pro těhotné pro snížení rizika chybného nácviku techniky) a nacvičit uvolňování a relaxaci svalstva. Možno je využít také relaxačních masáží. Nastávající maminka by v případě těchto obtíží měla více odpočívat v pohodlné poloze a nosit vhodnou těhotenskou podprsenku. Při zvedání těžších břemen by měl pohyb začínat z pokrčených kolen – žena by měla přisednout a neohýbat záda. Celé těhotenství se také doporučuje nosit boty s nízkým podpatkem (14, 34).

1.4.11 Únava

Únava může být velká zejména v začátcích těhotenství, zvláště pokud matka pracuje, nebo má další malé děti. Extrémní únava obvykle ve 2. trimestru mizí, dostavuje se pocit nadšení a žena se cítí plná energie. Pocit únavy se navrací v posledních 4 – 6 týdnech gravidity.

Trápí-li ženu únava, neměla by ji překonávat, ale dodržovat následující opatření: v noci spát nejméně 8 – 10 hodin (dle potřeby) a usínat před 23. hodinou. Je-li to možné a cítí-li žena potřebu, dopřát si i v průběhu dne krátký spánek – ten by se však neměl promítnout do problému s večerním usínáním. K odpočinku je možné využívat individuálně vyhovující relaxační techniky i aktivního odpočinku při činnostech, které jsou pro budoucí maminku koníčkem. Pomoci může i dodržování správné životosprávy v těhotenství včetně zdravé výživy a dostatečného příjmu tekutin (2, 14, 24).

1.4.12 Varixy

Žilní varikozity jsou u těhotných žen přítomny poměrně často. Zapříčiněny jsou stázou krve v žilách ze sníženého žilního návratu způsobeného tlakem rostoucí dělohy, tato stáza může vyústit v insuficienci žilních chlopní, která vznik varixů podporuje. Důležitou roli hraje také genetická dispozice (vrozená méněcennost endotelu cévní stěny) a velký váhový přírůstek. Nejčastěji se křečové žíly objevují na přední straně

bérců a pod koleny, mohou však vznikat i na vulvě, zejména v druhé polovině gravidity. Obvykle bývají dočasné a mizí po porodu. Jako komplikace může nasedat žilní trombóza a tromboflebitida.

V prevenci a terapii varixů je vhodné nenosit těsné oblečení, při sezení nekřížit nohu přes nohu, při odpočinku podkládat nohy nad úroveň pasu, popř. ležet spíše v poloze na boku než na zádech. Možné je používat stahující punčochy, které podporují návrat žilní krve k srdci, oblékat je nejlépe ještě před ranním vstáváním z postele. Dále se doporučuje vyhnout se dlouhému stání bez chůze, provádět masáže dolních končetin a střídavé sprchování chladnější a teplejší vodou každý večer, přiměřeně sportovat (nejlépe navštěvovat těhotenské cvičení) a dodržovat zásady správné životosprávy. Velmi důležité je také vyhnout se nadměrnému váhovému přírůstku v graviditě. Dojde-li k zarudnutí, zvýšené citlivosti či bolestivosti v místě žíly, popř. oteče-li pouze postižená končetina, žena by měla stav ihned konzultovat s lékařem. Léčbu velkých varixů je nutné konzultovat s chirurgem již v první polovině gravidity (2, 9, 14, 34).

1.4.13 Otoky dolních končetin

Otoky dolních končetin jsou běžné zejména po 20. týdnu těhotenství, obvykle mizí po nočním odpočinku a jsou ortostatického původu – podílí se na nich složka kapilární, snížený odtok zvětšeného objemu krve z dolních končetin z útlaku dělohy a myorelaxační účinek progesteronu na cévy. V lokalizaci okolo kotníků vznikají asi u 80ti % žen, nejčastěji po dlouhodobém postávání na místě či po namáhavé fyzické aktivitě. Pokud se ale otoky objeví pouze na jedné končetině, jsou masivní, projevují se na hmotnosti ženy nepřiměřeným nárůstem počtu kilogramů a objevují se i po nočním odpočinku či v obličeji a na rukou, mohou signalizovat závažnou těhotenskou patologii, zvláště jsou-li spojeny s hypertenzí či proteinurií. Lékař by měl být na tyto změny neprodleně upozorněn.

Prevence a terapie otoků spočívá v dodržování všech opatření vhodných při obtížích s varixy, dále by měla žena při sezení dbát na podložení dolních končetin – polohovat je ve zvýšené poloze. Vhodná fyzická aktivita pro prevenci vzniku otoků je klidná chůze, doporučuje se také omezit příjem soli v potravě (2, 9, 10, 14, 34).

1.4.14 Křeče v dolních končetinách

Křeče v dolních končetinách se mohou objevit již v prvních šesti týdnech těhotenství, mnohem častěji ale začnou nastávající maminku trápit až v posledním trimestru. Mimovolní stahy povrchových lýtkových svalů mohou způsobovat velkou bolest a vznik těchto křečí se přičítá větší váze dělohy, zvýšené krevní náplni, nedostatečnému odpočinku, nerovnováze v poměru vápníku a fosforu a nevyrovnané hladině magnézia. Jsou zpravidla pouze zdrojem nepříjemných pocitů a někdy narušují klidný spánek budoucí maminky. Dále se objevují tzv. akroparestezie, čili akrální poruchy čití projevující se jako brnění, mravenčení, svrbění a podobně, které často vznikají v souvislosti s edémy.

Trápí-li ženu křeče v dolních končetinách, měla by spát v mírné Trendelenburgově poloze (zdvižení nohou o cca 25 cm) a dostatečně odpočívat. Při křeči natáhnout postiženou končetinu, napnout ji v koleni a ohnout v hleznu, postavit se a opřít o postiženou končetinu, aby se natáhly stažené svaly. Individuálně může pomoci masáž a relaxační techniky. Vhodné je svěřit se lékaři a poradit se s ním o opatřeních pro obnovení správného poměru vápníku a fosforu, příp. o možnosti užívání magnézia. Při akroparesteziích dodržovat opatření pro prevenci a terapii otoků, dále může přinést úlevu Pyridoxin a Thiamin (10, 14, 30, 34).

1.4.15 Změny na kůži, strie, suchá pleť

Rostoucí děloha rozepíná a vytahuje stěnu břišní. V místech, kde kůži chybí dostatečná elasticita, se tvoří tzv. strie, nejčastěji jsou lokalizované na břiše, ale mohou se objevovat také na prsech, stehnech a hýždích. Červenobílé pruhy trápí častěji blondýnky a rusovlásky a vznikají ve směru štěpitelnosti kůže, velký vliv má také genetická predispozice a obezita. Po porodu tyto pajizévky nemizí, ale postupně blednou a získávají stříbřitou barvu. U multipar je možno pozorovat ochablost břišní stěny, která přepadá dopředu, často také diastázu přímých břišních svalů. Dále je v graviditě patrná výraznější pigmentace na tváři a čele – tzv. chloasma. Zvýraznění pigmentace se dále objevuje na prsních dvorcích a linea alba (fusca) se mění na linea nigra.

Pro zachování hezké pleti i v těhotenství je vhodné dodržovat zásady správné životosprávy, kontrolovat váhový přírůstek, dostatečně pít a přiměřeně sportovat. Pokožku bříška ošetřovat krémem či olejem již v prvních stádiích těhotenství pro prevenci vzniku strií a dle individuálních problémů pokožku pravidelně masírovat a promašťovat vhodným přípravkem (2, 10, 34).

1.4.16 Pocit ucpání nosu, zalehnutí uší

Nepříjemný pocit ucpaného nosu a zalehnutí uší se objevuje v důsledku otoku sliznic horních dýchacích cest. Tento stav je zcela fyziologický, nepřidají-li se další problémy, které by poukazovaly na onemocnění – v takovém případě by měla budoucí maminka navštívit svého lékaře.

Ke zmírnění těchto nežádoucích pocitů je možné po poradě s gynekologem užívat vhodné kapky proti rýmě, jejichž efekt však při dlouhodobějším užívání značně slábne, dále pravidelně smrkat a na zmírnění otoku sliznice lze využít vlivu chladného vlhkého vzduchu (např. procházkou v mírné mlze) s ohledem na zdravotní stav matky a prevenci nachlazení (10, 14).

1.4.17 Napětí či citlivost prsů

Změny prsů se objevují v graviditě velmi brzy, více u prvorodiček. Mléčné žlázy se v důsledku působení těhotenských hormonů zvětšují a často dochází ke stupňování napětí a citlivosti prsů mnohem většímu, než bylo pro ženu obvyklé premenstruačně.

Žena by měla v těhotenství průběžně upravovat šatník tak, aby prsa nebyla stlačována v nevhodném oblečení, při výběru těhotenské podprsenky se zaměřit na příjemný přírodní materiál bez kostic, vhodnou velikost a výběr především dle pocitu pohodlí. Na citlivé až bolestivé bradavky je možno užít kalciovou mast (2, 10, 14, 17).

1.4.18 Problémy s vlasy a nehty

Vlasová pokožka vylučuje v těhotenství zvýšené množství mazu a vlasy se stávají lesklejšími a mastnějšími, což může vyhovovat ženám, které měly před otěhotněním vlasy suché, pro ostatní je to ale velkou nepříjemností. Některým

nastávajícím maminkám začnou v těhotenství vlasy také více vypadávat, jakákoli terapie se často mine účinkem, ale vlasový porost obvykle opět zhoustne během několika měsíců po porodu. Nehty se v těhotenství mohou lámat či třepit.

Předejít této nepříjemnosti, nebo ji zmírnit, je možné s využitím následujících doporučení: dodržovat zásady správné životosprávy, vlasy si mýt vhodnými šetrnými šampony dle potřeby – při mytí, česání a úpravě účesu dbát na maximální šetrnost, nosit vlasy více volné než-li stažené. Pokud jsou vlasy dlouhé, je vhodné je podle potřeby zkrátit. Po poradě s kadeřnicí je možno užít posilující vlasovou masku či jiný vhodný přípravek, u velmi rychle se mastících vlasů popř. aplikovat barvu. Nehty je lépe udržovat krátce zastřižené, při práci je chránit rukavicemi a o správné péči o namáhané nehty se případně poradit s manikérkou (10, 26).

1.4.19 Dýchavičnost

Zvýšená dušnost je zcela obvyklá především na konci těhotenství. Děloha se zvětšuje a tlačí na okolní orgány v břišní dutině. Pohyb bránice při dýchání se omezuje a hluboký nádech již nedosahuje takové intenzity jako dříve. Problém se znásobuje u vícečetných gravidit. Těhotenské zadýchávání je záležitost nepříjemná, ale obvykle nemá žádné negativní důsledky pro maminku ani pro plod. Úleva se obvykle dostavuje s „odlehčením“, kdy plod klesne do pánve (při prvním těhotenství to bývá asi dva až tři týdny před porodem). Alarmující může být příliš velká dušnost provázená zrychleným dýcháním, tachykardií a promodráváním rtů a prstů, zvláště vzniká-li bez návaznosti na námahu.

Na tento stav by se žena měla připravovat již před těhotenstvím a přiměřeným cvičením zvyšovat svou výkonnost, v těhotenství pak navštěvovat těhotenský tělocvik a uvážlivě sportovat, v předporodních kurzech nacvičovat správné dýchání pro snadnější zvládnutí porodu. Sedět je lépe vzpřímeně, spát popřípadě v polosedě. Je-li to možné, vyhýbat se přílišné námaze – je-li nevyhnutelná, rozdělit si ji do menších úseků a zařadit pauzy na odpočinek (10, 19).

1.4.20 Insomnie

Insomnie je nespavost, neschopnost spát v noci. Obvykle se objeví jen občas a to v průběhu celého těhotenství. Příčinou může být 24hodinový interval, na který je nastaven metabolismus dítěte – ten pracuje, i když chce nastávající maminka právě spát a ovlivňuje tak do určité míry i její tělo. Tento problém samozřejmě zhoršuje také noční močení, noční pocení, křeče v dolních končetinách a psychický stav ženy (aktuální starosti, obavy,…).

Základním terapeutickým postupem je řešit vyvolávající příčinu, je-li známa (řešit své starosti a obavy, v případě potřeby se s nimi svěřit kamarádce, partnerovi, lékaři, atd.). Dále by měla nastávající maminka dodržovat správnou životosprávu a pravidelně navštěvovat těhotenské cvičení. Večer je vhodné osprchovat se příjemně teplou vodou a před spaním vypít sklenici teplého mléka, která uklidní organismus. Ženě se radí jít spát až tehdy, když se cítí opravdu unavená. Spát je vhodné pravidelně ve větrané místnosti, na pohodlné matraci, v prodyšném a volném pyžamu, možné je využít i aromaterapii. V případě noční nespavosti je nutné přizpůsobit následující den nedostatečně odpočatému organismu, vyhnout se užívání léků na spaní (17, 24).

1.4.21 Bolesti žeber

Bolesti žeber jsou jevem, který se často vyskytuje v posledním trimestru gravidity. Jde o bolest pod žebry, většinou na pravé straně, která se zvyšuje při déle trvajícím sezení. Příčinou je stlačení žeber dělohou, která se svým růstem zdvihá do břicha, někdy mohou být spodní žebra také zhmožděná hlavičkou dítěte, která se o ně opírá a v neposlední řadě má vliv i dětské kopání a šťouchání do této oblasti. Tento jev není rizikovým pro matku ani pro plod. Tlak a bolestivost obvykle ustupuje těsně před porodem, kdy hlavička klesá do dutiny pánevní a v oblasti žeber dojde k uvolnění.

Terapie tohoto druhu obtíží je často bez pozitivního výsledku, přesto je možné vyzkoušet některá z následujících doporučení: nosit správný oděv, který nikde neškrtí a nestlačuje žebra, chodit i sedět vzpřímeně, navštěvovat těhotenské cvičení. Při intenzivních bolestech udělat opakovaně „kočičí hřbet“, popř. pomalu zhluboka dýchat, kdy je nádech provázen střídavě zdviháním jedné a druhé natažené paže nad hlavu

a výdech jejím pomalým upažováním. Dále je vhodné spát se zády podepřenými polštáři, naučit se relaxační metody pro zvládnutí bolesti a vyhnout se činnostem, které tuto bolest zhoršují (předklánění a zvedání těžších věcí) (15, 17, 19).

1.4.22 Brnění rukou

Brnění rukou, stejně jako brnění v jiných oblastech těla bývá obvykle způsobeno stlačením některého nervového kmene zvětšující se dělohou nebo otokem (např. v oblasti zápěstí). Netrvá-li tento stav delší dobu a nenaznačuje tak jiné onemocnění, je tento stav fyziologický a nepředstavuje riziko pro matku ani pro plod.

Brnění rukou jde předejít, popř. ho zmírnit aktivizací krevního oběhu několika jednoduchými cviky, rozhýbáním postižené oblasti. Dále je vhodné dodržovat opatření pro prevenci a terapii otoků. Při intenzivním a častém pocitu brnění by měla žena konzultovat stav s lékařem (4, 19).

1.4.23 Pocit horka, zvýšené pocení

Těhotné ženy mají často problém s návaly horkosti a nadměrným pocením – to je způsobeno zvyšující se hmotností, námahou těla při pohybu (zvláště při velkém nárůstu váhy), zvýšením bazálního metabolismu v těhotenství a především hormonálními změnami. Žena se potí po celém těle a to někdy velmi intenzivně. Pocení, kterého se účastní tzv. apokrinní potní žlázky v podpaží, pod prsy a v oblasti zevního genitálu, se v těhotenství naopak zmenšuje – vzhledem k tomu, že právě tyto žlázky dodávají potu jeho nepříjemný pach, obejde se často nadměrné pocení v graviditě bez zápachu. Zvýšené pocení může někdy způsobovat až vyrážku.

Pro zmírnění takových obtíží se doporučuje sprchovat se tak často, jak je mamince příjemné(na intimní oblast užívat při sprchování vhodný přípravek intimní hygieny), nosit volný a vzdušný oděv – při oblékání vrstvit oblečení tak, aby bylo možné některé kusy odložit a tím zajistit tělu ochlazení, ale v zimě zároveň zabránit nachlazení a pocitu zimy. Nutné je dostatečně pít vodu a omezit pití kávy, slazených nápojů a neředěných ovocných šťáv. V horkých dnech by se nastávající maminka neměla vystavovat námaze a měla by se snažit zdržovat se především ve stínu. Chce-li

žena v těhotenství cvičit, je dobré zvolit vhodné cvičení v klimatizovaných centrech, plavání, atd. - při pocitu přehřátí si ihned odpočinout. K omezení pocení možno užívat antiperspiranty a dětské pudry (2, 4, 19).

1.4.24 Točení hlavy, mdloby

Závratě a pocit točení hlavy jsou u těhotných žen z mnoha různých důvodů poměrně časté. V prvním trimestru se mohou objevovat na základě nedostatečného krevního zásobení pro rychle se rozšiřující oběhový systém. V druhé a třetí třetině gravidity může být tento pocit způsobován tzv. syndromem dolní duté žíly, čili útlakem cévy krevního oběhu a následným nedostatečným návratem krve k srdci – k tomuto stavu dochází obvykle vleže. Mdloby také mohou ženu postihnout vždy, když rychle vstane z polohy vleže nebo vsedě, prudce změní polohu a tím dojde k náhlému odsunu krve z mozku. Další příčinou může být nedostatečná hladina cukru v krvi, dehydratace, dusný vzduch v přetopené místnosti či dopravním prostředku. Závažnější příčinou může být také anémie, proto by se žena měla s častými pocity závratě svěřit lékaři. Riziko pro matku a dítě spočívá v úrazu při omdlení (zranění při pádu).

V prevenci a terapii je důležité pamatovat na tento problém a vstávat vždy pomalu a postupně, také se vyhnout ležení na zádech a útlaku dolní duté žíly dělohou, vyhledávat spíše polohu na boku. Dále se vyhnout dlouhému stání, je-li nevyhnutelné, střídat ho s přecházením. Základem je dbát na správný životní styl a zdravou stravu a mít u sebe pro rychlé dodání energie sáček rozinek, kousek ovoce, celozrnné sušenky, apod., dostatečně pít. V domácnosti by měla žena dostatečně větrat a vyhýbat se přetopeným místnostem, také přeplněným dopravním prostředkům, při oblékání vrstvit oblečení pro zajištění dostatečného tepla i možnost ochlazení odložením některých kusů, nenosit oblečení upnuté v oblasti krku, šály a šátky nosit zavázané volně, aby bylo možno rychle je uvolnit. Nevhodné je zůstávat dlouho na slunci. Při mdlobách či točení hlavy je nutné neprodleně zaujmout polohu vleže s dolními končetinami zvýšenými, popř. vsedě na židli s hlavou mezi koleny, popř. si alespoň sednout „na bobek“ a přidržet se stolu, židle, atd. Po překonání mdloby je nutné preventivně zajistit

dostatečný přísun vzduchu a dýchat zhluboka, napít se, uvolnit si oblečení, odpočinout si a doplnit energii (2, 14, 17, 19).

1.5 Zaměstnání těhotných žen

Těhotenství s sebou nese řadu fyzických a psychických změn a potíží. Zaměstnání a práce pak mohou ženě buď pomoci toto období zdárně překlenout, nebo ho naopak ještě více zkomplikují.

Zvýšená únavnost a ranní nevolnosti, zejména v počátcích těhotenství, mohou situaci zaměstnané ženy výrazně zhoršovat. Obdobně je tomu s ubýváním pohyblivosti v pokročilejším těhotenství a s poklesem soustředěnosti nebo výraznou únavou až spavostí. Pocit vyčerpanosti a stresu může přinášet také cestování do práce a z práce, zvláště hromadnými dopravními prostředky. Není však vhodné vytvářet jednotné schéma, které by se týkalo zaměstnání všech těhotných – rozhoduje individualita každé ženy – jedna vyžaduje po svém lékaři vystavení pracovní neschopnosti v okamžiku zjištění svého těhotenství, jiná pracuje ještě na porodním sále v době porodu. Obvykle bývá nastávající mamince vyhověno – záleží jen na jejím pocitovém uspokojení a druhu zaměstnání.

