

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

## **Pohled muže na rizikové těhotenství a hospitalizaci partnerky**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Autor práce: Hana Churanová

Studijní program: Prezenční

Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D

Datum odevzdání práce: 15. 8. 2012

## **ABSTRAKT**

### **Pohled muže na rizikové těhotenství a hospitalizaci partnerky**

Těhotenství je bezesporu jedním z nejkrásnějších období v životě ženy. Ne vždy je však průběh těhotenství bez komplikací. I když se riziková těhotenství objevovala také v dřívějších dobách, dnes díky systému prenatální péče a centralizaci rizikových těhotenství v perinatologických centrech, stoupá počet živě narozených dětí s lepšími šancemi pro kvalitní život.

Teoretická část této bakalářské práce se zabývá jak rizikovým těhotenstvím a faktory, které jej způsobují, či ovlivňují, tak také dopadem hospitalizace na psychiku párů a vlivem na jejich rodinný život. Zvolený kvalitativní výzkum probíhal metodou hloubkových rozhovorů a dotazování. Výzkumným souborem bylo sedm mužů, jejichž partnerky byly hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství v Nemocnici České Budějovice, a. s. Celkem bylo stanoveno pět cílů, které byly splněny. Prvním cílem práce bylo zjistit, zda muži, jejichž partnerky byly hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství, chápou důvody hospitalizace. Druhým cílem bylo zjistit, zda výše jmenovaní muži rozumí pojmu „rizikové těhotenství“. Třetí cíl měl za úkol zjistit, z čeho mají muži, jejichž partnerky jsou hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství největší obavy. Čtvrtým cílem práce bylo zjistit vliv hospitalizace partnerky na rodinný život. Pátým cílem bylo zjistit, zda tito muži, kladou důraz na výběr zařízení, kde má případná hospitalizace probíhat.

V souhrnu bylo zjištěno, že muži dobře znají důvody hospitalizace a rozumí pojmu „rizikové těhotenství“. Největší obavy mají o zdraví partnerky a budoucnost dítěte. Dále byla zjištěna záporná role hospitalizace v rodinném životě a fakt, že muži ve většině kladou důraz na výběr zařízení, ve kterém má hospitalizace probíhat.

Tato bakalářská práce může posloužit jako studijní materiál jak pro budoucí, tak i stávající porodní asistentky. Dále může být využita jako zdroj informací pro budoucí rodičky a jejich partnery, tedy páry, kterých se téma přímo týká, nebo jen chtějí znát různá úskalí těhotenství.

## **ABSTRACT**

### **Husband's Attitude towards a High-Risk Pregnancy and towards the Hospitalization of a Partner**

The pregnancy is undoubtedly one of the most beautiful time in the life of every woman. But the process of pregnancy is not always without complications. Even if a high-risk pregnancy appeared also in the past ages, nowadays due to the system of prenatal care and the centralization of high-risk pregnancy cases in the perinatalogical centres, the number of life-born children who have better chances for higher quality of life is increasing.

The theoretical part of this thesis deals with both a high-risk pregnancy including factors which cause it, or have any effect on it and with the impact of the hospitalization on the psyche of individual couples and how this situation influences their family life. The qualitative research was conducted by the method of in-depth interviews and questioning. The researched group consisted of seven men whose wives were hospitalized in the Division for High-Risk Pregnancies at České Budějovice Hospital plc. A total of five goals were set and fulfilled. The first goal of the research was to find out if the men, whose wives were hospitalized in the Division for High-Risk Pregnancies, understood reasons of the hospitalization. The second goal was to find out if the above mentioned men understood the expression „a high-risk pregnancy“. The task of the third goal was to find out what were the greatest concerns of the men whose partners were hospitalized in the Division for High-Risk Pregnancies. The fourth goal of the thesis was to find out the influence of the hospitalization of the partner on the family life. The fifth goal was to find out if those men emphasized the selection of the health centre where the eventual hospitalization takes place.

In summary, it was found out that the men are aware of reasons of the hospitalization and they understand the expression „a high-risk pregnancy“. They have the greatest concerns about health of the partner and the future of a child. Further, it was found out that the hospitalization plays a negative role in the family life and the fact that

the men mostly emphasize the selection of the health centre where the hospitalization takes place.

This thesis can serve as study material for both future and current midwives. Further, it can be used as a source of information for future mothers and their partners it means for the couples to which the topic relates directly, or they just would like to know different dangers in the pregnancy.

Prohlašuji, že jsem svou bakalářskou práci na téma Pohled muže na rizikové těhotenství a hospitalizaci partnerky vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných zdravotně sociální fakultou - elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným stanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. srpna 2012

Hana Churanová

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala MUDr. Miloši Velemínskému Ph.D za vedení této bakalářské práce, za jeho věnovaný čas a především za jeho rady. Poděkování patří také mým nejbližším za trpělivost, snahu pomoci a podporu při psaní této práce.

<b>Obsah</b>	
<b>ÚVOD</b>	9
<b>1 SOUČASNÝ STAV</b>	10
<b>1.1 Příčiny rizikového těhotenství</b>	10
1.1.1 Rizikové faktory těhotenství	10
<b>1.2 Závažná onemocnění a těhotenství</b>	12
1.2.1 Kardiovaskulární onemocnění	12
1.2.2 Jaterní onemocnění	13
1.2.3 Plicní onemocnění	14
1.2.4 Renální onemocnění	15
1.2.5 Neurologická onemocnění	16
1.2.6 Onemocnění gastrointestinálního traktu	17
1.2.7 Diabetes mellitus	19
<b>1.3 Předporodní péče</b>	20
1.3.1 Péče o těhotné v rámci prenatálních poraden	21
1.3.2 Prenatální vyšetření	22
1.3.3 Role porodní asistentky v prenatálních poradnách	24
<b>1.4 Hospitalizace a její dopady</b>	25
1.4.1 Indikace k hospitalizaci	26
1.4.2 Hospitalizace a její dopad na psychiku ženy	30
1.4.3 Hospitalizace a její dopad na psychiku partnera	32
1.4.4 Hospitalizace a její dopad na rodinný život	33
1.4.5 Ošetrovatelská péče na oddělení rizikového těhotenství	34
<b>2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY</b>	36
<b>2.1 Cíle práce</b>	36
<b>2.2 Výzkumné otázky</b>	36
<b>3 METODIKA</b>	37
<b>3.1 Popis použité metody</b>	37
<b>3.2 Charakteristika výzkumného souboru</b>	37
<b>4 VÝSLEDKY</b>	38

<b>4.1 Interpretace rozhovorů s partnery</b>	38
4.1.1 Respondent č. 1	38
4.1.2 Respondent č. 2	39
4.1.3 Respondent č. 3	40
4.1.4 Respondent č. 4	41
4.1.5 Respondent č. 5	43
4.1.6 Respondent č. 6	44
4.1.7 Respondent č. 7	45
<b>4.2 Tabulkové vyhodnocení získaných informací</b>	47
<b>5 DISKUZE</b>	55
<b>6 ZÁVĚR</b>	60
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b>	62
<b>8 KLÍČOVÁ SLOVA</b>	65
<b>9 PŘÍLOHY</b>	66



## ÚVOD

Těhotenství je od pradávna chápáno jako přirozený proces, který je nezbytný k zachování lidského rodu. Jako jedno z nejkrásnějších období v ženském životě. Pár společně poznává tyto krásy, představují si život ve třech, hádají pohlaví budoucího potomka a přemýšlejí, komu se bude podobat. Rodina se společně již nyní snaží, aby dítě prospívalo, dobře se vyvíjelo a cítilo se dobře. V dnešní době jsou samozřejmostí nejen návštěvy prenatálních poraden, ale také různých kurzů a přednášek, kterých se mohou účastnit i budoucí otcové. (7, 29)

I přes veškerou péči a snahu, kterou páry věnují očekávání svého potomka, bohužel nemají všichni to štěstí, že těhotenství probíhá bezproblémově a fyziologicky. Mohou nastat komplikace, které mohou vést k ohrožení života nejen jejich budoucího dítěte, ale také ohrožení života těhotné ženy. Vznikají tak rizikové stavy, které v závislosti na jejich závažnosti, vyžadují hospitalizaci ženy na oddělení rizikového těhotenství. (13)

V případě hospitalizace mohou nastat problémy také v rodinném životě. Dá se polemizovat o horším zvládnání zátěže a to jak ženou, tak i jejím partnerem, neboť se již nejedná pouze o zdraví ženy, která je pro problémy hospitalizována, ale také o zdraví, či život dítěte, které ještě nepřišlo na svět. (25)

Je zapotřebí se věnovat ženě nejen jako pacientce, ale také jako člověku, který má city, obavy a naděje. Svou nemalou roli zde hraje partner, který může působit, v lepším případě, jako psychická podpora, anebo naopak je touto situací natolik zasažen, že i on se může stát objektem zájmu odborníků. (9)

Toto téma jsem si vybrala, neboť se domnívám, že v dnešní době se velice dbá na pocity budoucích matek, těhotných, rodiček, ale již ne na pocity jejich partnerů. Za dobu mého studia jsem se setkala pouze s hrstkou literatury a jiných, ať internetových, či televizních zdrojů, které se zabývají převážně pocity mužů, budoucích otců. Cílem mé práce bylo nejen zjistit, jaké rady a návody jim poskytují brožury, knihy a jiné zdroje, ale také zaměřením se na mezioborovou spolupráci lékařů, spolupráci porodních asistentek a rodičů a v neposlední řadě na pocity a obavy samotných budoucích otců a vlivu hospitalizace na rodinný život.

## 1 SOUČASNÝ STAV

V rozvinutých státech je zhruba 30% těhotenství označovaných jako riziková a je u nich pravděpodobnější jejich neúspěšné ukončení. Zhruba třetina těchto těhotenství se může vyvinout až v těhotenství patologická. Vznikají rizikové stavy, kvůli kterým jsou ženy hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství. Samotná hospitalizace s sebou může přinášet různá úskalí týkající se nemocničního prostředí, provozu oddělení, nevhodně se chovajícího ošetrovatelského personálu, ale také zhoršení v oblasti ekonomického a rodinného života. (17, 29)

V dnešní době stoupá úspěšnost v léčbě rizikových a patologických těhotenství. Nemalá část z nich končí zdařeným ukončením těhotenství a porodu zdravého dítěte. Nemalý podíl na tom má také péče v rámci prenatálních poraden a různá screeningová vyšetření plodu. Dále pak dobře fungující transport v děloze a především centralizace rizikových těhotných v perinatologických centrech. (13, 17, 29)

### 1.1 Příčiny rizikového těhotenství

Z celkového počtu patologických těhotenství připadá cca 5% těm, která se vyvinou bez přítomnosti některého z rizikových faktorů a 5% na ta, do kterých ženy vstupují s některými ze závažných onemocnění. Zbývajících 90% tedy vzniká na základě přítomnosti některých z rizikových faktorů, vyvolávajících řadu komplikací. Těhotenství samo o sobě je velmi dynamický děj a kdykoli, v jakémkoli období gestace se může zkomplikovat. Mnoho rizikových stavů je způsobeno samotnou těhotnou, ať se jedná o různá onemocnění, úrazy, či stavy vyvolané jejím nevhodným chováním. (13)

#### 1.1.1 Rizikové faktory těhotenství

Existuje mnoho faktorů, které mají, nebo do budoucna mohou mít nepříznivý vliv na průběh a vývoj těhotenství. Řadí se mezi ně faktory demografické, a to věk těhotné pod 17 let, neboť se u nich vyskytuje vyšší riziko samovolných potratů a předčasných porodů. Také věk vyšší, přesněji nad 35 let, je považován za rizikový. Po 35. roce života je totiž podstatně vyšší těhotenská zátěž pro organismus a objevuje se

více rizik, zejména zdravotních. U starších žen se častěji vyskytuje hypertenze, zaostávání plodu v růstu v průběhu nitroděložního vývoje a předčasné, případně operativní porody. Ženy po 35. roce života navíc mají statisticky vyšší riziko narození dítěte s vrozenými vývojovými vadami, z nichž jde nejčastěji o Downův syndrom.

Výška těhotné pod 155 až 158 centimetrů je považována také za rizikovou, i když spíše pro porod, neboť se může jednat o riziko všeobecně stejnoměrně zúžené pánve. V těchto případech lékaři přistupují k porodu císařským řezem. Svou roli hraje rodinný stav. Například zda je žena rozvedená, či vdova. S tím totiž souvisí psychický, sociální a finanční stav matky. Dále je to socioekonomický stav, jako špatné bytové podmínky, hrubost partnera, a různé závislosti. Nejčastější z nich je zřejmě kouření v těhotenství. U kuřaček je vyšší riziko chronické hypoxie plodu, kterou způsobuje chronický nedostatek kyslíku v těle matky, či nedostatečnosti placenty. Těhotné kuřačky samy sebe ohrožují rizikem trombózy cév. V české populaci je naštěstí poměrně málo těhotných alkoholiček. V případě alkoholismu těhotné matky hrozí riziko vzniku fetálního alkoholového syndromu, takzvaného FAS syndromu (Fetal Alcohol Syndrom), který může vést až k mentální retardaci dítěte spojené s deformitami obličeje.(13)

Ohled se bere také na výživu. Jako rizikové jsou vedeny především ženy s anorexií, avitaminózou a jinými poruchami příjmu potravy. Zvyšuje se u nich riziko předčasného porodu, nízké porodní váhy dítěte, je vyšší pravděpodobnost úmrtí plodu v děloze, vyšší riziko porodu císařským řezem, těhotenské cukrovky, deprese a preeklampsie. Ženy s bulimií často v těhotenství nadměrně přibírají, a to vede ke zvýšení krevního tlaku. U poruch příjmu potravy se pak zvyšuje i riziko poporodní deprese a problémů s kojením.(13)

Důraz se klade na zaměstnání těhotné. Zjišťuje se, zda nepracuje v chemickém průmyslu, horkých provozovnách, ale také ve zdravotnictví. Zde na ně totiž může číhat mnoho rizik, které by mohly mít negativní vliv na těhotenství a vývoj plodu.(13)

Dalšími faktory jsou porodnické a gynekologické. Především pak ektopická gravidita a opakované spontánní potraty v anamnéze, multiparita, komplikace v minulé graviditě jako například krvácení, předčasné porody a podobně. Také infertilita,

nepravidelnosti cyklu, břišní operace, infekce virem HIV a onemocnění některou pohlavně přenosnou chorobou se řadí mezi rizikové faktory. Některé se mohou objevit až během těhotenství, jako například těhotenství vícečetné, změny frekvence pohybů plodu, změny množství plodové vody, malpozice plodu, či krvácení. Veškeré tyto informace se získávají již na začátku těhotenství prostřednictvím všeobecného screeningu, jež je součástí všeobecné anamnézy. (13)

## **1.2 Závažná onemocnění v těhotenství**

Na základě kombinace rizikových faktorů se u některých žen zvyšuje riziko v současné graviditě. Těhotné, které vstupují do těhotenství s některým chronickým onemocněním, představují nejzávažnější skupinu. Riziko se u nich totiž velice zvyšuje a v některých případech musí dojít k předčasnému ukončení těhotenství z ohledu na zdravotní stav ženy. Pečlivou anamnézou, objektivním vyšetřením a rozбором výsledků speciálních doplňujících laboratorních testů lze získat potřebné informace o takovýchto abnormalitách.(13)

V otázce chronických onemocnění je třeba zdůraznit, že jde o problematiku jednotlivých oborů. Je to dáno různorodostí a závažností orgánových postižení. Prenatální péče se tak v tomto případě stává týmovou a jak porodník, porodní asistentka, tak také odborník z dané oblasti, mají rovnocennou odpovědnost na výsledku těhotenství. Tudíž také frekvence vyšetření a případná hospitalizace závisí na jejich vzájemné spolupráci a domluvě. (2)

### *1.2.1 Kardiovaskulární onemocnění*

Jedním z nejčastějších chronických onemocnění, která jsou, nebo mohou být s těhotenstvím vzájemně ovlivňována, jsou kardiovaskulární onemocnění. V dnešní době je podstatně snížen výskyt srdečních poruch. Udává se, že se pohybuje kolem 1%. Svůj díl na tom má včasná léčba streptokokových infekcí a bezpochyby také lepší lékařská péče a nové techniky v léčbě vrozených vývojových vad srdce. I když tomu tak většinou není, může být srdeční onemocnění v těhotenství závažnou komplikací, která

může vést až k smrti matky. Mateřská úmrtnost u žen s kardiovaskulárním onemocněním se pohybuje u méně než 0,2% oproti 4%, jak tomu bylo před 25 lety.

