

Univerzita Palackého v Olomouci
Katedra psychologie Filozofické fakulty

DIPLOMOVÁ PRÁCE



**Rozdíly v prožívání těhotenství ženou
prvorodičkou do 29.roku věku a ženou
starší prvorodičkou rodící mezi 30.až
35.rokem věku**

Autor: Bc.Michaela Dudašiu
Vedoucí práce: PhDr. Marie Nosálková, Ph.D.

Olomouc
2010

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem předloženou diplomovou prací vypracovala samostatně za pomoci vedoucího diplomové práce, s použitím citované literatury, ostatních informačních zdrojů a výsledků vlastního šetření, které jsou uvedeny v této práci.

V Kraslicích dne 30.6.2010

.....
Bc.Michaela Dudašiu

Poděkování :

Považuji za svou milou povinnost poděkovat paní PhDr.Marii Nosákové, za odborné a organizační vedení při zpracování této práce. V neposlední řadě patří můj dík také panu Ing.Marku Zachovi za cenné a věcné připomínky a rady při zpracovávání této práce.

OBSAH

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD	6
1. PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA	8
1.1 Nejisté známky těhotenství	8
1.2 Pravděpodobné známky těhotenství	8
1.3. Jisté známky těhotenství	9
1.4 Další možnosti prenatální diagnostiky	9
1.4.1 Neinvazivní metody	9
1.4.2 Invazivní metody	10
2. ETICKÉ PROBLÉMY PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKY	11
3. ANATOMIE A FYZIOLOGIE TĚHOTENSTVÍ (vývoj)	12
3.1 Embryonální vývoj (3.-12.týden těhotenství)	12
3.2 Fetální vývoj (vývoj plodu)(od 12.týdne těhotenství)	15
3.3 Těhotenské změny v organismu ženy	18
3.3.1 Hormonální účinky	18
3.3.2 Orgánové změny v organismu ženy	20
4. ŽIVOTOSPRAVA TĚHOTNÉ ŽENY	25
5. PŘÍPRAVA NA KOJENÍ	29
6. PŘÍPRAVA NA POROD	30
7. PSYCHICKÉ ZMĚNY V ORGANIZMU MATKY	36
8. PSYCHICKÝ VÝVOJ NOVOROZENCE	38

VÝZKUMNÁ ČÁST

9. POPIS VÝZKUMNÝCH METOD	46
9.1 Stanovení cílů a hypotéz výzkumu	46
9.2 Metoda sběru dat	47
9.3 Charakteristika souboru	47
9.4 Analýza výsledků dotazníkového šetření	48
9.5 Přehled výsledků dotazníku a jejich grafické zobrazení	49
9.6 Vyhodnocení hypotéz	58

10. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ	64
11. DISKUZE	67
12. ZÁVĚR	70
13. SOUHRN	71
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK	75
SEZNAM OBRÁZKŮ (TEXTOVÁ ČÁST)	76
SEZNAM TABULEK A GRAFŮ (VÝZKUMNÁ ČÁST)	76
PŘÍLOHY	78
Příloha č.1 Pravidla výživy v těhotenství	79
Příloha č.2 Dotazník	80

ÚVOD

Od počátku těhotenství dochází v organismu ženy k mnoha změnám, a to nejen tělesným, ale i psychickým. Tyto změny jsou ovlivněny fyzickými, psychickými, ale i sociálními a ekonomickými faktory. Obvykle se dostaví u všech žen, a to jak u žen, které otěhotněly naplánovaně, tak i u žen, u kterých bylo těhotenství vytoužené. Intenzita změn závisí na osobnostních kvalitách těhotné a na vlivech jejího okolí. (Roztočil, 2008)

Ve této práci jsme se zabývali otázkou rozdílného prožívání těhotenství ženami, které jsou poprvé těhotné. Tyto ženy jsme si rozdělili do dvou věkových kategorií, a to ženy do 29 let věku a ženy starší 30 let, přesněji ženy ve věkovém rozmezí od 30 let do 35 let, které jsou nazývány staršími prvorodičkami. Vzhledem k tomu, že se stále mluví o zvyšující se věkové hranici žen prvorodiček, zajímalo nás, jestli se tento věkový posun také odráží v rozdílném prožívání těhotenství těchto žen, a tím pádem i v rozdílných potřebách a v přístupu k těmto ženám po celou dobu jejich radostného (mělo by být) očekávání (k čemuž mohu využít i vlastních zkušeností nejen jako porodní asistentka s několikaletou praxí, ale i jako žena starší prvorodička).

Pomocí vytvořeného dotazníkového šetření jsme se snažili zjistit v těchto dvou kategoriích těhotných žen, zda existují rozdíly v prožívání obav, zda je rozdílný přístup k těhotenství, jestli opravdu prožívají radost ze svého „nového“ stavu, tak jak se obvykle očekává, a zda těhotenství přináší i další změny, které dokáží toto období i nepříjemně zkomplikovat.

Naši práci jsme rozdělili do dvou částí. V teoretické části jsme se snažili přiblížit těhotenství hlavně z fyziologické, ale i psychologické stránky. Ve výzkumné části pak popisujeme výsledky svého šetření.

Věříme, že pozitivně prožívané těhotenství nejen jako jsou příjemné pocity, štěstí a harmonie rodinného soužití, láska a samozřejmě chtěné těhotenství, ale i správná výživa, dostatek pohybu, vyvarování se škodlivému

vnějšímu prostředí ovlivňuje dítě pozitivně. Takové dítě, o které je pečováno již prenatálně, bude s velkou láskou pečováno i postnatálně. Jeho vývoj bude klidný, harmonický, vyrovnaný jako byl doposud. Je jasné, že v životě se setká s mnoha náročnými životními situacemi, ale tento člověk ví, že na tyto situace není sám, že s ním je jeho rodina, která mu je oporou. V životě je též mnoho situací, které musí řešit rodina vůči tomuto dítěti. Je však předpokladem, že tyto situace budou řešeny tak, aby dítě bylo vychovááno, a jeho vývoj byl nenarušen. Takový jedinec se s malou pravděpodobností ocitne v dětském domově, na ulici nebo jak řeší své problémy sám, pomocí drog, nebo alkoholu. Záměrně se nevyslovujeme k otázce výchovy, neboť není předmětem naší práce a ani nám nepřísluší toto hodnotit. Myslíme, že každá matka se vždy snaží své dítě vychovat co nejlépe, s těmi nejlepšími úmysly a co nejlépe ho připravit do života.

1. PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA

1.1 Nejisté známky těhotenství

Dříve, než byl zaveden laboratorní průkaz těhotenství a ultrazvukové diagnostiky těhotenství, se určení těhotenství opíralo hlavně o průvodní známky těhotenství, jako byly morfologické a funkční změny projevující se na organismu ženy, zejména na rodidlech a také na sekundárních pohlavních znacích (např. amenorea – nepřítomnost menstruačního krvácení, změny na prsou, změny pigmentace, zbarvení sliznice apod.). K dalším změnám pak nejčastěji patřily a patří změny z oblasti psychické, jako jsou např. proměnlivost nálad, dráždivost, melancholie, plačtivost či stavy euforie a dále z oblasti neurovegetativní, kdy se jedná hlavně o závratě, mdloby, únavu, nevolnosti a zvracení, bušení srdce, změny chutí, parestezie (mravenčení, pálení, svědění), zácpa, průjmy, polakisurie (časté močení) a pak z oblasti somatické, kdy se nejčastěji jedná o pigmentaci kůže, hromadění tuku, hypertermie (zvýšená teplota) sliznic a kůže. Všechna tato znamení poukazovala a poukazují na těhotenství nejistě, proto se tyto příznaky nazývají „nejisté známky těhotenství“. (Roztočil, 2008)

1.2 Pravděpodobné známky těhotenství

Mezi pravděpodobné známky těhotenství řadíme projevy morfologické a funkční změny na rodidlech a vnitřních orgánech jako je amenorea (vynechání menstruace), lividní (nařívovělé) zbarvení vulvy a poševní sliznice, zvětšení a prosáknutí čípku a dělohy, zvětšení prsů a jejich zvýšená pigmentace. Existuje i mnoho dalších nejistých a pravděpodobných známek těhotenství, ale pro jejich nejistou průkaznost a v dnešní době přístupných daleko modernějších a hlavně spolehlivějších metod se v současné praxi nevyužívají. (Roztočil, 2008)

1.3. Jisté známky těhotenství

Pro včasnou a přesnou diagnostiku těhotenství, eventuelně pro vyloučení průvodních příznaků případného onemocnění je využíváno hlavně metod, které nám dávají jasný, rychlý a jistý průkaz těhotenství. K tomuto průkazu využíváme hlavně laboratorního vyšetření (průkaz hCG), dále pak diagnostiky pomocí ultrazvuku k prokázání fetálního (plodového) pólu v 5.týdnu těhotenství a od 6.týdne průkaz malých a velkých částí plodu, také srdeční akce a pohyby plodu. (Roztočil, 2008)

1.4 Další možnosti prenatální diagnostiky

V současné době jsou ale možnosti stanovení prenatální a ultrazvukové diagnostiky mnohem větší než „jen“ diagnostikovat těhotenství. Nespornou výhodnou těchto metod je i včasná detekce tzv.abnormálního vývoje těhotenství a s tím spojený pokles perinatální úmrtnosti a to nejen plodů, ale i matek. Tento pokrok se projevuje díky novým terapeutickým a diagnostickým metodám. (Roztočil, 2008)

1.4.1 Neinvazivní metody

Jednou z nejjednodušších neinvazivních metod, která zapojuje i maminku do spolupráce, je počítání pohybů během dne. Pomocí frekvence a intenzity pohybů nám, a hlavně mamince, toto sledování může napovědět, jak se dítěti daří. Další z běžných neinvazivních, ale již přístrojových, metod je již výše zmíněný ultrazvuk, díky němu si můžeme plod prohlédnout a pomocí přesně stanovených postupů změřit doporučené parametry a tím stanovit, zda vývoj plodu je normální. Můžeme jím také vyloučit některé vrozené vývojové vady (VVV) jako jsou různé rozštěpové vady, vady srdce, nádorová onemocnění, defekty apod. V případě zjištění některé z těchto výše uvedených vad a defektů se hlavně můžeme rozhodovat, zda tyto vady, které nám ultrazvukové

vyšetření ukázalo a následně spolu s dalšími doplňujícími a diagnosticky specifickými vyšetřeními, o tom zda jsou vůbec slučitelné se životem.

Další metodou je amnioskopie, díky které si můžeme prohlédnout plodovou vodu a tím eventuelně časně detekovat tíseň plodu (dle zbarvení VP).

Mezi neinvazivní metody řadíme také velmi často užívané CTG – kardiokografie, kterou zaznamenáváme akci srdeční plodu a činnost děložní. Správným vyhodnocením CTG pak můžeme opět předejít fatálním koncům náhle vzniklých akutních, ale i chronických stavů. Další neinvazivní metody jako jsou právě ultrazvuk, CTG, amnioskopie patří i pulzní oxymetrie, zejm. IFPO (intrapartální fetální pulzní oxymetrie), pomocí které můžeme sledovat dostatečné zásobení plodu kyslíkem při porodu. Dalšími metodami jsou analýza ST-úseku na fetálním EKG (STAN), počítačová tomografie (CT), magnetická rezonance (MR), kterých se užívá méně často a většinou na pracovištích vyššího typu. (Roztočil, 2008)

1.4.2 Invazivní metody

Metody pro diagnostiku zdravého těhotenství, zejména u populace s vysokým rizikem vzniku různých poškození plodu, jsou tak zvané invazivní metody, které si vyžadují již speciálnější postupy. Tyto postupy jsou již spojeny s určitým rizikem (0,5-1%) jako jsou např. poškození nebo ztráta zdravého těhotenství, užití diagnostické metody u populace s nízkým rizikem, která bývá spojena i s nízkou senzitivitou. K tomu, abychom se rozhodli, že matku podrobíme těmto vyšetřením je nejdříve velmi důležitý screening, který by měl být efektivní ve smyslu dosažení co nejvyššího stupně detekce (procento postižených plodů, které jsou touto koncepcí screeningu označeny za pozitivní) při co nejnížší falešné pozitivitě (procento zdravých plodů, které jsou tímto testem označeny za pozitivní). V současné době neexistuje test, který by zachytil všechny možné druhy postižení, proto je vhodné využívání těchto testů v různých kombinacích. (Roztočil, 2008)

V neposlední řadě také musíme vzpomenout i vysokou finanční nákladnost těchto testů. Proto je velmi důležitá uvážlivost, zejména individuální posouzení užití a míra efektivnosti kombinace testů.

Mezi tyto invazivní metody patří: odběr plodové vody - amniocentéza, odběr choriových klků, z nichž je tvořena placenta a část plodových obalů - biopsie choria, odběr vzorku placenty – placentocentéza, odběr vzorků fetálních tkání, fetální krve a fetální endoskopie, kdy si můžeme plod prohlédnout, nebo punkce pupečníku – kordocentéza. Ze získaných vzorků tkání pak můžeme spolu s dalšími vyšetřovacími metodami (např. cytogenetická analýza chromozómů plodu, diagnostika DNA, imunologické, biochemické a hematologické metody) diagnostikovat různé vady plodu jako jsou vrozené vady srdce, rozštěpové vady neurální trubice, různé syndromy (př. Downův syndrom, Patauův syndrom apod.), defekty plodu apod.

Důležitost těchto vyšetření jistě nemusíme nijak zdůrazňovat, neboť od jejich výsledků se dále odvíjí celý „osud“ plodu. Na těchto základech se pak musíme rozhodnout, zda je toto konkrétní těhotenství vhodné ukončit nebo v něm pokračovat, zda jsou vady slučitelné se životem či neslučitelné, zda je možná určitá korekce vad slučitelných se životem po narození dítěte. Jaká pak bude psychická zátěž kladena na dítě, které je postiženo, na matku, na otce, na bližší i vzdálenější rodinu? Jaké budou možnosti přizpůsobit okolí tomuto dítěti? A v neposlední řadě i opět otázky finančního charakteru?(Roztočil, 2008)

2. ETICKÉ PROBLÉMY PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKY

Nejen že máme znalosti a zkušenosti s prenatální diagnostikou, ale ospravedlňuje nás to k tomu, abychom tyto metody prováděli a využívali? Je naše chování v tomto případě etické? Nejedná se zde již pouze o matku, ale především i o její dítě. Má matka právo rozhodovat o „dalším osudu“ dítěte? Jsou těhotné ženy, které podstupují tato genetická vyšetření, připraveny akceptovat skutečnost, že vyšetřením nelze vyloučit i další možná postižení plodu?