Těhotná zaměstnaná žena by měla v přiměřené době, což každá žena sama posoudí, svému nadřízenému nebo zaměstnavateli změnu svého stavu oznámit. To proto, aby mohl zaměstnavatel splnit platné předpisy o zaměstnávání těhotných žen a také aby mohl zajistit náhradní pracovní sílu, až zaměstnankyně nastoupí mateřskou dovolenou.

Na druhé straně je vhodné, aby se těhotná zaměstnaná žena včas seznámila se všemi předpisy, které se týkají zákonem zaručených opatření k ochraně jejího zdraví a normálního vývoje těhotenství a se směrnicemi o sociálním zabezpečení žen v těhotenství a v mateřství (32, 13, 19) (Příloha 1).

1.5.1 Zákonná opatření

Zákonná opatření ukládají zaměstnavateli zajistit, aby těhotná žena pracovala na takovém pracovišti a vykonávala takové práce, které by neohrozily zdárný průběh jejího

těhotenství a nerušený vývoj plodu. Vyhláškami jsou určena zaměstnání a práce, které nesmí těhotná vykonávat, a to bez újmy na výši jejího předchozího výdělku. Zaměstnavatel nesmí dovolit, aby těhotná pracovala v nočních směnách a v pracích s rizikem. Pokud tomu tak dosud bylo, musí těhotnou ženu přeřadit na jiné pracovní místo. Zaměstnavatel by měl respektovat stav zaměstnankyně a poskytnout jí náhradní práci.

Žena z důvodů těhotenství či mateřství nesmí být ze zaměstnání propuštěna. Nesmí jí být odepřena další mateřská dovolená a musí jí být zachována příležitost zaměstnání po jejím skončení.

Zaměstnavatelé (právnické i fyzické osoby, které zaměstnávají fyzické osoby v pracovněprávních vztazích) jsou povinni řídit se ustanoveními ze Zákoníku práce. Zákoník práce se týká státních i soukromých zaměstnavatelů. Na druhé straně i zaměstnanci si musí být vědomi svých povinností a respektovat je.

Zákoník práce upravuje zvláštní pracovní podmínky žen a poskytuje zvýšenou ochranu jednak ženám obecně, dále těhotným ženám a matkám malých dětí. Současně ukládá zaměstnavatelům povinnost zřizovat, udržovat a vylepšovat hygienická a jiná zařízení pro ženy. Poslání ženy jako matky a zvláštnosti jejího organismu ji nedovolují zaměstnávat některými druhy práce (11) (Příloha 1).

1.4.2 Pohodlí a bezpečí v zaměstnání

U každé ženy probíhá těhotenství trochu jinak – jinak se projevuje, jinou intenzitou, v jiných oblastech. Jsou-li tyto projevy slučitelné se současným vykonáváním zaměstnání a chce-li žena i v těhotenství dále pracovat (s ohledem na Zákoník práce a splnění podmínek), měla by však pamatovat na to, že čeká rodinu, a pracovní tempo tomuto stavu přizpůsobit.

Pro učinění práce pro ženu snesitelnější a bezpečnější se doporučuje dodržovat některá doporučení – co se jídla týká, jíst zdravě a přiměřeně (pamatovat na důležitost snídaně), nepřejídat se. Přibírání na váze by měla žena kontrolovat pravidelným vážením a samozřejmě dostatečně pít. Pro případ nevolnosti a rychlé dodání energie by měla mít těhotná žena po ruce vždy zásobu celozrnných sušenek nebo krekrů, které

spolu se sklenicí nápoje zaženou nepříjemné pocity. Po každém jídle by si měla žena i v zaměstnání vyčistit chrup.

Důležitým prvkem sebepéče těhotné ženy v zaměstnání je péče o dolní končetiny – žena by se měla šetřit, několikrát denně si odpočinout. Dle druhu zaměstnání se co nejčastěji posadit s dolními končetinami umístěnými výše kdykoliv je to možné, nevystavovat se dlouhému stání, občas se uvolnit a projít. Dále cestou do zaměstnání anebo během pracovní doby procvičit krční páteř, klouby ramen, pánve a nohou – tyto cviky uvolňují napětí a zlepší krevní oběh. Kdykoliv se vyskytne potřeba shýbnout se, je vhodné využít podřepu a posilovat tak stehenní svaly – nepředklánět se a nezatěžovat tak páteř. Zvedat by se měla žena opatrně – každé nutné zvednutí provádět pomalu a soustředěně, aby nedošlo k přílišnému přepínání zad, nohou a šíje.

Pracovní oděv těhotné se podřizuje pracovišti a vykonávané práci. Obvykle je možné použít varianty civilního oblečení. Všeobecně by mělo být spodní prádlo bavlněné a prodyšné, těhotenská podprsenka by měla být pevná a pružná, ponožky by neměly mít pevnou gumičku, aby nebránily krevnímu oběhu. Oblečení by se mělo vrstvit pro snadné přizpůsobení oděvu teplotě prostředí, nemělo by být z dráždivých materiálů a samozřejmě by se mělo přizpůsobovat rostoucímu bříšku. Pokud je na pracovišti obvyklý společenský oděv, je potřeba pořídit si dražší těhotenské šaty, sako prodloužené délky, šaty se sníženým pasem, sukně a halenky. Obuv je vhodná na nízkém podpatku, případně s ortopedickou vložkou.

Dle individuálních obtíží by měla každá žena hledat konkrétní řešení k jejich zmírnění – přizpůsobovat svůj pracovní den, návyky či obsah kabelky.

Nevhodné je vykonávat zaměstnání po 32. týdnu těhotenství – v této době musí oběhový, dýchací systém a některé další životně důležité orgány podávat nejvyšší výkon. Páteř, klouby a svaly jsou extrémně zatíženy. Poslední dva měsíce jsou těhotenským obdobím, kdy by si žena měla odpočinout, kdykoliv pocítí únavu – což nemusí být vždy možné, pokud po tomto termínu setrvá v zaměstnání (11, 12, 19).

1.6 Prenatální péče o fyziologické těhotenství

Prenatální péče má být efektivní, stejně důležité však je, aby nebyla nadbytečná a aby byla akceptovatelná těhotnou ženou. Většina gravidit probíhá fyziologicky, u jedné čtvrtiny až třetiny nastávajících maminek se však vyskytují rizikové faktory, které mohou průběh těhotenství ovlivnit, a z toho dojde u jedné třetiny až pětiny k rozvoji patologické gravidity.

Vstupní vyšetření do prenatální poradny je zaměřeno na samotnou diagnostiku gravidity pomocí laboratorní metodiky nebo ultrazvukovým vyšetřením. Je-li těhotenství prokázáno, stanovuje se délka těhotenství a provádí se výpočet termínu porodu. Dále dochází také k zařazení těhotenství do jedné ze tří skupin – fyziologická, riziková, patologická gravidita – a to především na podkladě všeobecného a specifického screeningu.

Základem všeobecného screeningu je pečlivý odběr anamnézy. Zjišťují se faktory demografické, sociální, rodinné i profesionální, prochází se anamnéza osobní a gynekologicko-porodnická. V průběhu péče o těhotnou je možné detekovat různé rizikové faktory, které se objeví buď v souvislosti s průběhem těhotenství nebo na podkladě základních vyšetření. Z anamnézy je možné zjistit některá závažná onemocnění, s kterými žena do těhotenství vstupuje, všeobecný screening pak poukáže na odchylky od fyziologické gravidity.

Specifický screening již konkrétně upřesňuje, zda rizikové faktory vedou k rozvoji patologického průběhu těhotenství.

Návštěvnost prenatálních poraden je v České republice vysoká. Návštěvy jsou u žen s fyziologickým těhotenstvím indikovány každý 4. týden do 36. týdne těhotenství včetně, od 37. týdne těhotenství do termínu porodu jedenkrát týdně. V případě přenášení se frekvence návštěv snižuje, obvykle je preventivní prohlídka indikována každý druhý den (2, 7, 8) (Příloha 2).

2. Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cílem práce bylo zjistit frekvenci výskytu základních fyziologických změn mateřského organismu doprovázejících fyziologicky probíhající těhotenství. Důraz byl kladen na vnímání těchto změn samotnými ženami a míru jejich informovanosti o možnostech, jak negativním projevům některých z nich předejít nebo je zmírnit. Dalším cílem bylo pokusit se odpovědět na otázku, zda těhotné ženy považují fyziologicky probíhající těhotenství za nemoc.

2.2 Hypotéza 1

Těhotné ženy vnímají projevy fyziologických změn mateřského organismu.

2.3 Hypotéza 2

Těhotné ženy mají dostatek vědomostí o způsobu, jak negativním projevům těhotenských změn (doprovázejícím fyziologicky probíhající těhotenství) předejít nebo je zmírnit.

2.3 Hypotéza 3

Těhotné ženy fyziologicky probíhající těhotenství nevnímají jako nemoc.

3. Metodika

3.1 Popis metodiky

K výzkumu míry vnímání fyziologických změn mateřského organismu a jejich negativních projevů, míry informovanosti žen, jak těmto projevům předejít nebo je zmírnit, a výzkumu vnímání těhotenství samotnými gravidními ženami, jsem použila kvantitativní výzkum, který byl prováděn formou dotazníků. Dotazníkovou metodu jsem vybrala, protože umožňuje ženám zůstat v anonymitě a poskytuje velké množství empirických údajů v poměrně krátké době. Dotazník čítal 20 otázek a byl rozdáván ženám v gynekologických ordinacích a ambulancích (Příloha 3).

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

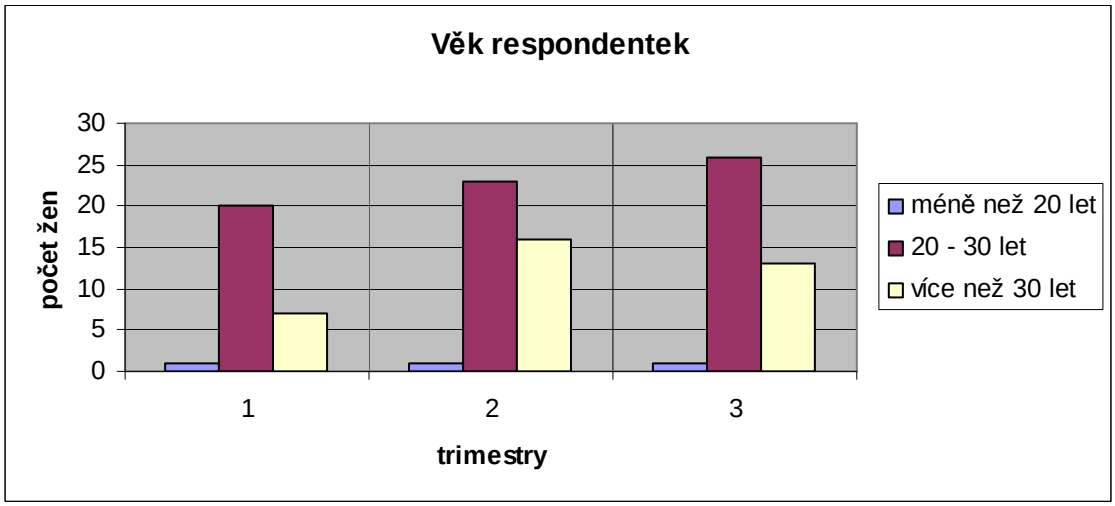
Respondentkami byly fyziologicky těhotné ženy ve všech stádiích těhotenství a v jakémkoli věku, snaha byla o přibližně stejné zastoupení všech tří trimestrů těhotenství. Dotazníky byly rozdávány v ordinacích obvodních gynekologů v Českých Budějovicích a na gynekologicko-porodnické ambulanci v Táboře během měsíce února a března v roce 2007.

Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků, vrátilo se 124 dotazníků a 16 jich bylo nedostatečně vyplněno. K výzkumu byl tedy použit konečný soubor 108 dotazníků (100%), kdy 1. trimestr byl zastoupen 28 dotazníky a 2. i 3. trimestr 40 dotazníky. Prvními otázkami byly ženy rozděleny do 3 věkových kategorií, 3 stádií těhotenství a na 2 skupiny dle pořadí gravidity (primigravidy a ostatní). Další otázky byly zaměřeny na vnímání fyziologických změn mateřského organismu v tělesné i psychické oblasti a na jejich zvládání.

Výsledky výzkumu jsou znázorněny v grafech – v každém grafu jsou výsledky každého trimestru zvlášť. Pod grafem jsou výsledky popsány, převedeny na procenta a je zde uveden i celkový výsledek bez ohledu na trimestry. Otázky s možností označení více odpovědí jsou převedeny na procenta také a to vždy buď vůči počtu žen ve trimestru nebo vůči celkovému počtu žen. Tato metoda výpočtu byla zvolena, jelikož na sobě odpovědi nejsou závislé.

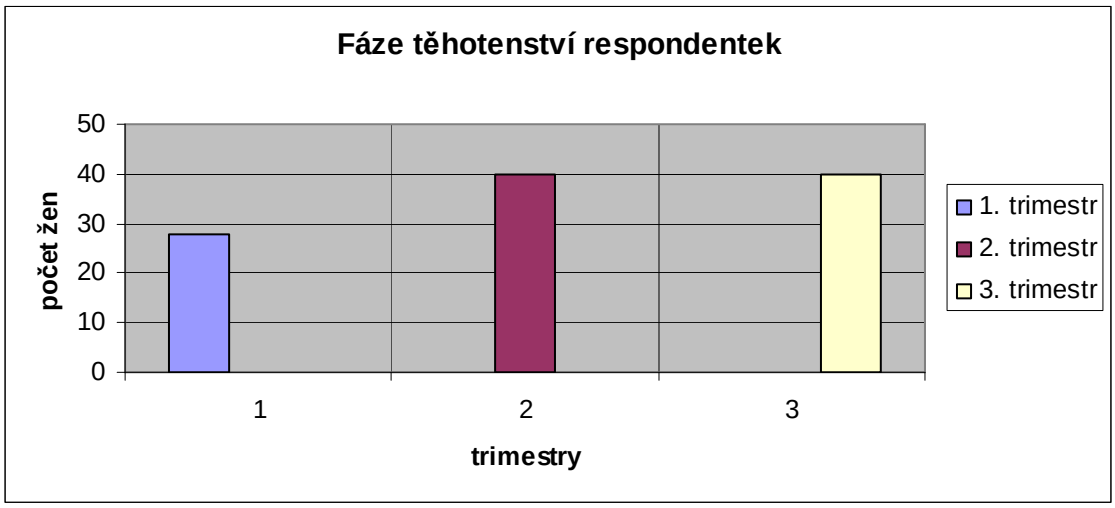
4.Výsledky

Graf 1



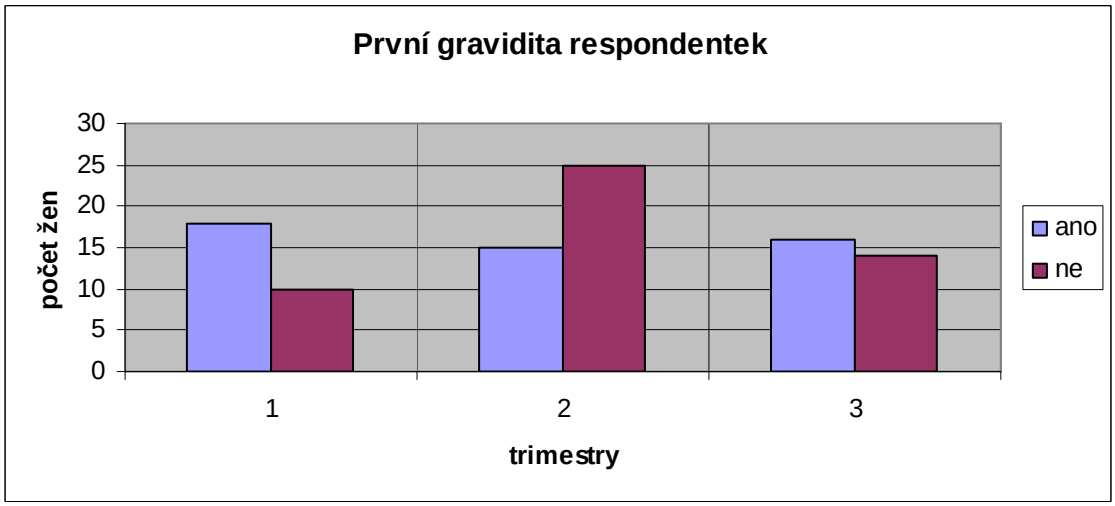
V 1. otázce dotazníku jsem zjišťovala, do jaké věkové kategorie respondentky patří. Z prvního trimestru bylo méně než 20 let 1 ženě (3,57%), 20-30 let 20 ženám (71,43%) a 7 ženám (25%) nad 30 let. V druhém trimestru patřila do první kategorie také 1 žena (2,5%), do druhé kategorie 23 žen (57,5%) a do třetí kategorie 16 žen (40%). Z třetího trimestru uvedla odpověď „méně než 20 let“ 1 žena (2,5%), „20 - 30 let“ 26 žen (65%) a „více než 30 let“ 13 žen (32,5%). Celkový výsledek bez ohledu na trimestry ukázal, že v kategorii věku do 20 let byly 3 těhotné ženy (2,78 %), mezi 20 a 30 lety 69 žen (63,89%) a v kategorii nad 30 let 36 (33,34%).

Graf 2



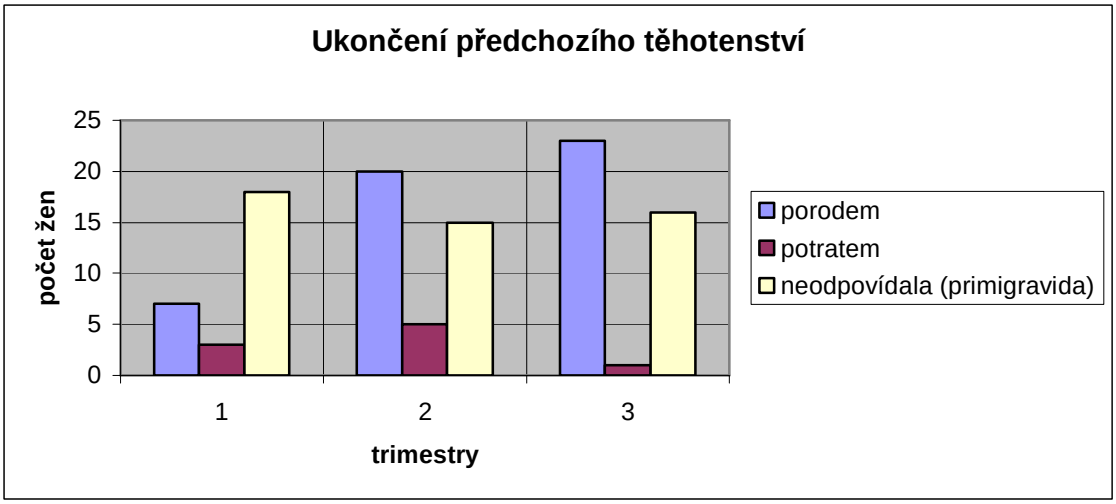
Otázka 2 rozdělila respondentky do trimestrů. Do prvního trimestru patřilo 28 žen (25,93%), do druhého trimestru 40 žen (37,04%) a ve třetím trimestru bylo také 40 žen (37,04%). Celkově vyplnilo dotazník 108 žen.