U zdravé těhotné, zejména ve třetím trimestru těhotenství dochází v kardiovaskulárním systému k mnohým změnám. Zvětšuje se cévní řečiště a až o 40% se navyšuje objem cirkulující krve. Dochází ke změnám elektrolytového a vodního hospodářství, činnosti uropoetického a respiračního systému. Je tedy v těhotenství mnohem obtížnější některé z onemocnění tohoto systému rozpoznat. Vytváří se také nově uteroplacentární cirkulace. Dochází k poklesu periferní cévní rezistence a někdy také k nedostatečné produkci vazokonstrikčních látek, především prostaglandinů, což je patofyziologickým mechanismem hypertenze v těhotenství. Veškeré tyto změny jsou pro mateřský organismus vysokou zátěží, se kterou se dokáže zdravá, mladá žena vyrovnat bez větších obtíží.(13)

Nejkritičtějšími obdobím pro ženu s latentním, nebo manifestním onemocněním kardiovaskulárního systému je především poslední trimestr a období porodu. Kardiačka musí být sledována pravidelně. Pokud plánuje těhotenství, měla by navštívit prekoncepční poradnu, kde tým odborníků zhodnotí rizika těhotenství pro matku i její budoucí dítě. Nejlépe je, když navštěvuje poradny v centru, kde jsou s touto problematikou dobře obeznámeni a kde je možné provést veškerá vhodná a potřebná vyšetření, včetně genetického a kde kvalifikovaně rozhodnou a doporučí vhodný způsob ukončení porodu. (2, 13, 21)

### *1.2.2 Jaterní onemocnění*

Dalším častým chronickým onemocněním v těhotenství jsou jaterní onemocnění neboli hepatopatie. V průběhu těhotenství patří tato onemocnění mezi poměrně častá. Jejich incidence se odhaduje na 0,5 až 1%. Vliv těchto onemocnění na plod není příznivý. Počet spontánních potratů totiž činí zhruba 15%. Těhotenství samo o sobě velmi ovlivňuje funkci jater. Tyto změny se však obvykle s ukončením těhotenství navrátí do původního normálu, avšak mohou být od patologických změn obtížně diagnostikovatelné. Těhotenské hepatózy nejsou vždy následkem prodělaného onemocnění, nýbrž jsou způsobeny přímo těhotenstvím a po jeho skončení se

normalizují. V posledním trimestru se sem může řadit vzácné těhotenské ztučnění jater (fatty liver pregnancy), které někdy může být fatálním onemocněním. Těžké formy těhotenské žloutenky vznikají pravděpodobně na základě virové hepatitis, nebo infekční mononukleózy. Je třeba pomýšlet na to, že veškerá tato předchozí onemocnění jater mohou mít za následek vznik preeklampsie a nebo HELLP syndromu. Tato onemocnění jsou typická pro druhou polovinu těhotenství. Poškození jater při preeklampsii bývá často klinicky němé, je však možné najít v séru zvýšené hladiny transamináz. V nejtěžších případech může dojít k ruptuře jater, vzniku subkapsulárního hematomu, anebo přímému krvácení do dutiny břišní. V těchto případech je pak těhotná přímo ohrožena na životě. Dle uvážení lékařského týmu se těhotenství co nejdříve ukončuje, a to v drtivé většině císařským řezem. (2, 13)

### *1.2.3 Plicní onemocnění*

Těhotenské změny organismu, především zvětšující se děloha, mají za následek změnu nejen tvaru břicha ale také postavení bránice a změnu hrudního koše. Postupně se zmenšují dechové pohyby a dýchání dostává spíše brániční a břišní charakter. Typická je těhotenská hypoventilace, neboť v klidu stoupá potřeba kyslíku až o 20%. Již v prvním trimestru se mohou objevit pocity dušnosti, a to zhruba u 15% těhotných. Tento počet stoupá až k 75% těhotných ve 32. gestačním týdnu a k termínu porodu postupně klesá.

Astma bronchiale je nejčastějším plicním onemocněním. Studie uvádějí, že v 29% se v těhotenství zlepšuje, v 22% zhoršuje a ve zbývajících 49% zůstává stav beze změn. Jde o onemocnění alergického původu, které se klinicky projevuje záchvatovitým kašlem. Počty takto nemocných žen v posledních letech stoupají a mezi těhotnými tvoří 1 až 4%. U těžších forem tohoto onemocnění se vyskytují hypotrofie, způsobené chronickou hypoxií mateřského organismu. Změna polohy bránice, která je vytlačována dělohou kraniálně, způsobuje změnu typu dýchání a zvyšuje se pohotovost těhotné k astmatickým záchvatům. Záchvaty kašle zvyšují riziko předčasných porodů. Léčba musí být vedena v úzké spolupráci gynekologa, alergologa a pneumologa. V otázce medikamentů je třeba dbát velké opatrnosti především v období organogeneze, tedy

v prvním trimestru těhotenství. Je – li třeba užít k léčbě kortikoidy, je stav těhotné vážný a těhotenství se stává vysoce rizikovým. Objevují se práce, které ukazují na možný negativní vliv těchto látek na centrální nervovou soustavu plodu, v níž dochází k demyelinizaci. Své uplatnění v léčbě mají i antibiotika, jimiž se léčba včasné zahajuje při známkách zánětlivých onemocnění plic. V některých případech, jako například terapii sympatomimetiky je možné určité riziko pro plod. Je totiž kompromitován jak myokard matky, tak i plodu. V každém případě je velmi nutné pečlivé sledování těhotné a především dobré uvážení, kdy a jakým způsobem ukončit porod. (2, 13)

#### *1.2.4 Renální onemocnění*

V případě chronických renálních onemocnění je u ženy i u jejího lékaře rozhodnutí mít dítě velmi obtížné. Prognóza se sice u těchto onemocnění, díky hemodialýze a transplantaci ledvin naštěstí zlepšila, avšak stále se tato onemocnění vyskytují.

Rozdělují se tři kategorie renální insuficience, na kterých je založena prognóza těhotenství. U lehkého stupně je prognóza dobrá. Zdravý plod porodí více než 95% žen a jejich těhotenství nemá na průběh onemocnění negativní vliv. Nejistá prognóza je u druhého, středního stupně, kdy v této skupině sice 90% žen porodí živé děti, avšak zhruba u třetiny dojde během těhotenství ke zhoršení onemocnění, a to pak může přejít i do terminálního stádia. Tato těhotenství bývají vždy komplikována hypertenzí, či superponovanou preeklampsií. Ženy s třetí, těžkou formou renální insuficience jsou často infertilní. Všeobecně se doporučuje zamezit graviditě, některou z bariérových forem kontracepce. Těhotenství je totiž pro matku velice rizikovým a často se onemocnění prohlubuje až do selhání ledvin.(2)

Diagnostika a léčba je vedena společně porodníkem a specialistou neurologie, prenatalní kontroly jsou častější a měly by probíhat v perinatologických centrech.

Také není vzácností těhotenství po transplantaci ledvin. Největším rizikem je v tomto případě prematurita. Těhotenství je velmi hlídané a v úvahu připadá i preventivní hospitalizace po 28. gestačním týdnu. (2, 13)

### *1.2.5 Neurologická onemocnění*

U mladých lidí jsou naštěstí neurologická onemocnění vzácná. Dělí se na onemocnění postihující centrální nervovou soustavu a na ta, která postihují periferní nervstvo. V těhotenství je první manifestace onemocnění vzácná. Avšak v oblasti periferních neuropatií, často v souvislosti s ortopedickým onemocněním je patrný nárůst komplikací. Dá se to přisuzovat civilizačním změnám lokomočního aparátu a především změnám v těhotenství, jako jsou prosáknutí vaziva a hyperlordóza v bederní oblasti. Některá z neurologických onemocnění se v těhotenství vyskytují častěji, a naopak, proti některým, těhotenství působí. (2)

Nejvyskytovanějším neurologickým onemocněním v průběhu těhotenství je epilepsie. Výskyt křečí se téměř u poloviny žen v těhotenství nemění a asi u třetiny se navyšuje četnost záchvatů. Bývá to zapříčiněno vynecháním léků, či nadměrným vyčerpáním. Pokud se projeví první křeče u těhotné, je třeba provést pečlivé, neurologické vyšetření. Je třeba, aby byl odlišen eklamptický záchvat, mozkový tumor, trombóza, či embolie plodovou vodou. Ve většině končí těhotenství porodem zdravého dítěte, avšak je zde zvýšené riziko krvácení, odumření plodu, či psychických retardací. Je známo, že antiepileptika mají teratogenní účinek. Na základě onemocnění a léčbě antikonzulzivny je také zvýšené riziko vrozených vývojových vad. Jedná se o 4 až 5% u neléčených a až o 6 až 11% u žen, které byly v těhotenství antikonzulzivny léčeny. (2, 35)

Právě v reprodukčním věku se vyskytuje migrenózní bolest hlavy. Mohou být spojeny s fotosenzitivitou a nauzeou, s aurou nebo bez ní. Frekvence těchto záchvatů se naštěstí těhotenstvím snižuje a to již po prvním trimestru. Ačkoli se nedoporučuje používání nesteroidních antiflogistik v posledním trimestru, léčba migrény se v těhotenství více méně neliší. Také dietetické faktory hrají na vzniku migrény roli. Tyto ženy by tudíž měly z jídelníčku odstranit glutamáty, nakládané maso a zrající sýry. Těhotenství třináctkrát zvyšuje riziko vzniku cévní mozkové příhody. Ke konci těhotenství je původcem především flebotrombóza a v terapii dominuje aplikace heparinu. (2, 13)



Sclerosis multiplex je chronické, pomalu progredující onemocnění, které postihuje bílou mozkovou hmotu a probíhá její demyelinizace. První příznaky se většinou objevují mezi 20. a 40. rokem života. Kortikosteroidy a imunosupresiva, používaná k léčbě tohoto onemocnění se musí podávat opatrně vzhledem na možné negativní účinky na plod. Není ovlivněna těhotenstvím a její působení na těhotenství je dáno pokročilostí onemocnění. Pokud je žena imobilní, je u ní zvýšené riziko trombózy, či močových infekcí v důsledku porušeného vyprazdňování moči. (2, 13)

Myasthenia gravis je autoimunitní onemocnění, během kterého dochází k přerušování neuromuskulárních pochodů na motorické ploténce. V těhotenství a obzvláště v šestinedělí dochází ke zvýšení množství akutních příhod. Častěji se vyskytují infekce jak močových, tak dýchacích cest, puerperální endometritida a mastitida, což může vést k akutní příhodě. V 10 až 20% bývá postižen i novorozenec. Může se objevit hypotonie, potíže s pitím a postižení dechu. Takto nemocná žena musí dostávat vhodné medikamenty a být pečlivě sledována. (2, 13)

#### *1.2.6 Onemocnění gastrointestinálního traktu*

Nejčastěji toto onemocnění přímo souvisí s těhotenstvím. Bývá jeho sekundárním projevem, například raním zvracením, nauzeou či zácpou. Méně často se pak vyskytují závažná onemocnění, často zánětlivá a s těhotenstvím nesouvisející jako je ulcerózní kolitida a Crohnova choroba. Jelikož nelze uplatňovat obvyklá vyšetření a léčbu, je diagnostika i léčba těchto onemocnění obtížná.

Až dvě třetiny těhotných trpí pálením žáhy, neboli pyrózou. Nejčastěji se objevuje na začátku a ke konci těhotenství a je zapříčiněno změnou motility a tonu žaludku. Doporučuje se nedráždivá strava a běžná anacida. Spíše nepříjemným je ptyalismus. Jedná se o zvýšenou sekreci slin v začátku gravidity. Někdy může být úvodním projevem nadměrného zvracení. Nauzea se objevuje až u 90% těhotných a často vymizí do šestnáctého týdne gravidity. Větší důraz je kladen na zvracení. To se objevuje až u 55% žen. Vede ke snížení tělesné hmotnosti pacientky a léčba spočívá především v úpravě stravy. Pokud se však jedná o zvracení nadměrné, neboli Hyperemesis gravidarum, dochází také k dehydrataci a rozvratu iontů. Vyskytuje se

častěji u velmi mladých těhotných, multipar a obézních žen. V tomto případě je žena většinou hospitalizována a v léčbě se doporučuje parenterální výživa, anacida a antiemetika. Vlivem progesteronu se snižuje tonus a motilita střev a dochází ke zvýšené resorpci vody. Těhotná trpí obstipací a je jí doporučován zvýšený příjem tekutin, především minerálních vod a ovocných šťáv. První volbou léčby bývají glycerinové čípky a mírná projímadla. (2, 13, 22)

Žaludeční vřed, či ulcerózní kolitida nemají, dle některých pramenů přímý vliv na délku těhotenství a jeho zdárné dokončení. Pokud žena trpí žaludečním vředem před těhotenstvím, její obtíže se v těhotenství spíše zmírní. V otázce ulcerózní kolitidy se některé názory liší. Při akutním onemocnění může totiž dojít až ke zhoršení stavu a v tomto případě je lepší těhotenství ukončit. (2)

Při výskytu Crohnovy choroby jsou častější spontánní potraty. Obzvláště tomu tak bývá u žen, které podstoupily resekci střeva a v době koncepce je onemocnění aktivní. Také je častější výskyt předčasných porodů, především mezi 33. a 36. týdnem těhotenství. (2, 13)

Pankreatitida se vyskytuje převážně ve druhé polovině těhotenství u žen mezi 20. a 35. rokem života. Hlavním příznakem, který žena udává je bolest v epigastriu a napětí v břiše. Může mít nauzeu, zvracet, někdy dokonce být v šokovém stavu. Žena bývá hospitalizována, nesmí přijímat perorální stravu a převažuje konzervativní léčba. Prognóza je při lehčím průběhu pro těhotnou dobrá, avšak je třeba řádné, adekvátní léčby. (2, 13)

Mezi nejčastější chirurgické komplikace v těhotenství patří apendicitida. V graviditě je až třikrát vyšší progrese zánětlivého procesu a tím také větší riziko perforace slepého střeva. Ve druhé polovině těhotenství je ztížena diagnostika, kvůli zvětšující se děloze, hormonálním vlivům a také hodnotám leukocytů, které jsou v těhotenství obecně zvýšené. Terapie je chirurgická, a pokud není stav plodu ohrožen, či není blízko termínu porodu není třeba těhotenství ukončit císařským řezem. (2, 13, 22)

### 1.2.7 Diabetes mellitus

Je celá řada komplikací, které provázejí těhotenství matky s diabetem. Diabetes mellitus prvního typu je autoimunitní onemocnění. Typickými příznaky tohoto onemocnění jsou polyurie a sklon k vývoji hyperglykemie na jedné straně a k hypoglykémii na straně druhé. Dále jsou to diabetická nefropatie, retinopatie a neuropatie. Častější je výskyt v mladším věku a je komplikací asi u 1-1,5% všech těhotenství s přihlédnutím na etnické a geografické podmínky.(26)

V posledních letech ve vyspělých zemích i u nás dochází ke zvyšování šance pro ženy s tímto onemocněním porodit a vychovat zdravé dítě. Roli v této úspěšnosti hraje informovanost o možnostech, rizicích i komplikacích těhotenství a důležitosti plánovaného rodičovství, jež je součástí edukačních programů pro diabetiky. I přes intenzivní snahu dochází u těchto pacientek k neplánovanému těhotenství. V těchto případech je třeba zvážit, jak byla pacientka metabolicky kompenzovaná a informovat ji řádně o možných rizicích pro ni a pro plod. K podpoře metabolické kompenzace jsou směřovány dietní režimy, které se nijak neliší od situace před graviditou.(13)

Další volbou jsou režimy inzulínové, při nichž se v dnešní době používají výhradně lidské inzuliny. Jsou stále více užívány pro jejich dobrý efekt. Těhotné jsou vybaveny glukometry. Zdokonaluje se tím metabolická kontrola během těhotenství, snižuje se potřeba hospitalizace a v neposlední řadě se zvyšuje motivace. Jako součást léčebného režimu se doporučuje pravidelná fyzická aktivita. Je však třeba frekvenci a typ cvičení přizpůsobit těhotenství. Vhodné je konzultovat tyto možnosti s erudovanou porodní asistentkou, gynekologem a diabetologem. (2, 23, 26)

S diabetem mellitem druhého typu jsme se dosud v populaci mladých žen příliš neseťkávali. V posledních letech však tento počet stoupá v závislosti na vyšším počtu pacientů s tímto onemocněním. Péče o těhotné s druhým typem diabetu je vesměs stejná jako u typu prvního. Mezi těhotnými s tímto typem je více starších a obézních žen a jejich děti mají vyšší riziko vzniku tohoto onemocnění a to 30% při onemocnění jednoho a až 75% při onemocnění obou rodičů. (2, 26)

Gestační diabetes mellitus je porucha tolerance sacharidů, která je diagnostikována v těhotenství a s porodem mizí. Ženy s gestačním diabetem

představují, opět v závislosti na geografických podmínkách, 2-6% všech těhotných. Rizikovými faktory pro toto onemocnění jsou obezita, věk těhotné nad 25 let, výskyt diabetu mellitu v rodině, opakované předchozí spontánní potraty, předchozí porod plodu nad 4000 gramů a porod plodu mrtvého, hypertenze, preeklampsie a gestační diabetes v předchozích graviditách.