Etické aspekty prenatální diagnostiky a terapie, tzv.fetální medicíny, jsou stejně významné jako jednotlivá vyšetření a invazivní zákroky, které během těhotenství můžeme provádět a provádíme. Nesmíme však zapomenout i na další etické otázky, které jsou společné i ostatním oborům, to je: řádné informování a souhlas těhotné s výkonem, řádná indikace k výkonu, zachování soukromí a lékařského tajemství, na což se váže předcházení zneužití informací – zjištěných skutečností. Další otázkou je pak navázání v dalším vyšetření a to dostupnou péčí a léčbou na nejvyšším stupni znalostí a zkušeností.(Roztočil, 2008)

3. ANATOMIE A FYZIOLOGIE TĚHOTENSTVÍ (vývoj)

Těhotenství je období ženina života, kdy se v jejím těle vyvíjí plod. Toto období trvá cca 280 dní, což je 10 lunárních měsíců (40 týdnů těhotenství) po 28 dnech. Začátek těhotenství je zahájen splynutím vajíčka (oocyty), ženské pohlavní buňky, a spermie, mužské pohlavní buňky, a je zakončen porodem plodu, čímž se z něj stává novorozenec. Podle jednotlivých vývojových fází se pak těhotenství dělí na oplození (spojení oocyty a spermie), implantaci a nidaci (zanoření a uhníždění vajíčka v připravené a hormonálně změněné děložní sliznici), což je spojeno hlavně s počátkem těhotenství. Poté nastupuje fáze vývoje plodového vejce, které můžeme dále dělit na období embryonální a fetální (období plodu). (Roztočil, 2008)



Obr.1 Pronikající spermie do vajíčka. (Nilsson, 1996, str.47)

3.1 Embryonální vývoj (3.-12.týden těhotenství)

Po období implantace a nidace vajíčka nastupuje další vývojová fáze zárodka a tou je embryonální období. Toto období nastupuje od 3.týdne těhotenství a trvá až do cca 12.týdne těhotenství.

2.týden těhotenství (preembryonální stádium)

V druhém týdnu těhotenství embryo prochází stádiu organogeneze – vývoji orgánů. Embryonální buňky se začínají diferencovat na dvě vrstvy buněk, tzv.ektoderm, který je předchůdcem zevní části embrya, a entoderm, který je předchůdcem vnitřní části embrya. Prostor kolem ektodermu je amniální dutina s amniální tekutinou, která umožňuje symetrický vývoj embrya, zamezuje tvorbě srůstů mezi plodovými blánami a embryem, chrání ho před poškozením vyrovnáváním zevních a vnitřních tlaků, ovlivňuje jeho teplotu a muskuloskeletární vývoj tím, že mu umožňuje volný pohyb. V tomto období se také vytváří další dutina – žloutkový váček, který obsahuje látky určené k výživě embrya a to až do doby, kdy může přijímat živiny od matky. Kolem 13.dne začíná být patrný zárodečný stvol, ve kterém se postupně začínají tvořit cévy, které tvoří pupečník zajišťující pokrytí metabolických potřeb embrya.

3.týden těhotenství

V třetím týdnu těhotenství se začíná mezi ektodermem a entodermem vyvíjet další vrstva, zvaná mezoderm, ze které se vyvíjí většina vnitřních orgánů jako jsou ledviny, srdce, pohlavní orgány, cévy, krevní výstelky. Z ektodermu se později vyvíjí nervový systém, mozek, mícha, kůže a kožní adnexa, z entodermu pak epitelie zažívacího, respiračního a ledvinného systému.

4.týden těhotenství

Ve čtvrtém týdnu těhotenství se na obou koncích embrya začíná neurální trubice uzavírat a mozek začíná růst, což vede k typickému zahnutí embrya do tvaru C. Ke konci čtvrtého týdne se také začínají spojovat dvě srdeční trubice a nastupuje pravidelná srdeční činnost. Začínají se také tvořit primitivní krevní buňky a spouští se i nutriční výměna.

5. - 6.týden těhotenství

Od pátého týdne těhotenství můžeme již sledovat zakládání předních končetin, diferenciaci pokračuje v průběhu šestého týdne těhotenství, kdy již můžeme rozlišit jednotlivé prsty. Také se začíná diferencovat oblast obličeje, kdy jsou rozlišitelné čelisti, nosní otvory, horní ret a spojuje se patro. Oči se přemísťují z laterálního uložení směrem dopředu a k sobě a začínají být více zřetelné. Srdce, spolu s chlopněmi, se začíná podobat svému definitivnímu tvaru. Játra začínají pracovat – vytváří krevní buněčné elementy a tím startuje i krevní oběh.

8.týden těhotenství

V osmém týdnu těhotenství jsou již vyvinuta oční víčka, která se začínají přikládat k sobě. Obličej začíná mít definitivní podobu lidského obličeje – v dutině ústní je již vyvinutý jazyk, ucho je také zřetelné, končetiny jsou plně odděleny od trupu, horní končetiny jsou ohnuty a uloženy přes hrudník. Také se stále zdokonaluje neuromuskulární vývoj umožňující spontánní pohyby plodu.

10.týden těhotenství

V desátém až dvanáctém týdnu těhotenství se výrazně vyvíjí urogenitální a gastrointestinální trakt, kdy se vyvíjí ledviny, pohlavní orgány, přemísťuje se střevo do dutiny břišní a zprůchodňuje se rektum. (Roztočil, 2008)



*Obr.2 Plod starý 10-11 týdnů.
(Nilsson, 1996, str.104)*

3.2 Fetální vývoj (vývoj plodu)(od 12.týdne těhotenství)

Zahájením fetálního vývoje, resp.ukončením embryonálního vývoje, je prakticky organogeneze ukončena. Nastupuje období vývoje plodu, kdy plod kontinuálně roste a ukončuje se vývoj stávajících struktur a zlepšení funkcí orgánových systémů. Zároveň také dochází k přípravě organismu matky na děložní činnost a tím k přípravě k přechodu plodu do prostředí mimo matčino tělo.(Roztočil, 2008)

13. - 16.týden těhotenství

V třináctém až šestnáctém týdnu těhotenství pokračuje rychlý růst plodu, kdy celé tělo je pokryto tzv.lanugem (fetální ochlupení), ale kůže je velmi tenká, skrze kterou prosvítají cévy. Následkem dalšího růstu krku a hlavy se uši dostávají více laterálněji a naopak oči se posouvají blíže k sobě. Také se urychluje muskuloskeletární růst. Plod se začíná více napřimovat, dolní končetiny se prodlužují a jsou delší než horní končetiny. Dítě se stále aktivněji pohybuje, ale matka tyto pohyby stále ještě neregistruje. Střevní trakt již produkuje mekonium a plod polyká plodovou vodu. Začíná se i ukládat podkožní tuk. Váha plodu je cca 140-200g a délka asi 80-140 mm.(Roztočil, 2008)

17. - 20.týden těhotenství

Přibližně od 18.týdnu těhotenství (u prvorodiček spíše až kolem 20.týdnu těhotenství) se plod velice výrazně pohybuje a pohyby jsou tak prudké, že matka je již schopna tyto pohyby zaznamenávat jako kopání, a tudíž si začíná své těhotenství plně uvědomovat. I akci srdeční jsme již schopni zaznamenat „pouhým“ stetoskopem. V tomto období se začíná rychlý růst zpomalovat, lanugo je jasně vidět na celém těle, nejvíce však na ramenou plodu. Také začíná růst řas, obočí a vlasů. Nehty na rukou a nohou jsou jasně zřetelné a začínají se aktivovat i mazové žlázy, které produkují ochranný mázek plodu.

Ten chrání plod před macerací způsobenou plodovou vodou. Pokračuje i další vývin a zdokonalování plic, vč.tvorby plicních sklípků a cévního zásobení. Průdušky jsou již v podstatě vyvinuty. I přesto, že se vyvíjí plicní cévní řečiště, výměna plynů není možná a je zajištěna komunikací krevního oběhu plodu a matky přes pupečník. Váha plodu je cca 200 - 400g a délka asi 140 - 200 mm. (Roztočil, 2008)

21. - 24.týden těhotenství

Plod je již proporcionálně vytvořen a dochází hlavně k nárůstu jeho hmotnosti. Přesto, že se již mázek tvoří, stále ho ještě není dostatek a proto je kůže mírně vrásčitá. Také podkožního tuku je spíše méně a tak stále můžeme sledovat cévní zásobení, které skrze kůži prosvítá. Začínají se také vytvářet individuální kožní záhyby na ploskách nohou a dlaních. Oční štěrbinu, v níž je uloženo již vyvinuté oko, se brzy otevírá. Délka plodu je kolem 200-320mm a jeho hmotnost činí přibližně 300-800g.(Roztočil, 2008)

25. - 28.týden těhotenství

Obličej a tělo plodu již začíná dosahovat svého „konečného“ vzhledu, který bude mít po porodu. Dále se zmnožuje podkožní tuk, který začíná vyplňovat kožní záhyby dosud tenké vrásčité kůže. V tomto období je plod již natolik vyvinut, že je možné jeho přežití mimo tělo matky, avšak plíce a plicní cévy jsou stále velmi nezralé. Mozek a nervový systém se sice velmi rychle vyvíjí a schopnost vyvolání rytmických dýchacích pohybů je možná, avšak velice omezená. U plodu se dokonce začíná rozvíjet i jeho termoregulační schopnost. Oči zůstávají stále otevřené. U plodů mužského pohlaví můžeme pozorovat sestup varlat do šourku. Koncem tohoto období již plod váží asi 1000 - 1200g a měří 260 – 360mm.(Roztočil, 2008)

29. - 32.týden těhotenství

Vývojem tukové a muskulární tkáně plod přirůstá i hmotnostně. Kosti jsou již plně vytvořené, ale ne zcela osifikované a tudíž jsou velice pružné a ohebné. Postupným vývojem dochází ke stále lepší mineralizaci kostí. Zmnožením tukové tkáně plod již není tak vrásčitý a více se podobá novorozeneckému vzhledu. Koncem tohoto období již nehty přesahují konečky prstů. Délka plodu dosahuje již kolem 350mm a váha asi 1800 – 2000g.(Roztočil, 2008)

33. - 36.týden těhotenství

V tomto období pokračuje růst plodu, i když není tak rychlý. Organismus se stále více zdokonaluje, kosti se osifikují a lanugo začíná mizet. Při předčasném porodu plodu je již markantní úspěšnost přežití. Délka plodu se pohybuje kolem 400mm, hmotnost přibližně 2500g.(Roztočil, 2008)

37. - 40.týden těhotenství

Od 38.týdnu těhotenství je již plod zralý. Dítě, které je většinou uloženo v typické poloze s ohnutými mozkami a ručkami před trupem, nejčastěji hlavou dolů, obvykle vyplňuje celou děložní dutinu matky a jeho pohyby jsou tudíž omezené. Kůže je hladká, většinou bez lanuga, které zůstává jen na některých okrcích jako jsou ramena, horní končetiny, ev.záda plodu. U plodů mužského pohlaví varlata sestoupila do šourku. U plodů ženského pohlaví zůstávají vaječníky vysoko v dutině břišní až do porodu. Nervová soustava se ještě více zdokonaluje zrychlenou myelinizací nervů. Také dochází ke stabilizaci cyklu bdění a spánku, který pokračuje i po porodu. Dle vlivů genetických, výživových a prostředí dítě dosahuje délky od 450-540mm a váhy od 2800 – 3900g. (Roztočil, 2008)

3.3 Těhotenské změny v organismu ženy

Vlivem vyvíjejícího se plodového vejce v dutině děložní a hormonálním změnám tělo ženy – matky velmi rychle reaguje. Prvními příznaky bývají obvykle již výše zmíněné nejisté a pravděpodobné známky a příznaky těhotenství, které při prvním podezření na těhotenství doplňujeme jistými známkami těhotenství, resp. důkladnou diagnostikou (vyšetření hCG v krevním séru, UZV – průkaz plodu v dutině děložní, průkaz akce srdeční atd.). (Roztočil, 2008)

3.3.1 Hormonální účinky

Vývojem těhotenství v těle matky se také začínají produkovat některé hormony důležité pro toto těhotenství, pro jeho vývoj, udržení a metabolismus. Jedním z nejdůležitějších „orgánů“ produkující důležité hormony je placenta, která produkuje lidský choriový gonadotropin (hCG), lidský placentární laktogen (hPL), estradiol a progesteron. (Roztočil, 2008)

Lidský choriový gonadotropin (hCG)

Nejdůležitější funkcí hCG je udržení žlutého tělíska, které secernuje progesteron v prvním trimestru. Další funkcí je stimulace syntézy testosteronu ve varlatech mužských plodů a stimulace trofoblastu k imunologické odpovědi organismu na infekční agens.

Lidský choriový gonadotropin je detekovatelný již 3. týden těhotenství, vrcholu však dosahuje až v 8. týdnu těhotenství. Hodnoty ve druhém a třetím trimestru jsou velmi nízké.

Lidský placentární laktogen (hPL)

Hlavní, přímou či nepřímou, funkcí hPL je ovlivňování metabolických dějů. Jedním z těchto dějů, na který má hPL vliv, jsou lipolýza a zvýšení cirkulujících

mastných kyselin, které jsou zdrojem energie nejen pro matku, ale i pro plod. Ti pak mohou šetřit energetické zdroje, které by získávali z glukózy a proteinů. Dalším úkolem hPL je tzv. antiinzulinový účinek, který vede ke zvýšení glykemie matky a tím ke zvýšení secernace inzulínu. Spolu s inzulínem a hydrokortizonem působí na rozvoj alveolů v mléčné žláze a s tím spojené laktaci.

Hormon hPL může být detekován od 5. týdne těhotenství a jeho hodnoty postupně rostou v průběhu prvního a druhého trimestru těhotenství dle růstu (velikosti) placenty. (Roztočil, 2008)

Estradiol (17-beta estradiol)

Estradiol působí v těhotenství zvětšení dělohy, mléčné žlázy a pohlavních orgánů. Dále ovlivňuje změny v distribuci uložení tělesného tuku, v trávicím, minerálním a vodním metabolismu. Působí také změny hematologické a cévní, stimuluje produkci melanin stimulujícího hormonu vyvolávajícího zvýšenou pigmentaci v těhotenství. (Roztočil, 2008)

Progesteron

Zpočátku je tento hormon produkován žlutým tělískem, poté jeho produkci přebírá placenta. Funkci progesteronu můžeme sledovat hned od počátku těhotenství, kdy zabezpečuje dostatečnou nutritivní zásobu pro implantující se blastocytu (vývojové stádium oplodněného vajíčka; cca 3-4 dny po oplodnění) a snižuje motilitu myometria. Další funkcí progesteronu je stimulace vývoje sekrečních ductů v mléčné žláze. Mimo to zvyšuje ukládání tuků, snižuje motilitu gastrointestinálního traktu, zvyšuje retenci sodíku a ovlivňuje dýchání, a to zvyšováním senzitivity dechového centra pro CO₂. (Roztočil, 2008)

3.3.2 Orgánové změny v organismu ženy

Změny v reprodukčním systému

Nejvíce patrné změny reprodukčního systému, které těhotná může sledovat již brzy po vynechání menstruace, jsou na mléčné žláze a postupem času na břišku, což se váže k růstu dělohy, resp. k růstu plodu v ní uloženého. Děloha je následkem hormonálních změn překrvená, mění svou konzistenci a barvu.