Graf 3



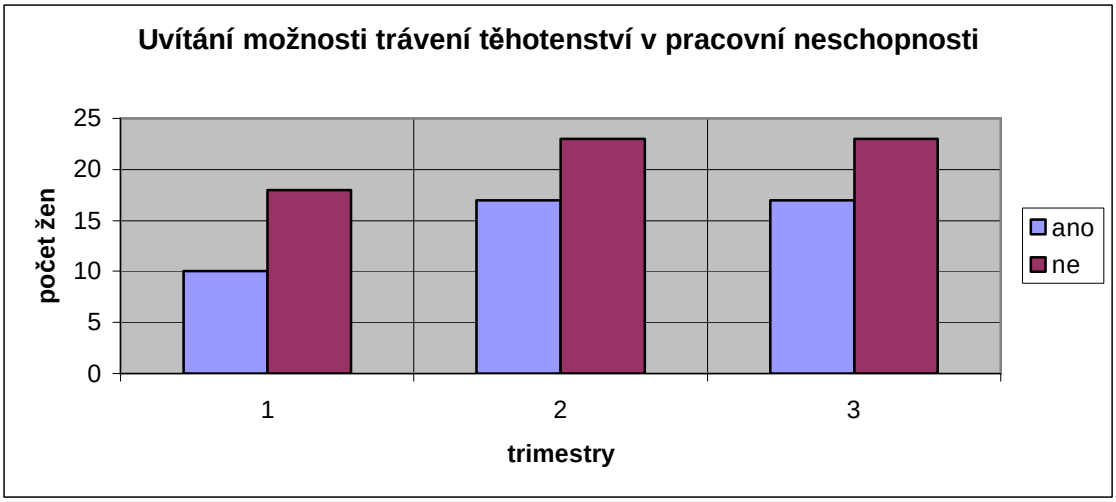
Ve 3. otázce jsem se ptala, zda jsou respondentky těhotné poprvé. 18 žen (64,29%) z prvního trimestru odpovědělo, že ano, 10 žen (35,71%) ne. Z druhého trimestru bylo primigravidních 15 žen (37,5%) a 25 žen (62,5%) čekalo již minimálně druhé miminko. 16 žen (40%) ze třetího trimestru bylo těhotných poprvé, 24 žen (60%) již minimálně podruhé. Celkově odpovědělo na otázku, zda je žena těhotná poprvé, 49 žen (45,37%) „ano“ a 59 žen (54,63%) „ne“.

Graf 4



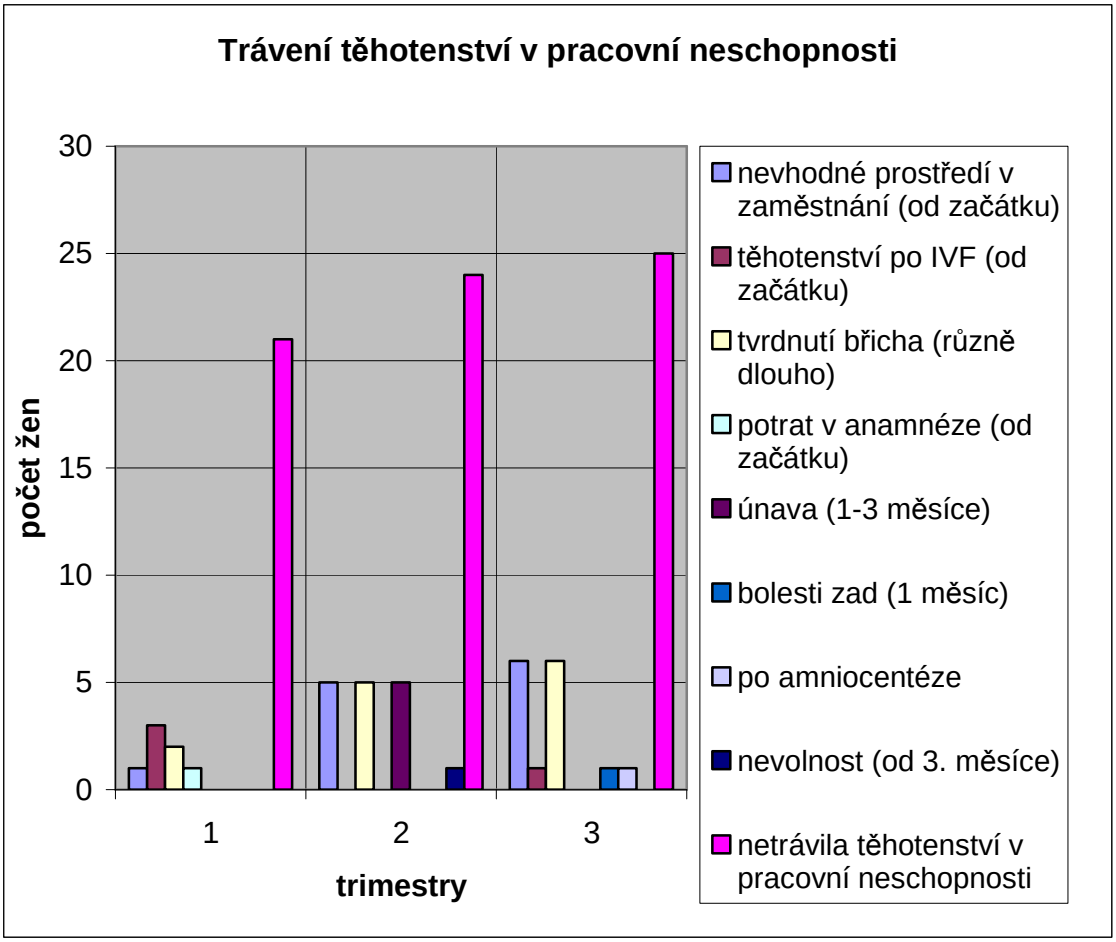
V otázce 4 jsem se respondentek ptala, jak skončilo jejich předchozí těhotenství. Na tuto otázku odpovídaly pouze ty ženy, které uvedly v předchozí otázce, že nejsou těhotné poprvé. Z dotazovaných v prvním trimestru odpovědělo 7 žen (25%), že předchozí těhotenství skončilo porodem a u 3 žen (10,71%) potratem. 18 žen (64,29%) na tuto otázku neodpovídalo. Z žen ve druhém trimestru označilo odpověď „porodem“ 20 žen (50%) a „potratem“ 5 žen (12,5%), neodpovídalo 15 žen (37,5%). U 23 žen (57,5%) v třetím trimestru skončilo předchozí těhotenství porodem, u 1 ženy (2,5%) potratem a 16 žen (40%) neodpovídalo. Z celkového počtu žen skončilo těhotenství u 50 žen (46,30%) porodem, u 9 žen (8,34%) potratem a 49 žen (45,37%) jako primigravidy neodpovídaly.

Graf 5



Cílem 5. otázky bylo zjistit, zda by ženy uvítaly možnost trávit těhotenství v pracovní neschopnosti. 10 žen (35,71%) v prvním trimestru odpovědělo, že by tuto možnost uvítaly a 18 žen (64,29%) nikoli. Z žen v druhém trimestru těhotenství odpovědělo na otázku „ano“ 17 žen (42,5%) a „ne“ 23 žen (57,5%). Stejné výsledky jako u žen v druhém trimestru byly u těhotných ve trimestru třetím. Z celkového počtu respondentek by možnost trávit těhotenství v pracovní neschopnosti uvítalo 44 žen (40,74%) a 64 žen (59,26%) nikoli.

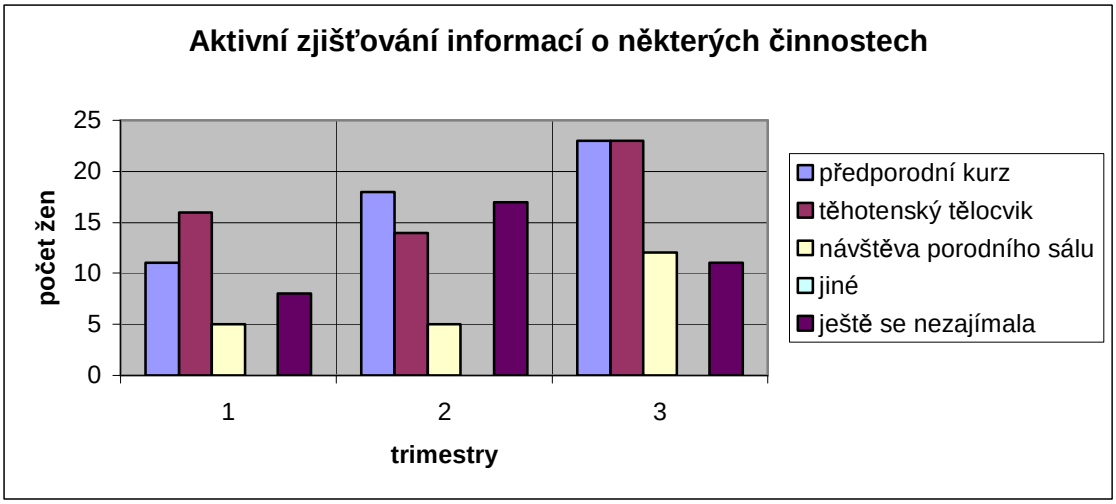
Graf 6



V otázce 6 jsem zjišťovala, zda tráví ženy těhotenství v pracovní neschopnosti. 1 žena (3,57%) ze skupiny žen v prvním trimestru trávila těhotenství v pracovní neschopnosti z důvodu nevhodného prostředí v zaměstnání a to od začátku. 3 ženy (10,71 %) byly v neschopnosti též od začátku, protože otěhotněly až po IVF. 2 ženy (7,14%) z důvodu pocitu tvrdnutí břicha (od začátku) a 1 (3,57%) kvůli potratu v anamnéze (od začátku). Žádná z této skupiny žen netrávila těhotenství v neschopnosti z důvodu únavy, bolesti zad, po amniocentéze či kvůli nevolnosti. 21 žen (75%) v době vyplňování dotazníku těhotenství v pracovní neschopnosti netrávilo. 5 žen (12,5%) ve druhém trimestru trávilo těhotenství v pracovní neschopnosti z důvodu nevhodného prostředí v zaměstnání (od začátku), 5 žen (12,5%) z důvodu pocitu tvrdnutí břicha (různě dlouho), 5 žen (12,5%) z důvodu únavy a to po dobu 1 až 3 měsíců a 1 žena (2,5%) z důvodu nevolnosti od 3. měsíce těhotenství. Žádná žena ve druhém trimestru netrávila těhotenství v pracovní

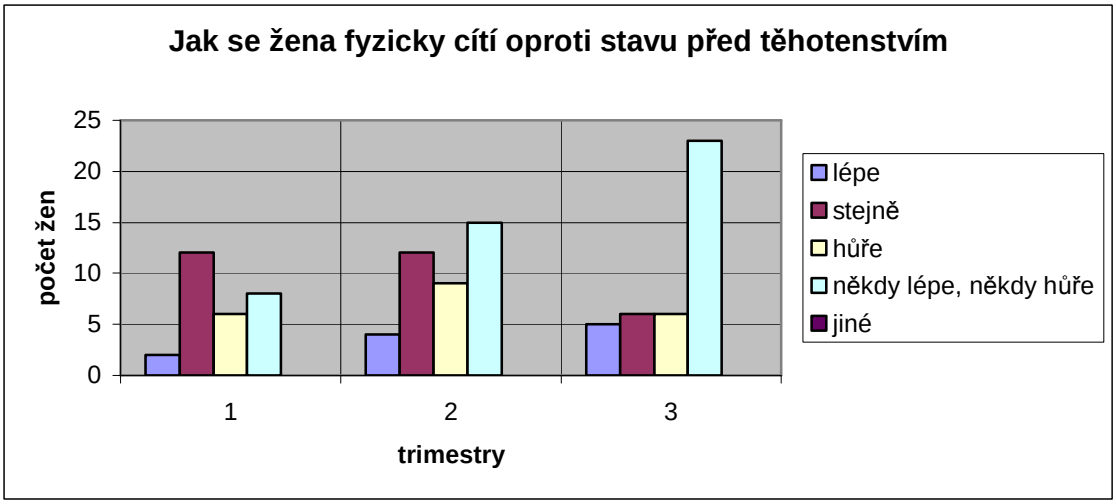
neschopnosti z důvodu těhotenství po IVF, potratu v anamnéze, po amniocentéze nebo z důvodu bolesti zad. 24 žen (60%) netrávilo těhotenství v pracovní neschopnosti. 6 žen (15%) ve třetím trimestru trávilo těhotenství v pracovní neschopnosti z důvodu nevhodného prostředí v zaměstnání (od začátku), 1 žena (2,5%) po IVF (od začátku), 6 žen (15%) z důvodu pocitu tvrdnutí břicha (různě dlouho), 1 žena (2,5%) z důvodu bolestí zad (po dobu 1 měsíce) a 1 žena (2,5%) po amniocentéze. Žádná žena ze ve třetím trimestru nebyla v pracovní neschopnosti kvůli potratu v anamnéze, únavě či nevolnosti. 25 žen (56,82%) netrávilo těhotenství v pracovní neschopnosti. Z celkového počtu respondentek trávilo tedy těhotenství v pracovní neschopnosti 12 žen (11,12%) z důvodu nevhodného prostředí v zaměstnání (od začátku), 4 ženy (3,7%) po IVF (od začátku), 13 žen (12,04%) kvůli pocitu tvrdnutí břicha (různě dlouho), 1 žena (0,93%) z důvodu potratu v anamnéze (od začátku), 5 žen (4,63%) z důvodu únavy (1-3 měsíce), 1 žena (0,93%) z důvodu bolesti zad (1 měsíc), 1 žena (0,93%) po amniocentéze a 1 žena z důvodu nevolnosti po 3. měsíci těhotenství. 69 žen (63,89%) těhotenství v pracovní neschopnosti netrávilo.

Graf 7



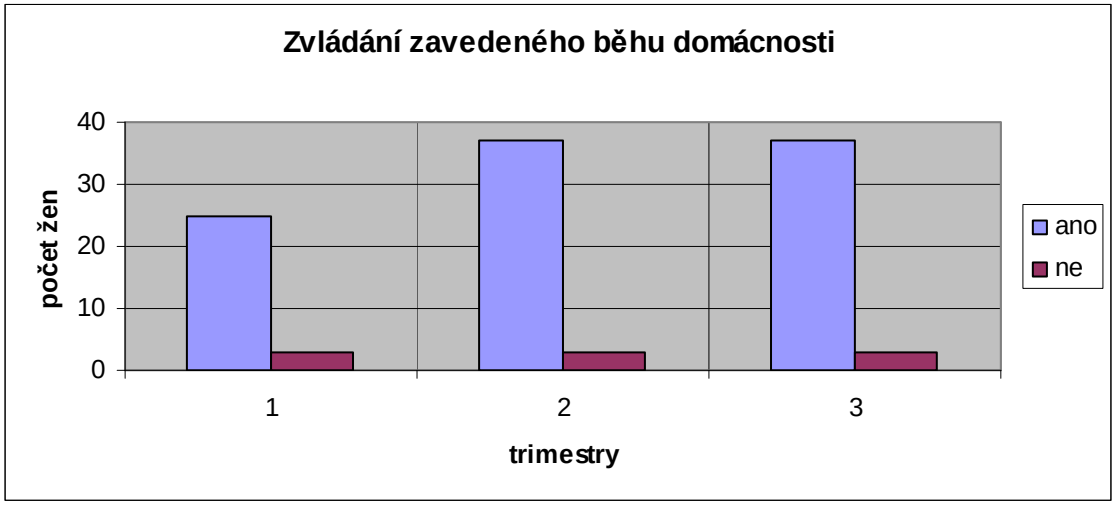
V otázce 7 bylo cílem zjistit, zda se již žena aktivně zajímala o některé z činností, které jsou těhotným ženám nabízeny. Ženy si mohly zvolit i více odpovědí a, jelikož na sobě nejsou vzájemně závislé, jsou procentuelně vypočítány vždy vůči počtu žen ve trimestru nebo vůči celkovému počtu všech respondentek. 11 žen (39,29%) z první kategorie se již aktivně zajímalo o předporodní kurzy, 16 žen (57,14%) o těhotenský tělocvik, 5 žen (17,87%) o návštěvu porodního sálu v rámci předporodní přípravy a 8 žen (28,57%) se o žádnou z nabízených činností v průběhu prvního trimestru nezajímalo. Ze skupiny žen ve druhém trimestru se 18 žen (45%) již aktivně zajímalo o návštěvu prenatálních kurzů, 14 žen (35%) o těhotenský tělocvik, 5 žen (12,5%) o návštěvu porodního sálu před porodem a 17 žen (42,5%) uvedlo, že se ještě o žádnou z těchto činností nezajímaly. 23 žen (57,5%) ve třetím trimestru se již aktivně zajímalo o návštěvu předporodních kurzů, stejný počet, tedy 23 žen (57,5%), se již zajímalo o těhotenský tělocvik a 12 žen (30%) o návštěvu porodního sálu, 11 žen (27,5%) se o žádnou z nabízených aktivit nezajímalo. Z celkového počtu 108 žen se tedy, při možnosti zakroužkovat více odpovědí, zajímalo o návštěvu předporodních kurzů 52 žen (48,15%), o těhotenský tělocvik 53 žen (49,07%), o návštěvu porodního sálu 22 žen (20,37%) a 36 žen (33,33%) se nezajímalo o žádnou z nabízených aktivit. Žádná žena nevyplnila možnost „jiné“.