Pro vyšetření se používají screeningové a diagnostické testy jako jsou O'Sullivanův a orální zátěžový glukózový test, které se v našich podmínkách standardně provádějí. Hlavní zásadou v léčbě gestačního diabetu je úprava stravy a zvýšení tělesné aktivity, samozřejmě po předchozí konzultaci s odborníky, a u 5-30% těhotných dochází k normalizaci prostřednictvím terapie inzulinem. (13, 26)

### **1.3 Předporodní péče**

U některých žen se mohou vyskytnout komplikace, v jejichž důsledku lze očekávat ohrožení nejen zdravotního stavu, ale také života jak těhotné, tak i dítěte. Určité problémy mohou být neočekávané, ale naštěstí jich lze většinu předvídat, tudíž jim také předcházet. Svou nemalou a velmi důležitou roli zde sehrává prenatální péče. Správně vedená péče lékařem a porodní asistentkou vede ke snížení perinatální úmrtnosti a morbidit. Pokud je včasná a pravidelná, mohou totiž jak lékaři, tak také porodní asistentky odhalit faktory, které jsou pro těhotenství ohrožující. (9)

Komplikace mohou mít více příčin. Ať už vyplývají z okolního prostředí, které na ženu i její dítě působí, nebo mají souvislost se samotným těhotenstvím. Příčinou bývají také zranění a momentální zdravotní stav matky. (9)

V dnešní době je v České republice rozdělena do třístupňové péče o těhotné ženy. Základní prenatální péči zajišťují privátní gynekologické ordinace a nemocnice spádové místu bydliště těhotné. Intermediární péči zajišťují gynekologicko-porodnická oddělení některých okresních nemocnic a na vrcholku pomyslné pyramidy stojí regionální perinatologická centra při fakulturních a regionálních nemocnicích, která poskytují péči intenzivní, koncentrují předčasné porody od 24. do 32. týdne těhotenství, především formou transportu in utero, a případy se závažnými onemocněními matky a plodu. Součástí těchto center je i neonatologické oddělení s jednotkou intenzivní

a resuscitační péče zaměřené na řešení extrémní a těžké nezralosti, nebo kritických stavů novorozence. Seznam perinatologických center je uveden v příloze č. 1. (7, 17, 24)

### *1.3.1 Péče o těhotné v rámci prenatálních poraden*

Pod pojmem prenatální poradna se rozumí speciální odborná poradna pro těhotné ženy. Jejich zařazení do porodnictví proběhlo teprve nedávno, přesněji v padesátých letech dvacátého století. Jsou velice užitečné, neboť se jejich zásluhou podstatně zlepšila péče o těhotné ženy a vyvíjející se plody. (29)

Poradny mají preventivní zaměření. Jakmile zde lékař zjistí nějakou nepravidelnost, která může ohrozit jak plod, tak matku, ihned provede, nebo doporučí léčbu. Pro včasné zjištění nepravidelností se provádí screening, a to buď všeobecný, nebo specifický. Jeho metody mají stanovená kritéria, na jejichž základě se vyhodnocují rizika. Screeningová vyšetření v prenatálních poradnách se soustřeďují na včasné vymezení rizikových faktorů, diagnostiku a zajištění efektivní prevence u matky a plodu na minimum.(13)

Rizikové faktory se zjišťují z demografické, sociální, rodinné, gynekologické a osobní anamnézy. Lékař a porodní asistentka ji od ženy odebírají již při první návštěvě poradny. Zajímají se jak o její stav, tak také o stav budoucího otce dítěte a jeho rodiny. Proto se může stát výhodnou volbou návštěva obou z páru.(29)

Někteří partneři mají dokonce veliký zájem o to, účastnit se nejen první, ale i další návštěvy v této poradně. Chtějí vědět, zda vážně jde o těhotenství, zda není ohroženo zdraví partnerky, či dítěte. Mohou samozřejmě také sdělit obavy, zda není plod ohrožen, když člen jeho rodiny trpí nějakou nemocí, jako je diabetes melitus, epilepsie a jiné. Lékař tyto informace posoudí a rozhodne o případném vyšetření v genetické poradně. (17, 29)

Pokud lze předpokládat, že průběh těhotenství by mohl být ohrožen některým z různých faktorů, jako onemocnění srdce, ledvin, kouření a jiné, řadí se ženy do takzvané poradny pro riziková těhotenství. Dnes do nich řadí lékaři téměř polovinu všech těhotných žen. (29)

Každá těhotná by měla být v rámci těhotenské poradny seznámena s klinickými příznaky, které by mohly, nebo přímo ohrožují jak je, tak jejich dítě. Patří mezi ně bolesti břicha, soustavné zvracení, rozostřené vidění a bolestivé močení, či snížený výdej moči. Hlavní důraz je třeba klást především krvácení, náhlému odtoku tekutiny z dělohy, silným a vytrvalým bolestem hlavy či horečkám nad 38°C. (9, 14)

Značný počet žen v reprodukčním věku je také mezi dolní sociální třídou. U těchto žen je prenatální péče téměř nulová a lékaře vyhledávají pouze při známkách hrozícího předčasného porodu, nebo chtějí využít hospitalizaci k dočasnému vylepšení života. Vyznačují se nízkou socio-ekonomickou úrovní, je u nich častý abúzus alkoholu, drog a také je u nich vyšší výskyt pohlavně přenosných chorob. Ženy závislé na drogách jsou další skupinou, která zanedbává docházení do prenatálních poraden. Ať už je to nevědomím o těhotenství, nízkým věkem, či nezájmem o dítě. Mnohdy se tomu přidružuje absolutní nezájem partnera, nebo nemožnost odpoutat se od drogy. V období hospitalizace pak bývají partneři, tedy návštěvníci těchto žen narušiteli chodu oddělení nejen zjevem, ale také chováním. (32)

Nepříliš častým jevem je u nás gravidita mladistvých. Diagnostika bývá ztížena nepravidelností cyklu a také se dívky odmítají přiznat ke své sexuální aktivitě. V těchto případech je třeba pomýšlet na pohlavní zneužívání. Péče se však neliší od té o dospělé těhotné, i když je považována za rizikovou. (32)

### *1.3.2 Prenatální vyšetření*

Nejpozději do konce dvanáctého týdne těhotenství by mělo být provedeno komplexní prenatální vyšetření. Nedílnou součástí je důkladné odebrání anamnézy jak matky, tak také otce dítěte. Měří se výška těhotné, její pánevní rozměry, zjišťuje se její výchozí hmotnost a vyšetřují se prsy. Také se vystavuje těhotenská průkazka, která je dokladem, do kterého lékař zapisuje zjištěné údaje, jako anamnézu, výsledky laboratorních vyšetření, krevní tlak, hmotnostní přírůstek, nálezy při jednotlivých návštěvách poradny a také ultrazvukové a jiné speciální vyšetření. (28)

*Frekvence návštěv* se liší podle těhotenství. Pacientky bez rizikových faktorů, tedy s fyziologickým těhotenstvím docházejí do 28. týdne těhotenství v intervalu 4-6

týdnů, do 36. týdne v intervalu 3-4 týdnů a od 37. týdne až do termínu porodu jednou za týden. U žen se zatíženou anamnézou, jejichž těhotenství jsou označována jako riziková je frekvence návštěv závislá na aktuálním vývoji stavu ženy, nejméně však musí splňovat kritéria pacientek s fyziologickým těhotenstvím. (30)

*Pravidelná vyšetření* zahrnují sběr anamnestických údajů, chemickou analýzu moči, která je zaměřená především na přítomnost bílkoviny a cukru, změření krevního tlaku, tělesné hmotnosti a zevní vyšetření těhotné jako určení vzdálenosti mezi sponou a fundem děložním a tvaru dělohy. Nedílnou součástí pravidelných vyšetření je vyšetření vaginální se stanovením cervix skóre palpační metodou, díky které se hodnotí pět kritérií – naléhající část plodu, dilatace hrdla děložního, zkrácení, konzistence a lokalizace čípku. Od 24. týdne těhotenství se do těchto vyšetření řadí také prokázání srdeční akce plodu. (13, 28, 30)

*Nepřavidelná vyšetření* jsou prováděna systematicky, každá pracoviště sice mají své zvyklosti a schémata prenatální péče, jsou však dána základní, nepodkročitelná pravidla frekvence a rozsahu péče u žen s fyziologickou graviditou. Tato pravidla stanovil výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP. Mezi 11. a 13. týdnem těhotenství se stanovuje krevní skupina a Rh faktor matky, provádí se screening nepřavidelných erytrocytálních protilátek, vyšetřuje se krevní obraz, protilátky proti syfilis, HIV, HBsAg, močový sediment a glykemie nalačno. Zahrnuje se sem také kombinovaný screening nejčastějších chromozomálních vad prováděný kombinací biochemického a ultrazvukového vyšetření.(13,30)

V 16. týdnu těhotenství se, pouze pokud nebyl proveden v prvním trimestru, provádí takzvaný triple test. Jedná se o biochemický screening vrozených vývojových vad. Stanovují se při něm hladiny hormonů alfafetoproteinu, choriového gonadotropinu a volného estriolu. Výsledky jsou pak vyhodnocovány počítačovým programem, který určí pravděpodobnost výskytu Downova a Edwardsova syndromu a také rozštěpových vad páteře.

Mezi 18. a 22. týdnem těhotenství se provádí další ultrazvukové vyšetření. To se provádí také mezi 30. a 32. týdnem. I když je žena zdravá, může v těhotenství onemocnět gestačním diabetem.(13,30)

Jelikož je důležitý včasný záchyt, provádí se mezi 24. a 28. týdnem screening poruch glukózové tolerance, neboli orálně glukózo-toleranční test. Ve 28. týdnu se vyšetřuje krevní obraz, protilátky proti syfilis v séru a provádí se screening protilátek u Rh negativních žen. Přibližně po 36. týdnu se provádí detekce streptokoků skupiny B odběrem kultivace z pochvy. Při pozitivním výsledku se může podáním vhodné antibiotické profylaxe zabránit přenosu infekce na novorozence. Od 36. do 38. týdne je doporučený kardiokografický záznam. Dále pak je již povinný. (9, 12)

*Genetická vyšetření*, i když některá z nich nejsou součástí povinného screeningového vyšetření, se stávají významnou součástí diagnostiky v gynekologii a porodnictví. Řadíme sem kombinovaný screening vývojových vad v prvním trimestru, fetální echokardiografii, která se provádí mezi 20. a 23. týdnem pomocí ultrazvuku především u matek se zatíženou rodinnou, či osobní anamnézou a také invazivní prenatalní vyšetření. Mezi tyto metody patří nejznámější amniocentéza, kdy se provede přes stěnu břišní, děložní a plodové obaly vpich za ultrazvukové kontroly. Toto vyšetření se provádí nejčastěji kolem 16. týdne. Kordocentéza, tedy odběr krve plodu z pupečnicku se provádí podobně. Za stejných podmínek a přístupu se odebere krev z místa, kde odstupuje pupečník z placenty. Mezi 11. a 14. týdnem těhotenství se odebírají vzorky placentární tkáně. Jedná se o takzvaný odběr choriových klků. Postup se příliš neliší od předešlých dvou typů vyšetření. Vzorky z těchto odběrů se zasílají do laboratoří, kde dále provádějí cytogenetická, biochemická a enzymatická vyšetření. (9, 30)

### 1.3.3 *Role porodní asistentky v prenatalních poradnách*

Pokud vezmeme v potaz úlohu porodní asistentky v těchto poradnách, její nejdůležitější oblastí je edukace. Jen díky správné informovanosti klientek lze předpokládat dosažení cílů. Těmi by měl být především klientčin svědomitý přístup k těhotenství a v nemalé míře také rozpoznání nepříznivostí klientkou samotnou.

Právě porodní asistentka přijde do úzkého kontaktu se ženou a bývá první osobou, se kterou se těhotná setká. Práce porodní asistentky není pouze podávání instrumentů lékaři a vypisování do počítače. Mnoho úkonů, jako vyšetření moče,



odběry biologického materiálu, sběr anamnézy, ale také sledování otoků, měření výšky a pánevních rozměrů, váhy, krevního tlaku a mnoho dalších je její součástí. Poskytuje ženám poradenství v oblasti přípravy na porod, těhotenství, hygieny a správné životosprávy včetně stravovacích návyků. Má být rádkyní i vrbou a snažit se, co nejvíce a nejlépe ženě poradit a pomoci, aby se cítila dobře jak po stránce fyzické, tak také psychické. Dle svých nejlepších schopností ženě radí, vyslechne její obavy, či se s ní raduje z úspěchů a maličností. Edukací ženu podporuje v rozvoji znalostí v dané problematice, upevňuje ji v citových, hodnotových a postojoyvých žebříčcích.