Těhotenské změny na mléčné žláze žena pociťuje jako napětí v prsou, zvýšená citlivost bradavek a zvětšení prsou vlivem zvětšení alveolů mléčné žlázy. Postupem těhotenství a vlivem hormonů se začíná měnit i zabarvení dvorce, který tmavne – pigmentuje. Někdy se může objevit i sekrece nažloutlé tekutiny – tzv. kolostrum, které po porodu plodu bude jeho první potravou. S růstem prsů se někdy také objevuje vznik drobných pajizévek – strií, vznikající napínáním kůže zvětšených prsů. Často také dochází k výraznějšímu prokreslení žilního systému.

Další těhotenské změny na reprodukčních orgánech probíhají na hrdle děložním, kdy pod vlivem hormonů se hrdlo postupně zkracuje, měkne a ústící žlásky více secernují hlen, který hrdlo uzavírá a tím mechanicky chrání dutinu děložní před průnikem bakterií, tedy průnikem infekce k plodovému vejci.

I pochva postupně prochází změnami (změny barvy sliznice, složení poševního sekretu, svaloviny), které opět mají za účel chránit plodové vejce před průnikem patogenních mikroorganismů.

Zevní rodidla též prochází určitými změnami, aby se postupně připravila na průchod plodu porodními cestami. Všechny tyto změny také vedou k jednomu cíli, a to k usnadnění průchodu a vypuzení plodu z těla matky. (Roztočil, 2008)

Změny v kardiovaskulárním systému

Spolu s tím, jak těhotná děloha roste, srdce se postupně vysunuje výše a mírně doleva, dále lehce rotuje kolem své osy a svalovina svalu mohutní v důsledku změn krevního tlaku a krevního objemu, který se zvyšuje přibližně o 40 - 50%.

Změny krevního tlaku na počátku těhotenství nejsou tak výrazné. Přibližně v druhém trimestru bývají tendence spíše k hypotenzii, k nízkému krevnímu tlaku, a s tím spojené kolapsové stavy. Avšak čím blíže k porodu, tím se tlak opět většinou normalizuje. Někdy může nastat opačný stav, že rodička trpí hypertenzí, vysokým krevním tlakem, a to může mít různé negativní vlivy na průběh těhotenství a na plod, proto je velmi důležité pravidelné sledování hodnot krevního tlaku.

Těhotná žena také může sama svůj krevní tlak ovlivňovat, a to svou polohou. Zejména v druhé polovině těhotenství při poloze na zádech, kdy těhotná děloha tlačí na dolní dutou žílu a tím snižuje průtok krve, resp. návrat krve z žil zpět do srdce, se může objevit náhlý vznik hypotenze. Tato epizoda se nazývá syndrom duté žíly. Stačí upravit polohu, z polohy na zádech na polohu na boku, a tento syndrom velmi rychle ustupuje. Tlak těhotné ženy se opět navrácí k normě. (Roztočil, 2008)

Změny v krevním systému

Také v krevním systému dochází ke změnám. Krevní objem se zvětšuje o 1000 - 1500 ml, zvyšuje se tvorba erytrocytů (červených krvinek) asi o 25%, klesá hemoglobin (krevní bílkovina) a hematokrit (počet erytrocytů v jednotce krve). Tvorba erytrocytů se váže k množství volného železa v těle těhotné ženy, proto mnoho žen často trpí tzv. těhotenskou anémií (chudokrevností), a proto je nutné nabídku železa zvýšit. Ke změnám také dochází i v bílé složce krve – zvyšuje se množství leukocytů (bílých krvinek), a naopak se snižuje množství krevních bílkovin. (Roztočil, 2008)

Změny v respiračním systému

S rostoucí dělohou se také mění poměry dýchacího ústrojí. Bránice a plíce jsou postupně vytlačovány výše, přibližně až o 4cm, což je kompenzováno postupným zvětšováním hrudního koše v průměru i v obvodu. Nejvíce k těmto změnám dochází kolem 20.-24.týdne těhotenství. Břišní dýchání postupně bývá nahrazeno dýcháním hrudním. Některé těhotné, i přes určitou kompenzaci, ke konci těhotenství pociťují mírné potíže s dýcháním.(Roztočil, 2008)

Změny v uropoetickém systému

Působením hormonů, progesteronu a estrogenů, tlakem těhotné dělohy a zvýšeným objemem krve jsou změny na ledvinách, močových cestách, močovém měchýři a močovodech. Tyto změny pak vedou hlavně k častějším močovým infekcím, k častějšímu pocitu na močení a k močení, ale i k tomu, že uropoetické orgány jsou v těhotenství a za porodu náchylnější k traumatu a ke krvácení.

Změny v gastrointestinálním systému

Těhotenské změny v gastrointestinálním systému začínají již v dutině ústní, kdy je zvýšená krvácivost dásní, zvýšená sekrece slin a spolu se sníženou kyselostí může vést ke zvýšené kazivosti zubů. V prvním trimestru se pak jedná zejména o nauzeu (pocit na zvracení) a zvracení, pálení žáhy, časté nadýmání a zácpu. Tyto obtíže mohou přetrvávat i po celou dobu těhotenství. Zvětšující se děloha tlačí na žilní systém a spolu se zácpou pak dalšími obtížemi bývají hemoroidní uzly.(Roztočil, 2008)

Změny v pohybovém systému

S ohledem na to, jak roste těhotná děloha a žena postupně přibývá na váze, dochází k postupné změně v umístění centra tělesné rovnováhy, což

vede k výrazné změně v postoji a chůzi. Tělo, jako kompenzaci růstu těhotné dělohy, zvětšuje svoji bederní lordózu (prohnutí směrem dopředu), čímž se zároveň přesunuje centrum tělesné rovnováhy do nohou. Velká zátěž je také kladena na šlachy a svaly střední a dolní části páteře, proto mnoho těhotných žen často trpí bolestmi zad. Také změny držení krční páteře obvykle vyvolávají bolesti horních končetin. Vysoké hladiny cirkulujících hormonů způsobují zvýšenou elasticitu pojivové a kolagenní tkáně, což způsobuje uvolnění a hypermobilitu pánevních spojů. Dojde-li k jejich přílišnému uvolnění, těhotná žena má obtíže spojené s chůzí. Chůze se stává velmi bolestivá a mění svůj charakter (tzv. kachní chůze). Obezita v těhotenství tyto obtíže ještě zvýrazňuje! (Roztočil, 2008)

Změny na kůži a kožních adnexech

V průběhu těhotenství dochází především ke změnám pigmentace kůže, pojivové tkáně a kožních cév. Nejvíce patrné známky hyperpigmentace jsou na bradavkách, pupku, linea alba (střední čára vedoucí od pupku k pubické kosti) měnící se na linea negra, vulvě a perineu. U některých těhotných se také mohou objevit pigmentové skvrny v obličeji, nejčastěji na tvářích, čelu a horním rtu. Těmto obličejovým skvrnám se říká chloasma uterinum a po porodu obvykle vymizí spontánně.

Změny v pojivové tkáni je možné sledovat zejména na kůži břicha, stehen, boků a prsou jako strie – pajizévký, které jsou zpočátku narůžovělé až fialové, později bělají, ale nikdy již nevymizí. Jedná se o trhlinky v podkoží vznikající na podkladě distenze kůže, její fragility a hormonálních změn.

Kožní onemocnění může být během těhotenství zhoršeno, nebo neměnné, někdy také i zlepšeno. Průběh bývá nepředvídatelný. Hormonální změny provázející těhotenství mohou vést i ke vzniku pavoučkovitých névů, různých varixových uzlů, výraznějšímu vykreslení žil a tvorbě hemangiomů. Hemangiomy po porodu již zcela nezmizí. (Roztočil, 2008)

Změny v metabolismu

Těhotná žena musí zajistit dostatečnou nutriční výživu pro sebe i pro správný vývoj plodu. Optimální váhový přírůstek lze jen obtížně stanovit, ale měl by být tak něco mezi 12-15 kg. Celkově v těhotenství dochází k hypermetabolickému stavu, kdy jsou zvýšené nároky na bílkoviny, cukry, tuky, minerály a vodu. Vyplavené hormony v krvi ovlivňují vylučování inzulínu ze slinivky břišní a proto některé těhotné ženy trpí tzv. těhotenskou cukrovkou. Tento stav se obvykle po ukončení těhotenství postupně navrácí k normě. Také dochází k zadržování tekutin, neboť těhotenství vyžaduje zvýšenou dodávku vody nejen pro matčino zvětšené cévní řečiště, ale také pro plod, placentu a plodovou vodu.

Změny v endokrinním systému

Těhotenství přináší i mnohé změny v endokrinním systému. Hypofýza (podvěsek mozkový) produkuje velké množství hormonů, které ve většině případů působí jako stimulanty pro další žlázy s vnitřní sekrecí. Mezi hormony hypofýzy patří růstový hormon (STH), jehož produkce je v těhotenství potlačena; prolaktin se začíná produkovat ke konci těhotenství a je důležitý pro rozvoj laktace; thyreotropní hormon (TSH) ovlivňující štítnou žlázu a metabolismus jódu svoji produkcí mírně zvyšuje, následkem může být i zvětšení štítné žlázy; folikulo-stimulační hormon (FSH) a luteinizační hormon (LH) v těhotenství klesají na minimum; adenokortikotropní hormon (ACTH), jehož sekrece se mírně zvyšuje; antidiuretický hormon (ADH), jehož hlavní funkcí je rovnováha mezi vodou a solemi v organismu těhotné ženy, tedy má antidiuretický účinek a dále vazokonstrikční účinek, což je spojeno hlavně s krevním tlakem; melanostimulační hormon (MSH), jehož zvýšenou produkcí dochází k hyperpigmentaci predilekčních míst; oxytocin, který má nejdůležitější úlohu hlavně v období porodu, kdy vyvolává děložní stahy a po porodu pomáhá ejekovat mléko z mlékovodů. (Roztočil, 2008)

Změny v imunitním systému

Mnoho teorií se snaží vysvětlit, jak je možné, že těhotenství-růst plodového vejce, které má rozdílný genotyp než matka, nevyvolává imunitní odpověď matky, která by vedla k odloučení tohoto plodového vejce. Zajímavostí také je, že incidence morbidity a mortality virové a bakteriální infekce je u těhotné ženy daleko vyšší než u ženy netěhotné.

Hormonální a buněčná imunita je v těhotenství spíše snížena a proto jsou velmi důležité bariéry proti šíření infekce. Proti ascendentnímu šíření infekce do dutiny děložní je hlavní bariérou kyselá poševní prostředí a hlenová zátka. Další důležitou bariérou jsou plodové obaly, ale i vlastní amniální tekutina. Pokud jsou všechny tyto bariéry porušeny, pak vzniklé prostředí je ideální pro růst mikroorganismů. (Roztočil, 2008)

4. ŽIVOTOSPRAVA TĚHOTNÉ ŽENY

Životospráva těhotné ženy by měla vycházet z vlastního ženina přesvědčení a s ohledem na její osobnost. Nikdo by jí neměl „diktovat“, jak má svůj životní styl měnit kvůli těhotenství. Soubor veškerých opatření a doporučení moderní lékařské vědy je samozřejmě nezbytně důležitý pro zakotvení společenské ochrany plodu a matky, avšak žena by si měla své těhotenství užívat v pohodě a klidu, a ne ve stresu a úzkosti vyvolané příkazy lékařem. I přesto, že tyto příkazy jsou na podkladě nejmodernějších vědeckých výzkumů a s těmi nejlepšími úmysly. (Sarti, Sparnacci, 2007)

Dle Roztočila (2008) není cestování vlakem, autem, letadlem nebo autobusem v těhotenství kontraindikováno. Nikdy se neprokázalo, že by vyvolávalo potrat nebo předčasný porod, avšak ženy s rizikovou anamnézou by měly být opatrnější. Určitým rizikem může být cestování do jižních zemí, kde je žena ohrožena zejména dyspeptickými obtížemi, alimentární infekcí, přehřátím a dehydratací.

Při dlouhodobém cestování je důležité cestu si správně naplánovat, a to s ohledem na čas a možnost častějších zastávek, pohodlí, dostatek tekutin a

jídla. Při cestách do zahraničí by pak těhotná neměla zapomínat na dodržování zásad předcházející infekcím, ev.ještě před odjezdem s lékařem konzultovat možnosti imunizace.

Péče o tělo je v těhotenství také velmi důležitá. Zvýšenou náchylnost ke genitálním infekcím můžeme minimalizovat zvýšenou hygienou, vhodnější je sprchování než sedavá koupel, a používáním kyselých mýdel. Zvýšené krvácivosti dásní a kazivosti zubů můžeme předcházet vyváženou stravou (zejména dostatečné množství kalcia, proteinů, vitamínů B, C, D), důkladnou hygienou dutiny ústní a preventivními kontrolami u lékaře (za těhotenství aspoň jednou). Měli bychom také volit vhodné oblečení, ve kterém se cítíme dobře, volně a pohodlně. Důležitá je i péče o dolní končetiny, neboť vlivem těhotenských změn často dochází k výskytu křečových žil (varixy). Proto je vhodné časté odpočívání, cvičení a elevace končetin.

Ženy, které nemají namáhavou práci, nepracují v nebezpečném prostředí zejména pro dítě (např.zdraví škodlivé materiály, výpary, těžká fyzická práce apod.), nemají žádné komplikace těhotenství a cítí se dobře, mohou ve své práci nadále pokračovat, ale měly by být informovány o všem, co chrání ženino zdraví, ale i její zaměstnání. Je třeba však počítat s řadou psychických změn a potíží, ale i fyzických obtíží jako jsou např.ranní nevolnosti, zvýšená únava, bolesti zad a končetin, častější močení apod. Pokud žena musí v zaměstnání příliš stát nebo chodit, nebo cestovat v ranní špičce, pak je vhodnější ženu přeradit na sedavější zaměstnání a nejlépe se změněnou pracovní dobou. (Stoppardová, 1996)

Další důležitou složkou životosprávy je pestrá, vyvážená a výživná strava, bohatá na vitamíny, minerály a stopové prvky. Složení stravy (příloha č.1) je důležité nejen pro matku, ale i pro správný vývoj dítěte. Podle Sunderlandové (2008) některé z významných chemických látek v potravě, kterou matka přijímá, ovlivňují matčino emoční rozpoložení, a to má dále vliv na plod (viz dále). Svoji náladu a pocity však může ovlivnit nejen pravidelným stravováním, ale i zařazením některých potravin do jídelníčku. Určité potraviny jsou velmi důležité pro tvorbu chemických látek, které působí v mozku. Bez nich se matka cítí unavená, bez nálady, ale naopak dodáním těchto látek, může

žena svoji náladu vylepšit, dodat si energii, zajistit si emoční stabilitu. Jednou z těchto látek je serotonin, který udržuje stálou náladu, emoční stabilitu a kvalitní spánek. Lidé, v našem případě hlavně matky, s nízkou hladinou serotoninu jsou agresivní, depresivní a úzkostní. Stavební jednotkou serotoninu je tryptofan a ten je získáván správnou potravou. Dostatek tryptofanu je možné si zajistit konzumací banánů, chleba, těstovin a tučných ryb, např. makrel a lososů. Vhodné jsou i potravinové doplňky stravy s obsahem rybího tuku. K tvorbě serotoninu je ale třeba i dalších látek, resp. potravin obsahujících vitamíny skupiny B (B₆, B₁₂, kyselina listová) jako jsou např. avokádo, banány, ryby, zelenina, brambory, kuřecí a hovězí maso. Je také možné užívat vitamíny skupiny B v tabletách (B-komplex). Pro tvorbu serotoninu je nejvýznamnější vitamín B₆, kterého stačí i o miligram méně, aby se matka necítila úplně v pohodě. Vitamíny skupiny B jsou též důležité pro tvorbu a sekreci další látky, která se nazývá GABA (kyselina gamaaminomáselná), což je klíčová látka tlumící úzkost tím, že přirozeně působí proti vysokým hladinám kortizolu a tlumí systém detekující ohrožení v amygdale¹.