Graf 8



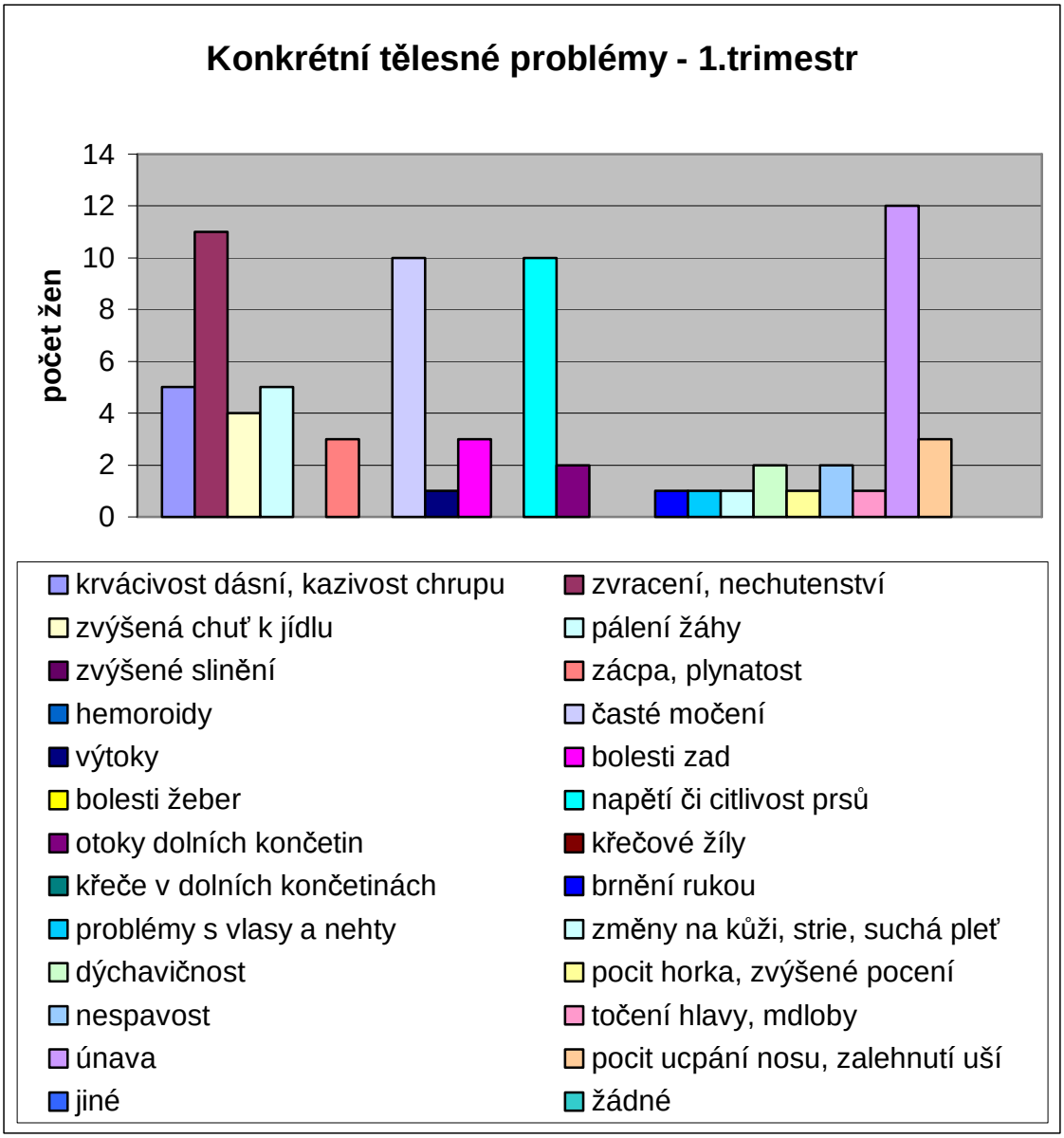
Cílem otázky 8 bylo zjistit, jak se žena po fyzické stránce cítí oproti stavu před otěhotněním. Ze skupiny žen v prvním trimestru označily možnost „lépe“ 2 ženy (7,14%), možnost „stejně“ 12 žen (42,86%), možnost „hůře“ 6 žen (21,43%) a možnost „někdy lépe, někdy hůře“ 8 žen (28,57%). Z žen ve druhém trimestru vybraly možnost „lépe“ 4 ženy (10%), možnost „stejně“ 12 žen (30%), možnost „hůře“ 9 žen (22,5%) a možnost „někdy lépe, někdy hůře“ 15 žen (37,5%). Ženy ve třetím trimestru uvedly, že lépe se cítí 5 z nich (12,5%), stejně 6 žen (15%) a hůře také 6 žen (15%), někdy lépe a jindy hůře se z žen ve třetím trimestru cítí 23 respondentek (57,5%). Z celkového počtu respondentek vybralo možnost „lépe“ 11 žen (10,19%), možnost „stejně“ 30 žen (27,78%), možnost „hůře“ 21 žen (19,44%) a možnost „někdy lépe, někdy hůře“ 46 žen (42,59%). Žádná žena nevyplnila možnost „jiné“.

Graf 9



V otázce 9 jsem zjišťovala, zda žena v těhotenství zvládá zavedený chod domácnosti. Možnost „ano“ vybralo 25 žen (89,29%) v prvním trimestru, možnost „ne“ 3 ženy (10,71%). 37 žen (92,5%) ve druhém trimestru označilo možnost „ano“ pouze 3 ženy (7,5%) možnost „ne“. Stejně tomu bylo i u žen ve třetím trimestru těhotenství – 37 žen (92,5%) označilo možnost „ano“ a 3 ženy (7,5%) možnost „ne“. Celkem tedy ze 108 žen zvládá v těhotenství zavedený chod domácnosti 99 žen (91,6%) a 9 žen (8,33%) ne.

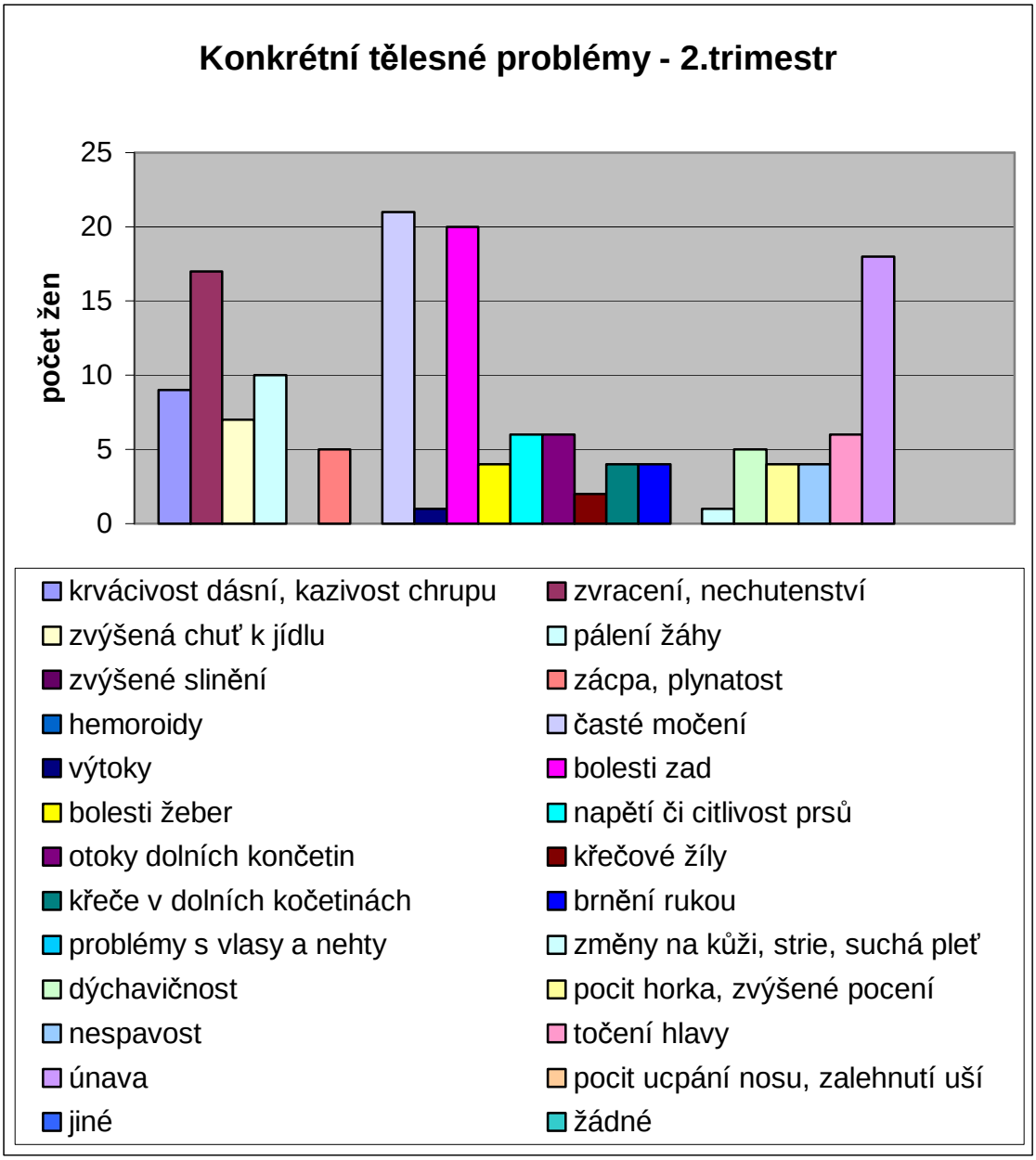
Graf 10 – 1. část



Otázkou 10 jsem zjišťovala, jaké konkrétní tělesné problémy ženy v těhotenství trápí. Bylo možno označit maximálně 5 konkrétních problémů a, jelikož na sobě nejsou vzájemně závislé, jsou procentuelně vypočítány vždy buď vůči počtu žen ve trimestru nebo vůči celkovému počtu všech respondentek. Jelikož byla velká nabídka možných odpovědí, rozdělila jsem srovnávací graf pro přehlednost na 3 jednotlivé části. Ženy v prvním trimestru těhotenství trpěly krvácivostí dásní či zvýšenou kazivostí chrupu v 5 (17,86%) případech, zvracení či nechutenství označilo 11 (39,29%) žen, zvýšenou chuť k jídlu 4 ženy (14,29%), pálení žáhy 5 žen (17,85%), problémy se zácpou

a plynatostí 3 ženy (10,71%). 10 žen (35,71%) v prvním trimestru trápilo časté močení, 1 ženu (3,57%) výtoky, 3 ženy (10,71%) bolesti zad, 10 žen (35,71%) pociťovalo napětí či citlivost prsů, 2 ženy (7,14%) měly otoky dolních končetin, 1 ženy (3,57%) pociťovala brnění rukou, 1 měla (3,57%) potíže s vlasy a nehty a 1 (3,57%) změny na kůži strie, suchou pleť. 2 ženy (7,14%) byly dýchavičné a 1 (3,57%) trápilo zvýšené pocení a pocit horka. 2 ženy (7,14%) nespavost, 1 (3,57%) mdloby a 12 žen (42,86%) pociťovalo v prvním trimestru těhotenství únavu. 3 ženy (10,71%) měly pocit ucpání nosu či zalehnutí uší. Žádnou ženu v prvním trimestru netrápily problémy s hemoroidy, bolestmi žeber, křečovými žílami či křečemi v dolních končetinách. Žádná žena nevyplnila možnost „jiné“.

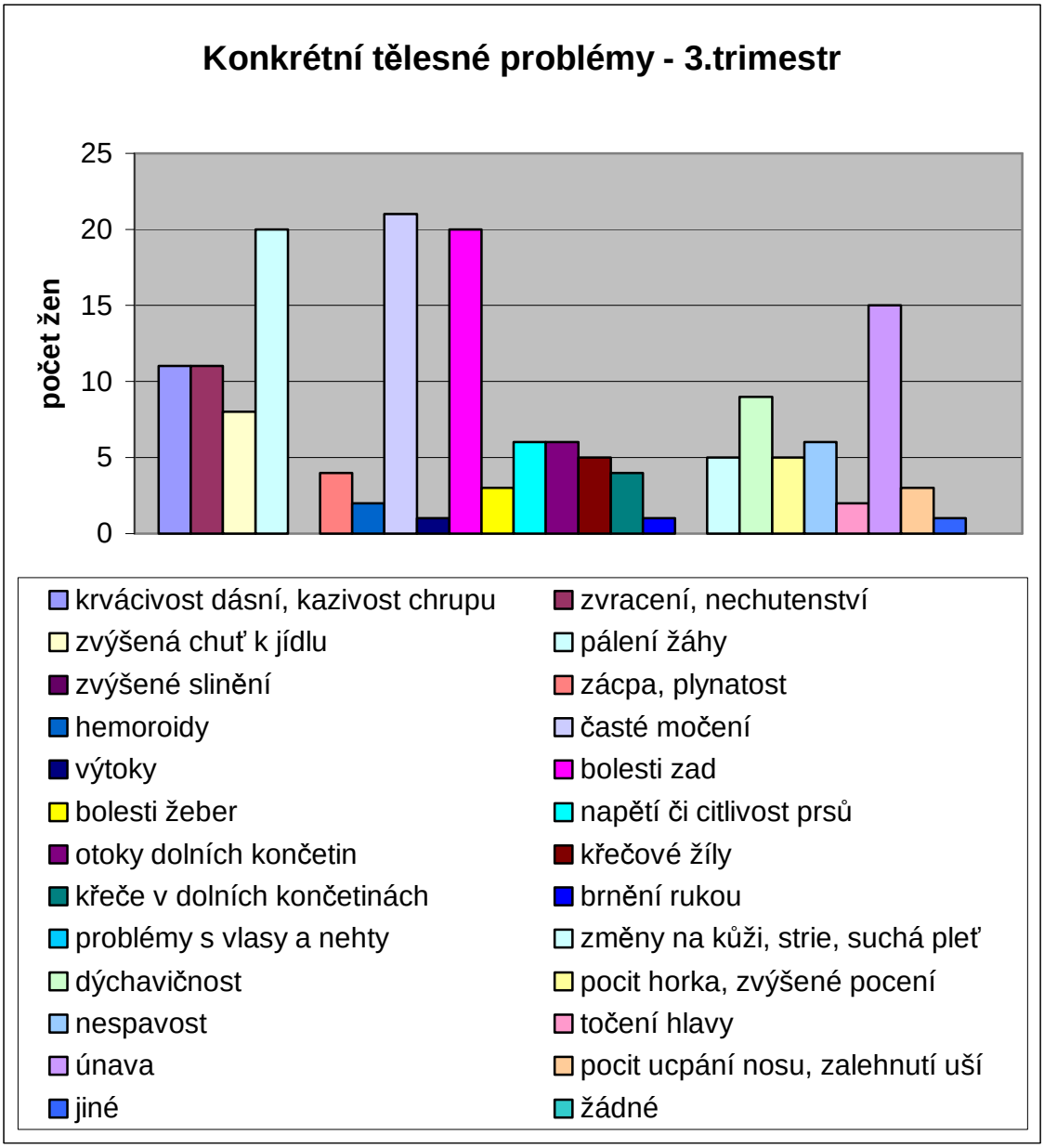
Graf 10 – 2. část



Krvácivost dásní či kazivost chrupu trápila 9 žen (22,5%) ve druhém trimestru těhotenství. 17 žen (42,5%) mělo problémy se zvracením či nechutenstvím, 7 žen (17,5%) se zvýšenou kazivostí chrupu a 10 žen (25%) s pyrózou. 5 žen (12,5%) trápila zácpa či plynatost a 21 žen (52,5%) časté močení, 1 žena (2,5%) trpěla na výtoky a 20 žen (50%) bolestmi zad. Bolesti žeber označily 4 (10%) ženy, napětí či citlivost prsů 6 (15%) žen a otoky dolních končetin také 6 žen (15%), křečové žíly 2 ženy (5), křeče v dolních končetinách 4 ženy (10%) a brnění rukou též 4 ženy (10%). Změny na

kůži, strie či suchost pleti pociťovala jen 1 žena (2,5%), dýchavičných bylo 5 žen (12,5%). Pocit horka či zvýšené pocení pociťovaly v těhotenství 4 ženy (10%), nespavost trápila také 4 ženy (10%), 6 žen (15%) mělo problémy s točením hlavy a 18 žen (45%) cítilo ve druhém trimestru těhotenství únavu. Hemoroidy, problémy s vlasy či nehty nebo pocit ucpání nosu či zalehnutí uší neoznačila žádná žena ve druhém trimestru těhotenství. Žádná žena také nevyplnila možnost „jiné“.

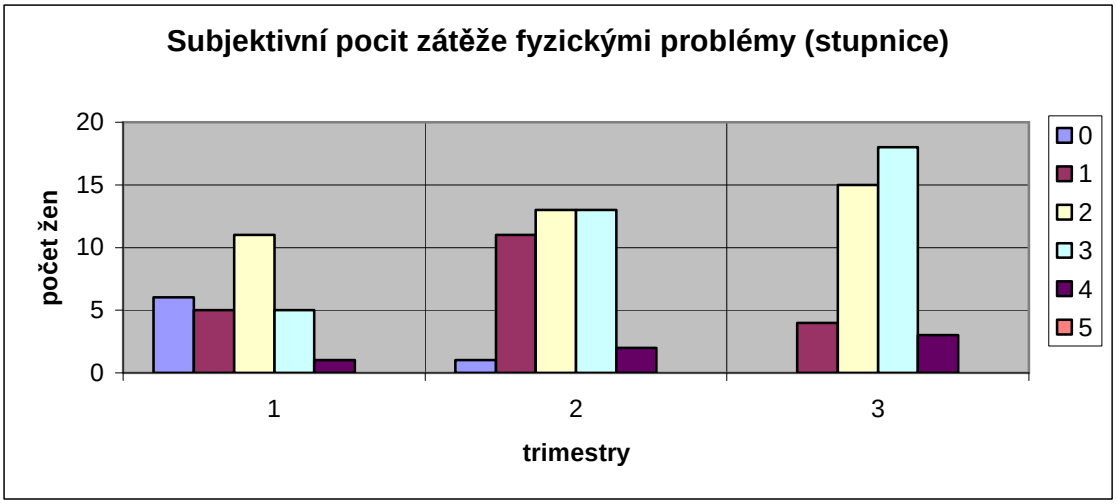
Graf 10 – 3. část



11 žen (27,5%) ve třetím trimestru těhotenství trápila krvácivost dásní či zvýšená kazivost chrupu a 11 žen (27,5%) nechutenství či zvracení. 8 žen (20%) pociťovalo zvýšenou chuť k jídlu a 20 žen (50%) pálení žáhy. 4 ženy (10%) trápila zácpa, plynatost a 2 ženy (5%) měly problém s hemoroidy. 21 žen (52,5%) označilo časté močení, 1 žena (2,5%) výtoky a 20 žen (50%) bolesti zad. 3 ženy (7,5%) trápily bolesti žeber 6 žen (15%) napětí či citlivost prsů a 6 žen (15%) otoky dolních končetin. 5 žen (12,5%) mělo křečové žíly a 4 ženy (10%) měly křeče v dolních končetinách, 1 ženu (2,5%) brněly

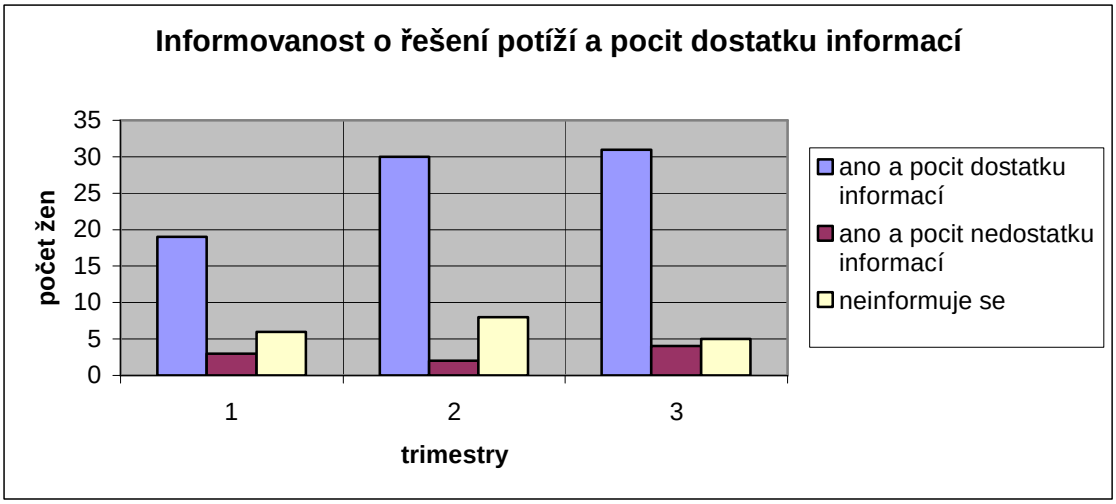
ruce. 5 žen (12,5%) zaznamenalo změny na kůži, strie, suchou pleť, 9 žen (22,5%) dýchavičnost a 5 žen (12,5%) pocit horka a zvýšené pocení. Nespavost trápila 6 žen (15%), točení hlavy 2 ženy (5%) a únavou trpělo 15 žen (37,5%). 3 ženy (7,5%) označily pocit ucpání nosu či zalehnutí uší a 1 žena (2,5%) uvedla v možnosti „jiné“ nesnášenlivost intenzivních vůní. Žádná žena ve třetím trimestru nezaznamenala v těhotenství problémy s vlasy či nehty. Celkové hodnocení míry výskytu konkrétních tělesných problémů v těhotenství tedy ukazuje, že krvácivost dásní či zvýšená kazivost chrupu byla označena v 25 případech (23,15%), zvracení či nechutenství ve 39 případech (36,11%), zvýšená chuť k jídlu v 19 případech (17,59%), pálení žáhy ve 35 případech (32,41%), zácpa a plynatost ve 12 případech (11,11%) a hemoroidy ve 2 případech (1,85%). Časté močení označilo v dotazníku 52 žen (48,15%) bez ohledu na pokročilost těhotenství, výtoky 3 ženy (2,78%), bolesti zad 43 žen (39,81%) a bolesti žeber 7 žen (6,48%). 22 žen (20,37%) trápilo napětí či citlivost prsů, 14 žen (12,96%) otoky dolních končetin a 7 žen (6,48%) křečové žíly, 8 žen (7,41%) mělo křeče v dolních končetinách, 6 žen (5,56%) brnění rukou, 1 (0,93%) problémy s vlasy a nehty a 7 žen (6,48%) zaznamenalo změny na kůži, strie a suchou pleť. Dýchavičných bylo 16 žen (14,81%), pocit horka či zvýšené pocení trápilo 10 žen (9,26%) a 12 žen (11,11%) trpělo nespavostí. 9 žen (8,33%) označilo ve výběru točení hlavy, 45 únavu (41,67%) a 6 žen (5,56%) pocit ucpání nosu či zalehnutí uší. 1 žena (0,93%) doplnila v možnosti „jiné“ nesnášenlivost intenzivních vůní. Žádná nastávající maminka neoznačila v dotazníku možnost „zvýšené slinění“ nebo „žádné“.