Stěžejním bodem prenatalní péče je také příprava jak těhotné, tak také partnera na porod. Tuto psychoprofylaktickou přípravu provádějí nejčastěji právě porodní asistentky pomocí kurzů, nečastěji v druhé polovině těhotenství. Jejich cílem je seznámit ženy s problematikou průběhu těhotenství a porodu. Informovat je o možných komplikacích, odchylkách, ale také je připravit na okamžiky, které se jim vryjí do paměti. Radí ženám se správnou životosprávou a výživou v těhotenství, snaží se jim navodit příjemné pocity zlepšováním fyzické kondice pomocí gymnastiky, ale také plaváním a různými cviky. Dobrá porodní asistentka se celý život zdokonaluje. Neustále získává nové informace a poznatky, tudíž si musí být svým konáním a radami stoprocentně jistá. (7, 10)

#### **1.4 Hospitalizace a její dopad**

I u fyziologického těhotenství působí na rodinu a množství stresorů, které ovlivňují chování a psychiku jejích členů. U rizikového těhotenství toto platí dvojnásob. Každá hospitalizace je pro těhotné ženy více či méně stresová. Představuje rovněž izolaci od rodiny, přátel a blízkých. Žádné nemocniční prostředí, ať je sebelepší, příjemnější, nemůže pobyt doma nahradit. (31)

Může dojít k narušení rolí, jelikož je žena, prožívající náročné těhotenství často odkázána na lůžko. Pokud je doma, nemusí se přímo jednat o změnu rolí, avšak při hospitalizaci, která mnohdy trvá i několik týdnů musí zákonitě dojít k náhradě ženiny role. I když toto narušení bývá krátkodobou záležitostí, je vhodné, aby byla rodině nápomocnou porodní asistentka. Ať už proto, aby pomohla s vyrovnáním se

s narušením obvyklých rolí, nebo také ukázala možnosti, jak roli nahradit, aniž by došlo k narušení funkčnosti domácnosti. (9)

Dalším článkem je oblast finančního zajištění. Zde je třeba mít možnost pomoci sociální sítí. Jelikož nemůže žena docházet do zaměstnání, přijde o část zdroje příjmů a může se dostat do finančních obtíží. V případě rizikového těhotenství totiž stoupají také náklady, ať se jedná o poplatky za případnou hospitalizaci, či náklady za léky. (8, 9)

#### *1.4.1 Indikace k hospitalizaci*

V současnosti stále klesá fertilita naší ženské populace a každý neúspěch je velmi pečlivě hodnocen. Ženy očekávají, právem, že jejich těhotenství dopadne dobře jak pro ně samotné, tak také pro plod. Udává se, že náš systém prenatální péče je sice nejvyspělejší, avšak také nejúzkostlivější. V řadě případů dochází k přehnané medikaci v průběhu těhotenství a hospitalizace má ve spoustě případů spíše preventivní charakter. Na druhé straně však dnešní vybavení a diagnostika dosahují takové úrovně, že se hospitalizace posouvá až na konec této přímky a řada žen může být dostatečně a kvalitně sledována ambulantně a to i v případech, které byly dříve indikací k hospitalizaci (5)

Nejčastější příčinou k hospitalizaci je nejspíše předčasný porod. Ten zůstává jedním z hlavních problémů současného porodnictví. Je definován jako předčasné ukončení těhotenství od období životaschopnosti plodu do 37. týdne gestace. Obvykle jsou ženy přijímány pro progresi vaginálního nálezu na doporučení svého obvodního gynekologa, či pro subjektivní vnímání děložních kontrakcí. Po uvážení a posouzení stavu i tak lze ženu v určitých případech pustit do domácí péče s předepsáním klidového režimu a léků. Oproti tomu, pokud předčasný porod začíná odtokem plodové vody, je hospitalizace nezbytná. Další pokračování těhotenství závisí například na nástupu kontrakcí, infekci, či gestačním stáří plodu. Obvykle se indukuje antibiotická léčba a preparáty na urychlení plicní zralosti plodu. (3, 31)

Jako příčina předčasného porodu bývá v nezanedbatelném počtu inkompetence děložního hrdla. Jde o nedostatečnost uzávěrového aparátu. Důraz by se měl klást

především na jatrogenně způsobené nedostatečnosti, například po konizacích, či dalších zásazích. V dnešní době k diagnostice slouží vedle hodnocení cervix skóre také ultrazvukové vyšetření. Jedná se o rutinní záležitost, která může vyloučit, či objevit další rizikové skupiny žen. Jako objektivní vyšetření se počítá cervikometrie, díky které lze sledovat změny na vnitřní brance přirovnáním k písmenům T, Y, V a U, podle její insuficience. (4, 33)

Základním postupem při léčbě hrozícího předčasného porodu je za úspěšnou považována ta léčba, která mu zabrání alespoň po dobu nutnou k indukci plicní zralosti plodu, tedy 48 hodin. Nedílnou součástí léčby předčasného porodu je klid na lůžku. Je prvním, co lékař indikuje. Příznivý vliv byl prokázán především při vícečetných těhotenstvích. Dalším důležitým článkem je podání antibiotik. Bylo dokázáno, že u kolonizovaných žen tato léčba prodloužila těhotenství, snížila výskyt enterokolitidy a také respiratory distress syndromu (RDS). V šedesátých letech minulého století prokázali příznivý vliv kortikosteroidů na indukci surfaktantu. Díky tomu došlo ke snížení (RDS) a dalších onemocnění novorozenců. Léčba je doporučována od 24. do 34. týdne těhotenství a dnes se již většinou aplikuje pouze jedna léčebná kúra. Několik léčebných kúr totiž může vést k poruše vývoje centrální nervové soustavy plodu a motorických a psychickým poruchám v předškolním věku.(3)

Pokud nastanou předčasné děložní kontrakce, podávají se tokolytika, které jsou skupinou léčebných preparátů podávaných za účelem omezení, či zastavení tohoto děje. Jejich největší využití v porodnictví je právě za účelem léčby hrozícího potratu a oddálení předčasného porodu. Kontraindikacemi k jejich podání je však předčasný odtok plodové vody po 33. týdnu gestace, kdy je indikováno ukončení těhotenství, inraamniální infekce a alergie. Nejméně používanou metodou je cerkláž. Je indikována při insuficienci děložního hrdla. Má však řadu komplikací, jako častější výskyt předčasného odtoku plodové vody a intraamniálních infekcí. Dále je také častější dystokie během porodu, neboť je tkáň hrdla rigidní a zjizevnatělá. (6, 12, 27)

Dnes se oproti dřívějšímu ustupuje od hospitalizace žen s dvojčetným těhotenstvím, a to i přesto, že tato těhotenství jsou bezesporu považována za riziková. Pokud se jedná o více jak dvojčetné těhotenství, je hospitalizace nevyhnutelná a často

probíhá již ve druhém trimestru těhotenství. Tato těhotenství jsou ve většině důsledkem jakéhosi selhání metody asistované reprodukce. V těchto případech je rutinně nabízena redukce plodů. Na většině pracovišť v České republice se odstoupilo od nakládání cerklážového stehu. Paradoxně totiž u žen, které aplikaci podstoupily, došlo k prematuritě v důsledku předčasného odtoku plodové vody. Ve vyšších stádiích vícečetného těhotenství probíhají častější ultrazvukové kontroly, a to kvůli cervikometrii a včasnému odhalení disproportionálního růstu plodů. U vícečetného těhotenství se jen zřídka dosáhne termínu porodu, avšak se také ve výjimečných případech nepřipouští prodlužování těhotenství. (31, 5)

Závažné a vždy vedoucí k hospitalizaci je krvácení ve druhém a třetím trimestru. Je nutné vyloučit patologie čípku placenty, či její odlučování. Absolutní indikací k hospitalizaci je placenta praevia centralis. Ženy s touto diagnózou zůstávají v nemocničním zařízení až do porodu. U abrupce placenty o dalším postupu rozhoduje intenzita krvácení a gestační stáří plodu. Pokud jde o silné krvácení, gravidita se z vitální indikace ukončuje okamžitě císařským řezem, neboť se jedná o stav, který ohrožuje na životě jak plod tak také matku. (31)

Krátkodobá hospitalizace bývá i při suspektním záznamu kardiokografu. Suspektním se může stát sensitivitou metody, či monitorizací plodu eutrofického, před dokončeným 38. týdnem těhotenství. Pokud jsou však při hospitalizaci záznamy fyziologické a jsou vyloučena jiná rizika jako oligohydramnion, intrauterinní růstová retardace plodu, anebo patologie placenty, může být žena propuštěna domů a nadále být sledována ambulantně. (5, 31)

Obvykle desátý den po termínu porodu je žena hospitalizována pro přenášení. Hospitalizaci předchází přepočet termínu porodu pomocí UZ vyšetření z prvního a druhého trimestru. Dá se říci, že jen část z nich je skutečně postmaturitou ohrožena. S přihlédnutím na cervix skóre se může indukovat porod. Je namístě těmto rodičkám věnovat zvýšenou pozornost, více plod monitorovat a zaujmout k vyvolání porodu klidný postoj do doby, kdy budou splněny podmínky pro bezpečnou indukci. Při fyziologických kardiokogramech a dobré funkci placenty lze na žádost ženy

nepřístupit k indukci a vyčkávat až do ukončení čtyřicátého druhého týdne těhotenství. (5, 31)

Patologická poloha plodu sama o sobě nemá vliv na průběh těhotenství. Avšak je třeba ženu informovat o možných rizicích. V případě patologických poloh plodu se k dlouhodobé hospitalizaci přistupuje pouze u příčné polohy a to po třicátém osmém týdnu těhotenství. Je zde totiž zvýšené riziko prolapsu malých částí, či pupečníku, pokud dojde k odtoku plodové vody. Indikací k hospitalizaci sama o sobě není poloha koncem pánevním. K té se přistupuje pouze při obratu plodu zevními hmaty, či před plánovaným císařským řezem a to krátkodobě. (5, 31)

Gestační diabetes mellitus postihuje vysoké procento těhotných v České republice. Hospitalizace většinou probíhá pouze v případě, pokud je třeba diabetes kompenzovat inzulinem. Jinak se tato těhotenství spíše sledují ambulantně. U gestačního diabetu jsou ženy k indukci porodu přijímány v termínu porodu a diabetičky prvního typu po ukončeném třicátém osmém týdnu gravidity, jelikož je třeba počítat s orgánovým postižením, a tak i ohrožením zdraví matky a plodu. Velice závažným typem diabetu je Diabetes mellitus 1. Typu, který vyžaduje jak pravidelnou monitorizaci glykemie a regulovaný příjem živin, tak i celoživotní léčbu inzulinem. Naštěstí je riziko přenosu diabetu na dítě jen nepatrně vyšší než u zdravých žen. Těhotenství u těchto žen musí být plánované a pod dohledem diabetologa, gynekologa a nutričního terapeuta. Genetické vyšetření je doporučeno pouze pokud došlo k neplánovanému otěhotnění a žena nebyla v té době dostatečně kompenzovaná. Ženy se musí naučit sledovat alespoň dvakrát týdně velký a v ostatních dnech malý glykemický profil. Musí být tedy řádně edukovaná a především připravená na zvýšenou jak fyzickou, tak psychickou zátěž. (5, 23)

V posledním trimestru jsou často hospitalizovány ženy s preeklampií. Jde o onemocnění druhé poloviny těhotenství. Mírná forma tohoto onemocnění se může sledovat ambulantně, avšak je třeba zaměřovat se na monitorování krevního tlaku a sledování růstu plodu a funkce placenty. Indikací k hospitalizaci je epigastrická bolest, cefalea, poruchy vize, posuny v laboratorních výsledcích, elevaci diastolického krevního tlaku nad devadesát torrů, či proteinurie vyšší, než přijatelná norma. Dále je

to také hypotrofizace plodu a prohlubování nemoci. Indikací k okamžité hospitalizaci je samozřejmě diagnostika HELLP syndromu kdy je třeba těhotenství co nejdříve ukončit. (5, 31)

Další, dosti závažný důvod k hospitalizaci, byť krátkodobé jsou subjektivní pocity těhotné. Jejím steskům je třeba přikládat pozornost. I když jsou veškerá vyšetření v pořádku, může se jednat o přehnaně úzkostnou rodičku. Také ženy se zatíženou porodnickou anamnézou je třeba více sledovat. Pokud má těhotná v anamnéze neobjasněné intrauterinní odumření plodu, a obzvláště, pokud se neúspěchy opakovaly, neindikováno jí hospitalizovat v období kritických gestačních týdnů. (5)

#### *1.4.2 Hospitalizace a její dopad na psychiku ženy*

Těhotenství lze nejen svým trváním, ale také z psychologického hlediska rozdělit do tří trimestrů. V prvních třech měsících, tedy v prvním trimestru, se žena stává uzavřenější, sleduje vlastní tělo a celkově je na sebe více upoutaná. Bývá rozladěná a nejistá. Jejím úkolem je v tomto období přijmout těhotenství. Pokud probíhá těhotenství normálně, postupně také probíhá přijímání plodu a utváření citového pouta k němu. I když je tento proces pomalejší, než u těhotných, tak i budoucí otcové si podobný stav utvářejí. Druhá třetina, tedy ta psychologická nastává s prvním pociťováním pohybů plodu. Těhotná se cítí dobře, zcela si uvědomuje existenci plodu a většinou se snaží podporovat zdárný průběh těhotenství. Mezi druhou a třetí psychologickou třetinou je zlom mezi obdobími, kdy si žena přeje, aby již porodila co nejdříve, a naopak se obává předčasného porodu. Úkolem této fáze je pak především příprava na porod. (9, 28)

Psychika ženy je na jedné straně ovlivňována během těhotenství fyzickými změnami a na straně druhé ekonomickými a sociálními faktory. Veškeré psychické změny se dostaví u všech žen, nehledě na to, zda bylo těhotenství vytoužené, chtěné, či nikoli. Na vlivech jejího okolí a na osobnostních kvalitách těhotné pak závisí intenzita těchto změn. (28)

Některé ženy, kvůli vystupňované touze po zdravém potomkovi, prožívají těhotenství pod silným psychickým tlakem. Většinou se jedná o ženy, které se věkem

přibližují k období, kdy nebudou plodné a které si uvědomují, že po nezdaru je nepatrná, nebo zcela vyloučena další šance otěhotnět. Dalšími jsou zaručeně ženy s nepříznivou porodnickou anamnézou, nebo ty, které otěhotněly až po dlouhé léčbě neplodnosti.(29)

V těchto případech je vhodné zmínit se o pojmu „desiderium infantis“, který značí touhu po dítěti tak silnou, že žena prožívá těhotenství pod velmi silným psychickým tlakem. Je si často vědoma, že další těhotenství již z různých důvodů možné nebude. Vše prožívá s přemrštěnou, nenormální reakcí. Veškerá, byť zcela standardní vyšetření jsou z její strany provázena obavami. Často vyhledává informace především na internetu a různých publikacích, aby si porovnala různé názory a také ověřila slova svého lékaře. V syndromu desiderium infantis ústí stav, kdy se ženy blíží konci fertillního období, neúspěchy z předchozího těhotenství, po dlouhé léčbě sterility, ženy nemocné, kdy těhotenství může zhoršit jejich zdravotní stav, či dokonce ohrozit život. Touha po potomkovi u nich bývá tak silná, že neberou ohledy dokonce samy na sebe a svůj život. Často tato těhotenství probíhají na výslovné nedoporučení, či zákaz lékaře. Desiderium infantis jako diagnóza je dnes indikací k ukončení těhotenství císařským řezem. (1, 29)

Při rizikovém těhotenství se stává, že těhotná upustí do plánování a citově se plodu pomalu vzdává. Tím totiž vytváří sebeochranu před případnou bolestí ze ztráty. Ženy jsou v dnešní době zaplavovány spoustou informací z okolí. Ať se jedná o televizní vysílání, či především internet. Je zde třeba brát vše s rezervou. Mnohdy jsou totiž zkušenosti a vyprávění jednotlivých žen poněkud přehnané a přibarvené. Tyto klamné informace mohou vést k případnému abnormálnímu strachu a obavám, i přesto, že nemusejí být opodstatněné. Historicky o celém těhotenství stráveném na nemocničním lůžku jsou již minulostí.(31)

Dnes se již lékaři spíše snaží preferovat komfort domácího ošetřování, a pokud je to možné, dobu hospitalizace tedy zkrátit na nejnižší nutnou. Určité stavy, které dříve znamenaly indikaci k hospitalizaci je již možno sledovat ambulantně. Samozřejmě je vždy třeba zvážit, zda není hospitalizace nezbytná, tedy zda je stav pro matku a plod rizikový. Tento moderní přístup je bezpochyby pro psychiku matky velice kladný,

neboť již tak veliká zátěž a strach ze současného stavu není ještě umocňován prostředím a izolací od svého partnera, či blízkých. (31)

Existuje však i úzká skupina žen, které doslova vyžadují pobyt v nemocnici kvůli pocitu bezpečí. Převážně jde o ženy, které mají v anamnéze předchozí porodnický neúspěch jako například předčasný porod a porod mrtvého plodu. Především pak v období gestačního stáří plodu v období porodu v minulém těhotenství se tyto ženy ještě více obávají opakování se situace a psychický stav je mnohdy velice špatný. V tomto případě je hospitalizace vhodnou volbou jak pro pocit ženy, tak také pro pozorování jí samotné. (8)

#### *1.4.3 Hospitalizace a její dopad na psychiku partnera*

Prameny nastávajícím otcům radí, aby se svou partnerkou udržovali neustálý kontakt a pomáhali jí, jak nejlépe dokážou. Mají jí připomínat, že české zdravotnictví patří mezi nejen evropskou, ale i světovou špičku a mnohdy udělá třeba nemožné pro šťastný porod zdravého dítěte. (9, 18, 25)

U mužů stadium citového přijetí potomka probíhá rozmanitě. Zřejmě záleží na povaze muže, neboť některý ztrácí při zjištění, že není vše v pořádku veškerá pouta okamžitě, jiný se naopak stává podporou pro ženu a jeho pohled do budoucna, i když se může jednat pouze o zbožná přání, je kladný. (9, 25)