Pro zajištění dostatečné psychické energie je zapotřebí látky zvané dopamin, který může zvrátit i negativní dopad mírných stresových vlivů. Pokud je dopaminu v mozku méně, matka je podrážděná, otupělá, deprimovaná a nemotivovaná k činnosti, které by jí jinak bavily. K tvorbě této látky je zapotřebí tyrosin, jehož zdrojem jsou hlavně bílkoviny (ryby, maso, ořechy, sýry). Jídlem není možné přímo posílit aktivaci dopaminu, ale je možné udržet jeho optimální koncentraci.

Další látkou přispívající k odolnosti proti stresu je omega-3 mastná kyselina nazývaná DHA (dekosahexaenová kyselina), která je velmi vlivným účastníkem mozkového chemismu, tvořící přibližně polovinu tuku v membránách buněk CNS. Tato kyselina je nezbytná pro výstavbu a zachování poddajnosti nervových struktur zajišťující správnou funkci nervové tkáně a správný přenos signálů v nervovém systému. Zároveň pomáhá zvyšovat

1., **Amygdala** (lat. corpus amygdaloideum) je párová mozková struktura obratlovců (včetně člověka), umístěna ve střední části spánkového laloku a jako součást Papezova emočního okruhu je propojena hojnými drahami do ostatních částí limbického systému a do mozkové kůry. Amygdala hraje hlavní roli ve formování a uchování paměťových stop spojených s emočními prožitky s emocionálním zabarvením. Významně ovlivňuje chování při strachu a radosti.“ (Trojan, 2003)

koncentraci serotoninu, což má za následek zlepšení nálady. DHA může žena získat ze stravy (ryby-sardinky, makrely, tuňák a lněný olej lisovaný za studena), nebo substitucí potravinovými doplňky.

Jak již bylo výše zmíněno, je také velmi důležité stravovat se pravidelně. Důležité jsou vydatné snídaně a obědy bohaté zejména na bílkoviny, které dodávají tyrosin, a polysacharidy (ovesné vločky), které zvyšují hladinu cukru v krvi pomaleji. Pokud je hladina cukru v krvi nízká, mozek nemůže pracovat, nadledviny zvyšují produkci kortizolu a adrenalinu, což vede k pocitu napětí a úzkosti. Žena by se také měla vyvarovat sladkostem a sladkým nápojům, které nejdříve prudce zvýší hladinu cukru v krvi, ale poté velmi rychle nastává prudký pokles, což zase vede k únavě, podrážděnosti a k pocitu napětí. Z těchto důvodů je vhodnější přijímat cukry ve formě ovoce. Večer je pak vhodnější dát přednost sacharidům, které jsou surovinou pro tvorbu serotoninu, který reguluje spánek.

Pokud je žena v těhotenství úzkostlivá, neměla by podlehnout pokušení pít alkohol, užívat léky (v těhotenství nevhodné), nebo snad dokonce drogy. Užívání drog typu amfetamin, extáze a kokain, nebo pití alkoholu ovlivňují vývoj mozku plodu a rovněž u něj zvyšují hladinu kortizolu, což vede k nadměrně reaktivnímu systému stresové reakce. Proč ale ženy zahánějí úzkostlivé pocity alkoholem nebo kouřením? Alkohol aktivuje GABA a nikotin posiluje systém GABA aktivací niacinu (kyselina nikotinová), může se též přechodně zvýšit i hladina serotoninu a dopaminu, což zpočátku vede ke snížení úzkosti, čilosti a uvolněnosti, ale později, vlivem poklesu oxytocinu, DHA, tryptofanu a glukózy, dochází k pravému opaku – k poklesu nálady, opět nárůst úzkosti a nervozity. I kofein zpočátku mírně pozvedá náladu, zvyšuje bdělost, motivaci a energii, neboť stimuluje noradrenalin, adrenalin a dopamin v mozku a také zvyšuje hladinu cukru v krvi. Později pak opět dochází k prudkému poklesu hladiny cukru v krvi a žena se opět cítí unavená, podrážděná a skleslá. Za tato snadná momentální řešení pozvednutí nálady se však platí tím, že pro další stejný efekt je nutné dávky zvyšovat, neboť se snižuje odpověď na receptorech.

Jak si má žena zajistit dobrou náladu? Kromě výše popsané správně kombinované stravy, další důležitou součástí života je vhodná volba

volnočasových aktivit. Obecně by se dalo říct, že každá aktivita, která ženu uklidňuje, dává jí pocit bezpečí a radosti, je vhodná a ženy by ji měly vykonávat pravidelně a často. Ať už se jedná o příjemné procházky, nejlépe na slunci, kdy se v kůži tvoří vitamín D, který též přispívá k dobré náladě, nebo různá cvičení (jóga, meditace, relaxace, tanec apod.), akupresura a masáže. Jednou z nejlepších cest ke zmírnění stresu je trávení času s emočně vřelým člověkem, vedle něhož se žena cítí v bezpečí a klidu, což vede k sekreci opioidů v mozku.

5. PŘÍPRAVA NA KOJENÍ

Žena se již v průběhu těhotenství rozhoduje, zda bude chtít kojit, nebo zda má ke kojení nějaké osobní výhrady. Dle Roztočila (2008) je důležité podporovat faktory napomáhající úspěšnému kojení a snažit se zabránit negativním vlivům, které by kojení negativně ovlivnily. Mezi negativně ovlivňující faktory patří:

- *„úzkost spojená s obavami ze selhání při kojení, pochybnosti o složení a množství mléka, nedostatečná podpora zdravotnickým personálem nebo rodinou jsou nejběžnější příčiny selhání laktace. Nutná je psychická podpora matky*
- *Anestezie, sedativa, protrahovaný porod, bolest, únava mohou začátek kojení nepříznivě ovlivnit.*
- *Podání jiné tekutiny než mateřského mléka, předčasné zavedení příkrmů před 6.měsícem, kojenecké láhve též nevhodně zasahují do počátku i průběhu kojení*
- *Nedostatečná motivace a instruktáž matky i zdrav.personálu a prosazování kojení před a po porodu, nesprávné přístupy ke kojení*
- *Zabránění včasného kontaktu matky s dítětem, oddělená péče o matku a dítě.*
- *Vnucování režimu dítěti*
- *Neposkytnutí dostatečných informací, jak udržet laktaci.*
- *Nesprávná technika kojení.“ (Roztočil, 2008, s.135)*

Kojení je nenahraditelný způsob poskytování potravy dítěti, mateřské mléko je nejpřirozenější (nejlepší složení) a nejpohodlnější výživa pro novorozence, kterou nelze ničím jiným, co se složení týče, nahradit. Kojení také kladně působí na psychický a citový vývoj dítěte, neboť je to okamžik, kdy matka a dítě sdílí nejintimnější okamžiky, čímž si vytváří silné citové pouto, které pozitivně ovlivňuje jejich budoucí vztah. Při kojení se uvolňuje oxytocin, který má nejen zdravotní výhody, ale také vliv na psychiku ženy, jak jsme již uvedli, na její pohodu a dobrou náladu. A v neposlední řadě má kojení také vliv ekonomický. (Roztočil, 2008)

Dalším aspektem kojení je také vliv délky kojení na budoucí nadváhu a obezitu dětí. Děti kojené 6 měsíců a více jsou ohroženy nadváhou a obezitou o 30-40% méně než děti nekojené nebo kojené kratší dobu. (Ludwig Maximilians University, 1999)

Pokud se žena rozhodne, že bude kojit, je důležité se na kojení připravit již v těhotenství, abychom předcházeli zbytečným komplikacím. Přibližně 1-2 měsíce před termínem porodu je vhodné začít prsy otužovat střídavým sprchováním teplou a studenou vodou, aby se stimuloval krevní oběh, bradavky jemně měkkým kartáčkem masírovat, aby při kojení nedocházelo k drobným ragádám, a tím k nebezpečí vzniku infekce. Ženy, které mají ploché a vpáčené bradavky, mohou využít různých pomůcek, které pomáhají bradavky formovat.

6. PŘÍPRAVA NA POROD

Podle Roztočila (2008) je porod dítěte dějem, při kterém dochází k vypuzení dítěte spolu s plodovými obaly, placentou, pupečníkem a plodovou vodou z organismu matky. Počet předchozích porodů, průběh, výsledek a věk matky hraje velkou roli při stanovení strategie a prognózy porodu, ev. prognózy dalších těhotenství. Když mluvíme o paritě, mluvíme o kolikátý porod se jedná, kdežto mluvíme-li o graviditě, pak hovoříme o počtu těhotenství. To znamená, že pokud je žena např. secundi gravida/primi para, jedná se o ženu, která je podruhé těhotná a poprvé bude rodit. Jak již bylo výše uvedeno, pro stanovení prognózy porodu je také důležitý věk ženy. Statisticky ideální věk pro porod prvního dítěte je 22 let, přičemž optimální ukončení reprodukčního období je do

30 let. Rodička, která rodí před 18. rokem věku se nazývá mladistvá rodička. Žena, která poprvé rodí mezi 30.-35. rokem věku, se nazývá starší prvorodička a žena, které rodí nad 36. rokem věku je pak nazývána starou prvorodičkou. Mladší a staré prvorodičky mívají vyšší výskyt těhotenských a porodnických komplikací. Pro předcházení některým komplikacím je proto vhodná příprava na porod.

Ve třicátých letech se přípravou ženy na porod jako první zabýval Angličan Dick Read, který vycházel z kritiky lékařského zasahování do porodního děje a popsal bludný kruh strach-napětí-bolest. Představoval si, že úzkost aktivuje sympatický nervový systém, což vede k napětí dolního děložního segmentu, a tím k jeho ischemii, kterou následuje bolest. Proto předpokládal, že je třeba bojovat proti úzkosti a napětí. Úzkost se pokoušel snížit tím, že porodník trávil u rodičky maximum času, o kontrakcích nemluvil jako o "bolestech", ale jako o stazích, na sále by neměly být nástroje apod. Napětí se snažil snížit nácvikem svalové relaxace. Doporučoval, aby strach byl odstraněn poučením ženy, jak ovládnout svalový tonus tělesnou relaxací, dále také přítomností manžela nebo blízké osoby při porodu a okamžitým kontaktem matky s novorozencem.

Praktičtí Američané převzaly Readovu myšlenku a přípravu zjednodušili na nácvik tří základních cviků (dle Tuppera), a to na hluboké dýchání v první době porodní, poté rychlé dýchání na konci první doby porodní, a nakonec nácvik tlačení. (Kuželová, 2003)

Přibližně ve stejné době se rozvíjela na Ukrajině psychoprofylaxe před porodem, kde její autoři, Velvovský a Platonov, vycházeli z Pavlovova učení o podmíněných reflexech a došli k názoru, že správně prováděná psychoprofylaxe vede k bezbolestnému porodu. Cílem této psychoprofylaxe bylo hlavně odstranění nepříznivých emocí jako je strach, potlačení starých podmíněných reflexů a vytvoření nových podmíněných reflexů k porodu a očekávanému dítěti. (Roztočil, 2008) Přípravu tvořilo šest sezení. Každé sezení se skládalo ze tří částí:

1. lékařské celkové a porodnické vyšetření,
2. teoretický kurz a praktické cvičení,

3. fixace naučeného opakováním ve stavu polospánku.

Přípravná sezení probíhala od 36.-38. týdnu gravidity. První sezení bylo individuální, ostatní sezení byla skupinová. Na prvním sezení se probírala anamnéza. Následné druhé sezení seznamovalo klientky s mechanismem porodu a možností potlačitelnosti porodní bolesti. Třetí a čtvrté sezení se věnovalo první době porodní a cvikům proti bolesti: hluboké dýchání za kontrakce, změkčení břicha v rytmu dýchání, tlak prsty na horní trny kosti pánevní (spina iliaca anterior superior) a vzadu dlaní na svaly Michaelisovy routy (oblast kosti křížové). Páté sezení se zabývalo druhou dobou porodní a šesté sezení pak shrnovalo všechna poučení a poznatky. V pozdější době pak byly vyvinuty různé modifikace. Nejčastější modifikací byla zkrácená příprava, která se doporučovala pro rodičky, které nemohly projít normálním kurzem. Dokonce se někdy vyučovalo až v první době porodní mezi kontrakcemi, kdy hlavním cílem bylo potlačení strachu. Další modifikace se snažily kombinovat psychoprofylaxi s hypnosuggestivní metodou, ale nakonec se jako nejúčinnější ukázala kombinace psychoprofylaxe s medikamentózní analgezií - už tehdy byl nejoblíbenější pethidin (tj.Dolsin).(Kuželová, 2003)

Myšlenky psychoprofylaxe dále rozpracoval v padesátých letech Francouz Dr.Ferdinand Lamaze, přičemž jeho základní myšlenkou bylo, že mysl (psýché) může být cvičena k prevenci (profylaxis) porodní bolesti. Zdůraznil také roli manžela(partnera), který je průvodcem ženy v těhotenství a za porodu. V Lamazeho metodě se žena učí neuromuskulární kontrole, relaxaci svalstva a speciálním způsobům dýchání. (Roztočil, 2008) Při nácviku dýchání užívá dýchání povrchové, zrychlené nebo vzdychavé a místo „uvolněného klidu“, ve kterém jsou podmíněné reflexy upevněny mluveným slovem, se užívá „neuromuskulární výchovy“ - různých relaxačních technik.(Kuželová 2003) Zdůrazňoval přirozenost porodního děje, ale nedoporučoval termín „bezbolestný porod“, neboť byl-li porod i po přípravě na něj bolestivý, pak žena pociťovala neúspěch, zklamání a pocity viny a prohry.(Roztočil, 2008)

Dr.Vellay, který byl žákem Dr.Lamaze, spojil psychoprofylaxi s teoretickými předpoklady psychoanalýzy. Jeho inspirací, kromě Lamazeho psychoprofylaxe, byly i práce analytičky Deutschové. Zavrhl jakoukoli porodní

medikaci, neboť k vytvoření emočního vztahu matky a dítěte je nutné, aby matka prožila porod bez farmakologického ovlivnění.