Graf 11



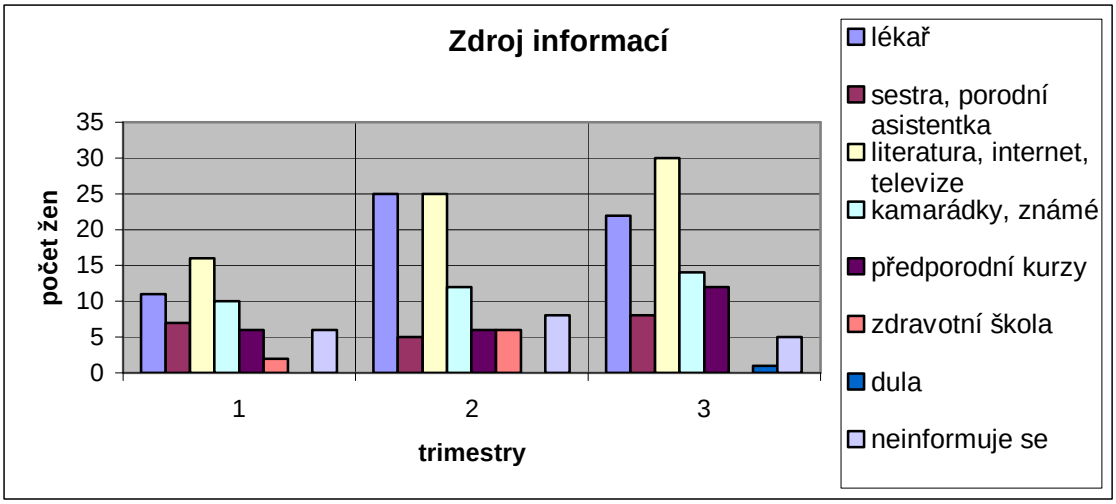
V otázce 11 jsem chtěla zjistit, do jaké míry těhotenské fyzické potíže ženy zatěžují, kdy měly na stupnici od 0 (žádná zátěž) do 5 (maximální zátěž) označit subjektivní pocit zátěže. 6 žen (21,43%) v prvním trimestru uvedlo, že těhotenské fyzické změny pro ně neznamenají žádnou zátěž, 1. stupeň zátěže označilo 5 žen (17,86%), 2. stupeň 11 žen (39,29%), 3. stupeň 5 žen (17,86%) a 4. stupeň 1 žena (3,57%). Žádnou zátěž nepředstavují těhotenské fyzické potíže pro 1 ženu (2,5%) ve druhém trimestru, 1. stupeň označilo 11 žen (27,5%), 2. stupeň 13 žen (32,5%), 3. stupeň také 13 žen (32,5%) a 4. stupeň 2 ženy (5%). Z žen ve třetím trimestru těhotenství nevybrala žádná možnost nulové zátěže, 1. stupeň vybraly 4 ženy (10%), 2. stupeň 15 žen (37,5%), 3. stupeň 18 žen (45%) a 4. stupeň 3 ženy (7,5%). Celkově vybralo tedy žádnou zátěž 7 žen (6,48%), 1. stupeň 20 žen (18,52%), 2. stupeň 39 žen (36,11%), 3. stupeň 36 žen (33,33%) a 4. stupeň zátěže 6 žen (5,56%). Žádná z žen nevybrala možnost 5. stupně, tedy maximální zátěže.

Graf 12



Ve 12. otázce bylo účelem zjistit, zda se žena informuje, jak těhotenské fyzické potíže řešit a pokud ano, zda má pocit dostatku informací. 19 žen (67,86%) v prvním trimestru vybralo, že se informují a zároveň mají pocit dostatku informací, 3 ženy (10,71%) vybraly možnost „ano, ale nemám pocit dostatečného množství informací“ a 6 žen (21,43%) uvedlo, že se o řešení těchto potíží neinformují. Ženy ve druhém trimestru označily možnost „ano a mám pocit dostatku informací“ ve 30 případech (75%), „ano, ale nemám pocit dostatku informací“ ve 2 případech (5%) a 8 žen (20%) se o řešení problémů neinformuje. 31 žen (77,5%) ve třetím trimestru se o řešení informují a mají pocit dostatku informací, 4 (10%) se informují, ale nemají pocit dostatku informací a 5 žen (12,5%) se neinformuje. Celkově tedy označily ženy možnost „ano a mám pocit dostatku informací“ v 80 případech (74,07%), „ano, ale nemám pocit dostatku informací“ v 9 případech (8,33%) a neinformuje se 19 žen (17,6%).

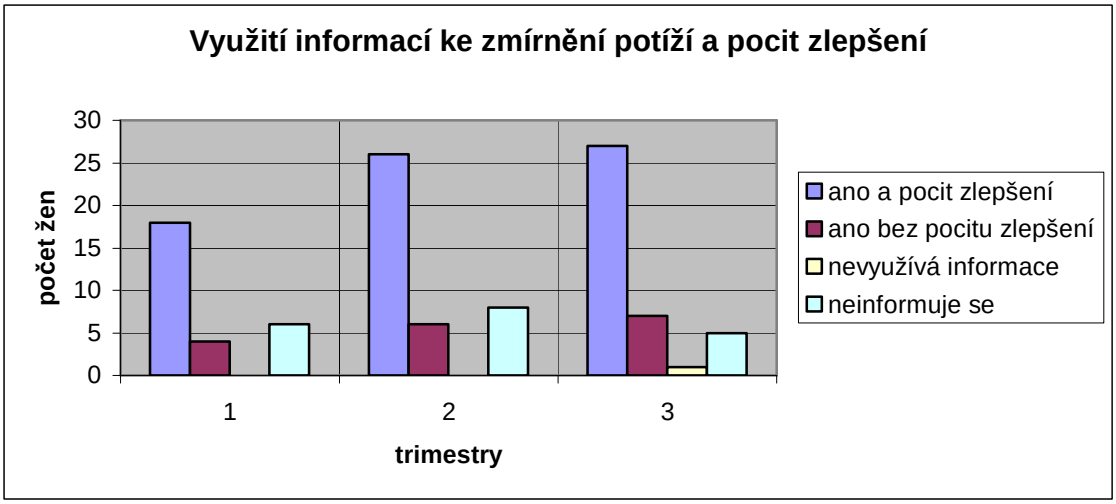
Graf 13



V otázce 13 jsem zjišťovala, kde žena informace k řešení fyzických těhotenských potíží získává. Bylo možno označit více odpovědí a odpovídaly pouze ty ženy, které v předchozí otázce označily možnost „ano“. Jelikož na sobě odpovědi nejsou vzájemně závislé, jsou procentuelně vypočítány vždy buď vůči počtu žen ve trimestru nebo vůči celkovému počtu všech respondentek. 11 žen (39,29%) v prvním trimestru získává informace od lékaře, 7 (25%) od sester či porodních asistentek, 16 (57,14%) z literatury, internetu či televize, 10 (35,71%) od kamarádek, známých, 6 (21,43%) v předporodních kurzech, 2 (7,14%) ze zdravotní školy a 6 žen (21,43%) na tuto otázku neodpovídalo, protože se o řešení problémů neinformují. Ženy ve druhém trimestru získávají ve 25 případech (62,5%) informace od lékaře, v 5 případech (12,5%) od sester či porodních asistentek, v 25 případech (65,5%) z médií a ve 12 případech (30%) od kamarádek, známých, 6 žen (15%) v předporodních kurzech a 6 žen (15%) ze zdravotní školy, 8 žen (20%) na tuto otázku neodpovídalo. 22 žen (55%) ve třetím trimestru získává informace k řešení obtíží od lékaře, 8 žen (20%) od sester či porodních asistentek, 30 žen (75%) z literatury, internetu či televize, 14 žen (35%) od kamarádek či známých a 12 žen (30%) v předporodních kurzech, 1 žena (2,5%) získává informace od své duly a 5 žen (12,5%) se neinformuje. Celkově tedy ženy získávají v 58 případech (53,7%) informace od lékaře, ve 20 případech (18,52%) od sester či porodních asistentek, v 71 případech (65,74%) z médií, v 36 případech (33,33%) od kamarádek či známých, ve 24 případech

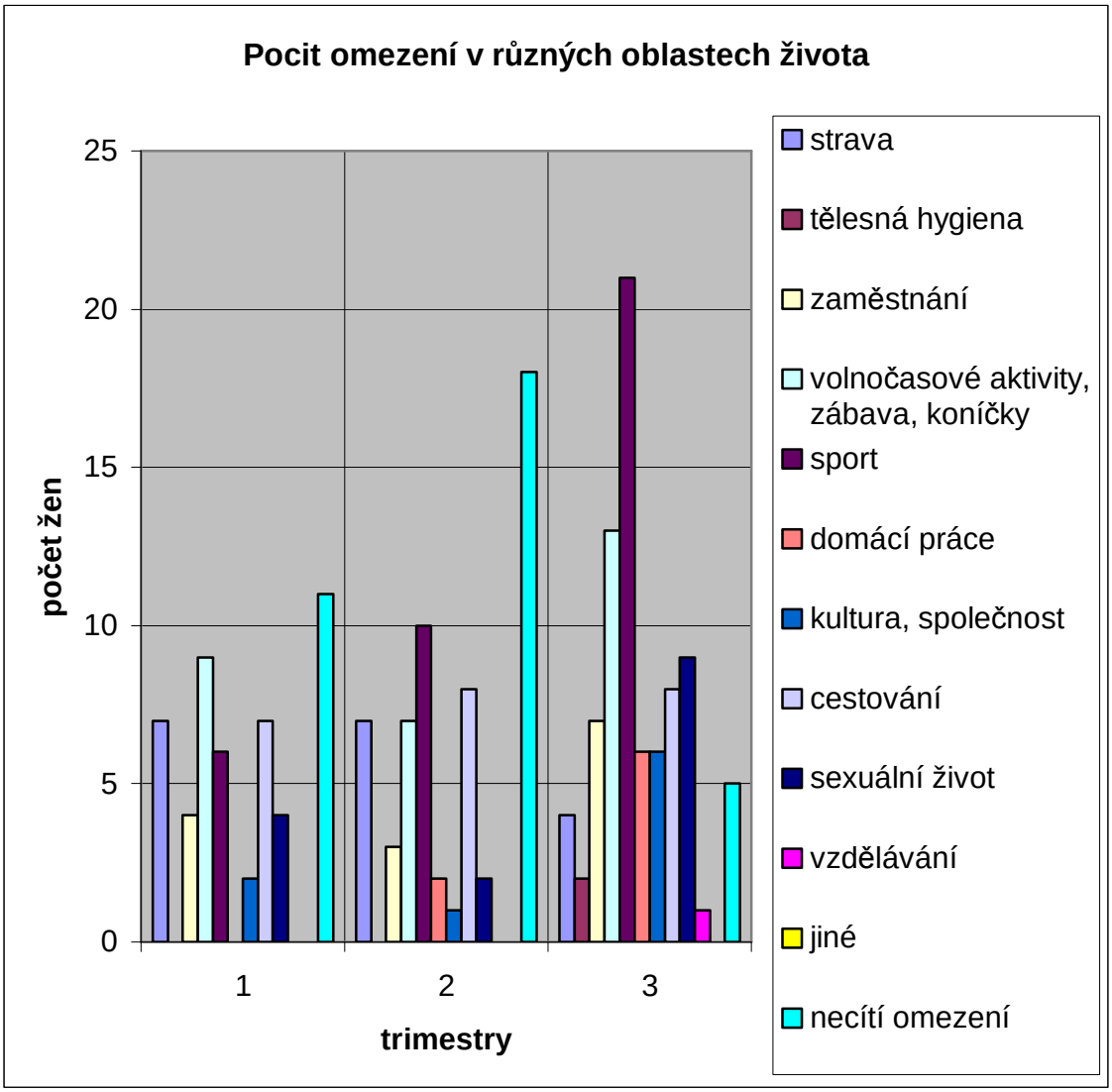
(22,22%) z předporodních kurzů, v 8 případech (7,41%) ze zdravotní školy, 1 žena (0,93%) od duly a 19 žen (17,59%) se neinformuje.

Graf 14



Cílem 14. otázky bylo zjistit, zda žena získané informace k řešení problémů využívá a zda cítí zlepšení. Odpovídaly pouze ženy, které v otázce číslo 12 označily možnost „ano“. 18 žen (64,29%) v prvním trimestru označilo možnost „ano a cítím zlepšení“, 4 ženy (14,29%) možnost „ano, ale necítím zlepšení“ a žádná žena neoznačila možnost, že informace ke zmírnění obtíží nevyužívá. 6 žen (21,43%) v prvním trimestru na tuto otázku neodpovídalo, protože se o řešení potíží neinformují. 26 žen (65%) ve druhém trimestru získané informace využívá a pociťuje zlepšení, 6 žen (15%) je využívá bez pocitu zlepšení, žádná žena neoznačila, že informace nevyužívá a 8 žen (20%) na tuto otázku neodpovídalo. Informace využívá a cítí zlepšení 27 žen (67,5%) ve třetím trimestru, využívá bez pocitu zlepšení 7 žen (17,5%) a nevyužívá je 1 žena (2,5%), na tuto otázku neodpovídalo 5 žen (12,5%) ve třetím trimestru. Celkově využívá s pocitem zlepšení informace ke zlepšení fyzických těhotenských obtíží 71 žen (65,74%), bez pocitu zlepšení je využívá 17 žen (15,74%), 1 žena (0,93%) je nevyužívá a neinformuje se o získávání informací, čili neodpovídalo 19 žen (17,59%).

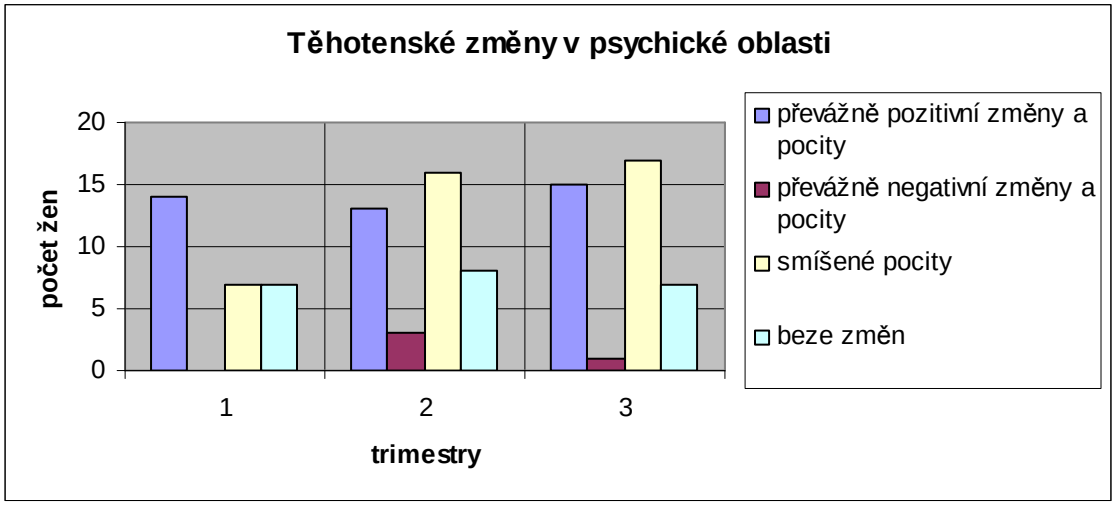
Graf 15



V otázce 15 jsem zjišťovala, zda v těhotenství cítí ženy omezení v některých oblastech života. Bylo možno označit maximálně 3 oblasti a, jelikož na sobě nejsou vzájemně závislé, jsou procentuelně vypočítány vždy buď vůči počtu žen ve trimestru nebo vůči celkovému počtu všech respondentek. 7 žen (25%) v prvním trimestru uvedlo, že cítí omezení ve stravě, 4 (14,29%) v zaměstnání, 9 (32,14%) ve volnočasových aktivitách, 6 (21,43%) ve sportu, 2 (7,14%) v oblasti kultury, společenském životě, 7 (25%) v cestování, 4 (14,29%) v oblasti sexuálního života a 11 žen (39,29%) necítilo v těhotenství omezení v žádné z oblastí. Žádná žena v prvním trimestru gravidity necítila omezení v oblasti tělesné hygieny, domácích prací a vzdělávání. 7 žen (17,5%)

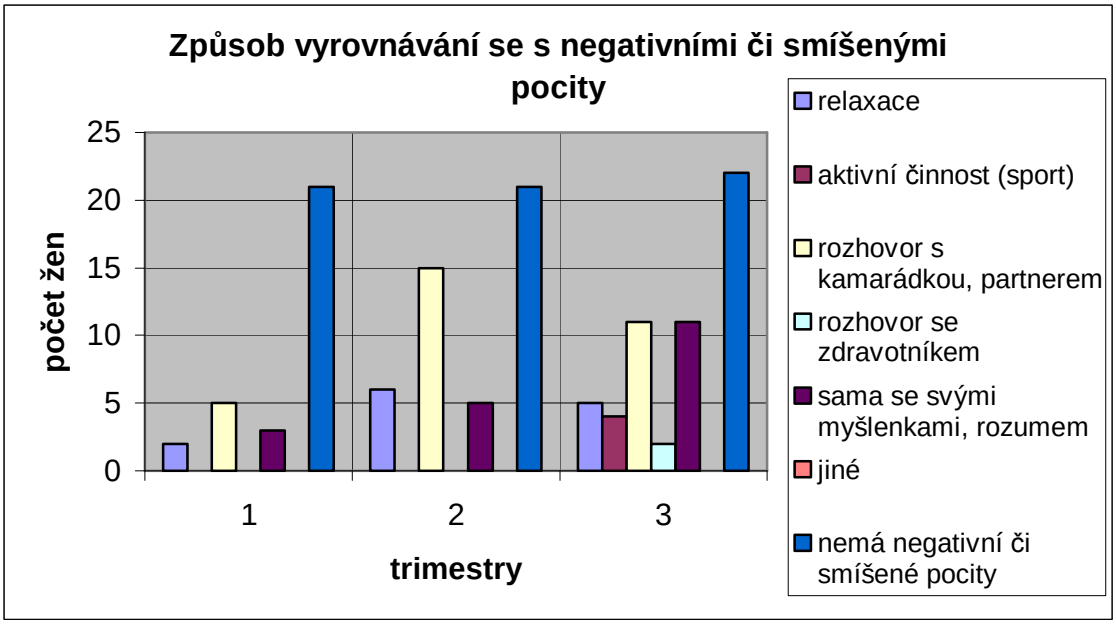
ve druhém trimestru cítilo omezení ve stravě, 3 (7,5%) v zaměstnání, 7 (17,5%) ve volnočasových aktivitách, 10 (25%) ve sportu, 2 (5%) v domácích pracích, 1 (2,5%) v kulturním a společenském životě, 8 (20%) v cestování, 2 (5%) v sexuálním životě a 18 žen (45%) necítilo omezení v žádné oblasti života. Žádná žena ve druhém trimestru neoznačila pocit omezení v oblastech tělesné hygieny a vzdělávání. 4 ženy (10%) ve třetím trimestru cítily v těhotenství pocit omezení v oblasti stravy, 2 (5%) v oblasti tělesné hygieny, 7 (17,5%) v zaměstnání, 13 (32,5%) v oblasti volnočasových aktivit, zábavy a koníčků, 21 (52,5%) ve sportu, 6 (15%) v domácích pracích, 6 (15%) v kulturním a společenském životě, 8 (20%) v cestování, 9 (22,5%) v sexuálním životě, 1 (2,5%) v oblasti vzdělávání a 5 žen (12,5%) necítilo ve třetím trimestru gravidity omezení v žádné oblasti života. Celkově tedy cítilo omezení v oblasti stravy 18 žen (16,67%), v oblasti tělesné hygieny 2 ženy (1,85%), v zaměstnání 14 žen (12,96%), ve volnočasových aktivitách 29 žen (26,85%), ve sportu 37 žen (34,26%), v domácnosti 8 (7,41%), v kulturním a společenském životě 9 žen (8,33%), v cestování 23 žen (21,3%), v oblasti sexuálního života 15 žen (13,89%), ve vzdělávání 1 žena (0,93%) a 34 žen (31,49%) necítilo v těhotenství omezení v žádné z oblastí života. Žádná žena nevyplnila možnost „jiné“.