I když mnoho žen nepovažuje stránku sexuálního života v těhotenství za podstatnou, u mužů se může jednat o naprosto jiný pohled. Sexuální život je totiž v těhotenství výrazně ovlivněn. U některých párů se díky pocitu lásky a oddanosti, ale také osvobození od menstruace, či antikoncepce, zvyšuje sexuální apetit. Oproti tomu jsou páry, u kterých tato potřeba, či touha klesá. Nechut', či partnerčin strach, by muži neměli vztahovat na sebe, nýbrž snažit se být ohleduplní a chápaví. Je třeba, aby si uvědomili, že sexuální touha je v těhotenství snižena normálně. Je to způsobeno fyziologickými změnami a nemusí znamenat partnerské problémy. Zejména ženy s nepříznivou porodnickou anamnézou mají sexuální touhy a potřeby značně redukovány ze strachu a zvýšeného chťiče po úspěšném ukončení gravidity. Mnohdy



může pomoci i rada od odborníka, a to jak lékaře specialisty, i od porodní asistentky. (16, 34)

#### *1.4.4 Hospitalizace a její dopad na rodinný život*

Ohledně této problematiky je třeba zmínit otázku vývoje rodiny. Sama o sobě má tři fáze, z nichž třetí, nazývána fází úplné rodiny je pro tuto oblast podstatná. Přináší pro oba partnery nové úkoly, neboť s sebou nese příchod dítěte do rodiny. Vztah k dítěti se vyvíjí u obou rodičů, u ženy je však jiný, někdy o něco intenzivnější. I čekání na příchod zdravého dítěte s sebou přináší hodně omezení, natož pak situace, kterou je hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství. (34)

Vše závisí na psychické i sociální situaci rodiny, neboť rodiny s nedostatečnými vztahy se často rozcházejí. Protože v dnešní době se již nemluví tolik o těhotné ženě, ale o těhotných rodičích, vyžaduje se od otce, aby byl jeho přístup aktivní a seznámil se teoreticky s průběhem těhotenství. To mu může napomoci lépe pochopit, co se s jeho ženou, partnerkou a potomkem děje. Toho všeho by měl dosáhnout četbou, a také společnou účastí na přednáškách a vyšetřeních. Mohou pak spolu oba lépe vnímat a přijímat růst, vývoj plodu, jeho pohyby, či reakce na vnější podněty. (34)

Každá partnerství, v době kdy zakládají rodinu, mívají specifické představy o průběhu těhotenství a porodu. Většina z nich o možných problémech nepřemýšlí. Porodní asistentky by se tedy měly pokusit pomoci párům prožít těhotenství a porod, pokud možno co nejvíce přiblížené jejich představám. Při rizikovém těhotenství bývají páry o příjemné prožitky mnohdy ošizeni. Role porodní asistentky nespočívá v utěšování nespílitelnými sliby, ale ve snaze pomoci podáním informací, vedením kroků k možnému zlepšení, psychické podpoře v nemocničním i domácím prostředí. Protože pár slov, vhodně pronesených jak k matkám tak i budoucím otcům může napomoci ke zlepšení zvládnutí zátěže, pochopení situace a snad i připravení se na budoucnost. (9)

#### *1.4.5 Ošetrovatelská péče na oddělení rizikového těhotenství*

Na oddělení rizikového těhotenství spadá na porodní asistentku mnoho úkonů a činností, jejichž řádným a uvědomělým plněním lze předejít mnohým komplikacím. Jejím cílem je vyhledávání, odstraňování, či předcházení problémům v oblasti lidských potřeb. Aby rozlišila, zda je klientčin stav v normě, či z ní vybočuje, využívá poznatky mezinárodního seskupení NANDA – International (Severoamerické asociace pro mezinárodní ošetrovatelskou diagnostiku). Díky specifikaci diagnóz podle diagnostických prvků, jako jsou určující znaky, rizikové faktory a definice diagnóz, se má porodní asistentka čeho držet a orientovat se při jejich rozpoznávání. V příloze č. 2 jsou uvedeny ošetrovatelské diagnózy dle NANDA domén, se kterými se porodní asistentka na oddělení rizikového těhotenství nejčastěji setkává. (20)

Když porodní asistentka přijímá klientku na oddělení, je třeba, aby ji řádně seznámila s chodem oddělení, domácím řádem a v neposlední řadě právy pacientů. Tuto skutečnost musí porodní asistentka zaznamenat do dokumentace a také stvrdit podpisy klientky a jí samotné. Veškeré podklady, tedy tištěnou formu, musí mít klientka kdykoli k nahlédnutí.

V některých nemocničních zařízeních je možnost využití nadstandardního pokoje, což může nejedna těhotná kladně přivítat ať z důvodů soukromí, studu, či jen touze po časté přítomnosti blízké osoby. S touto skutečností by měla porodní asistentka klientku seznámit a popřípadě ji zařadit do pořádku. Při příjmu je třeba také důkladně odebrat osobní anamnézu. Dnes není výjimkou předtištěná forma dotazníku, na jehož podkladě porodní asistentka veškeré potřebné informace získá. Může však dojít k pochybením v této oblasti. Porodní asistentka si musí uvědomit, že některé informace jsou soukromé, choulostivé a na jejich získání je třeba dostatek času a soukromí. Rozhovory by tedy měly probíhat pouze za přítomnosti jich dvou, v klidném prostředí, nikoli uspěchaně a za přítomnosti někoho dalšího.

Po celou dobu hospitalizace musí porodní asistentka klientce poskytovat adekvátní informace a dát jí dostatek prostoru na případné otázky. Musí se však vyjadřovat jasně, přesně, přiměřeně a především srozumitelně. Je vhodné, aby porodní asistentka kladla důraz na zpětnou vazbu, ujistila se, že klientka jejím slovům rozumí

a chápe informace, které jsou jí podávány. Může tomu tak učinit přímo otázkou, a také sledovat výraz a řeč těla těhotné. Edukace se nesmí podcenit. Veškerý čas, který s klientkou stráví, se jí totiž vrátí zpět v podobě informované a dobře spolupracující těhotné. (11, 15, 28)

Porodní asistentka musí mít na paměti, že při příjmu je třeba klientku přihlásit do hlášení změn stravy, stavu pacientů a knihy přijatých a propuštěných pacientek. Povinností porodní asistentky je především konat činnosti dle ordinace lékaře. Do těchto povinností spadá podávání léčiv a různých preparátů dle přesného rozpisu, časování a dávkování, kontrola fyziologických funkcí jako měření krevního tlaku, tělesné teploty a měření pulsu. Každé oddělení má své postupy, avšak i tyto úkony mají své standardy pro systém a častost provádění. Většinou jednou týdně se také provádí kontrola hmotnosti těhotné z důvodu časného zjištění úbytku váhy, či nadměrného příbytku způsobeného zadržováním tekutin. Dle ordinací lékaře také provádí odběry biologického materiálu na různá vyšetření.(15)

Každá porodní asistentka musí znát veškeré postupy, druhy odběrů a pomůcky, které k těmto úkonům potřebuje. Průběžně musí sledovat výsledky jak interních, tak také laboratorních vyšetření a o těchto skutečnostech a změnách informovat lékaře. Podle ordinací také provádí záznam CTG, pravidelně poslouchá ozvy plodu a informuje se o subjektivních pocitech těhotné, například pociťování pohybů plodu, tvrdnutí břicha, bolestech, ale také nevolnosti. Průběžně zapisuje do dokumentace osobně zjištěné informace o klientčině jak fyzickém, tak také psychickém stavu. Dbá na správnost a úplnost dokumentace a uchovává ji na bezpečném, uzamknutelném místě. (13, 28)

Pro porodní asistentku musí být samozřejmostí spolupráce nejen s těhotnou, ale také s jejími blízkými, zejména pak s partnerem. Ochota, empatie a pocit velké důvěry by měly být její nedílnou součástí. Rodina by měla být chápána jako systém, a ne, aby se nahlíželo na pacientku jako jednotlivce. Cílem by mělo být dokázat příbuzným nejen zájem o hospitalizovanou ženu, ale také o ně. Mnohdy totiž mají větší strach a obavy, než žena samotná. Co je pět minut času porodní asistentky, strávených na sesterně, oproti uklidněnému, informovanému partnerovi, který tak může být ženě více nápomocným, než kdokoli z nemocničního personálu. (11, 15, 19)

## **2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

### **2.1 Cíle práce**

Prvním cílem práce je zjistit, zda muži, jejichž partnerky jsou hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství, chápou důvody hospitalizace. Druhým cílem je zjistit, zda výše jmenovaní muži rozumí pojmu „rizikové těhotenství“. Třetí cíl má za úkol zjistit, z čeho mají muži, jejichž partnerky jsou hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství největší obavy. Čtvrtým cílem práce je zjistit vliv hospitalizace partnerky na rodinný život. Pátým cílem je zjistit, zda muži, jejichž partnerky jsou hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství, kladou důraz na výběr zařízení, kde má případná hospitalizace probíhat.

### **2.2 Výzkumné otázky**

#### **Výzkumná otázka 1**

Chápou muži, jejichž partnerky jsou hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství, důvody hospitalizace?

#### **Výzkumná otázka 2**

Rozumí muži, jejichž partnerky jsou hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství pojmu „rizikové těhotenství“?

#### **Výzkumná otázka 3**

Z čeho mají muži, jejichž partnerky jsou hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství největší obavy?

#### **Výzkumná otázka 4**

Jaký je vliv hospitalizace partnerky na rodinný život?

#### **Výzkumná otázka 5**

Kladou muži důraz na výběr zařízení, v němž má případná hospitalizace probíhat?

## **3 METODIKA**

### **3.1 Popis použité metodiky**

Pro výzkumné šetření byl zvolen kvalitativní výzkum. Ke sběru dat byla použita metoda hloubkového rozhovoru a dotazování. Muži odpovídali na určité otázky slovně. V některých případech otázky nebyly použity a muži rozvíjeli dále předchozí téma. Některé rozhovory byly vedeny osobně, jiné pak prostřednictvím konverzačního počítačového programu. Celé rozhovory byly zaznamenávány písemně a se svolením na záznamové zvukové zařízení. Rozhovory byly vedeny individuálně a každý trval přibližně 30 minut. Výzkumné šetření probíhalo v období od 27. 6. do 26. 7. 2012.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumným souborem bylo 7 mužů, jejichž partnerky byly hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství v Nemocnici České Budějovice, a. s.

## 4 Výsledky

### 4.1 Interpretace rozhovorů s partnery

#### 4.1.1 Respondent č. 1

Muž, 25 let, pracující jako dělník. S partnerkou jsou oddáni 2 roky. Dítě bylo plánované, otěhotnění se jim zdařilo pět měsíců od vynechání antikoncepce a má být prvním dítětem jak jeho, tak jeho partnerky, která je nyní ve 29. týdnu těhotenství a je hospitalizována pro inkompetenci děložního hrdla.

Respondent si není zcela jist, zda chápe důvody hospitalizace jeho partnerky. Domnívá se, že důvodem je „předčasné otevření partnerky“. Bližší informace se získat nesnažil. Vše ví pouze od partnerky, protože si myslí, že tato znalost je pro něj dostačující. Hospitalizaci bere jako zřejmě jedinou vhodnou volbu pro ni i jejich dítě. Je si vědom rizika předčasného porodu a možných následků pro dítě, například mentálním postižením a jinými vývojovými vadami. Zná opatření, která jeho partnerka musí během hospitalizace dodržovat. Ví, že musí dodržovat klidný režim na lůžku. Leží s podloženýma nohama a vstát smí pouze na toaletu a rychlé osprchování.

Pod pojmem „rizikové těhotenství“ si představuje těhotenství, které může mít za následky ohrožení zdraví a života matky a především dítěte. Myslí si, že se riziko u jeho partnerky objevilo až v průběhu těhotenství, neboť jeho partnerka nekouří, nepije alkohol, společně spolu provozovali sporty a dodržovali zdravou životosprávu. Respondent byl přítomen při veškerých ultrazvukových vyšetřeních.

V otázce největších obav si není jistý. Není na ni schopen zcela jednoznačně odpovědět. Má prý strach z mnoha věcí, především pak ze ztráty dítěte, což by mohlo mít za následky špatný psychický stav obou partnerů, který by mohl vyústit až v rozpad jejich vztahu, který je však nyní velmi pevný a nyní prý i vřelejší než dříve.

Hospitalizace prý na jejich rodinný život vliv nemá. Muž je neustále v práci, a tak prázdnota v domácnosti moc nevnímá. Každodenní domácí povinnosti jako praní prádla a úklid mu potíže nedělají. Říká, že se mu po partnerce velice stýská, ale tento problém řeší spojením přes internet a také častými návštěvami. V oblasti finančního

zajištění obavy nemá. Mají naspořeno dostatek peněz, a proto pro ně po této stránce hospitalizace není problémem.

Na výběr zařízení prý takový důraz neklade. Je samozřejmě rád, že má žena kolem sebe mnoho zkušených odborníků, ale myslí si, že je více stejně zaměřených a schopných pracovišť v České republice. Pokud by to stav jeho partnerky a dítěte vyžadoval, nebránil by se hospitalizaci kdekoli jinde, i když si myslí, že zde je o ně dobře postaráno.

#### *4.1.2 Respondent č. 2*

Muž 33 let, podnikatel, s partnerkou žijí 10 let, z toho jsou 5 let oddáni. Otěhotnět se jim zdařilo až prostřednictvím asistované reprodukce po sedmi letech plánování. Nyní čekají dvojčata, žena je ve 31. týdnu těhotenství a je hospitalizována pro podezření na intrauterinní růstovou retardaci jednoho plodu.

Plně prý chápe hospitalizaci partnerky. Byl dobře informován ošetřujícím lékařem a některé informace získal z publikací o těhotenství a porodu. Je si vědom veškerých rizik, jak pro jeho partnerku, tak děti, zejména pak jedno hůře se vyvíjející. Ví, že je třeba partnerku řádně kontrolovat a monitorovat plody. Zná také význam ultrazvukových kontrol pro zjištění závažnosti růstové retardace.

Na požádání, aby definoval rizikové těhotenství, okamžitě reagoval odpovědí, že jde o těhotenství, které se nějakým způsobem liší od normálu. Že fyziologické těhotenství probíhá bezpečně a přirozeně a není třeba do něj nijak zasahovat, tedy kromě pravidelných kontrol. A to jejich je rizikové, protože už samotné početí neproběhlo přirozeně a každý zásah do přírody má své následky. Respondent byl přítomen při genetickém a ultrazvukových vyšetřeních.

Největší obavy má o zdraví partnerky. Myslí si, že v tomto případě jsou ohroženy spíše děti, avšak bojí se císařského řezu a toho, že při operaci nastanou komplikace a jeho partnerka bude ohrožena na zdraví. Pevně věří, že vše dopadne v pořádku a jejich obě děti se narodí ve správný čas a budou zdravé. Je si však vědom komplikací a rizika poškození menšího z plodů. Nemyslí si, že by nemoc dítěte mohla

narušit jejich vztah. Ten je prý velice krásný a po předchozích nezdarech a zkušenostech pevný.

Na rodinný život má prý hospitalizace veliký vliv. Jelikož spolu oba partneři vlastní firmu, je hospitalizací narušeno její vedení, především pak v účetní oblasti, kterou měla na starosti partnerka. Avšak nemá obavy, že by měla na firmu, tedy i na zdroj jejich financí fatální dopad. Jelikož ještě děti nemají, nespadá na partnera taková zodpovědnost. Sám o sebe se postarat dokáže velice dobře a s domácími pracemi mu pomáhá partnerčina sestra. Největší problém však vidí v nedostatku soukromí a času, který spolu s partnerkou tráví. Pokud by se měla hospitalizace prodloužit, uvažuje prý o možnosti nadstandardního pokoje, aby tyto nedostatky nahradili.

Ve výběru zdravotnického zařízení má respondent jasno. Perinatologické centrum bere jako jediné adekvátní zařízení pro hospitalizaci jeho partnerky. I kdyby měla partnerka sebe menší problémy, nepřál by si žádné jiné a udělal by veškeré možné kroky k tomu, aby byla právě zde.