Od Vellaye už vedla přímá cesta k jeho žáku Frédericku Leboyerovi, který je autorem tzv. něžného porodu (Leboyerova metoda, porod bez násilí). Leboyer předpokládal, že běžné porodnické postupy nejsou nutné pro zvýšení fyziologické bezpečnosti porodu, ale spíše představují traumatizující ataku na dítě v době, kdy jeho citlivost je nejzranitelnější. Základem Leboyerovy metody byla tedy minimalizace tohoto násilí a to postupem, který se snažil vytvořit obdobné podmínky, v jakých se dítě dosud vyvíjelo. (Kuželová, 2003)

Dalším Vellayovým žákem je dnes populární Michel Odent, autor myšlenky porodu do vody, prenatální péče a přípravy na porod, kdy důraz je kladen hlavně na smyslové vnímání plodu stimulací kinetickými a vibračními jevy, jako je např. tanec a zpívání. Při porodu si žena sama aktivně vyhledává polohu, která jí vyhovuje. Aby se žena cítila uvolněně a příjemně, je vhodné, když je pokoj civilně zařízen, přítomnost dalších osob je omezena na rodinu a porodní asistentku, se kterou je vhodné, aby rodička navázala nejužší možný kontakt. V průběhu kontrakcí je vhodné, aby rodička relaxovala ve vaně s teplou vodou, kdy obvykle kontrakce bývají účinnější a vnímání jejich bolestivosti bývá nižší. Odent a Leboyer doporučují, aby rodička nezadržovala křik, neboť co nejvíce má být snížena kontrola jejich projevů mozkovou kůrou. Porod má být veden za šera, ticha, čímž se zabrání nepříjemné stimulaci světlem a hlukem právě se rodícího človíčka. Dítě je hned po porodu umístěno matce na břicho, aby bylo v kontaktu s jejím „lidským teplem“. Důraz je také kladen na okamžité přiložení dítěte k prsu, umožnění mu přisátí a tím dán podnět ke stimulaci k tvorbě mateřského mléka. Pupečník má být přestřížen až po jeho dotepání, čímž je zaručena stálá oxygenace dítěte (přes zatím neodloučenou placentu a počínajícím vlastním dýcháním novorozence). Cílem porodu bez násilí je tedy porodit novorozence, který je zbaven tohoto porodního stresu. Je však otázkou, zda za takového stavu bude plně vyjádřen genetický potenciál novorozence ve vztahu ke stresu a zátěži, a jak bude v pozdějším životě na stres a zátěž odpovídat. V současné době již můžeme pozorovat, že mnohé zásady „porodu bez násilí“ se staly běžnými. Pokoje bývají příjemně zařízené, rodička si může

vybrat, kdo ji bude při porodu novorozence doprovázet, po porodu zůstává dítě s matkou, pokud to stav novorozence dovoluje. Na druhé straně je třeba podotknout, že nelze úplně upustit od zaběhnutých vyšetřovacích a přístrojových metod sledování rodičky a tím ohrozit zdraví matky a dítěte.

U nás se metody psychoprofylaxe široce uplatňovaly v padesátých letech, avšak přecenění jejich možností při zabezpečování porodu vedlo k jejich postupnému opouštění. Nový rozkvět psychoprolaktických kurzů začíná v osmdesátých letech s postupující „humanizací porodnictví“ a po stanovení reálných cílů. Ženy jsou poučeny o průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, dále jsou seznámeny s prostředím porodního sálu, získávají teoretické a praktické vědomosti o svalové relaxaci, způsobech dýchání a nácviku chování za porodu. Někdy bývají do kurzů také včleňovány prvky jógy a hypnózy. Roztočil (2008,s.150) uvádí „klady přípravy na porod“ :

1. *Snižuje porodní bolesti a úzkost*
2. *Snižuje nutnost aplikace léků, jako jsou uterokinetika, spasmolytika aj.*
3. *Zkracuje porod*
4. *Zvyšuje sebekontrolu rodičky*
5. *Psychologický přínos prožitku z porodu*
6. *Žena prožívá radost ze spolupráce s manželem*
7. *Vytváří se pozitivní vztah matky k novorozenci*
8. *Jsou vytvořeny předpoklady pro zdárný průběh šestinedělí“*

Základní přípravu na porod by měla vést zkušená porodní asistentka, která prošla minimálně tříletou praxí na porodním sále a měla by být dostupná pro všechny ženy, které o ni mají zájem. Struktura kurzů je různě modifikovaná, jak je uvedeno níže, avšak obvykle záleží na možnostech jednotlivých pracovišť. Vhodné je pokud kurz probíhá v návaznosti na ženu zvolený porodní sál.(Roztočil, 2008)

Dalšími odborníky, kteří se zabývají porodnictvím a přípravou žen k porodu, byli kanadský fyziolog Melzack, který se zabývá hlavně porodní bolestí, a Dr.Sheila Kitzingerová zabývající se přístupem v porodnictví.

Z Melzackových myšlenek, které vycházejí z vlastních měření porodní bolesti, vyšla nová koncepce přípravy těhotných žen k porodu. Tato koncepce

už nezdůrazňuje analgetický účinek, ale snaží se ženu připravit nejen na fyziologický porod, ale i na komplikace a operace, které mohou nastat. Zjistil, že ženy vstupují do porodu s nerealistickými představami o tom, co je čeká, a důsledkem pak jsou i vážné psychologické komplikace, pocity selhání, viny a negativní pocity vůči sobě, porodu nebo personálu. (Kuželová, 2003)

Dr.Kitzingerová pak poukazuje na nehumánní moderní vedení porodu řízený nemocnicí, bez vlivu matky. Sama vychází z toho, že porod je velmi osobní a intimní zážitek a rodičí matka by tudíž měla být spíše aktivním účastníkem než pasivní pacientkou. Zdůrazňuje, že matka by měla mít možnost výběru způsobu porodu a respektu jejích přání. Dále byla přesvědčena o tom, že těhotenství a porod není nemoc, tudíž by se nemělo s rodičkou a jejím partnerem zacházet jako s pacienty, nýbrž jako s dospělými, jejichž právem je říci veškerá rozhodnutí spojená s narozením jejich dítěte. (Stoppardová, 1996)

Současný program předporodní přípravy těhotných v České Republice vychází z koncepce vypracované Psychosomatickou sekcí Gynekologické a porodnické společnosti v 80. létech, jejíž autorkou je PhDr. Marie Pečená. V běžné praxi se však setkáváme s určitými modifikacemi. Kuželová (2003, s.41-42) uvádí, že „v tomto pojetí příprava zahrnuje 6 hodin:

- 1. lekce: cíl přípravy ženy k porodu, termín porodu, tělesné a psychické změny v těhotenství, výživa, oblékání, životospráva.*
- 2. lekce: vnímání bolesti, teorie bolesti, možnosti ovlivnění bolesti, posílení sebedůvěry.*
- 3. lekce: předporodní období, kdy do porodnice, příjem, první doba porodní, včetně nácviku dýchání, masáže a akupresury.*
- 4. lekce: druhá doba porodní, včetně nácviku polohy a zadržetí dechu, operativní porod, třetí doba porodní, doba poporodní.*
- 5. lekce: tělesné a psychické změny v šestinedělí, kojení, šestinedělí po císařském řezu, hygiena a životospráva v šestinedělí, sexualita po porodu.*
- 6. lekce: současné trendy v péči o matku a dítě, vývoj vazby matka-dítě, polohování, výživa a hygiena dítěte, raný vývoj dítěte a jeho výchova.*

Dnes se stoupajícím rozšířením přítomnosti otce u porodu přibývá i zavzetí otce do předporodní přípravy. I když mnohé porodnice to nevyžadují, je

to rozumné už proto, aby se otec včas dověděl, co ho u porodu čeká a jak se má chovat.

Psychoterapeutické metody přípravy těhotných musí provádět školený psychoterapeut, což může být lékař nebo psycholog, pouze výjimečně i porodní asistentka s psychoterapeutickým výcvikem. Jsou určeny pro speciální případy, především pro velmi úzkostné ženy. Použít lze různé techniky, kognitivně racionální psychoterapii, hypnózu, autogenní trénink, pro odstranění strachu z porodu byla modifikována behaviorální metoda systematické desenzitizace.“

7. PSYCHICKÉ ZMĚNY V ORGANISMU MATKY

Dle Roztočila (2008) těhotenství představuje jednu z vývojových krizí ženina života, tj. období výrazných změn, kdy se žena nachází mezi tím, čím byla, a tím, čím se má stát. Učí se a přivyká nové životní roli, některé modely chování musí reorganizovat, od některých upusti a doplnit nové typy chování. Tato fáze nevyrovnanosti často vede k pocitům úzkosti, ztracenosti, zmatku, nemocnosti, ale i nostalgie pro způsob života, jaký byl, a který se již nedá vrátit zpět. Důležitou součástí nové role je, aby člověk byl ve své nové roli akceptován a přijímán svým okolím.

I z psychologického hlediska lze těhotenství dělit do tří trimestrů, kdy v první třetině je těhotná hlavně zaměřena na sebe, stává se introvertní, sleduje vlastní tělo a snaží se ujistit, že je opravdu těhotná. Úkolem tohoto období je přijetí těhotenství. Typické emoční projevy jsou pak rozladěnost, nejistota, náládovost. Když začne žena pociťovat pohyby plodu, vstupuje do druhé třetiny. Žena si začíná plně uvědomovat své těhotenství – existenci plodu, cítí se dobře a všemi způsoby se snaží své těhotenství podporovat, aby jeho průběh byl co nejlepší a udělat vše proto, aby hlavně dítě bylo zdravé. Poslední třetina tohoto období je charakterizována dobou, kdy se žena obává předčasného porodu a zároveň by už chtěla porodit. Toto období je charakteristické tzv. „stavěním hnízda“. Projevuje se silná citová ambivalence, strach z porodu, strach o svůj život a o život dítěte, a zároveň se těhotenství stává nepohodlným a žena si přeje, aby měla již vše za sebou a aby se už mohla starat o dítě. S tím

přicházejí další obavy, a to, zda se o dítě dokáže správně postarat, zda ho dokáže dobře vychovat.

Během těhotenství a po narození dítěte dochází k vývoji mateřské identity, který je tvořen několika procesy, jimiž se žena snaží vyrovnat s vývojovou krizí provázející těhotenství. Mezi tyto procesy patří imitace (napodobování chování osob – např. těhotenské oblékání), hraní rolí (aplikace role na konkrétní situaci – př. péče o kamarádčino dítě), fantazie (představy, obavy, sny – př. jaké dítě bude), introjekce - projekce - akceptace/negace (vnímání chování druhých osob – představení si sebe samu v dané situaci – přijetí/odmítnutí tohoto způsobu chování) a smutnění (vzdání se svého dřívějšího já), jejichž cílem je integrace vlastního ženina já do nové role.

Dle Stoppardové (1996) neustálé kolísání hladiny hormonů v matčině těle vede ke změnám nálady od euforie až po depresi. Žena začíná být hyperkritická, podrážděná, nervózní, přehnaně reaguje na bezýznamné situace, může si i přestávat věřit, nebo dokonce upadat do záchvatů pláče a depresi. Někdy se také může trápit kvůli svému vzezření, může trpět obavami, zda po těhotenství nezůstane otlá, zda vůbec bude ještě přitažlivá. Někdy žena prožívá protikladné a rozporuplné pocity, kdy v jednu chvíli je velmi šťastná a těší se na potomka a na druhé straně ji zachvacují stavy úzkosti, zda bude dobrá matka, zda dokáže své dítě dobře vychovat, jaké další povinnosti ji ve spojení s dítětem čekají. Ženy často trpí různými obavami, jako je např. strach z porodu, zda zvládne porodní bolesti, zda bude umět správně dýchat, spolupracovat, zda nebude křičet, bude se umět ovládat, bude-li nutná epiziotomie, nebo zda porod neskončí císařským řezem. Dalším strachem bývá strach o dítě – zda bude zdravé, zda po porodu bude hned dýchat. Žena také mívá obavy o svou roli jako dobrého rodiče – zda bude umět správně o miminko pečovat, zda mu neublíží, zda pozná, když bude nemocné. Některé ženy mohou mít i obavy existenciálního původu, jako jsou otázky spojené s finanční stránkou, kdy se mohou obávat, zda budou mít dostatek finančních prostředků na zabezpečení základních potřeb dítěte – např. na pleny, v případě nutnosti na umělou výživu apod., nebo obavy spojené s otázkou bydlení (dostatečně velký byt, mít vůbec kam s dítětem jít atd.).

U starých prvorodiček (nad 35 let) pak bývají obavy spojené s věkem (zda není „stará“ na těhotenství), obavy spojené s odezvou okolí na její těhotenství. V případě neplánovaného otěhotnění jsou první myšlenky na ukončení těhotenství, které se později, pokud žena dítě donosí a porodí zdravé dítě, mění v pocity štěstí a radosti. Avšak vedle prožívané radosti také často ženy myslí na své prvotní úvahy s výčitkami. (Biermann, Raben, 2006)

Vzhledem k tomu, že psychický stav ženy může ovlivnit vývoj mozku dítěte, je velmi důležité, aby žena v těhotenství o sebe duševně i tělesně pečovala. Již od 7. týdne těhotenství se v krevním oběhu embrya (později plodu) nachází opioidy. Ale pokud matka žije ve stresu, zejména v posledních třech měsících těhotenství, mohou se přenášet mimořádně vysoké koncentrace kortizolu a glutamátu (tzv. stresové látky) přes placentu do mozku plodu. Některé výzkumy naznačují, že pokud je plod vystavený vysokým hladinám těchto stresových látek, může mít v dětství, ale i v dospělosti sníženou schopnost zvládat stres, dále jsou jedním z rizikových faktorů deprese a sklonu k vyhledávání v pozdějším životě drogy. Dítě stresované již v těhotenství může být po narození velmi neklidné. Dokonce bylo zjištěno, že v některých případech stresu v těhotenství se u plodu sníží expresivita některých genů pro důležité hormony a látky emocí, což vede k tomu, že se geny neprojeví tak, jak by se předpokládalo, takže příslušné látky se nedostanou v mozku na správné místo. (Sunderlandová, 2008)

8. PSYCHICKÝ VÝVOJ NOVOROZENCE

Již odedávna se usuzovalo v to, že se dítě vyvíjí samo, v temném lůně, oddělené od světa neproniknutelnou abdominální stěnou. A tak se na vývoj dítěte v těle matky hledělo jako na samostaný živý útvar, který se vyvíjí pouze po stánce fyzické v závislosti na matce a na výživě, kterou od matky čerpá. O psychologické části se nevědělo vůbec. Nanejvýš se usuzovalo na genetické dispozice.

Teprve v posledních čtyřiceti letech se začalo hovořit o tom, že matka pod svou duší skrývá něco více než jen NĚCO. Že se jedná o lidský život, který je schopen vnímat okolí svými smysly, že má schopnost usuzování.