Graf 16



Graf 16 odpovídá na otázku, jak se ženy cítí po stránce psychické oproti stavu před otěhotněním. 14 žen (50%) v prvním trimestru uvedlo, že cítí převážně pozitivní změny a pocity, 7 žen (25%) smíšené pocity a žádná žena neuvedla, že cítí převážně negativní změny a pocity. 7 žen (25%) necítí změny svého psychického stavu po otěhotnění. 13 žen (32,5%) ve druhém trimestru označilo možnost „převážně pozitivní změny a pocity“, 3 ženy (7,5%) možnost „převážně negativní změny a pocity“, 16 žen (40%) „smíšené pocity“ a 8 žen (20%) změny nepociťuje. 15 žen (37,5%) ve třetím trimestru uvedlo, že po otěhotnění mají převážně pozitivní psychické změny a pocity, 1 žena (2,5%) převážně negativní změny a pocity, 17 žen (42,5%) má smíšené pocity a 7 žen (17,5%) změny nepociťuje. Celkově tedy pociťuje 42 žen (38,89%) převážně pozitivní psychické změny a pocity, 4 ženy (3,7%) negativní změny a pocity, 40 žen (37,04%) má smíšené pocity a 22 žen (20,37%) změny ve svém psychickém stavu v těhotenství nepociťuje.

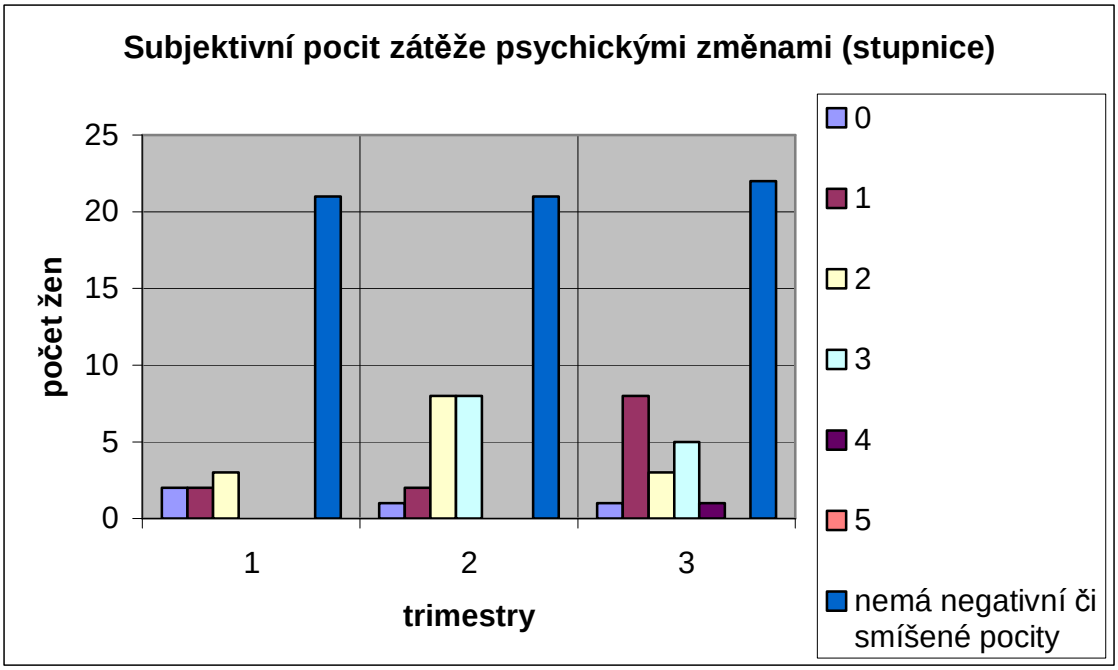
Graf 17



Na otázku 17 odpovídaly pouze ženy, které v předchozí otázce označily možnost „převážně negativní změny a pocity“ nebo „smíšené pocity“. Cílem bylo zjistit, jakým způsobem se s těmito pocity vyrovnávají. Ženy si mohly zvolit i více odpovědí a, jelikož na sobě nejsou vzájemně závislé, jsou procentuelně vypočítány vždy buď vůči počtu žen ve trimestru nebo vůči celkovému počtu všech respondentek. 2 ženy (7,14%) v prvním trimestru se s těmito pocity vyrovnávají relaxací, 5 žen (17,86%) rozhovorem s kamarádkou či partnerem, 3 ženy (10,71%) samy se svými myšlenkami, rozumem a žádná žena neoznačila možnost „aktivně“ či „rozhovorem se zdravotníkem“. 21 žen (75%) v prvním trimestru na tuto otázku neodpovídalo. 6 žen (15%) ve druhém trimestru využívá ke zmírnění psychických obtíží relaxaci, 15 žen (37,5%) rozhovor s kamarádkou či partnerem, 5 žen (12,5%) svůj vlastní rozum a žádná žena si nepomáhá aktivní činností či rozhovorem se zdravotníkem. 21 žen (52,5%) ve druhém trimestru nepociťuje negativní či smíšené pocity a na tuto otázku neodpovídaly. Ženy ve třetím trimestru využívají ke zmírnění psychických obtíží v 5 případech (12,5%) relaxaci, ve 4 případech (10%) aktivní činnost, v 11 případech (27,5%) rozhovor s kamarádkou či partnerem, ve 2 případech (5%) rozhovor se zdravotníkem a v 11 případech (27,5%) vlastní rozum. 22 žen (55%) na tuto otázku neodpovídalo. Celkově tedy relaxaci využívá 13 žen (12,04%), aktivitu 4 ženy (3,7%), rozhovor s kamarádkou či partnerem

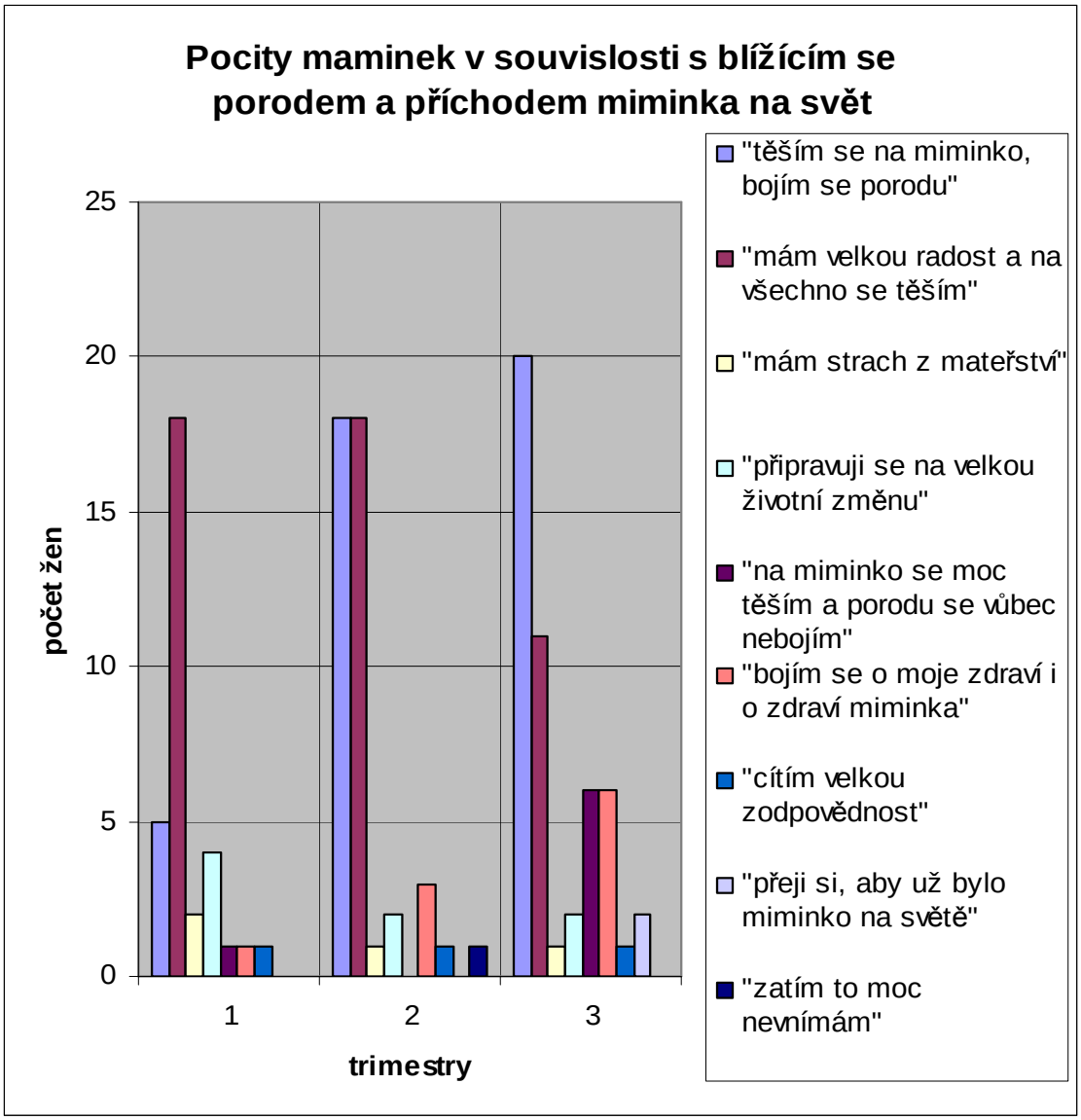
31 žen (28,7%), rozhovor se zdravotníkem 2 ženy (1,85%) a svůj rozum 19 žen (17,59%). 64 žen (59,26%) na tuto otázku neodpovídalo a žádná žena nevyplnila možnost „jiné“.

Graf 18



Na otázku 18 odpovídaly pouze ty ženy, které v 16. otázce označily, že pociťují v psychické oblasti převážně negativní či smíšené pocity. Cílem bylo zjistit, do jaké míry je tyto pocity zatěžují a to pomocí stupnice od 0 (žádná zátěž) do 5 (maximální zátěž). 2 ženy (7,14%) v prvním trimestru označily, že pro ně tyto změny nepředstavují žádnou zátěž. 2 ženy (7,14%) označily 1. stupeň zátěže a 3 ženy (10,71%) 2. stupeň zátěže. 3. či 4. stupeň zátěže nezvolila žádná žena a 21 žen (75%) na tuto otázku neodpovídalo. 1 žena (2,5%) ve druhém trimestru označila nulovou zátěž, 2 ženy (5%) 1. stupeň zátěže, 8 žen (20%) 2. stupeň zátěže a 8 žen (20%) 3. stupeň zátěže. 4. stupeň neoznačila žádná žena a 21 žen (52,5%) na tuto otázku neodpovídalo. 1 žena (2,5%) ve třetím trimestru označila na stupnici nulovou zátěž, 8 žen (20%) 1. stupeň zátěže, 3 ženy (7,5%) 2. stupeň zátěže, 5 žen (12,5%) 3. stupeň zátěže a 1 žena (2,5%) 4. stupeň zátěže. 22 žen (55%) ve třetím trimestru na tuto otázku neodpovídalo. Celkem tedy negativní či smíšené pocity v těhotenství nepředstavují žádnou zátěž pro 4 ženy (3,7%), 1. stupeň zátěže pro 12 žen (11,11%), 2. stupeň zátěže pro 14 žen (12,96%), 3. stupeň zátěže pro 13 žen (12,03%) a 4. stupeň zátěže pro 1 ženu (0,93%). Ze 108 respondentek na tuto otázku neodpovídalo 64 žen (59,26%) a žádná žena neoznačila možnost 5. stupně, tedy maximální zátěže.

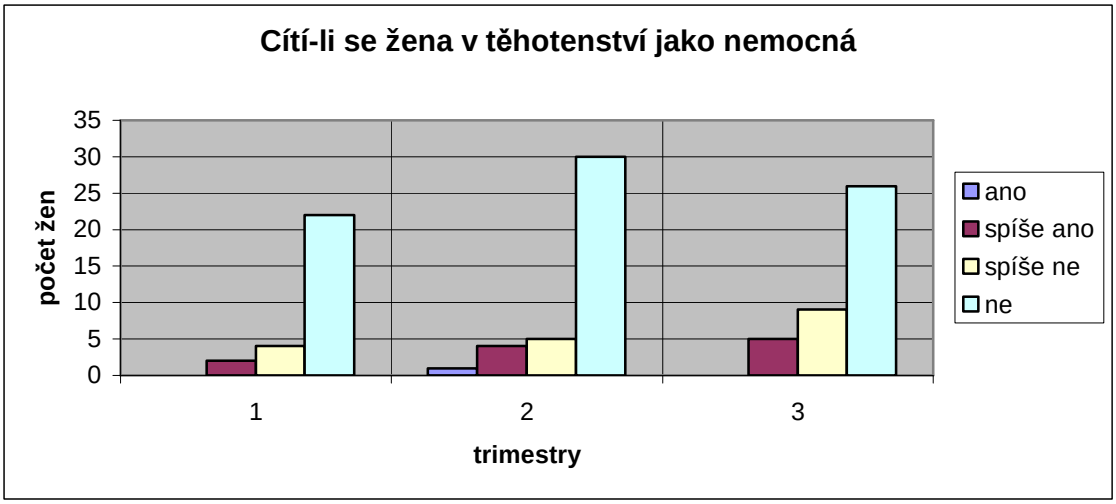
Graf 19



Otázka 19 byla otevřená a maminky měly v odpovědích napsat vlastními slovy pocity spojené s porodem a příchodem miminka na svět. Tyto odpovědi byly pak rozděleny do několika skupin a některé maminky svým popisem pocitů obsáhly i více skupin najednou. Jelikož na sobě tyto odpovědi nejsou závislé, jsou procentuelně vypočítány vždy buď vůči počtu žen ve trimestru nebo vůči celkovému počtu všech respondentek. Štěstí z příchodu miminka na svět a obavu z porodu cítilo 5 žen (17,86%) v prvním trimestru, 18 žen (64,29%) mělo pouze pozitivní pocity a na všechno se těšily, strach z mateřství pociťovaly 2 ženy (7,14%) a na velkou životní změny se připravovaly

4 ženy (14,29%), 1 žena (3,57%) se na miminko těšila a zdůraznila, že se porodu vůbec nebojí, 1 žena (3,57%) měla strach o zdraví svoje i miminka a 1 žena (3,57%) měla silný pocit zodpovědnosti. Žádná žena nezdůraznila přání, aby už bylo miminko na světě ani neodpověděla, že zatím nastávající změnu příliš nevnímá. 18 žen (45%) ve druhém trimestru se těšilo na miminko a bály se porodu, 18 žen (45%) mělo pouze radost a na všechno se těšily, 1 žena (2,5%) měla strach z mateřství a 2 (5%) se připravovaly na velkou životní změnu, 3 ženy (7,5%) měly strach o zdraví svoje i miminka a 1 žena (2,5%) silný pocit zodpovědnosti, 1 žena (2,5%) zatím nastávající změnu příliš nevnímala. Žádná maminka nezdůraznila, že se porodu vůbec nebojí, ani přání, aby už bylo miminko na světě. 20 žen (50%) ve třetím trimestru odpovědělo na otázku „těším se na miminko, bojím se porodu“, 11 žen (27,5%) pociťovalo radost a pouze pozitivní pocity, 1 žena (2,5%) měla strach z mateřství a 2 (5%) se připravovaly na zásadní životní změnu, 6 žen (15%) zdůraznilo, že se nebojí porodu a 6 žen (15%) mělo strach o zdraví svoje i miminka, 1 žena (2,5%) měla silný pocit zodpovědnosti a 2 (5%) si moc přály, aby už bylo miminko na světě. Žádná žena ve třetím trimestru nenapsala, že zatím příchod miminka na svět příliš nevnímá. Celkově tedy napsalo 43 maminek (39,81%) „těším se na miminko, obávám se porodu“, 47 maminek (43,52%) zdůraznilo pouze své pozitivní pocity a radost, 4 maminky (3,7%) cítily strach z mateřství a 8 (7,41%) se jich připravovalo na velkou životní změnu, 7 žen (6,48%) zdůraznilo, že nemají strach z porodu a 10 žen (9,26%) popsalo svůj strach o zdraví své i miminka, 3 ženy (2,78%) cítily zodpovědnost, 2 (1,85%) vyslovily přání, aby už bylo miminko na světě a 1 (0,93%) zatím tuhle životní změnu příliš nevnímala.

Graf 20



Otázkou 20 jsem zjišťovala, zda se těhotné ženy cítí jako nemocné. 2 ženy (7,14%) v prvním trimestru označily možnost „spíše ano“, 4 ženy (14,29%) možnost „spíše ne“ a možnost „ne“ označilo 22 žen (78,57%). 1 žena (2,5%) ve druhém trimestru uvedla, že se jako nemocná cítí, 4 ženy (10%) uvedly možnost „spíše ano“, 5 žen (12,5%) „spíše ne“ a 30 žen (75%) se v těhotenství jako nemocné necítily. Žádná žena ve třetím trimestru neuvedla, že se cítí jako nemocná, možnost „spíše ano“ vybralo 5 žen (10%), možnost „spíše ne“ 9 žen (22,5%) a možnost 26 žen (65%). Celkově se tedy jako nemocná cítí v těhotenství 1 žena (0,93%), 11 žen (10,19%) se spíše cítí jako nemocné, 18 žen (16,67%) se tak spíše necítí a 78 žen (72,22%) se v těhotenství necítí jako nemocné.

5. Diskuze

Výzkum k bakalářské práci na téma „Je těhotenství nemoc?“ byl proveden dotazníkovou metodou a to v ordinacích obvodních gynekologů v Českých Budějovicích a na gynekologicko-porodnické ambulanci v Táboře. Celkem bylo rozdáno 130 dotazníků, z nichž se 124 dotazníků (95,38%) vrátilo. 16 dotazníků bylo nutno pro nedostatečné vyplnění ze souboru vyřadit a jejich celkový počet k vyhodnocení tak činil 108 kusů (83,08% z celkového počtu rozdaných dotazníků).

Dotazník čítal 20 otázek, které byly rozděleny do několika částí.