#### *4.1.3 Respondent č. 3*

Muž 38 let, je momentálně nezaměstnaný, vedený na úřadě práce. S partnerkou žijí dvanáct let neoddáni. Doma mají pětiletou dceru a jedenáctiletého syna. Nynější těhotenství bylo neplánované, avšak chtěné. Žena je ve 37. týdnu těhotenství a je hospitalizovaná pro placentu praevii marginalis.

Důvod hospitalizace muž příliš nechápe. Ví sice, co se s jeho partnerkou děje, ale domnívá se, že to není tak závažné a není to důvodem k hospitalizaci. Bere svou manželku jako zkušenou matku a ženu, která mu porodila již dvě zdravé děti, a tak si myslí, že rozhodnutí lékařů bylo unáhlené a zbytečné. I když si je vědom rizika krvácení a tím také ohrožení ženy a dítěte, domnívá se, že v takové situaci by dokázal partnerku dopravit do nemocničního zařízení v čas sám.

Pojmu „rizikové těhotenství“ respondent rozumí. Uvedl, že jde o nějakou odchylku od normálu a že je třeba, aby se na ženu, již se rizikové těhotenství týká, více dohlíželo a prováděly se častější kontroly. Že některé těhotné jsou vedeny jako rizikové



od začátku těhotenství a u některých se stav mění v průběhu těhotenství. Muž v tomto těhotenství nebyl přítomen u žádného z prenatalních vyšetření.

Největší obavy má o svou partnerku. Bojí se, že u ní nastane nějaká komplikace během porodu císařským řezem. Hodně se bojí krvácení, protože k masivnějšímu prý došlo během porodu druhorozené dcery. Nezná důvod, proč ke krvácení došlo, ví jen, že žena zhruba druhý den po porodu dostávala transfúzi. O dítě má také strach. Tvrdí, že je mu jasné, že pokud dojde ke krvácení, může být přímo ohroženo na životě, ale velice důvěřuje personálu porodnického oddělení a věří, že dítě je dostatečně vyvinuté a silné na to, aby již přišlo na svět.

Nejvíce hospitalizace zatěžuje stránku péče o děti. Respondent si sice myslí, že je dobrým otcem, ale v otázce výchovy a péče vždy hrála roli jeho partnerka. Během dvou dní, kdy je žena hospitalizována, zvládá péči o děti a také o domácnost sám. Obává se však, že během této krátké doby ještě nebyla možnost prokázat jeho schopnosti a bojí se, že svou partnerku zklame selháním. Pro tyto případy je domluvený se svou sestrou, která je ochotná mu s čímkoli pomoci. Jelikož celé těhotenství prý probíhalo bezproblémově, jeho žena docházela do práce. Pracuje jako asistentka vedoucího jedné firmy a tak jí zaměstnání nezatěžovalo. Nyní však, když bude na mateřské dovolené a respondent přišel před nedávnem o zaměstnání, se obává, že jejich socio-ekonomická úroveň klesne. Partnerský vztah popisuje jako pevný, vřelý a jakékoli potíže by prý dokázali společně zvládnout.

Na výběr zařízení příliš velký důraz neklade. Domnívá se, že v případě jeho partnerky je jedno, v jakém zařízení je žena hospitalizována, neboť její stav a stav jejich dítěte není natolik závažný. Dodává však, že když už to musí být, je rád, že je v rukou odborníků, kteří mají veliké zkušenosti s operativními porody, který jeho partnerku čeká.

#### *4.1.4 Respondent č. 4*

Muž, 32 let, pracuje jako odborný poradce jedné mezinárodní společnosti. S partnerkou mají pět let po svatbě. Otěhotnět se jim podařilo až s pomocí asistované reprodukce. Tomu předcházela řada neúspěchů. Jeho partnerka je ve 34. týdnu

těhotenství a je hospitalizovaná pro podezření na růstovou retardaci plodu a potřebu kompenzace gestačního diabetu mellitu.

Respondent plně zná a chápe důvody hospitalizace. Veškeré potřebné informace získal od partnerčina ošetřujícího lékaře a znalosti ještě prohloubil přečtením publikací. Jeho partnerka byla již od začátku těhotenství vedena jako riziková těhotná, a tak měl dostatek času na získávání potřebných znalostí, které nyní, v případě komplikací může uplatnit. Ví, že růstová retardace může mít špatné následky pro jejich dítě. Ví také, jak je potřebné kompenzovat diabetes. Jeho otec také diabetes má a léčí se inzulinem. Je tedy ženě oporou a pomocníkem v překonání jejího strachu z toho, že i ona se musí naučit si ho injekčně podávat.

Rizikové těhotenství definoval jako těhotenství s komplikacemi, které vedou ke špatnému stavu těhotné a dítěte. Tomuto pojmu rozumí. Zná rozdíly od fyziologického těhotenství. Ví, že rizikové těhotenství je třeba častěji a důkladněji sledovat a je třeba provést některá nerámcová vyšetření. Oni sami prý mnoho vyšetření absolvovali. Doprovázel partnerku na každé pravidelné vyšetření v rámci prenatální poradny, genetické vyšetření a vždy byl přítomen při ultrazvukovém vyšetření.

Největší obavy má z toho, že jejich dítě může mít nějaké onemocnění, které nebylo možné dosud odhalit. Dodává, že pro jeho partnerku by to mohlo mít velice špatné psychické dopady a on by jí nedokázal být dostatečně dobrou oporou. Již jednou museli vyhledat pomoc, protože jeho partnerka těžce nesla opakované nezdary otěhotnět a dávala si to za vinu. On si však nemyslí, že vina byla na její straně. Domnívá se, že už nic nemůže zapříčinit rozpad jejich vztahu. Věřící, že po takové dlouhé a strastiplné cestě vše dopadne dobře a partnerka i dítě zvládnou dojít až k pomyslnému cíli.

Hospitalizace jeho partnerky prý rodinný život dost zasáhla. Netýká se však vedení domácnosti, neboť je muž soběstačný a navíc nyní přebývá u svých rodičů. Osamocená domácnost mu prý nedělala dobře, cítil se osamocený a někdy bezradný. Za svou partnerkou pravidelně každý den dochází na návštěvu a tráví s ní celou návštěvní dobu. Na počátku těhotenství prý oba pociťovali veliké napětí. Obávali se, že opět skončí nezdarem. Ve velké míře to negativně zasáhlo jejich partnerský vztah, avšak zhruba v polovině těhotenství se situace zlepšila. Jejich vztah je prý nyní více naplněný,

uvolněný a velice pevný. Neudává, že by hospitalizace nějakým zásadním způsobem ovlivnila jejich finanční situaci.

Respondent udává, že by nepřipustil hospitalizaci v některém jiném, méně erudovaném pracovišti. Na výběr zařízení klade velice veliký význam.

#### *4.1.5 Respondent č. 5*

Muž, 32 let, pracující jako profesionální řidič je se svou partnerkou oddaný šest let. Již spolu mají jedno dítě, pětiletého chlapce. Nynější těhotenství bylo plánované a otěhotnění se jim zdařilo téměř okamžitě po vynechání antikoncepce. Žena je ve 31. týdnu těhotenství. To doposud probíhalo fyziologicky, nyní je však hospitalizovaná pro inkompetenci děložního hrdla.

Muž plně chápe důvody hospitalizace. Zná veškerá rizika, která stav jeho partnerky přináší, především pak riziko předčasného porodu. Ví o následcích, které by mohl mít předčasný porod na zdraví jejich dítěte. Informace získal od ošetřujícího lékaře a považuje je za dostačující. Je si vědom a chápe potřebu partnerčina klidu na lůžku a respektuje to. Snaží se jí při návštěvách co nejvíce pomáhat, ať jde o najezení se, výměnu osobního prádla, či pomoc při hygieně. S partnerkou nepodstoupil žádné z prenatalních vyšetření.

Pojmu „rizikové těhotenství“ respondent plně rozumí. Na tento dotaz odpovídá, že se jedná o těhotenství, které je nějakým způsobem odchýleno od fyziologického. Že se při něm objevují určité faktory, které mohou ovlivnit zdraví těhotné a také plodu. Také uvádí, že kvůli těmto odchýlkám jsou zapotřebí častější vyšetření a větší dohled na budoucí matky. Těhotenství jeho partnerky nyní také za rizikové považuje. I když doposud bylo vše fyziologické, nastal rizikový stav, který může vyústit v předčasný porod.

Největší strach má o jejich nenarozené dítě. Jelikož je jeho partnerka zcela zdravá, nemyslí si, že by mohla být v ohrožení zdraví. Zato si nedokáže představit, co by se stalo, kdyby se jejich dítě narodilo již nyní. Obává se, že by předčasný porod mohl mít pro dítě fatální následky jako například mentální postižení, či postižení životně důležitých orgánů. Tvrdí, že v takovém případě by mohl selhat a nebyť své partnerce

dostatečně velkou oporou. Má strach, že by mohl selhat jako manžel i jako otec, protože by nedokázal dát svému dítěti dostatečnou a potřebnou péči.

Největší vliv má hospitalizace partnerky na péči o jejich prvního potomka. Respondent prý nikdy s jejich dítětem netrávil tolik času. Myslí si, že je sice dobrý otec, ale v oblasti výchovy je vůdcem žena. Prý nezvládá péči o syna tak dobře jako ona. Dokáže sice obstarat domácnost, připravit jídlo a podobně, ale již nemá fantazii, jak se synem strávit celý den a zabavit ho. O pomoc proto požádal svou tchyni, která se někdy o chlapce přes den stará. On si tak může vyřídit veškeré záležitosti ohledně práce. V oblasti finančního zajištění prý problémy kvůli hospitalizaci nenastaly. Nepokládá hospitalizaci za tolik nákladnou, aby jejich životní standart nijak ovlivnila. V partnerství však nese velkou roli. Muž uvádí, že je nešťastný z odloučení od své partnerky. Velice se mu stýská a krátká chvíle, kterou spolu stráví při návštěvách je pro ně nedostačující. Neobává se však, že by to mohlo jejich vztah ovlivnit negativně. Spíše věří v jeho upevnění.

Respondent klade veliký důraz na to, kde hospitalizace jeho partnerky probíhá. Nechtěl by, aby tuto péči zajišťovalo některé z jiných zdravotnických zařízení.

#### *4.1.6 Respondent č. 6*

Muž, 27 let, pracující jako státní zaměstnanec žije se svou partnerkou dva roky. Po narození dítěte plánují svatbu. Otěhotnění se jim podařilo plánovaně, zhruba tři měsíce po vysazení hormonální antikoncepce. Jedná se o první těhotenství jeho partnerky, ta je ve 28. týdnu těhotenství. Svou partnerku doprovázel při veškerých prenatalních vyšetřeních. Doposud se nevyskytly žádné potíže, vše probíhalo fyziologicky, nyní je však žena hospitalizovaná pro zvýšenou děložní aktivitu.

Respondent zná a chápe důvody, proč je jeho partnerka hospitalizovaná. Informace získal od své partnerky. Ví, že děložní aktivita může vést k předčasnému porodu a tudíž je její hospitalizace velice důležitá. Ví také o rizicích pro jejich dítě, které by v případě porodu v tomto stádiu těhotenství mohlo mít následky do budoucího života. Je si vědom, že jeho partnerka má nařízený přísný klid na lůžku a jsou jí podávány preparáty na utlumení děložní činnosti.

Na dotaz, co si představuje pod pojmem „rizikové těhotenství“ odpověděl, že si není zcela jist, zda jej chápe dobře, ale že na toto téma četl článek v časopise, když čekal na svou partnerku. Uvedl, že je to těhotenství, během kterého se mohou objevit rizika vedoucí k předčasnému porodu, ohrožení života plodu, nebo ohrožení stavu matky. Že stejně, jako to bylo u jeho partnerky, se tato rizika mohou objevit až v těhotenství. Ale jsou také rizika, se kterými již žena do těhotenství vstupuje, jako jsou například různá onemocnění.

Muž udává největší obavy z toho, že může být ohrožena jeho partnerka při náhlém zhoršení stavu, které by vedlo k porodu císařským řezem. Obává se, že mohou nastat nečekané události v oblasti anestezie. Samozřejmě má také veliké obavy o jejich dítě. Bojí se, že by se mohlo narodit již nyní a jeho předpoklady pro zdravý život bez následků nejsou dostatečné. V tomto případě by mu prý zřejmě nedokázal dát vše, co by potřebovalo a hlavně by tato skutečnost mohla vést k tomu, že by si to jeho partnerka dávala za vinu. Že by si možná myslela, že není dobrá žena a jejich partnerský vztah by to mohlo velice ohrozit.

Jejich rodinný život není hospitalizací příliš zasažen. Bydlí spolu jen krátce, a tudíž si ještě na společné soužití tolik nenavykl. Volný čas tráví u jeho rodičů, takže se péči o domácnost věnovat nemusí. Z finančního hlediska však prý malý vliv má, protože finance, které společně nastrádali na výbavu pro jejich dítě, nyní dají za hospitalizaci.

V otázce výběru zařízení, ve kterém má hospitalizace probíhat nemá jasno. Je mu jedno, kde poskytnou jeho partnerce péči. Věří, že v jakékoli nemocnici by se o jeho partnerku náležitě postarali.

#### *4.1.7 Respondent č. 7*

Muž, 32 let, zaměstnaný jako dělník, je se svou partnerkou 3 roky oddaný. Čekají společně prvního potomka. Žena je ve 35. týdnu těhotenství. Od 29. týdne jí byly naměřovány vyšší hodnoty krevního tlaku. Nyní je hospitalizovaná pro jeho příliš vysoké hodnoty. Partner přítomen pouze u jednoho prenatálního vyšetření z důvodu pracovní vytíženosti.

Muž si je plně vědom potřeby hospitalizace. Dobře zná její důvod kvůli vysokému krevnímu tlaku. Ví, že tento stav představuje veliké riziko jak pro ženu, tak také pro jejich dítě. Že na tuto nemoc se mohou navázat jiné, ještě závažnější. Chápe, že žena a dítě musí být pod neustálou kontrolou odborníků, její krevní tlak je třeba měřit pravidelně, několikrát denně a že jsou jí podávány preparáty na jeho snížení. Veškeré potřebné informace získal od ošetřujícího lékaře a své partnerky.

Rizikové těhotenství popsal jako těhotenství, které se liší od normálu. Některá žena má těhotenství rizikové již od úplného začátku, například kvůli onemocnění, zato u jiné je způsobeno náhlou změnou stavu těhotné, či plodu, jako je zvýšení krevního tlaku, tvrdnutí břicha, nebo špatný růst plodu.

Největší obavy má z toho, že se jeho partnerce přitíží a náhle bude muset být ukončený porod. Bojí se, že při porodu císařským řezem nebudou moci ženě upravit krevní tlak na správnou hodnotu a nastanou problémy při anestezii. Také má strach, že jejich dítě bude mít v budoucnu problémy s krevním tlakem a nynější stav partnerky může mít vliv na jeho vývoj.

Do rodinného života prý hospitalizace velice zasáhla. V každodenní péči o domácnost si připadá bezradný, a tak zvažuje, že se na toto období uchýlí ke svým rodičům. V době, kdy byla jeho partnerka zařazena do poradny pro riziková těhotenství, prý nastala v jejich vztahu změna. Docházelo k častější výměně názorů, protože jeho partnerka nechtěla dbát doporučení lékaře a nedodržovala klidný režim. Největší problémy prý nastaly kvůli budování dětského pokoje a nakupování vybavy pro dítě. Jeho partnerka si, i přes veškerá jeho varování a přání, chtěla udělat vše po svém a sama. Trochu jí proto dává za vinu její současný stav. Nemyslí si však, že by jakékoli komplikace mohly ohrozit jejich soužití. V oblasti finančního zabezpečení neudává žádné potíže. Náklady na nemocniční léčbu totiž nepřesahují rámec jejich měsíčního rozpočtu.

O výběru zdravotnického zařízení se vyjádřil jednoznačně. Uvedl, že kdyby měl na výběr, nevolil by žádné jiné. Myslí si totiž, že v Jihočeském kraji tato nemocnice poskytuje nejlepší péči pro rizikové těhotné.