Zprvu byly poznatky získávány nepřímo, z pozorování chování nezralých dětí ošetřovaných v inkubátorech. Ovšem předčasně narozené dítě žije v jiném prostředí (jiné podněty), tudíž projevy nemusejí být totožné s reakcemi stejně starého plodu in utero. (Langmaier, 1983)

Dnes, pomocí různé techniky jako jsou např. USG (ultrasonograf), fetální encephalografie, termografie, izotopové techniky, EEG (elektroencefalografie), amniografie atd., která registruje spontánní aktivity a reakce na podněty, se zaměřujeme na:

1. srdeční aktivitu - zejména na změny ve smyslu akcelerace, decelerace ozev plodu
2. průtok krve pupečnickem, což souvisí s jeho dostatečným zásobením kyslíkem
3. aktivní pohyby plodu
4. somatický vývoj spojený s včasnou diagnostikou eventuelních patologií
5. funkce mozku, jeho prokrvení

Nyní se však zaměříme na jednotlivé smysly podrobněji, z pohledu psychologie, se záměrem spojitosti matka – dítě.

Hmat

V 7,5 týdnu má plod vyvinutý smysl hmatu. Reaguje na tlak, lehký dotek, teplotu, bolest. Nervový systém již pracuje. Lehký dotek obličeje způsobí, že se dítě odvrátí. Pozvolna se hmat vyvíjí i v ostatních částech těla a již v polovině těhotenství je rozšířen po celé kůži těla a sliznicích. A proto je důležité dotýkání, a tím navazování spojení rodičů, sourozenců s dítětem, které tak cítí jejich lásku.

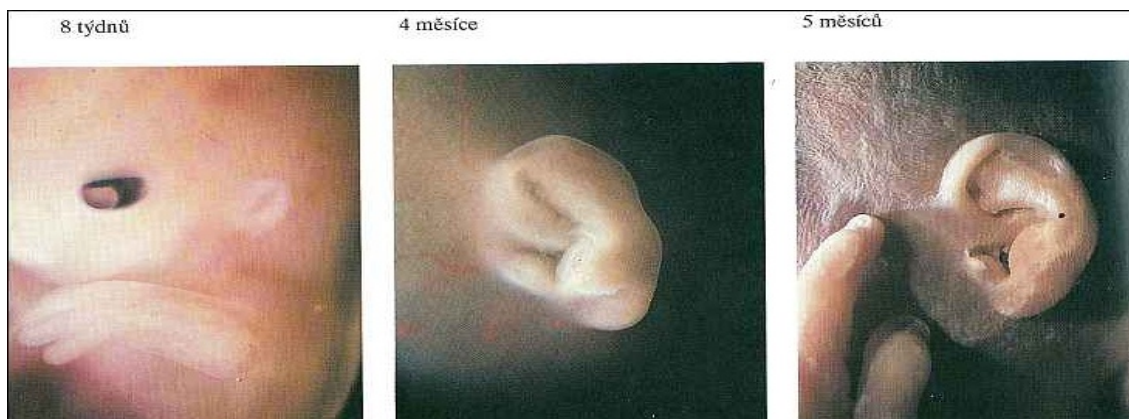
Na ultrazvuku můžeme vidět ruku prenatálního dítěte, jak drží pupeční šňůru, jak se tím dotýká matky, a tím s ní vytváří tzv. BONDING - vazbu, první z mnoha vazeb. Tento kontakt vnímá všemi smysly, kterými je už schopné

vnímat. Sledujeme též, jak si s pupeční šňůrou hraje a spekulujeme nad tím, že tato stimulace přivádí nejen stavy změněného vědomí, ale podle zjištění u chlapců, i sexuální pocity. Tato kvalita je celý život, i když musíme přiznat, že někdy je větší a někdy menší. Můžeme též sledovat velice významné taktilní pocity. Plod vytváří velké množství taktilních vjemů z prostředí, ve kterém žije. A co je důležité - že tyto vjemy s vývojem kůže, s vývojem ektodermu, ze kterého se také vytváří nervová soustava, jsou jedny z nedůležitějších smyslových orgánů po celý život.

A proto je také důležité, aby nenastala dyskontinuita jako ohrožení lidské homeostázy. Mluvíme o kontinuitě jako o záruce života, přežití, a to dobrého přežití. A náhle po porodu, tom úžasném bondingu, dítě vezmeme a provádíme s ním takové věci jako je mytí, oblékání a hlavně odnášení od matky. To je velice vážná dyskontinuita - separace. Tudíž je velmi důležité, aby dítě bylo hned po porodu dáno matce na břicho, aby taktilní kontakt zůstal. Dítě si samo najde bradavku a začne pít. Nastane úplně normální přechod do nového prostředí. Nestará se o žádnou pupeční šňůru, protože to není důležité.

Sluch

Naslouchání je další schopností, kterou je plod obdařen. Ve 20. týdnu, kdy je dítě veliké asi 250mm a váží asi 300 - 800g, pozorujeme již spánkový a bdělý stav, záhy pak reakce na zvukové podněty, tlak, bolest, vizuální podněty (blesknutí světla prochází abdominální stěnou matky). Funkční a sluchový aparát se dá přirovnat k dospělému. Je zde nebezpečí poškození a to již v lůně, kdy matka prodělala infekční onemocnění a to zejména v době, kdy se utváří sluchové ústrojí, anebo později v inkubátoru, vystavením frekvencím vyšším 90 decibelů. To by si měli uvědomit rodiče, kteří rádi poslouchají hlasitou hudbu. Pozorujeme, že děti matek poslouchající hudbu Vivaldiho a Mozarta byly klidné, kdežto děti matek poslouchající Beethovena, Brahmsa nebo rockovou hudbu reagovaly tak mocným kopáním, až některé matky skončily se zlomenými žebry.



Obr.3 Vývoj vnějšího ucha. (Nilsson, 1996, s.110)

Matky též potvrzují, že plod sebou trhne při náhlém zvuku jako jsou např. zahoukání auta, houkání hasičů nebo i potlesk na koncertu. Musíme si uvědomit, že uvnitř lůna, kde se mísí hlasy z vnějšku s hukotem toku krve arteriemi zásobující placentu a dělohu, střevní peristaltikou a bušením srdce matky, působí další náhlý zvuk přicházející z vnějšku přímo děsivě. Dá se očekávat, že dítě vystavované nadměrnému hluku a děsu si přinese na svět nervozitu. V životě je pak každý zvuk snadno vyleká a vyvolá nervózní reakce.

Dítě vede dialog s matkou, které rozlišuje veškeré emocionální zbarvení jejího hlasu, a ten se pochopitelně rozšiřuje o dialog s otcem a s celým psychosociálním prostředím matky. Tento dialog, je - li pozitivní, můžeme nazvat jako kreativní, neboť se vytváří kreativní spolupráce. Tedy prenatální dítě je jako partner nejen biologický, ale i sociální, ve vzájemné interakci. Pochopitelně, není každé těhotenství ideální, není každé kreativní. Jsou také dny, kdy si matka přeje, aby těhotenství vůbec neexistovalo. Když ale myslíme na možnosti pozitivního ovlivnění, tak ty jsou nesmírně veliké. "Ideální dítě je milováno již prenatálně". Pocit být milován dítě určitě prenatálně vnímá, to patří mezi základní lidské potřeby. Když je dostane, tak je může dát dál. Když je nedostane, tak je dát dál nemůže. A skutečně nepovažujeme za naivní, že optimální prenatální a perinatální doba by také mohla být prevencí sociálních problémů jako je násilí.

V prenatální době dítě získává též sociální interakce - je zde určitý aktivní kontakt s matkou. Matka emociálně reaguje na spontánní pohyby

plodu a tyto emoce zpětně, pomocí zvláštních vzorců podnětových situací, na něj působí. Tento dialog, toto vysílání vědomých a nevědomých signálů, má charakter preverbální řeči a je základem pro další nonverbální komunikaci po narození. Jeho očekávání, hostilita, nepřátelství, láska, ambivalence ovlivňují dítě i jeho další vývoj.

Existují domněnky, že ku příkladu vědomé nebo nevědomé vysílání signálů o žádaném nebo chtěném pohlaví může ovlivnit toto dítě v sexuální identifikaci. Co je ale jisté, že v době sexuální diferenciaci mozku se tato diferenciaci urychluje hormonálním posunem (hlavně testosteron). Dysbalance, často z důvodů psychosociálních (např. deprese matky), může vést skutečně k poruchám mozkové diferenciaci.

Chuť

Již v 7. týdnu můžeme pozorovat chuťové buňky, které vyžívají kolem 14. týdnu. Ty, jako malé mikroreceptory, shromažďují a integrují informace vysílané do mozku. Dítě neustále polyká. Pije a tráví 15-40 ml za hodinu, a pokud toto není možné, děti jsou malé a podvyživené. Dr. W. Liley se domnívá, že předporodní podvýživa je způsobena apatií, která může vést až k hladovění. Příčiny mohou být psychologické. Dítě odmítá žít, což je depresivní následek nedostatku lásky. Podvýživa však může být též způsobena nedostatečnou výživou nebo kouřením či pitím alkoholu, kdy se mění chuť plodové vody a dítě jí odmítá pít. Mírokamerou můžeme zaznamenat, jak se dítě šklebí, polykání se zcela zpomaluje. Naopak intravenózní aplikací např. glukózy do krevního oběhu matky sledujeme, jak se polykací aktivita dítěte zvyšuje.

Od 9. týdne si děťátko cucá prsty, což po narození rodiče považují za zlovyk. Avšak tento "zlovyk" je pocíťován jako zábava a rozkoš. Dítě se rodí s mozolkem na palečku. To je i důkazem koordinace ruky a úst.



*Obr.4 Prstík dotýkající se rtu.
(Nilsson, 1996, s.130)*

Řeč

Ve Skandinávii bylo pomocí akustické technologie objeveno, že plod přijímá a registruje znaky řeči přenášené k němu od matky. Zjistilo se, že děti si v amniové tekutině zkoušejí neuromuskulární gesta, která jednou budou užívat k pláči a vokalizování. O schopnosti učení se jazyku v lůně bylo zjištěno na extrémně předčasně narozených dětech, jejichž intonace pláče, rytmus a ostatní charakteristiky projevu byly shodné s matčinými. Poukázalo se též na to, že děti němých matek nepláčejí, anebo jen vydávají jakési zvuky. Usuzujeme tedy, že jim chybí ony " lekce " v lůně. A to by mělo vést k tomu, aby matky se svými nenarozenými dětmi komunikovaly, ale nejen matky, nýbrž i otcové a sourozenci, protože z této komunikace se dítě učí.

Učení

Dnes přibývá mnoho důkazů o schopnosti prenatálního dítěte se učit. Jedním druhem učení je přivyknutí. Pouze 10 % novorozenců, jejichž matky žily blízko letiště, plakalo při startování letadla. Na rozdíl tomu 50 % novorozenců, kteří na takovýto hluk nebyli před porodem přivyknuti, plakali. Pozorujeme též, že děti, kterým matka před porodem zpívala stejnou písničku, dávají této písničce přednost před ostatními. Pokud totiž tyto děti plakaly, při této písničce se vždy ztišily a pozorně naslouchaly. Projevovaly též zájem o stejnou pohádku, kterou jim matky četly ještě před porodem. Ostatní děti reagovaly na všechny písně stejně.

Přítomnost citu potvrzují nejen lidé regredovaní do předporodního období, kdy zažívali plnou škálu citů od radosti po smutek, ale i lékařů mluvících o plačících plodech - tento jev se nazývá vagitus uterinus. Je řídký, ale autentický. Je možný, pouze když je v plodové vodě vzduch, který se tam může dostat pouze při amniogramové porceduře nebo při protržení plodových blan. V lékařské literatuře se můžeme o pláči dočíst ve spojení s obstetrickými zákroky, použitím kleští při porodu nebo připojení elektrod k hlavičce plodu. Některé plody bylo dokonce slyšet plakat při potratu ve 21.-24. týdnu. Také vážná

onemocnění, různé toxicity jako je nevhodné jídlo, léky a drogy, též násilnosti mezi manželi, úrazy a neštěstí vzbuzují u nenarozených dětí emoce. Ohrožení plodu též hrozí již před koncepcí, pokud jsou rodiče vystaveni nukleárnímu a elektromagnetickému záření na svých pracovištích.

Emoce mají na plod značný vliv, což dokazují studie z Irska, kdy stres matky během těhotenství může vést k vážným poruchám, jako je plod s abnormálními končetinami až narození mrtvého plodu. I negativní přístup k těhotenství může vést k význačným abnormalitám. Ale tyto stavy jsou též úzce spjaty s nemocností dětí, jejich neurologickými dysfunkcemi, opožděným vývojem a poruchami chování, jak již jednou bylo zmíněno.

Na abnormalitách se mohou podílet i otcové (spermatem), jestliže kouří, pijí alkoholické nápoje nebo větší množství kávy, požívají léky nebo dokonce drogy, a nebo jsou vystaveni ve svém pracovním prostředí otravným látkám jako je např. olovo.

Prenatální dítě je též schopno tzv. těžit ze zkušenosti (spojení mezi zvukovým a dotykovým podnětem). Dr. W. Liley říká: "Plod je aktivní, tj. ovládá ("kontroluje") prostředí, a to nejen svou reakcí na změnu polohy matky vyhledáváním nejpohodlnější polohy, ale někdy se stává i iniciátorem jejích pohybů. Do jisté míry určuje dobu porodu a aktivně při něm pomáhá (zdravé, živé děti se rodí lépe než mrtvé). Novorozenec uložený do postýlky, při dostatečné volnosti, se pohybuje téměř vždy ve směru hlavičky (jako za porodu).

Funkční teratologie

Je známo mnoho funkčních poruch, tedy nestrukturálních². Jsou to endogenní, teratogenní faktory, které v typických obdobích vývoje mozku,

² Pod funkcí si představujeme všechny potenciální danosti a vlastnosti, které má toto prenatální dítě. Jsou dány také biochemickými a hormonálními funkcemi. Ty se .zde nacházejí již od počátku. Jsou to neurotransmitery, které přijímají, převádějí a skladují informace. Všechny kvality jsou již přítomny, dávají možnost vytváření struktury. "Funkce předchází struktuře " a je podkladem toho, aby se struktura vůbec vyvinula. Tzn. řečeno primitivně - " slyšíme ne proto, že máme uši ale uši máme proto, protože vlastníme potenciální funkci slyšení. Uši máme proto, aby se tato funkce zrealizovala, a aby se vytvořila struktura ". Hormony v těhotenství, podobně jako neurotransmitery, hrají roli determinanty vývoje osobnosti. Když je dítě vystaveno sekreci (vyšší nebo nižší) různých hormonů, může tato situace ovlivnit prenatální vývoj mozku. Následně pak může způsobit poruchy dalšího postnatálního vývoje. To se též týká neurotransmiterů, které jsou vlastně organizátory lidského mozku. (Marek, 2002

ovlivňující metabolický a hormonální vývoj a pochopitelně zdraví prenatálního dítěte. Posuny v hormonech mohou být způsobeny prenatálními faktory jako je stres u matky, depresivní stavy matky, hormonální deviace, imunologické poruchy atd. Proto je prenatální doba unikátní doba pro primární prevenci. Péče po narození dítěte v tomto směru je jistě důležitá, ale jako prevence - to už bývá většinou pozdě. Chceme-li tedy udělat něco pro zdraví, jak ze strany matky, tak ze strany dítěte, pak na to máme prenatální dobu.