První část dotazníku tvořily otázky identifikační, kde byly ženy zařazeny do věkových kategorií a dále, dle fáze těhotenství, do jednoho z trimestrů, což mi umožnilo porovnávat výsledky výzkumu s ohledem na trimestr a srovnávat výsledky jednotlivých trimestrů. Ve dvou otázkách bylo zjišťováno, zda jsou ženy těhotné poprvé a pokud ne, jak skončilo předchozí těhotenství.

Zařazení žen do věkové kategorie poukázalo především na výrazný posun v zahájení rodičovského života v dnešní době. Z celkového souboru 108 žen patřily pouze 3 ženy (2,78 %) do kategorie „méně než 20 let“, zatímco do kategorie „více než 30 let“ spadalo 36 žen (33,34%). Statistika ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky České Republiky) tento trend potvrzuje a od roku 1990 sleduje jeho dynamický vývoj. Tento posun ve věku nastávajících matek se promítá do snižování počtu fyziologických těhotenství, zvýšení rizika a tím nutně i do životního stylu těhotných žen a celkového přístupu k těhotenství.

Ve druhé otázce byly respondentky rozděleny do třech fází těhotenství. Snaha byla o přibližně stejné zastoupení všech trimestrů – 2. i 3. trimestr byl zastoupen 40 ženami, v případě 1. trimestru těhotenství se však podařilo zajistit údaje pouze od 28 žen (vzhledem k častému záchytu gravidity až ve druhé polovině prvního trimestru a nízkému počtu návštěv prenatálních poraden v této fázi těhotenství).

Třetí otázka rozdělila ženy na primigravidy a sekundi/multigravidy, kdy primigravidy byly zastoupeny 49 ženami (45,37%) a ostatní 59 ženami (54,63%). Statistika ÚZIS ČR uvádí, že v posledních 7 letech narůstá počet prvorodiček a naopak klesá počet sekundipar či multipar (počet porodů narůstá z důvodu nástupu silných

ročníků ze 70. let). Z těchto 59 žen skončilo předchozí těhotenství ženy porodem v 50 případech (46,30%) a potratem v 9 případech (8,34%). ÚZIS ČR uvádí zastoupení samovolných potratů u gravidních žen 12,8%, riziko potratu prudce narůstá s věkem těhotné ženy. Domnívám se, že rozdílné procento potratů v mém výzkumu a statistických výsledcích je zapříčiněno malým výzkumným souborem. Při zpracovávání práce jsem nezaznamenala korelace mezi pořadím gravidity či ukončením předchozího těhotenství s ostatními výsledky.

Pátá otázka měla zodpovědět, zda by ženy uvítaly možnost trávit těhotenství v pracovní neschopnosti. Ženy ve druhém a třetím trimestru by tuto možnost přivítaly ve více případech (42,5%) než ženy v prvním trimestru (35,71%), což poukazuje na vyšší náročnost i u fyziologického těhotenství pro ženu v pokročilejším stadiu. I přes tento fakt by však většina žen (59,26%) tuto možnost odmítla.

Zda-li žena opravdu těhotenství v pracovní neschopnosti tráví, odpověděla otázka 6. 63,89% žen uvedlo, že ne, 36,11% tedy tráví těhotenství v pracovní neschopnosti a to nejčastěji z důvodu nevhodného prostředí v zaměstnání (11,12%), tvrdnutí břicha (12,04%), únavy (4,63%) a po umělém oplodnění (3,70%). Výsledky podobného výzkumu se nepodařilo nalézt, proto není možné srovnání.

Otázka 7 byla zaměřena na přístup ženy ke svému těhotenství – zda-li se k němu staví aktivně a zajímá se o něj. Celkový výsledek poukazuje na vysoký zájem o předporodní kurzy (48,15%) a těhotenský tělocvik (49,07%) – o tyto aktivity se zajímala téměř polovina žen a často zde byla nalezena i korelace mezi kurzem a cvičením, kdy žena navštěvovala oboje. Návštěva porodního sálu se setkávala s menším zájmem (20,37%). Aktivní přístup k těhotenství a zájem o aktivity s ním spojené se ve třetím trimestru zcela logicky zvyšuje – o předporodní kurz se zajímalo 45% těhotných žen ve druhém trimestru a 57,5% v trimestru třetím, těhotenský tělocvik označilo ve druhém trimestru 35% a ve třetím již 57,5% žen. O návštěvu porodního sálu se ve druhém trimestru zajímalo 12,5% žen a ve třetím trimestru 30% žen, tento trend souvisí dle mého názoru s blížícím se porodem a nastávajícím mateřstvím ženy.

V 8. otázce jsem se ptala na fyzickou kondici a pocit ženy v těhotenství oproti stavu před ním. Nejčastější odpovědí bylo „někdy lépe, někdy hůře“ (42,59%) a „stejně“

(27,78%). Jelikož trvá těhotenství 280 dní, vidím souvislost takto zvolených odpovědí nejen s projevy fyziologických změn mateřského organismu, ale také s tím, že těhotné ženy jsou lidé a lidé se během devíti měsíců života necítí obvykle jen dobře nebo špatně, ale „někdy lépe, někdy hůře“. Srovnání výsledků jednotlivých trimestrů nepřineslo logické a zřetelné souvislosti fyzického pocitu s fází těhotenství.

Otázkou 9 jsem přistupovala k fyzickému pocitu velmi prakticky – zda-li žena zvládá v těhotenství zavedený běh domácnosti. Odpověď na tuto otázku musí být vždy nutně ovlivněna konkrétním nastavením péče o domácnost a subjektivním názorem ženy na „zvládání“. 91,6% žen má pocit, že zavedený chod domácnosti v těhotenství zvládá, pouze 3 ženy z každého trimestru (v prvním trimestru činí 3 ženy 10,71%, ve druhém a třetím trimestru 7,5%) mají pocit opačný. Ačkoli výsledky nejsou srovnatelné s jiným výzkumem a záleží vždy na subjektivním přístupu, považuji tuto otázku za zásadní ve svém výzkumu – každá žena má nějaké těhotenské fyzické problémy, přesto se nastávající matky ve výrazné většině nechovají v těhotenství jako v nemoci, kdy by dle mého názoru drtivá většina žen domácnost nezvládala.

Desátá otázka především prozradila, že každá žena v těhotenství má nějaké fyzické potíže a to průměrně 3,71 konkrétních problémů na jednu ženu (tento výsledek může být poněkud zkreslen požadavkem v dotazníku na zaškrtnutí maximálně 5 nejvýraznějších problémů). Zvracení a nechutenství označilo v dotazníku 39 žen , čili je problémem 36,11 % žen. Literatura uvádí výskyt zvracení ve 30-55%, můj výzkum se tedy s literaturou shoduje. Hemoroidy se na druhou stranu dle zdrojů vyskytují až u 40% žen buď v těhotenství nebo po porodu. V mém výzkumu však byly označeny pouze dvakrát (2,16%) a to ženami ve třetím trimestru – rozdílnost těchto výsledků si vysvětluji pomalým zvyšováním intenzity tohoto problému v průběhu těhotenství a výrazným zhoršením v období porodu a po něm. Vzhledem k limitovanému počtu označených potíží a výrazné intenzitě jiných těhotenských problémů a vzhledem k vyplňování dotazníku těhotnými ženami, ne rodičkami a šestinedělkami, považuji tuto rozdílnost výsledků za logickou. Časté močení trápí dle literatury polovinu nastávajících maminek – v mém výzkumu byla tato možnost označena v 52 případech (48,15%), čili je zde v porovnání výsledků různých výzkumů shoda. Otoky dolních končetin

(především v oblasti kotníků) uvádí zdroje až u 80% případů – v mém výzkumu byla tato možnost označena pouze 14 ženami (12,96%), dle mého názoru je takový výsledek zapříčiněn zvýšeným výskytem otoků až ke konci těhotenství a můj dotazník je vyplňován ženami ve všech stádiích gravidity. Dalšími často se vyskytujícími problémy byly dle mého výzkumu krvácivost dásní či kazivost chrupu, zvýšená chuť k jídlu, pyróza, bolesti zad, napětí či citlivost prsů, dýchavičnost – výskyt těchto problémů je i v literatuře uváděn často. Změna četnosti problémů v průběhu těhotenství je výrazně viditelná u pyrózy, bolestí zad, křečových žil, výskytu strií, dýchavičnosti a pocitu horka či zvýšeného pocení – jelikož byla otázka formulována tak, že ženy mají označit, které problémy je „trápí nebo trápily“ v průběhu těhotenství, poukazuji na změnu četnosti jen v těch případech, kdy se s každým trimestrem zvyšovala.

Subjektivní pocit zátěže těmito problémy (otázka 11, určení intenzity pomocí stupnice 0-žádná zátěž až 5-maximální zátěž) nabývá tvaru podobného Gaussově křivce – 69,44% žen označilo jednu odpověď ze dvou středových (2. či 3. stupeň) a postupně k okrajovým možnostem se počet označení snižuje. Celkově však více žen (61,11%) označilo odpověď v první polovině stupnice, čili stupeň 0 až 2. Tyto výsledky není možno porovnávat, jelikož nebyl nalezen podobný výzkum.

Dvanáctá otázka zjišťovala, zda se žena informuje o způsobu, jak těmto problémům předejít, či jak je řešit. 74,07% žen se informuje a má subjektivně pocit dostatku informací, 17,6% žen přiznává, že se o řešení těchto problémů neinformuje. Výsledky této otázky nejsou porovnatelné, jelikož nebyl nalezen podobný výzkum.

Otázka 13 pátrá po zdroji těchto informací – tímto zdrojem je nejčastěji lékař (53,7%), média (65,74%), kamarádky (33,33%) nebo prenatální kurzy (22,22%). Informovanost žen je velice individuální, jelikož vychází ze zájmu ženy samotné, nicméně trend vzdělávat se v průběhu těhotenství a aktivně těhotenství prožívat se dle zdrojů stále zvyšuje, stejně jako dostupnost informací.

Dle výsledků otázky 14 využívá tyto informace a cítí zlepšení 65,74% žen, bez zlepšení je využívá 15,74%. Srovnávání trimestrů mezi sebou nepřineslo výrazné výsledky, skupiny jsou zastoupeny přibližně stejně. Podobný výzkum nebyl nalezen a čili výsledky není možné porovnat.

Zda žena cítí omezení v některých oblastech svého života je předmětem zkoumání otázky 15. Přibližně třetina žen necítí omezení v žádné z oblastí, přičemž nejčastěji byla tato možnost vybrána ve druhém trimestru (45%), který je podle literatury nejstabilnějším a nejklidnějším těhotenským obdobím. V prvním trimestru byla označena v necelých 40% a ve třetím trimestru pouze ve 12,5%. Z ostatních odpovědí na otázku omezení v aktivitách je to nejčastěji sport, volnočasové aktivity a zábava, cestování, strava, sexuální život a zaměstnání. U sportu je výrazně vidět stoupající intenzita omezení v průběhu trimestrů – vysvětlení je dle mého názoru ve zvyšující se únavnosti, pocitu těžkosti a jisté neobratnosti, stoupající intenzitě pocení a zadýchávání se. Kategorie sexuální život se shoduje se zdroji, které uvádějí, že v prvním trimestru mají ženy obvykle ze sexu strach kvůli udržení těhotenství a ve třetím trimestru se často necítí být atraktivními a přitažlivými, jsou únavnější a zvětšující se bříško pro ně představuje určitou překážku – ženy ve druhém trimestru cítily omezení v této oblasti pouze v 5%, kdežto v prvním trimestru ve 14% a ve třetím trimestru téměř ve 23%.

Otázka 16 zjišťovala subjektivní změny a pocity žen v psychické oblasti – ve většině případů (38,89%) byly tyto pocity převážně pozitivní, jen o trochu méně žen označilo pocity smíšené (37,04%) a 20,37% žen vybralo odpověď „beze změn“. Převážně negativní změny v psychické oblasti označily pouze 4 ženy (3,7%). Těhotenství je tedy po psychické stránce ženami přijímáno kladně. Smíšené pocity jsou dle mého názoru také spíše pozitivní, ale je zde znát i projevující se strach a nejistota z porodu, rizik, mateřství a vliv mají jistě i faktory sociální a ekonomické povahy. Smíšené pocity s postupem těhotenství (po trimestrech) přibývají, ostatní mají v jednotlivých trimestrech přibližně stejně zastoupení. Podobný výzkum k porovnání výsledků nebyl nalezen, literatura uvádí, že psychické změny a určitá nejistota však nejsou neobvyklé ani v případech vytoužené gravidity.

Způsob vyrovnání se s převážně negativními změnami a pocity či smíšenými pocity byl zjišťován v otázce 17. Nejčastěji byly označené možnosti relaxace (12,04%), rozhovor s kamarádkami či partnerem (28,7%) a pomocí vlastního rozumu (17,59%).

Výsledky podobného výzkumu pro porovnání nebyly nalezeny, tyto odpovědi souvisí dle mého názoru především s individualitou ženy a okolnostmi těhotenství.

Odpovědi na otázku 18 – čili zátěž, jakou těhotenství pro ženu představuje – byly graficky znázorněny jako stupnice. Ženy vybraly nejčastěji možnosti 1. (11,11%), 2. (12,96%) a 3. (12,03%) stupně zátěže. Vzhledem k vysokému zastoupení respondentek (59,26%), které na tuto otázku neodpovídaly, protože nemají převážně negativní či smíšené pocity, lze porovnáním s výsledky otázky 11 vyslovit závěr, že fyzické změny jsou všeobecně pro nastávající maminky větším a intenzivnějším problémem, než změny psychické.

Otázka 19 byla jedinou otevřenou otázkou výzkumu, těhotné ženy měly popsat pocity v souvislosti s blížícím se porodem a příchodem miminka na svět a výsledky úzce souvisí s výsledky otázky 16 – pozitivní pocity (radost, těšení) popsalo 43,52% respondentek (v 16. otázce 38,89%) a smíšené pocity (těšení, ale zároveň strach) označilo 39,81% žen (v 16. otázce 37,04%). Odpověď „strach o zdraví (miminka a maminky)“ byla vypsána s každým trimestrem vícekrát (v prvním trimestru 3,57% žen, ve druhém 7,5% a žen ve třetím trimestru ji označilo 15%), což dle mého názoru souvisí s blížícím se termínem porodu a větší informovaností o možných komplikacích.

Celý dotazník uzavírala dvacátá otázka, kde měla žena určit, zda se v těhotenství cítí jako nemocná. 88,89% respondentek zde označilo negativní odpověď. Podobný výzkum k porovnání výsledků nebyl nalezen (5, 14, 18, 33, 34).

6. Závěr

Bakalářská práce na téma „Je těhotenství nemoc?“ byla zaměřena na problematiku fyziologických změn mateřského organismu a jejich projevů. Cílem práce bylo zjistit, zda ženy tyto změny a projevy vnímají, zda jsou informované o prevenci a terapii a zda vnímají své fyziologicky probíhající těhotenství jako nemoc. Předem byly stanoveny tři hypotézy.

Hypotéza 1 zní: Těhotné ženy vnímají projevy fyziologických změn mateřského organismu. Pro hodnocení této hypotézy byly zvoleny otázky 10, 11 a 15 zaměřené na fyzické potíže a pocit omezení v některých oblastech života. V otázce 10 označila každá žena (100%) minimálně jeden negativní projev fyziologických změn mateřského organismu. V otázce 11 uvedlo 93,52% žen, že pro ně tento problém určitou zátěž představuje (nulovou zátěž označilo pouze 6,48% respondentek). V otázce 15 zvolilo 68,52% žen odpověď, že pro ně těhotenství představuje určité omezení minimálně v jedné z oblastí jejich života. Hypotéza 1 byla tedy výzkumem potvrzena: Ženy vnímají fyziologické projevy mateřského organismu.

Hypotéza 2 byla stanovena takto: Těhotné ženy mají dostatek vědomostí o způsobu, jak negativním projevům těhotenských změn (doprovázejícím fyziologicky probíhající těhotenství) předejít nebo je zmírnit. K vyhodnocení druhé hypotézy byly zvoleny odpovědi otázek 7, 12, a 14. Otázkou 7 bylo zjištěno, že 66,67% těhotných žen se aktivně zajímá o různé těhotenské programy (prenatální kurzy, cvičení,atd.). V otázce 12 označilo 82,4% žen, že se o možnostech řešení konkrétních obtíží informují, přičemž 74,07% celkového počtu žen má pocit dostatku informací. Ve 14. otázce uvedlo 81,48% respondentek, že načerpané informace ke zmírnění těhotenských obtíží využívají, přičemž 65,74% celkového počtu žen pociťuje po jejich realizaci zlepšení. Hypotéza 2 byla tedy výzkumem také potvrzena: Ženy mají skutečně dostatek vědomostí o prevenci a terapii negativních projevů fyziologických změn mateřského organismu.

Hypotéza 3 byla stanovena takto: Těhotné ženy fyziologicky probíhající těhotenství nevnímají jako nemoc. K vyhodnocení byly zvoleny odpovědi na otázky 5, 6, 9 a 20. Otázkou 5 bylo zjištěno, že by 59,26% fyziologicky těhotných žen neuvítalo možnost trávit fyziologické těhotenství v pracovní neschopnosti, v otázce 6 pak bylo

uvedeno, že 63,89% žen fyziologické těhotenství v pracovní neschopnosti netráví. Na otázku 9 – zda žena zvládá v těhotenství zavedený chod domácnosti – odpovědělo 91,6% kladně. V otázce 20 uvedlo 88,89% těhotných žen negativní odpověď na otázku, jestli se v těhotenství cítí jako nemocné. I hypotéza 3 byla výzkumem potvrzena: Ženy nevnímají fyziologicky probíhající graviditu jako nemoc.

Z výsledků výzkumu je jasné, že ačkoli ženy pociťují ve fyziologickém těhotenství různé obtíže, prožívají těhotenství častěji aktivně, převážně si ho užívají a nepřistupují k němu jako k nemoci. Myslím, že do budoucna se ještě bude hledat hranice mezi adekvátní mírou prenatální péče poskytované fyziologicky těhotné ženě a těhotenstvím jako zcela přirozeným procesem. Výsledek výzkumu je pro mě velmi povzbudivý, protože poukazuje na to, že jsme na správné cestě.

7. Seznam použitých zdrojů

1. *Cestování těhotných*. (online) Dostupné z: http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=113 9.4.2007

2. ČECH, E., HÁJEK, Z., MARŠÁL, K., et al. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing.,1999. 434 s. ISBN 80-7169-355-3.

3. ČECHOVÁ, V., MELLANOVÁ, A., ROZSYPALOVÁ, M. *Speciální psychologie*. 4. vyd. nezměněné. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 173 s. ISBN 80-7013-386-4.

4. DELAHAYE, M. *Praktický průvodce těhotné ženy*. Přel. Lázňovská, M. 1. vyd. Praha: Galén, 2006. 170 s. Přel. z Giude pratique de la femme enceinte. ISBN 80-7367-073-9.

5. *Dětí ze zkumavky bude přibývat*. (online) Dostupné z: http://www.neplodnost.cz/web/verejnost/napsalose/?article=430 29.4.2007

6. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Přel. I. Suchardová. 2. vyd. české. Praha: Grada Publishing, 2001. 568 s. Přel. z Nurse´s Pocket Guide: Diagnoses, Interventions, and Rationales. ISBN 80-247-0242-8.

7. DVOŘÁK, V., UNZEITIG, V. *Zásady dispenzární prenatální péče ve fyziologickém těhotenství*. (online) Dostupné z: http://www.praktickagynekologie.cz/pdf/pg_05_05_05.pdf 24.4.2007

8. HÁJEK, Z. *Prenatální péče o fyziologické těhotenství*. In: Moderní babictví 3. Praha: LEVRET s.r.o., 2004, s.16-19

9. HÁJEK, Z., et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. české. Praha: Grada Publishing, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.