## 4.2 Tabulkové vyhodnocení získaných informací

Tabulka č. 1 Základní anamnestické údaje

	Resp. 1	Resp. 2	Resp. 3	Resp. 4	Resp. 5	Resp. 6	Resp. 7
<b>Věk</b>	25	33	38	32	32	27	32
<b>zaměstnán</b>	Ano	Ano	ne	ano	ano	ano	ano
<b>kolikáté těhotenství</b>	1	1	3	1	2	1	1

Průměrný věk tázaných mužů byl 31 let. Respondent číslo 3 byl momentálně nezaměstnaný, oproti tomu respondenti 1, 2, 4, 5, 6 a 7 zaměstnání byli. U respondentů číslo 1, 2, 4, 6 a 7 šlo o první těhotenství jejich partnerek, partnerka respondenta číslo 3 čekala již třetí dítě a partnerka respondenta číslo 5 byla těhotná podruhé.

Tabulka č. 2 Plánování těhotenství

<b>Bylo těhotenství plánované</b>	Resp. 1	Resp. 2	Resp. 3	Resp. 4	Resp. 5	Resp. 6	Resp. 7
<b>Ano</b>	/	/		/	/	/	/
<b>Ne</b>			/				

Na otázku, zda bylo nynější těhotenství jejich partnerky plánované, odpověděli respondenti číslo 1, 2, 4, 5, 6 a 7 že ano, respondent číslo 3 uvedl, že nebylo.

**Tabulka č. 3 Důvody hospitalizace**

<b>Informovanost mužů</b>	<b>Resp. 1</b>	<b>Resp. 2</b>	<b>Resp. 3</b>	<b>Resp. 4</b>	<b>Resp. 5</b>	<b>Resp. 6</b>	<b>Resp. 7</b>
<b>zná důvod hospitalizace</b>	Ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
<b>chápe důvody hospitalizace</b>	Ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano
<b>zná možná rizika</b>	Ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
<b>zná potřebná opatření</b>	Ano	ano	ne	ano	ano	ano	ano

Všech sedm respondentů uvedlo, že znají důvod hospitalizace a všichni, kromě respondenta číslo 3 důvod hospitalizace chápou. Všichni také uvedli, že znají možná rizika, která s sebou partnerčin stav přináší a to jak pro ně, tak pro jejich dítě. Respondent číslo 3 nezná opatření, která jsou potřebná pro zdárné ukončení těhotenství, zbylí respondenti tato opatření znají a jsou si vědomi potřeby jejich dodržování.



**Tabulka č. 4 Přítomnost partnerů při prenatalních vyšetřeních**

Přítomen při	Resp. 1	Resp. 2	Resp. 3	Resp. 4	Resp. 5	Resp. 6	Resp. 7
ultrazvuková vyšetření	/	/		/		/	
genetická vyšetření		/		/		/	
vyšetření v prenatalní poradně				/		/	/
žádná vyšetření			/		/		

Přítomnost při prenatalních vyšetřeních zcela popřeli respondenti číslo 3 a 5. Respondenti čí. 4 a 6 byli přítomni při veškerých prenatalních vyšetřeních. Při ultrazvukových vyšetřeních byli přítomni muži číslo 1 a 2, přičemž muž číslo 2 byl přítomen také při vyšetření genetickém. Respondent číslo 7 udává jednu přítomnost při vyšetření v rámci prenatalní poradny.

**Tabulka č. 5 Zdroj získaných informací**

Informace od/z	Resp. 1	Resp. 2	Resp. 3	Resp. 4	Resp. 5	Resp. 6	Resp. 7
partnerka	/		/			/	/
Lékař		/		/	/		/
literatura		/		/			

Zdrojem informací byla pro respondenty číslo 1, 3 a 6 pouze partnerka. Respondenti číslo 2 a 4 získali potřebné informace od lékaře a z literatury. Muž číslo 5 byl informován ošetřujícím lékařem jeho partnerky a respondent číslo 7 získal informace od své partnerky a od lékaře.

**Tabulka č. 6 Rozumění pojmu „rizikové těhotenství“**

Rozumí pojmu	Resp. 1	Resp. 2	Resp. 3	Resp. 4	Resp. 5	Resp. 6	Resp. 7
ano, zcela	/		/	/	/	/	/
Ano		/					
Ne							

Pojmu „rizikové těhotenství“ všichni respondenti rozuměli, z toho respondenti 1, 3, 4, 5, 6 a 7 plně.

**Tabulka č. 7 Největší obavy mužů**

<b>Obavy z/o</b>	<b>Resp. 1</b>	<b>Resp. 2</b>	<b>Resp. 3</b>	<b>Resp. 4</b>	<b>Resp. 5</b>	<b>Resp. 6</b>	<b>Resp. 7</b>
<b>ztráta dítěte</b>	/						
<b>zhoršený psychický stav</b>	/			/		/	
<b>zdraví partnerky</b>		/	/			/	/
<b>komplikace SC</b>		/	/			/	/
<b>onemocnění dítěte</b>				/	/	/	/
<b>vlastní selhání</b>			/	/	/		

Největší obavy má respondent číslo 1 ze ztráty dítěte a následného zhoršení psychického stavu obou partnerů. Respondenti číslo 2 a 3 shodně udávají strach o zdraví jejich partnerek v souvislosti s možnými komplikacemi, které mohou nastat při případném císařském řezu. Respondent číslo 4 udává obavy z onemocnění dítěte a následného zhoršení psychického stavu partnerky a stejně jako respondent číslo 3 také obavy z vlastního selhání. Muž číslo 5 také udává obavy z onemocnění dítěte a strach z možného vlastního selhání. Respondenti číslo 6 a 7 udávají obavy o zdraví partnerky v souvislosti s riziky císařského řezu a také z onemocnění dítěte. Respondent číslo 6 navíc udává strach ze zhoršení psychického stavu jeho partnerky.

**Tabulka č. 8 Dopad hospitalizace na rodinný život**

<b>Dopad v oblasti</b>	<b>Resp. 1</b>	<b>Resp. 2</b>	<b>Resp. 3</b>	<b>Resp. 4</b>	<b>Resp. 5</b>	<b>Resp. 6</b>	<b>Resp. 7</b>
<b>finance</b>			/			/	
<b>soukromí</b>		/					
<b>čas</b>		/			/		
<b>péče o děti</b>			/		/		
<b>péče o domácnost</b>							/
<b>stesk</b>	/			/	/		
<b>žádný dopad</b>							

Respondenti číslo 1 a 4 udávají, že hospitalizace jejich partnerky nemá příliš veliký dopad na rodinný život. V jejich případech se jedná o stesk po jejich partnerce. Respondent číslo 2 vidí největší problém v nedostatku času, který se svou partnerkou může strávit a také v nedostatku soukromí. Respondenti číslo 3 a 5 udávají problémy v oblasti péče o děti, přičemž respondent číslo 3 přidal ještě problémy v oblasti finančního zajištění a respondent číslo 5 problémy týkající se nedostatku společně stráveného času a stesku po partnerce. Muž číslo 6 vidí největší problém v oblasti finančního zajištění a muž číslo 7 udává největší obtíže v oblasti péče o domácnost.

**Tabulka č. 9 Ohrožení partnerského vztahu v případě komplikace**

Jaký vidí vztah	Resp. 1	Resp. 2	Resp. 3	Resp. 4	Resp. 5	Resp. 6	Resp. 7
velmi pevný	/	/	/	/			/
nepříliš pevný					/	/	
neohrožený		/	/	/	/		/
možný rozpad	/					/	

Respondent číslo 1 udává, že jejich vztah je velmi pevný, avšak v případě komplikací může dojít k jeho rozpadu. Respondenti číslo 2, 3, 4 a 7 považují svůj vztah také za pevný a to natolik, že v případě komplikací by se dokázali společně s partnerkou přes tuto skutečnost přenést a jejich vztah by neutrpěl újmy. Respondenti číslo 5 a 6 své vztahy za příliš pevné nepovažují. Muž číslo 5 udává, že v případě komplikací by s partnerkou tuto skutečnost zvládli a jejich vztah by nebyl ohrožen, oproti tomu muž číslo 6 věří v možný rozpad partnerství.

**Tabulka č. 10 Důraz na výběr zařízení a spokojenost s poskytovanou péčí**

Hodnocení zařízení	Resp. 1	Resp. 2	Resp. 3	Resp. 4	Resp. 5	Resp. 6	Resp. 7
klade důraz na výběr		/		/	/		/
neklade důraz na výběr	/		/			/	
spokojenost s péčí	/	/	/	/	/	/	/
nespokojenost s péčí							

Respondenti číslo 2, 4, 5 a 6 kladou důraz na výběr zařízení, v němž má hospitalizace jejich partnerek probíhat. Oproti tomu respondenti číslo 1, 3 a 6 si myslí, že výběr nemocničního zařízení, kde mají být jejich partnerky hospitalizované, není tolik důležitý. Všichni respondenti tvrdí, že s péčí, která jim jejich partnerkám poskytována v Nemocnici České Budějovice jsou spokojeni.

## 5 DISKUZE

Rizikové těhotenství již v dnešní době není pouze slovním spojením, se kterým se člověk mohl setkat pouze několikrát za život. Je to označení typu těhotenství, které je přisuzováno nemalému počtu žen. Zajisté každý z nás má ve svém okolí známou, příbuznou, či je ona sama tou, která toto označení nalezne ve své těhotenské průkazce. Jelikož se tento stav týká především ženy a jejího budoucího potomka, naskytá se možnost sesazování muže z pozice budoucího rodiče, či opomíjení jeho pocitů. Berme však na vědomí, že i on má své obavy, pocity a strasti. Je třeba si uvědomit, že i když se nejedná o jeho tělo, záleží mu na budoucnosti jeho partnerky, dítěte a také partnerského vztahu.

Výzkumná část probíhala v měsících červnu a červenci roku 2012. Byla zvolena forma kvalitativního výzkumného šetření, metodou hloubkového rozhovoru a dotazování. Výzkumným souborem bylo sedm mužů různé věkové kategorie, jejichž partnerky byly v tomto období hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství v Nemocnici České Budějovice, a. s. Celkem bylo stanoveno pět cílů práce, které byly především zaměřené na informovanost partnerů a vliv hospitalizace na rodinný život.

Jak je patrné z tabulky číslo 1, věkový průměr respondentů činil 31 let. Oproti mému předpokladu byli tedy muži spíše mladšího věku. V oblasti zaměstnanosti partnerů naštěstí téměř všichni, kromě respondenta číslo 3, uvedli, že jsou ve stálém pracovním poměru, či podnikají. Zmiňovaný respondent uvedl, že o zaměstnání přišel v nedávné době. Toto zjištění se také odráží v oblasti finanční zátíženosti rodiny hospitalizací. Právě onen respondent uvedl, že hospitalizace má na jejich finanční situaci veliký vliv. Bylo také zjištěno, že většina dotazovaných, přesněji pět, čekají své první dítě. Respondent číslo 3 uvedl, že čeká již třetí a respondent číslo 2 své druhé dítě. Jak je také patrné z tabulky číslo 2, všechna těhotenství, s výjimkou respondenta číslo 3 byla plánovaná, v jeho případě se jednalo o těhotenství sice neplánované, ale chtěné.

Tabulky číslo 3 a 5 se přímo zabývají první výzkumnou otázkou. Cílem bylo zjistit, zda muži, jejichž partnerky jsou hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství, znají důvody hospitalizace. Příjemným zjištěním bylo, že všech sedm mužů

zná důvody hospitalizace a také ví o možných rizicích a následcích, které by s sebou mohlo přinést zhoršení stavu partnerky, dítěte či zhoršení nemoci. Šest mužů, kromě respondenta číslo 3 pak také uvedli, že chápou důvod hospitalizace a znají veškerá opatření, která jsou zapotřebí dodržovat pro zdárné ukončení těhotenství. Tento respondent označil rozhodnutí lékařů o hospitalizaci jeho partnerky za unáhlené a domníval se, že v krajní situaci by dokázal problém vyřešit sám. Nepřipouštěl si ani důležitost pravidelné kontroly krvácení, či momentálního stavu dítěte. Tabulka číslo 5 se zaměřovala na zdroj získaných informací, které partneři měli. Nepříliš milým zjištěním bylo, že respondenti číslo 1, 3 a 6 získali informace pouze od své partnerky. I přesto, že znali důvody hospitalizace a byli si vědomi možných rizik, nelze v těchto vážných situacích spoléhat pouze na znalosti své hospitalizované partnerky. Na druhou stranu však i zjištění, že respondenti 2, 4 a 5 od partnerek žádné informace nezískali, také zřejmě není vhodnou volbou. Může to svědčit o nedostatku důvěry v partnerčiny znalosti. Zřejmě nejvhodnější kombinací je získání informací od své partnerky a jejího ošetřujícího lékaře, jak tomu bylo u respondenta číslo 7. Celkově jeho odpovídání na otázky této oblasti byly pohotové, klidné a smysluplné. Respondenti 2 a 4 jako další zdroj informací, kromě ošetřujícího lékaře, uvedli různé publikace. Také respondent číslo 6 odpověděl, že četl článek o rizikovém těhotenství, avšak způsob, jakým tuto skutečnost oznámil, mne utvrdil v tom, že tato informace není věrohodná a nezahrnu ji jako součást výzkumné části.

Tabulka číslo 4 zobrazuje přítomnost mužů při prenatalních vyšetřeních jejich partnerek. Jelikož jsem očekávala jejich plnou účast nejen u vyšetření genetických a ultrazvukových, ale také při běžných, pravidelných prohlídkách u gynekologů v rámci prenatalních poraden, bylo zjištění, že tomu tak zdaleka není, nemilým. Pouze dva respondenti uvedli, že byli přítomni u veškerých vyšetření, která jejich partnerka podstoupila. Respondenti číslo 1 a 2 uvedli přítomnost při ultrazvukových vyšetřeních a respondent číslo 2 přidal ještě přítomnost při vyšetření genetickém. Respondent číslo 7 uvedl, že pouze jednou doprovázel jeho partnerku při vyšetření v rámci prenatalní poradny u jejího gynekologa. Respondenti číslo 3 a 5 se přiznali, že ani jednou nebyli přítomni u žádného z vyšetření.



Druhým cílem výzkumné části bylo zjistit, zda muži, jejichž partnerky jsou hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství, rozumí tomuto pojmu. Bylo zjištěno, že všichni dotazovaní pojmu rozumí. Všichni, až na respondenta číslo 2 odpovídali takřka přesně a vhodně jej definovali. Respondent číslo 2 sice ví, že se tato těhotenství liší od normálu, avšak odůvodnění proč se právě v jejich případě o rizikové těhotenství jedná, argumentoval nevhodně.