Tato prenatální doba představuje prakticky první ekologickou situaci. Nyní se hodně hovoří o ekologii, o znečišťování, ale zapomínáme na první prostředí, což je děloha a plodová voda. Ty bývají často "znečištěny", a to faktory psychologickými, finančními a také duchovními.

O placentě se věřovalo, že tvoří jakousi ochrannou bariéru proti vnějšímu světu. Nyní zjišťujeme, že je spíše orgánem transportním. Co se děje v matce, to se děje i v prenatálním dítěti. Dítě s matkou prožívá smutek i radost, únavu i energii. Jestliže tančí, tančí s ní, jestliže cvičí, cvičí s ní, jestliže skáče, skáče s ní. Podílí se též na její stravě, nemocech, kouření a jiných zlozvycích.

Dítě je ovšem také v nevýhodě, jelikož je na matce závislé. A má-li nerozumnou a nevzdělanou matku, prožívá v ní trpké a mnohdy i bolestivé chvíle, a to jen kvůli své bezmocnosti. (Marek, 2002)

VÝZKUMNÁ ČÁST

9. POPIS VÝZKUMNÝCH METOD

9.1 Stanovené cíle a hypotézy průzkumu

Hlavním cílem anonymního šetření bylo zjistit rozdíly v prožívání těhotenství ženami prvorodičkami do 29 let a ženami tzv. staršími prvorodičkami nad 30 let. Naším cílem bylo zjistit, zda existují podstatné rozdíly mezi obavami žen těchto dvou kategorií, zmapovat postoje prvorodiček k těhotenství, ke zdravému životnímu stylu a k objektivním zdravotním problémům.

Cíl 1: *Zjistíme, jestli ženy prvorodičky rozdělené podle věkových kategorií budou mít odlišné prožívání obav v těhotenství.*

Hypotéza 1 - Ženy prvorodičky do 29 let věku budou vypovídat signifikantně méně často o prožívání obav v souvislosti se svým těhotenstvím, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

Cíl 2: *Zjistíme, jestli ženy prvorodičky rozdělené podle věkových kategorií budou odlišně dodržovat životosprávu.*

Hypotéza 2 – Ženy prvorodičky do 29 let věku budou dodržovat signifikantně méně zdravou životosprávu (odpovídající tělesná aktivita, zdravá výživa, absence kouření, alkoholu, drog apod.), než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

Cíl 3: *Zjistíme, jestli ženy prvorodičky rozdělené podle věkových kategorií budou odlišně sledovat svůj zdravotní stav.*

Hypotéza 3 – Ženy prvorodičky do 29 let věku budou sledovat signifikantně méně své těhotenství v souvislosti se zdravotním stavem, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

Cíl 4: *Zjistíme, jestli ženy prvorodičky rozdělené podle věkových kategorií budou mít odlišný výskyt objektivních zdravotních problémů komplikujících těhotenství.*

Hypotéza 4 – Ženy prvorodičky do 29 let věku budou mít signifikantně menší výskyt objektivních zdravotních problémů komplikujících těhotenství, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

9.2 Metoda sběru dat

Metodou sběru dat jsme si zvolili dotazník, který jsme sestavili z 28 otázek (viz příloha č.2). Vytvořili jsme ho během ledna a distribuovali v průběhu měsíce dubna a května elektronickou poštou a v tištěné podobě. V prvních sedmi otázkách jsme zjišťovali postoje respondentek k problematice zdravého životního stylu. V dalších otázkách jsme se zaměřili na obavy, pocity a spokojenost respondentek. Poslední otázkou jsme zjišťovali věkovou kategorii.

V dotazníku jsme volili otázky s uzavřenými odpověďmi. Respondentky si mohly vybrat mezi dvěma, anebo více alternativami. Pouze u otázky č.24, respektive č.25 mohly respondentky vyjádřit své obavy, které nenašly vyjmenované v předchozích otázkách.

Aby náš výzkum byl co nejpravdivější a nejobjektivnější, předkládali jsme dotazník k anonymnímu vyplnění. Vlastnímu výzkumu předcházela předvýzkum s pětičlennou skupinou, abychom si ověřili, že dotazník je srozumitelný.

9.3 Charakteristika souboru

Dotazník byl rozdán a rozeslán náhodně vybraným ženám. Protože se výzkum týkal dvou věkových kategorií, do každé skupiny jsme rozdělili 30 dotazníků. V úvodu dotazníku byly podány informace o smyslu tohoto šetření a instrukce k jeho vyplnění. V případě elektronicky šířeného dotazníku měly respondentky, pokud měly jakékoli dotazy, možnost nás kontaktovat emailem; u

osobního zadávání jsme mohli nejasnosti řešit aktuálně. Všem respondentkám byl dotazník srozumitelný. Úplnost dotazníků jsme kontrolovali průběžně.

Pro výzkum jsme si stanovili, aby dotazník vyplnilo 30 žen z každé kategorie, tedy 30 žen prvorodiček do 29 let a 30 žen prvorodiček starších 30 let. Osobně jsme rozdali 15 výtisků, které jsme vyplňovali s ženami okamžitě, čímž byla zajištěna 100% návratnost. Ostatní respondentky byly osloveny emailem, kde jsme zároveň žádali o přeposlání dalším ženám prvorodičkám. K celkovému vyhodnocení jsme měli k dispozici 30 dotazníků z každé věkové kategorie, tedy celkem 60 dotazníků.

9.4 Analýza výsledků dotazníkového šetření

Dotazníky jsme předložili 60 respondentkám, 30 žen prvorodiček ve věkové kategorii do 29 let včetně a 30 žen prvorodiček ve věku od 30 let a více. Při zpracování výsledků jsme jednotlivé odpovědi vložili do tabulek, kde uvádíme nejen počet, ale také procentuelní vyjádření odpovědi se zaokrouhlením na jedno desetinné místo. Tyto tabulky jsme také doplnili grafickým znázorněním. Pro vyhodnocení kontingenčních tabulek jsme použili počítačové vyhodnocení χ^2 -test dobré shody pomocí programu microsoft office excel. Pro vyhodnocení rozdílů testem významnosti Chí-kvadrát jsme zvolili hladinu významnosti 0,05.

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^n \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i}$$

(Anděl,1985)

kde:

O_i je pozorovaná četnost v kategorii i

E_i je očekávaná četnost v kategorii i

n je počet možných hodnot kategoriální proměnné

χ^2 je rozdíl mezi skutečností a vyslovenou nulovou hypotézou. Tuto vypočítanou hodnotu srovnáme s kritickou hodnotou testového kritéria chí – kvadrátu pro zvolenou hladinu významnosti a počet stupňů volnosti.
(Hendl,2009)

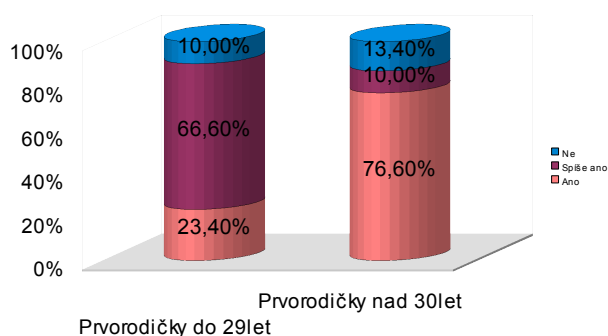
9.5 Přehled výsledků dotazníku a jejich grafické zobrazení

Odpovědi jednotlivých otázek dotazníku jsme zobrazili pomocí tabulek a grafů:

Dodržovala jste v těhotenství zdravou výživu (dostatek vlákniny, ovoce, zeleniny, přednost celozrnnému pečivu, dostatek tekutin)?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	7	23,4	23	76,6
Spíše ano (ne striktně)	20	66,6	3	10
Ne	3	10	4	13,4
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 1: Dodržování zdravé výživy mezi ženami prvorodičkami do 29 let a ženami prvorodičkami starších 30 let

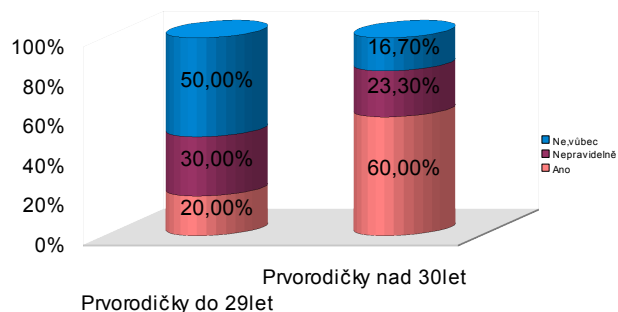


Graf 1: Dodržování zdravé výživy mezi ženami prvorodičkami do 29 let a ženami prvorodičkami starších 30 let

Cvičila jste v těhotenství?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano, pravidelně	15	50	18	60
Nepravidelně	9	30	7	23,3
Ne, vůbec	6	20	5	16,7
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 2: Cvičení žen prvorodiček do 29 let a žen prvorodiček starších 30 let

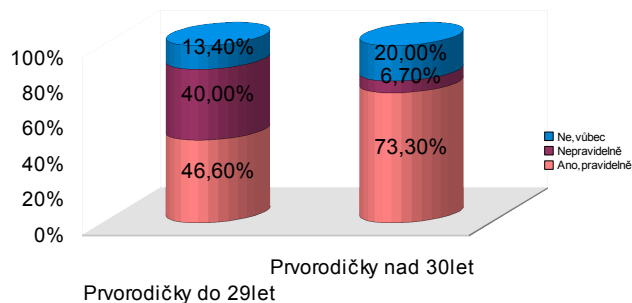


Graf 2: Cvičení žen prvorodiček do 29 let a žen prvorodiček starších 30 let

Užívala jste v těhotenství potravinové doplňky (např. vitamíny)?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano, pravidelně	14	46,6	22	73,3
Nepravidelně	12	40	2	6,7
Ne, vůbec	4	13,4	6	20
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 3: Užívání potravinových doplňků těhotnými ženami

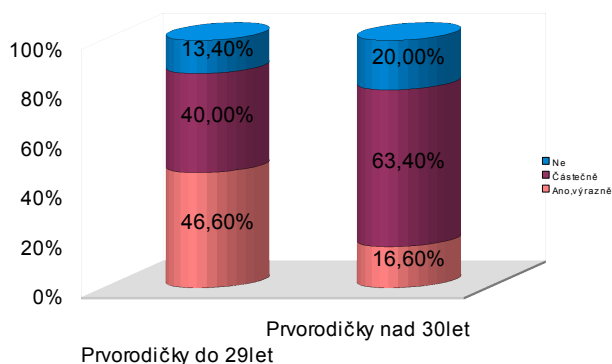


Graf 3: Užívání potravinových doplňků těhotnými ženami

Změnila jste výrazně svoji životosprávu se zjištěným těhotenstvím?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano, výrazně	14	46,6	5	16,6
Částečně	12	40	19	63,4
Ne	4	13,4	6	20
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 4: Změna životosprávy těhotných žen

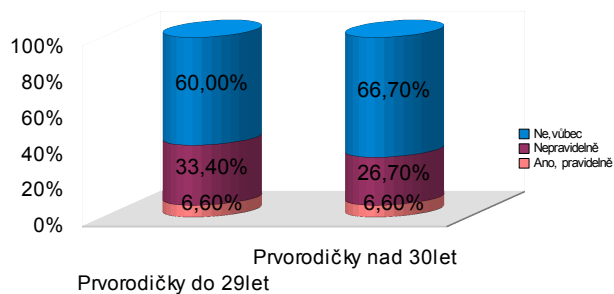


Graf 4: Změna životosprávy těhotných žen

Pila jste v těhotenství alkohol?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano, pravidelně	2	6,6	2	6,6
Nepravidelně	10	33,4	8	26,7
Ne, vůbec	18	60	20	66,7
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 5: Užívání alkoholu v těhotenství

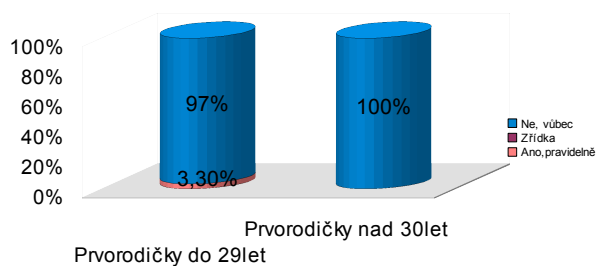


Graf 5: Užívání alkoholu v těhotenství

Užívala jste v těhotenství drogy?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano, pravidelně	1	3,3	0	0
Zřídka	0	0	0	0
Ne, vůbec	29	96,7	30	100
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 6: Užívání drog v těhotenství

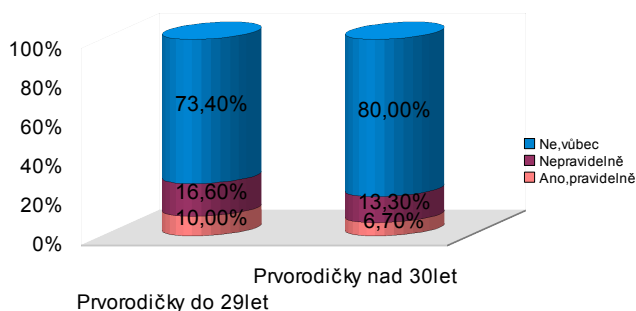


Graf 6: Užívání drog v těhotenství

Kouřila jste v těhotenství?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano, pravidelně	3	10	2	6,7
Nepravidelně	5	16,6	4	13,3
Ne, vůbec	22	73,4	24	80
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 7: Kouření v těhotenství

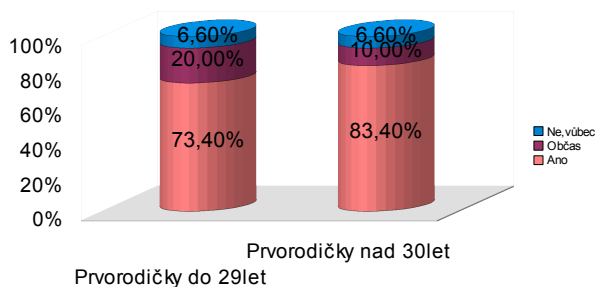


Graf 7: Kouření v těhotenství

Zajímala jste se o své těhotenství i z jiných zdrojů (knihy, internet, vývoj plodu v jednotlivých týdnech těhotenství, změny v organismu ženy, nové směry v porodnictví apod.)?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano, pravidelně	22	73,4	25	83,4
Nepravidelně	6	20	3	10
Ne, vůbec	2	6,6	2	6,6
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 8: Zájem o těhotenství i z jiných zdrojů