10. CHMEL, R. *Průvodce těhotenstvím*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. 141 stran. ISBN 80-247-0962-7.

11. Kniha o těhotenství @ porodu. *Jak pomáhá zákon těhotným ženám a matkám*. (online) Dostupné z: http://kniha.porodnice.cz/index.php?clanek=99 7.4.2007

12. Kniha o těhotenství @ porodu. *Oblečení a obuv vhodné pro těhotnou*. (online) Dostupné z : http://kniha.porodnice.cz/index.php?clanek=145 7.4.2007

13. Kniha o těhotenství @ porodu. *Zaměstnání těhotných žen*. (online) Dostupné z: http://kniha.porodnice.cz/index.php?clanek=98 7.4.2007

14. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Přel. Flégr, O. 1. vyd. české. Praha: Grada Publishing, 2004. 993 s. Přel. z Thompson´s Introduction to Maternity and Pediatric Nursing. ISBN 80-247-0668-7.

15. MACKONOCHIEOVÁ, A. *Těhotenství týden po týdnu*. Přel. Pechová, M. 1. vyd. české. Praha: Svojtka & Co, 2004. 96 s. Přel. z Perfect Pregnancy Week by Week. ISBN 80-7237-355-2.

16. MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 264 s. ISBN 80-247-7399-3.

17. MIKULANDOVÁ, M. *Těhotenství a porod*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004. 160 s. ISBN 80-251-0205-X.

18. MIKULANDOVÁ, M. *V péči o těhotné se řadíme mezi světovou špičku!* (online) Dostupné z: http://zena.atlas.cz/tehotenstvi/111716-magdalena-mikulandova-v-peci-o-tehotne-se-radime-mezi-svetovou-spicku.aspx 29.4.2007

19. MURKOFFOVÁ, H., EISENBERGOVÁ, A., HATHAWAYOVÁ, S., *Co čekat v radostném očekávání*. Přel. Kant, J., Kantová, J. 1. vyd. české. Praha: Slovart, 2004. 595 stran. Přel. z What to expect when you´re expecting. ISBN 80-7209-457-2.

20. *Oblečení těhotných*. (online) Dostupné z: http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=95 8.4.2007

21. *Očkování v těhotenství*. (online) Dostupné z: http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=109 9.4.2007

22. *Pravidelný odpočinek*. (online) Dostupné z: http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=100 8.4.2007

23. ROZTOČIL, A. & kol. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 333 stran. ISBN 80-7013-339-2.

24. SYMONS, J. *Těhotenství a péče o dítě*. Přel. Martínková, P. 1. vyd. české. Praha: REBO, 2003. 232 stran. Přel. z Zwangerschap. Het beste voor jou en je baby. ISBN 80-7234-284-3.

25. *Tělesná aktivita, sport těhotných žen*. (online) Dostupné z: http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=102 8.4.2007

26. *Tělesná hygiena*. (online) Dostupné z: http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=105 8.4.2007

27. TRČA, S. *Partner v těhotenství a při porodu*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2004. 108 s. ISBN 80-247-0869-8.

28. UNZEITIG, V., ANDĚLOVÁ, K., STARÁ, A. *Doporučení k provádění screeningu poruch glukózové tolerance v graviditě.* (online) Dostupné z: http://www.praktickagynekologie.cz/pdf/pg_05_05_05.pdf 24.4.2007

29. *Užívání léků v těhotenství*. (online) Dostupné z: http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=108 9.4.2007

30. VOKURKA, M., HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. 7. rozšířené vydání. Praha: MAXDORF, 2004. 490 s. ISBN 80-7345-009-7.

31. Wikipedie. Otevřená encyklopedie. (online) Dostupné z: www.wikipedia.cz 24.4.2007

32. Zákoník práce. *Zákon č.65/1965 Sb*. (online) Dostupné z: http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zakprace/cast2h7.aspx 7.4.2007

33. *Zpráva o rodičce 2005*. (online) Dostupné z: http://www.uzis.cz/article.php?article=464&order=&sort=&mnu_id=5100 29.4.2007

34. ZWINGER, A. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén a Karolinum, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9 (Galén) a 80-246-0822-7 (Karolinum).

35. *Životní prostředí těhotných*. (online) Dostupné z: http://www.porodnice.cz/default.asp?rubrika=1&podrubrika=89 8.4.2007

8. Klíčová slova

1. fyziologický
2. těhotná žena
3. psychický
4. fyzický
5. potíže
6. prevence
7. terapie

9. Přílohy

Seznam příloh

Příloha 1 *Zákoník práce, část druhá – Pracovní podmínky těhotných žen a matek*

Příloha 2 *Zásady dispenzární prenatální péče ve fyziologickém těhotenství*

Příloha 3 *Dotazník*

Příloha 1

Zákoník práce

Část druhá

Pracovní poměr

Hlava sedmá: Pracovní podmínky žen a mladistvých

Oddíl druhý: Pracovní podmínky těhotných žen a matek

§ 153 Převedení na jinou práci

(1) Koná-li těhotná žena práci, která je těhotným ženám zakázána nebo která podle lékařského posudku ohrožuje její těhotenství, je zaměstnavatel povinen převést ji dočasně na práci, která je pro ni vhodná a při níž může dosahovat stejného výdělku jako na dosavadní práci. Požádá-li těhotná žena pracující v noci o zařazení na denní práci, je zaměstnavatel povinen její žádosti vyhovět.

(2) Ustanovení předchozího odstavce platí obdobně o matkách do konce devátého měsíce po porodu a ženách, které kojí.

(3) Dosahuje-li žena při práci, na níž byla převedena, bez svého zavinění nižšího výdělku, než na dosavadní práci, poskytuje se jí na vyrovnání tohoto rozdílu vyrovnávací příspěvek podle předpisů o nemocenském pojištění.

§ 154 Pracovní cesty a přeložení

(1) Těhotné ženy a ženy pečující o děti do věku osmi let smějí být vysílány na pracovní cestu mimo obvod obce svého pracoviště nebo bydliště jen se svým souhlasem; přeložit ji může zaměstnavatel jen na jejich žádost.

(2) Ustanovení předchozího odstavce platí i pro osamělou ženu pečující o dítě, dokud dítě nedosáhlo věku 15 let.

§ 155 Rozvázání pracovního poměru

Výpovědí může zaměstnavatel rozvázat pracovní poměr s těhotnou zaměstnankyní a se zaměstnankyní trvale pečující o dítě mladší než tři roky jen zcela výjimečně v případech uvedených v § 46 odst. 1 písm. a) a b) a v § 53.

§ 156 Úprava pracovní doby

(1) Zaměstnavatel je povinen přihlížet při zařazování zaměstnanců do směn též k potřebám žen pečujících o děti.

(2) Požádá-li žena pečující o dítě mladší než 15 let nebo těhotná žena o kratší pracovní dobu nebo o jinou vhodnou úpravu stanovené týdenní pracovní doby, je zaměstnavatel povinen vyhovět její žádosti, nebrání-li tomu vážné provozní důvody (§ 86); přitom zaměstnavatel postupuje v součinnosti s příslušným odborovým orgánem.

(3) Zaměstnavatel nesmí zaměstnávat těhotné ženy a ženy, které pečují o dítě mladší než jeden rok, prací přesčas.

Zdroj:

Zákoník práce.

Zákon č.65/1965 Sb. (online) Dostupné z:

http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zakprace/cast2h7.aspx 7.4.2007

Příloha 2

Zásady dispenzární prenatální péče ve fyziologickém těhotenství

(doporučený postup – závěry kongresu ČGPS a SSG ČR, Český Krumlov, 2004)

Následující přehled vymezuje nepodkročitelnou, tedy základní frekvenci a rozsah péče u žen s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím. Nebudou-li doporučený rozsah a frekvence vyšetření realizovány, péče bude označena za non lege artis

Abychom co nejlépe a nejpřesněji vymezili skupinu žen, kterým bude níže uvedená péče určena, rozdělíme všechny těhotné na 3 základní skupiny podle možného rozsahu těhotenského rizika:

1. Těhotné s *malým rizikem*

Jsou pacientky bez rizikových faktorů v anamnéze a výsledky všech klinických ilaboratorních vyšetření v průběhu gravidity jsou normální. Takové těhotenství označujeme jako *FYZIOLOGICKÉ* a dispenzární prenatální péče je poskytována:

● do 36. týdne gravidity včetně v intervalu 4 týdnů

● od 37. týdne do termínu porodu 1krát týdně.

Těhotná může být předána do ambulantní péče pracoviště, které povede porod, již od 36. týdne gravidity – nejpozději však v termínu porodu.

2. Těhotné se *středním rizikem*

Mají svoji anamnézu zatíženu rizikovým/rizikovými faktory. Výsledky jejich vyšetření jsou normální, ale vyžadují opakování. Takové těhotenství označujeme jako *RIZIKOVÉ*. Frekvence návštěv je závislá na aktuálním vývoji zdravotního stavu ženy. Objeví-li se ve sledování rizikových těhotných laboratorní výsledky mimo hranice fyziologie, musí být převedeny do 3. skupiny.

3. Těhotné s *vysokým* rizikem

Mohou (ale nemusí) mít v anamnéze rizikové faktory. Charakteristická je pro ně přítomnost patologických klinických či laboratorních výsledků, které definují

konkrétní riziko. Do této skupiny patří i ženy, jejichž specifický medicínský problém definuje riziko již na počátku gravidity. Takové těhotenství označujeme jako *PATOLOGICKÉ*. Frekvence návštěv je zcela individuální.

Klinická a laboratorní vyšetření při poskytování prenatální péče rozdělujeme na:
● pravidelná (provádějí se při každé návštěvě gynekologa)
● nepravidelná (provádějí se pouze v určeném týdnu těhotenství).

Komplexní prenatální vyšetření by mělo být provedeno nejpozději do konce 12. týdne těhotenství. Jeho nedílnou součástí je kromě pravidelně prováděných vyšetření i změření zevních pánevních rozměrů těhotné a vystavení těhotenské průkazky.

Pravidelná vyšetření
● podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné
● zevní vyšetření těhotné s určením hmotnosti a krevního tlaku
● chemická analýza moči
● bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre
● od 24. týdne gravidity detekce známek vitality plodu

Nepravidelná vyšetření
16. týden
● stanovení krevní skupiny + Rh-faktoru
● vyšetření titru erytrocytárních protilátek
● stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu
● sérologické vyšetření protilátek proti syfilis
● biochemický screening VVV ve 2. trimestru
● vyšetření močového sedimentu střední porce moči

18.–20. týden

● 1. první ultrazvukový screening plodu 24.–28. týden

● screening poruch glukózové tolerance (blíže viz Doporučení k provádění screeningu poruch glukózové tolerance v graviditě; Prakt Gyn 2005; 9(5):19)

30.–32. týden

● vyšetření titru erytrocytárních protilátek u žen Rh-negativních a s krevní skupinou 0

● stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu

● sérologické vyšetření HBsAg a HIV

● 2. ultrazvukový screening plodu

36.–37. týden

● detekce streptokoků skupiny B v pochvě

36.–40. týden

● kardiotokografický non-stress test (ve 36. a 37. týdnu je doporučen, v dalších týdnech již povinný)

Ostatní vyšetření zde neuvedená překračují rámec dispenzární péče fyziologického těhotenství.

Text byl schválen výbory České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP, Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEPa Sekce ambulantních gynekologů ČGPS ČLS JEP.

26. května 2005

MUDr. Vladimír Dvořák[1]

doc. MUDr. Vít Unzeitig, CSc.[2]

[1]předseda ČGPS ČLS JEP a Sekce ambulantních gynekologů ČGPS ČLS JEP

[2]předseda Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP

Doporučení k provádění screeningu poruch glukózové tolerance v graviditě

doc. MUDr. Vít Unzeitig, CSc.[1]

MUDr. Kateřina Andělová[2]

MUDr. Alexandra Stará[3]

[1]Centrum ambulantní gynekologie a porodnictví Brno a Gynekologicko-porodnická klinika LF MU a FN Brno

[2]Ústav pro péči o matku a dítě, Praha

[3]NZZ Gynekologie a porodnictví, Praha

1. Základním screeningovým vyšetřením je *O'Sullivanův test*, který se provádí ve *24.–28. týdnu těhotenství* perorálním podáním *50 g glukózy nalačno*. Při patologických hodnotách glykemie (nalačno více než 5,5 mmol/l, za 60 minut vyšší než 7,8 mmol/l) je indikován orální glukózo-toleranční test (oGTT). Tím není dotčena povinnost lékaře provést toto vyšetření u těhotných s vysokým rizikem již na počátku gravidity.

2. Vyšetřují se *všechny ženy ve věku 25 let a více*. Ženy mladší než 25 let vyšetřujeme pouze v případě rodinné zátěže diabetem, se zatíženou porodnickou anamnézou nebo ženy obézní.

3. *Orální glukózo-toleranční test* (o-GTT) lze provést buď místo O'Sullivanova testu
nebo povinně co nejdříve po zjištění patologických hodnot glykemie (viz bod 1). Vždy vyšetřujeme hodnoty glykemie nalačno (do 5,5 mmol/l) a 120 minut po zátěži (do 7,7 mmol/l). Vyšetření glykemie 60 minut po zátěži není povinné (hodnoty do 8,8 mmol/l).

4. Je-li glykemie kdykoliv v průběhu dne *vyšší než 11,1 mmol/l*, je diagnóza gestačního diabetu jasná a o-GTT není třeba provádět.

5. Je-li *2 dny po sobě* glykemie nalačno *vyšší než 7,0 mmol/l*, je diagnóza gestačního diabetu jasná a o-GTT není třeba provádět.

5. května 2005

Literatura

1. Andělová K. Standardy péče o diabetes mellitus v těhotenství. Čes Gynek 2005; 70 (v tisku).
2. Bartoš V, Pelikánová T et al. Praktická diabetologie. Praha: Galén 2000: 345–365.

Zdroj:

DVOŘÁK, V., UNZEITIG, V. *Zásady dispenzární prenatální péče ve fyziologickém těhotenství*. (online) Dostupné z:
http://www.praktickagynekologie.cz/pdf/pg_05_05_05.pdf 24.4.2007
UNZEITIG, V., ANDĚLOVÁ, K., STARÁ, A. *Doporučení k provádění screeningu poruch glukózové tolerance v graviditě*. (online) Dostupné z:
http://www.praktickagynekologie.cz/pdf/pg_05_05_05.pdf 24.4.2007

Příloha 3

DOTAZNÍK PRO BUDOUCÍ MAMINKY V PRENATÁLNÍ PÉČI

Dobrý den,

jmenuji se Martina Koupalová a jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistentka na Zdravotně-sociální fakultě Jihočeské univerzity. Dotazník, který Vám předkládám, je základem mé bakalářské práce na téma „Je těhotenství nemoc?“. K vyplnění postačí pouhé označení zvolené odpovědi nebo jednoduché vyplnění. Dotazník je zcela anonymní a získaná data budou sloužit výhradně ke zpracování mé práce.

Předem Vám děkuji za spolupráci.

1. Kolik je Vám let?

a) méně než 20 let

b) 20 – 30 let

c) více než 30 let

2. V kolikátém týdnu těhotenství právě jste?

a) před 12. týdnem

b) 12. – 27. týden

c) po 27. týdnu

3. Jste těhotná poprvé?

a) ano (pokud jste označila možnost a), pokračujte v otázce č. 5)

b) ne

4. Vaše předchozí těhotenství skončilo:

a) porodem

b) potratem

5. Uvítala byste/ vítáte možnost trávit těhotenství v pracovní neschopnosti?

a) ano

b) ne

6. Trávíte/ trávila jste těhotenství v pracovní neschopnosti?

a) ano, z důvodu:……jak dlouho:…….

b) ne

7. Zajímala jste se již aktivně o některé z následujících činností? (můžete označit více odpovědí)

a) ano, o návštěvu předporodních kurzů

b) ano, o těhotenský tělocvik

c) ano, o návštěvu porodního sálu v rámci předporodní přípravy

d) ano, o jiné:……

e) nezajímala

8. V těhotenství se oproti stavu před ním fyzicky cítíte:

a) lépe

b) stejně

c) hůře

d) někdy lépe, někdy hůře

e) jiné:……

9. Zvládáte v těhotenství zavedený běh domácnosti?

a) ano

b) ne

10. Konkrétní tělesné problémy, které Vás v těhotenství provázely, nebo provází, jsou:

(označte maximálně 5 nejvýraznějších problémů)

a) krvácivost dásní, zvýšená kazivost chrupu
b) zvracení, nechutenství
c) zvýšená chuť k jídlu
d) pálení žáhy
e) zvýšené slinění
f) zácpa, plynatost
g) hemoroidy
h) časté močení
i) výtoky
j) bolesti zad
k) bolesti žeber
l) napětí či citlivost prsů
m) otoky dolních končetin
n) křečové žíly
o) křeče v dolních končetinách
p) brnění rukou
q) problémy s vlasy a nehty
r) změny na kůži, strie, suchá pleť
s) dýchavičnost
t) pocit horka, zvýšené pocení
u) nespavost
v) točení hlavy, mdloby
w) únava
x) pocit ucpání nosu, zalehnutí uší
y) jiné:…….
z) žádné

11. Označte na stupnici, nakolik Vás tyto fyzické problémy zatěžují (0=žádná zátěž, 5=velká zátěž):

0 1 2 3 4 5

Chcete-li, připište vlastní slovní hodnocení:.....
……...

12. Informujete se o možnostech, jak tyto problémy řešit?

a) ano a mám pocit dostatečného množství informací
b) ano, ale nemám pocit dostatečného množství informací
c) ne (pokud jste označila možnost c), pokračujte v otázce č. 15)

13. Kde získáváte potřebné informace? (můžete označit více odpovědí)

a) od lékaře v poradně

b) od zdravotní sestry v poradně, od porodních asistentek

c) z literatury, internetu, televize

d) od kamarádek, známých

e) v předporodních kurzech

f) jiné:……...

14. Využíváte tyto informace ke zmírnění problémů?

a) ano a cítím zlepšení

b) ano, ale necítím zlepšení

c) ne

15. Pociťujete, že Vás těhotenství omezuje v některé z následujících oblastí Vašeho života? (označte maximálně 3 oblasti)

a) strava

b) tělesná hygiena, péče o sebe

c) zaměstnání

d) volnočasové aktivity, zábava, koníčky

e) sport

f) domácí práce

g) kultura, aktivity ve společnosti

h) cestování

i) oblast sexuálního života

j) vzdělávání

k) jiné:…….....

l) v žádné oblasti necítím omezení

16. V oblasti psychické pociťujete v těhotenství:

a) převážně pozitivní změny a pocity (vybrala-li jste možnost a), pokračujte v otázce č. 19)

b) převážně negativní změny a pocity

c) smíšené pocity

d) nepociťujete změny (vybrala-li jste možnost d), pokračujte v otázce č.19)

17. Jak se s těmito pocity vyrovnáváte? (můžete označit více odpovědí)

a) relaxací (kulturou, hudbou, zájmovou činností,…)

b) aktivně (sportem, prací,…)

c) rozhovorem s kamarádkami, partnerem,…

d) rozhovorem se zdravotnickým pracovníkem, na předporodním kurzu

e) sama se svými myšlenkami, rozumem

f) jiné:……

18. Označte na stupnici, nakolik Vás tyto psychické změny zatěžují (0=žádná zátěž, 5=velká zátěž):

0 1 2 3 4 5

Chcete-li, připište vlastní slovní hodnocení:.....

……...

19. Prosím, popište vlastními slovy pocity, které máte v souvislosti s blížícím se porodem a příchodem miminka na svět:

.....

.....

……...

20. Cítíte se v těhotenství jako nemocná?

a) ano

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne

Děkuji za Váš čas a přeji zdárný průběh těhotenství.