Tabulka číslo 7 zobrazuje největší obavy mužů. Jejich zjištění bylo třetím cílem výzkumné části. První respondent uvedl, že se především bojí ztráty jejich dítěte. Domnívá se, že by to mohlo mít velice špatný vliv na psychický stav jak jeho, tak i partnerčin. Druhý respondent má největší strach o zdraví partnerky, především pak v souvislosti s porodem císařským řezem, při kterém by mohly nastat komplikace. Třetí respondent také udává obavy o zdravotní stav své partnerky a opět tato obava souvisí s porodem císařským řezem. Bojí se však také vlastního selhání a to především v oblasti péče o děti, což je nyní jeho prioritou. Respondent číslo 4 se bojí toho, že jeho dítě může mít nějaké onemocnění, či jakékoli postižení. To by také mohlo mít za následek špatné psychické dopady. Téměř stejně odpověděl respondent číslo 5, který však nemá takové obavy z psychických dopadů jako z vlastního selhání. Má strach, že by svému nemocnému dítěti nedokázal dát veškerou potřebnou péči. Stejně jako respondenti 2 a 3 odpověděl respondent číslo 6, který má také největší obavy o zdravotní stav své partnerky, především s komplikacemi souvisejícími s císařským řezem. Dále pak doplňuje obavy z možných následků, které by mohlo jeho dítě, v případě předčasného porodu mít. Je si vědom také toho, že případný nezdar může mít za následek špatný psychický stav jeho partnerky a u něj hrozí selhání, neboť by nedokázal dítě dostatečně zabezpečit a dát mu vše potřebné v případě jeho nemoci či postižení. Poslední, tedy sedmý respondent se také nejvíce strachuje o zdraví jeho partnerky a toho, že během císařského řezu mohou nastat komplikace. Stejnou váhu pak přikládá starosti o zdraví jejich dítěte. Z tohoto zjištění vyplývá, že největší obavy mají muži ze zhoršení zdravotního stavu jejich partnerek. Zajímavé pro mě bylo zjištění, že tento strach vyplývá z možnosti porodu císařským řezem. I přesto, že takové případy jsou ojedinělé, bojí se možných komplikací, jak krvácivých, tak také anesteziologických. Téměř

stejnou váhu přikládají zdraví dítěte. Je zde vidět, že velmi důvěřují lékařům a počítají především s tím, že se jejich dítě narodí živé. Strachují se však o jejich zdraví. Obávají se možných zdravotních komplikací, které si s sebou mohou nést do života a také možného mentálního postižení. Zaskočilo mne však, že tolik mužů se obává, že by nedokázali svým, potencionálně nemocným a postiženým dětem, dát dostatek péče. Většina respondentů, jak je patrné v tabulce číslo 9 udává, že jejich vztah s partnerkou je velice pevný a v případě nezdárného ukončení těhotenství ve většině případů nehrozí rozpad vztahu. Pouze respondent číslo jedna, i přes údajnou pevnost vztahu, uvádí, že závažná komplikace by mohla vyústit až v rozpad vztahu. Šestý respondent udává, že jejich vztah příliš pevný není, a tak by v případě potíží mohlo nastat jeho rozpadnutí. Oproti němu respondent číslo pět sice udává, že jejich vztah není příliš pevný, avšak neobává se, že by mohlo dojít k jeho ohrožení, natož rozpadu.

Čtvrtým cílem práce bylo zjistit vliv hospitalizace partnerky na rodinný život. Předpokládala jsem, že velikou roli bude hrát hospitalizace v oblasti finančního zajištění rodiny. Jak je patrné z tabulky číslo 8, kromě respondentů číslo 3 a 6 mi však muži tento předpoklad vyvrátili. Neudávají, že by náklady spojené s hospitalizací byly v takové výši, aby měly vliv na jejich finanční situaci. Respondenti číslo 1, 4 a 5 udávají jako problém stesk po partnerkách, přičemž respondent číslo 5 ještě udává problémy spojené s péčí o jejich dítě a s nedostatkem času, který tráví se svou partnerkou. Druhý respondent také udává, že hospitalizace má negativní vliv na množství společně stráveného času, natož doby, kterou mohou strávit v soukromí. Respondent číslo 3 kromě zhoršené finanční situace také uvedl potíže v oblasti péče o jejich děti a respondent číslo 7 vidí v souvislosti s hospitalizací problémy především v oblasti péče o domácnost. Celkově lze shrnout, že hospitalizace hraje v rodinném životě zápornou roli. Ani jeden z mužů neuvedl, že by žádný vliv neměla. I když u někoho je působení hospitalizace na rodinný život slabší a zasahuje jinou oblast, ať jsou to domácí práce, nedostatek času, či péče o děti, nesmí dojít k jeho bagatelizování. Je zapotřebí uvědomit si, že neexistuje pouze žena, která je odloučená od svých blízkých, ale také její blízcí, kterým byla odloučena.

Posledním, tedy pátým cílem práce bylo zjistit, zda muži, jejichž partnerky jsou hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství Nemocnice České Budějovice, a. s., kladou důraz na výběr zařízení, kde má případná hospitalizace probíhat. V tabulce číslo 10 je tato otázka zpracovaná. Nebylo pro mne překvapením, že většina respondentů, tedy kromě respondentů 1, 3 a 6, na tuto otázku odpověděli, že ano. Měli zcela jednoznačný názor v tom, že ve zdejším zařízení je mnoho výborných lékařů a veškerý zdravotnický personál, včetně porodních asistentek má dostatek zkušeností. Nepřipustili by, aby jejich partnerka byla hospitalizována v nějakém z jiných zdravotnických zařízení. Příjemným zjištěním také bylo, že všichni muži jsou spokojeni s péčí, která jej jejich partnerkám v tomto zařízení poskytována.

Během období výzkumného šetření jsem se setkala s nejedním problémem. Především to byla neochota mužů ke spolupráci. Není se čemu divit. Těhotenství jejich partnerky a její hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství je choulostivou a soukromou záležitostí. Oproti tomu se však také ukázaly doslova ukázkové typy respondentů. Mnozí byli otevření, neboť jim zřejmě docházela anonymita a také fakt, že je to zřejmě naposledy, co se společně vidíme. Výzkumným šetřením bylo splněno všech pět cílů.

## 6 ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou rizikového těhotenství. Především jeho dopady na rodinný život a psychickou stránku mužů, jejichž partnerky byly hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství.

Teoretická část byla zaměřena na rizikové faktory těhotenství a péči o těhotné v rámci prenatalních poraden a zdravotnických zařízení. Důležitým článkem této části je také dopad hospitalizace na psychiku párů a na jejich rodinný život. Dále pak role porodní asistentky v prenatalních poradnách a na oddělení rizikového těhotenství.

Praktická část se zabývala především muži a jejich pohledem na rizikové těhotenství a hospitalizaci partnerky. Snažila jsem se klást důraz na otázku rodinného života, který je bezpochybně hospitalizací narušen a také obavami, které mohou narušit vztah mezi muži a jejich partnerkami. Celkem bylo stanoveno pět cílů. Pro výzkumné šetření byl zvolen kvalitativní výzkum. Ke sběru dat sloužila metoda hloubkového rozhovoru a dotazování. Muži z části odpovídali na otázky a také rozvíjeli dále předchozí téma. Některé rozhovory byly vedeny osobně, jiné pak prostřednictvím konverzačního počítačového programu.

Prvním cílem bylo zjistit, zda muži, jejichž partnerky jsou hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství, chápou důvody hospitalizace. Tento cíl byl splněn. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že všichni tento důvod znají. Informace o partnerčině stavu a stavu jejich dítěte získávali z různých zdrojů. Z velké části byla zdrojem partnerka, dále pak ošetřující lékař a nejméně uvedli respondenti literaturu. V této oblasti vidím problém v zájmu o informace ze strany mužů. Snad by se dalo najít řešení v podobě zajímavých, krátkodobých přednášek, které by jim tuto problematiku přiblížili.

Druhým cílem bylo zjistit, zda tito muži rozumí pojmu „rizikové těhotenství“. Cíl byl splněn. Šest mužů dobře tomuto termínu rozumělo, jeden muž odpověděl správně pouze částečně.

Jako třetí cíl bylo stanoveno zjistit, z čeho mají muži největší obavy. Také zde došlo ke splnění cíle. Bylo zjištěno, že největším zdrojem obav je pro muže zdraví partnerky,

zejména pak strach z možných komplikací císařského řezu a budoucnost jejich potomka, který může být ohrožen mentálním, či zdravotním postižením.

Čtvrtým cílem práce bylo zjistit, jaký je vliv hospitalizace na rodinný život. Cíl byl splněn. Z výzkumného šetření vyplývá, že vliv hospitalizace je veliký a negativní. Ani jeden z respondentů neudal, že nevidí na rodinný život vliv. Kromě stesku a osamocení uvedli respondenti negativní vliv také v oblasti péče o domácnost, nedostatku společně stráveného času, soukromí a ve dvou případech také v oblasti péče o děti. Dva respondenti také uvedli, že hospitalizace má za následek zhoršení finanční situace rodiny.

Pátý cíl práce byl také splněn. Úkolem bylo zjistit, zda muži, jejichž partnerky jsou hospitalizovány na oddělení rizikového těhotenství Nemocnice České Budějovice, a. s., kladou důraz na výběr zařízení, v němž má hospitalizace probíhat. Čtyři respondenti uvedli, že ano a neměnili by, zbylí respondenti uvedli, že si nemyslí, že by výběr zařízení, ve kterém má probíhat hospitalizace jejich partnerky měla nijak veliký vliv na jejich stav. Všech sedm respondentů také uvedlo, že jsou spokojeni s péčí, která je jejich partnerkám v tomto zařízení poskytována.

Velikým přínosem do budoucna by bylo zajištění většího soukromí pro všechny páry. Dosud se tak poštěstí pouze těm, kde jsou ženy uloženy na nadstandardních pokojích. Proč by si však toto privilegium nemohly dopřát i páry, které nemají dostatek peněz? Domnívám se, že by tento krok vedl ke zlepšení již tak zatíženého psychického stavu partnerů a v nemalé míře i lepšímu pocitu z nemocničního prostředí. Také možnost mužů získat větší množství informací. Zda je toto pouze v rukou porodních asistentek a lékařů, či také samotných mužů zůstává nezodpovězenou otázkou.

Tato bakalářská práce může posloužit jako studijní materiál jak pro budoucí, tak i stávající porodní asistentky. Dále může být využita jako zdroj informací pro budoucí rodičky a jejich partnery, tedy páry, kterých se téma přímo týká, nebo jen chtějí znát různá úskalí těhotenství.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) BENDL, J. „graviditas desiderata“ a prenatalní péče. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2. ISSN 1211-1058.
- 2) BENDL, J. Principy prenatalní péče o ženu s neporodnickým chronickým onemocněním. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2. ISSN 1211-1058.
- 3) BINDER, T. Hrozící předčasný porod. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2. ISSN 1211-1058.
- 4) BINDER, T. Chyby a omyly při posuzování inkompetence hrdla děložního v průběhu gravidity. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2004, roč. 13, č. 1. ISSN 1211-1058.
- 5) BINDER, Tomáš. Indikace k nemocniční léčbě v průběhu těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2. ISSN 1211-1058.
- 6) BINDER, Tomáš. Pravidla péče o rizikové těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2004, roč. 13, č. 4. ISSN 1211-1058.
- 7) ČECH, E. et. al. *Porodnictví*. 2. vydání. Praha: Grada publishing, 2006. 546 s. ISBN 80-247-1313-9.
- 8) ČEPICKÝ, P. – LÍBALOVÁ, Z. Pracovní neschopnost v gynekologii a porodnictví. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2005, roč. 14, č. 4. ISSN 1211-1058.
- 9) DUŠOVÁ, B. - MAREČKOVÁ, J. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2009. 233 s. ISBN 978-80-7368-611-6.
- 10) EGGOVÁ, P. – VRÁNOVÁ, V. Kvalita edukace gravidních žen. *Sestra*. 2011, roč. 21, č. 3. ISSN 1210-0404.
- 11) FARKAŠOVÁ, D. *Ošetrovatel'stvo – teória*. Martin: Osveta, 2001. 134 s. ISBN 80-8063-086-0.
- 12) HÁJEK, Z. Prenatální péče o rizikové těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2. ISSN 1211-1058.

- 13) HÁJEK, Z. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada publishing, 2004. 443 s. ISBN 80-247-0418-8.
- 14) HOFMANNOVÁ, L. Péče o matku a dítě. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 3. ISSN 1210-0404.
- 15) KADLECOVÁ, M. Manuál ošetrovatelské péče u plánovaného císařského řezu. *Sestra*. 2010, roč. 20, č. 3. ISSN 1210-0404.
- 16) KORBEĚL, M. et. al. Sexualita v graviditě. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2005, roč. 14, č. 1. ISSN 1211-1058.
- 17) KOUDELKOVÁ, V. Problematika hospitalizovaných žen s rizikovým těhotenstvím. *Moderní babičství*. 2007, č. 12. ISSN 1214-5572.
- 18) LANGER, I. *Průvodce muže těhotenstvím*. Praha: Ivo Železný, 2003. 77 s. ISBN 80-237-3856-9.
- 19) MALÁ, A. Rodina a hospitalizace. *Sestra*. 2007, roč. 17, č. 2. ISSN 1210-0404.
- 20) MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. Praha: Grada publishing, 2006. 264s. ISBN 80-247-1399-3.
- 21) MĚCHUROVÁ, A. Terapie hypertenze. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2004, roč. 13, č. 4. ISSN 1211-1058.
- 22) MICHALÍČKOVÁ, R. Těhotenské gestózy. *Sestra*. 2006, roč. 16, č. 3. ISSN 1210-0404.
- 23) PECOVÁ, J. Diabetes mellitus 1. typu a těhotenství. *Sestra*. 2009, roč. 19, č. 3. ISSN 1210-0404.
- 24) PESHOUT, R. – ROZTOČIL, A. Péče o těhotné. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2005, roč. 14, č. 4. ISSN 1211-1058.
- 25) RASTISLAVOVÁ, K. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Area, 2008. 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
- 26) ROZTOČIL, A. Těhotenství komplikované diabetem a patologickým OGTT. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2. ISSN 1211-1058.

- 27) ROZTOČIL, A. Tokolytika. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2004, roč. 13, č. 2. ISSN 1211-1058.
- 28) SLEZÁKOVÁ, L. et. al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada publishing, 2011. 280 s. ISBN 978-80-247-3373-9.
- 29) TRČA, S. *Partner v těhotenství a při porodu*. Praha: Grada publishing, 2004. 108 s. ISBN 80-247-0869-8.
- 30) UNZEITIG, V. *Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství: druhá revize, verze 6* [online]. 29.1.2010 [cit. 2012-05-20]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/DP%20dispenzarni%20pece%20fin..doc>
- 31) VAVŘÍNKOVÁ, B. Indikace k hospitalizaci v graviditě. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2005, roč. 14, č. 4. ISSN 1211-1058.
- 32) VAVŘÍNKOVÁ, B. Prenatální péče u drogově závislé a jiné sociálně problémové skupiny. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2003, roč. 12, č. 2. ISSN 1211-1058.
- 33) VAVŘÍNKOVÁ, B. Předčasný porod. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2007, roč. 16, č. 1. ISSN 1211-1058.
- 34) VELEMÍNSKÝ, M. – VELEMÍNSKÝ, M. Muž, žena a těhotenství. *Prevence sociálně nežádoucích jevů*. 2005, roč. 4, č. 4. ISSN 1214-6609.
- 35) ZÁRBOVÁ, J. Terapie epilepsie v těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2004, roč. 13, č. 2. ISSN 1211-1058.



## **8 KLÍČOVÁ SLOVA**

Hospitalizace

Ošetrovatelská péče

Perinatologické centrum

Porodní asistentka

Prenatální poradna

Rizikové faktory těhotenství

Rizikové těhotenství

Rodinný život

## 9 PŘÍLOHY

### Seznam perinatologických center v České republice

	Název zařízení	Obec
1	Fakultní nemocnice - Motol	Praha 5
2	Všeobecná fakultní nemocnice	Praha 2
3	Ústav pro péči o matku a dítě	Praha 4
4	Nemocnice Most, p.o.	Most
5	Masarykova nemocnice v Ústí n.L., p.o.	Ústí nad Labem
6	Fakultní nemocnice	Hradec Králové
7	Nemocnice	České Budějovice
8	Fakultní nemocnice	Plzeň
9	Fakultní nemocnice Brno	Brno
10	Fakultní nemocnice s poliklinikou	Ostrava Poruba
11	Fakultní nemocnice	Olomouc 5
12	Baťova krajská nemocnice Zlín	Zlín

Zdroj: Pracoviště oprávněná vykazovat OD 00080 a OD 00082 bez časového mezení. *Sekce perinatální medicíny*[online]. © 2007-2012 [cit. 2012-07-31]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/seznam-pracovist.php>

**Příloha č. 2 – Ošetrovatelské diagnózy, dle NANDA domén, nejčastější na oddělení rizikového těhotenství**

00060 Přerušovaný život rodiny

00148 Strach

00146 Úzkost

00074 Ohrožující zvládnání zátěže rodinou

00158 Ochota zlepšit zvládnání zátěže

00066 Duchovní nouze

00004 Riziko infekce

00134 Nauzea

00053 Sociální izolace

00118 Porušený obraz těla

00120 Situačně snížená sebeúcta

00095 Porušený spánek

00015 Riziko zácpy

00001 Nadměrná výživa

00126 Deficitní znalost (například stravování při GDM)

00025 Riziko nevyváženého objemu tělesných tekutin

00079 Nedodržení léčebného režimu

00099 Neefektivní podpora zdraví

00059 Sexuální dysfunkce