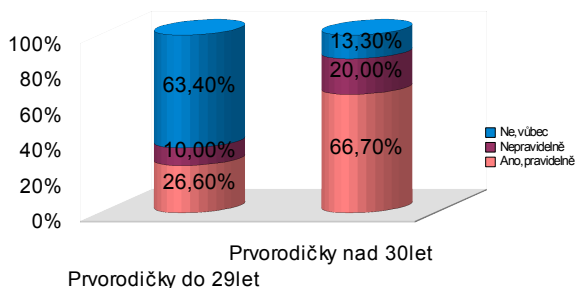


Graf 8: Zájem o těhotenství i z jiných zdrojů

Navštěvovala jste psychoprolaktické kurzy pro těhotné?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano, pravidelně	8	26,6	20	66,7
Nepravidelně	3	10	6	20
Ne, vůbec	19	63,4	4	13,3
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 9: Návštěvnost psychoprolaktických kurzů

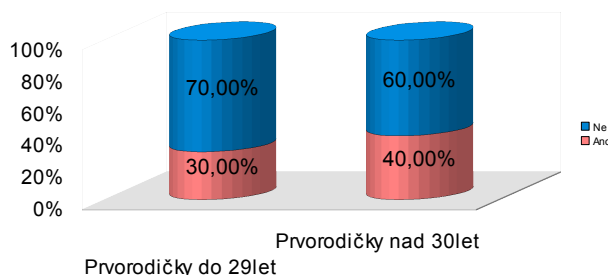


Graf 9: Návštěvnost psychoprolaktických kurzů

Navštěvovala jste svého gynekologa častěji, než jste měla předepsané termíny – např.obavy z komplikací?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	9	30	12	40
Ne	21	70	18	60
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 10: Navštěvnost gynekologického lékaře nad rámec doporučené prenatalní péče

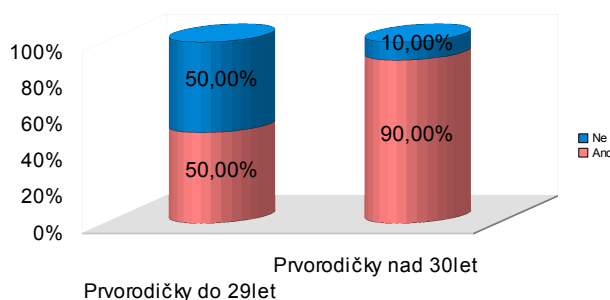


Graf 10: Navštěvnost gynekologického lékaře nad rámec doporučené prenatalní péče

Využila jste dalších nadstandardních možností diagnostiky, které by detekovaly některé odchylky ve vývoji plodu (např.další vyšetření hladin hormonů v krvi, odběr plodové vody, odběr choriový klků, diagnostické vyšetření 3D ultrazvukem apod.)?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	15	50	27	90
Ne	15	50	3	10
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 11: Využití nadstandardních možností diagnostiky

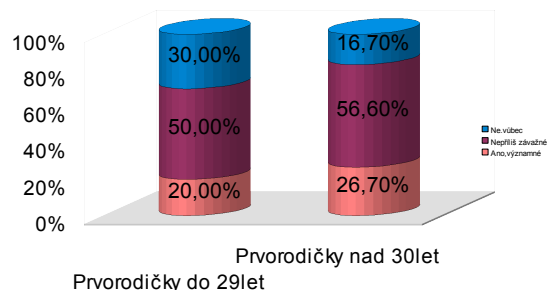


Graf 11: Využití nadstandardních možností diagnostiky

Měla jste objektivní zdravotní problémy v těhotenství (např.otoky,vysoký tlak, těhotenská cukrovka)?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano,významné	6	20	8	26,7
Nepříliš závažné	15	50	17	56,6
Ne,vůbec	9	30	5	16,7
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 12: Objektivní zdravotní problémy v těhotenství

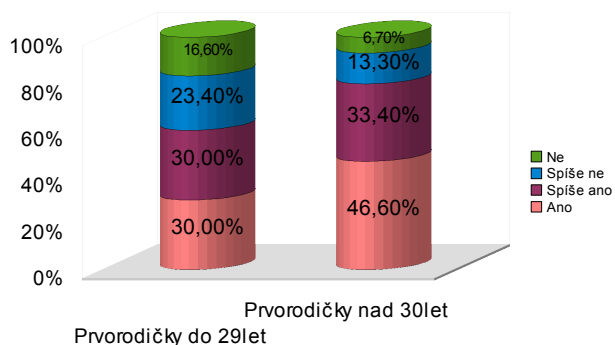


Graf 12: Objektivní zdravotní problémy v těhotenství

Prožívala jste během těhotenství větší výkyvy nálad než obvykle (radost, euforie, smutek, pláč apod.)?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	9	30	14	46,6
Spíše ano	9	30	10	33,4
Spíše ne	7	23,4	4	13,3
Ne	5	16,6	2	6,7
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 13: Prožívání větších výkyvů nálad během těhotenství

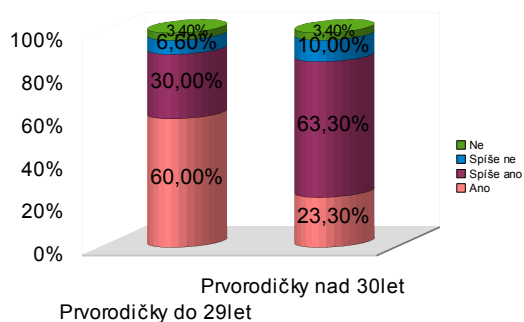


Graf 13: Prožívání větších výkyvů nálad během těhotenství

Prožívala jste v těhotenství radost?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	18	60	7	23,3
Spíše ano	9	30	19	63,3
Spíše ne	2	6,6	3	10
Ne	1	3,4	1	3,4
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 14: Prožívání radosti v těhotenství

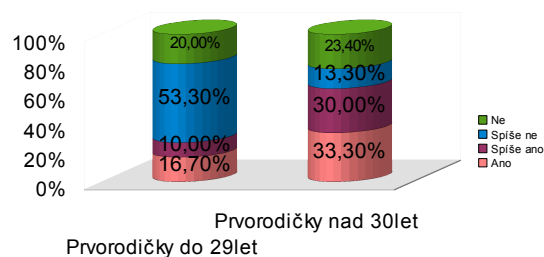


Graf 14: Prožívání radosti těhotenství

Prožívala jste v těhotenství smutek?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	5	16,7	10	33,3
Spíše ano	3	10	9	30
Spíše ne	16	53,3	4	13,3
Ne	6	20	7	23,4
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 15: Prožívání smutku v těhotenství

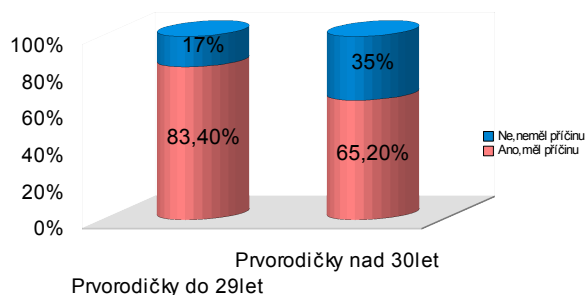


Graf 15: Prožívání smutku v těhotenství

Pokud jste smutek prožívala, měl tento smutek nějakou příčinu nebo se objevoval bez příčiny?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano, měl příčinu	20	83,4	15	65,2
Ne, neměl příčinu	4	16,6	8	34,8
Celkem	24	100	23	100

Tabulka 16: Příčina smutku

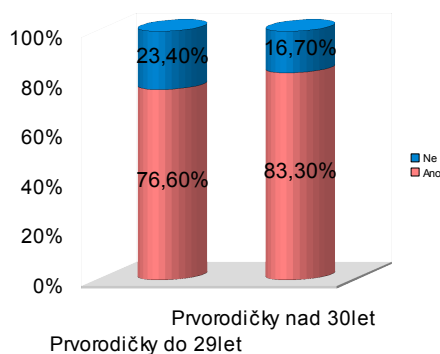


Graf 16: Příčina smutku

Prožívala jste v těhotenství pocity spojené s obavami z nastávajícího porodu?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	23	76,6	25	83,3
Ne	7	23,4	5	16,7
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 17: Obavy z nastávajícího porodu

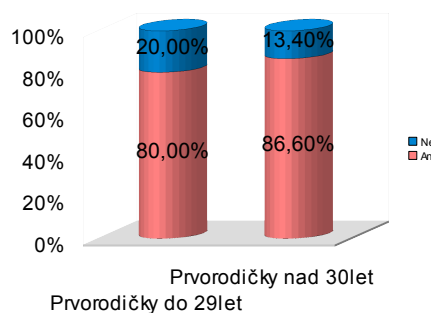


Graf 17: Obavy z nastávajícího porodu

Prožívala jste v těhotenství pocity spojené s obavami o nenarozené dítě (zda bude zdravé apod.)?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	24	80	26	86,6
Ne	6	20	4	13,4
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 18: Obavy o nenarozené dítě

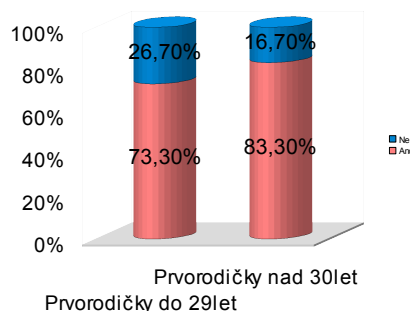


Graf 18: Obavy o nenarozené dítě

Prožívala jste pocity spojené s obavami z eventuelních komplikací spojené s těhotenstvím a porodem?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	22	73,3	25	83,3
Ne	8	26,7	5	16,7
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 19: Obavy z eventuelních komplikací spojené s těhotenstvím a porodem

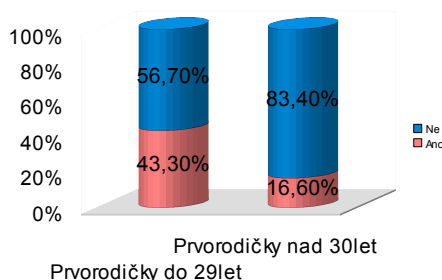


Graf 19: Obavy z eventuelních komplikací spojené s těhotenstvím a porodem

Prožívala jste v těhotenství pocity spojené s existenčním strachem (mít kde bydlet, dostatek finančních prostředků na základní potřeby pro miminko apod.)?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	13	43,3	5	16,6
Ne	17	56,7	25	83,4
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 20: Pocity spojené s existenčním strachem

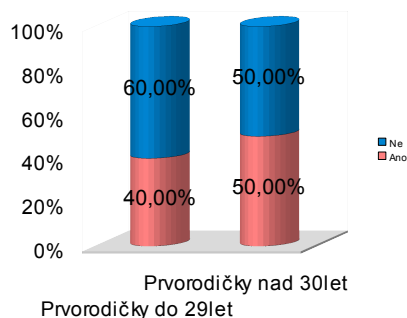


Graf 20: Pocity spojené s existenčním strachem

Prožívala jste v těhotenství pocity spojené s obavami nejasného původu?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	12	40	15	50
Ne	18	60	15	50
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 21: Pocity spojené s obavami nejasného původu

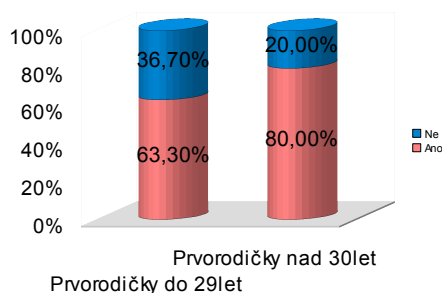


Graf 21: Pocity spojené s obavami nejasného původu

Prožívala jste v těhotenství pocity spojené s obavami z budoucího průběhu poporodního období?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	19	63,3	24	80
Ne	11	36,7	6	20
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 22: Pocity spojené s obavami z budoucího průběhu poporodního období

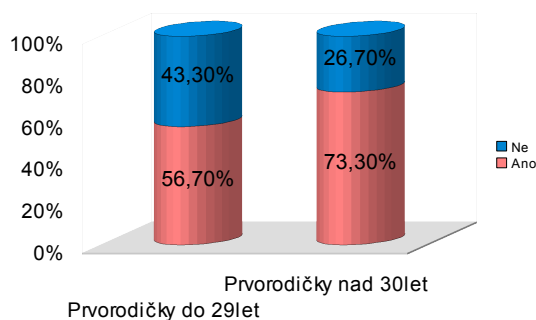


Graf 22: Pocity spojené s obavami z budoucího průběhu poporodního období

Prožívala jste v těhotenství pocity spojené s obavami z budoucího průběhu péče o dítě?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	17	56,7	22	73,3
Ne	13	43,3	8	26,7
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 23: Pocity spojené s obavami z budoucího průběhu péče o dítě

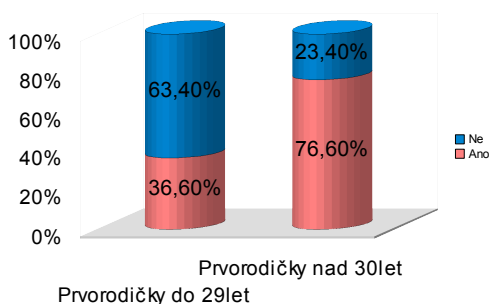


Graf 23: Pocity spojené s obavami z budoucího průběhu péče o dítě

Prožívala jste v těhotenství pocity spojené s nějakými jinými obavami (výše nejmenované)?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	11	36,6	23	76,6
Ne	19	63,4	7	23,4
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 24: Pocity spojené s ostatními obavami

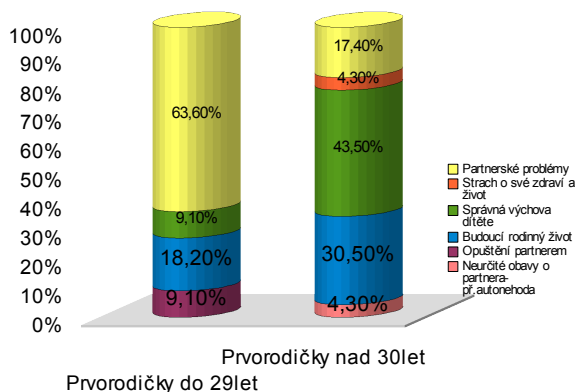


Graf 24: Pocity spojené s ostatními obavami

Pokud jste prožívala pocity spojené s nějakými jinými obavami-upřesněte:

Obavy-problémy	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Neurčité obavy o partnera-př.autonehoda	0	0	1	4,3
Opuštění partnerem	1	9,1	0	0
Budoucí rodinný život	2	18,2	7	30,5
Správná výchova dítěte	1	9,1	10	43,5
Strach o své zdraví a život	0	0	1	4,3
Partnerské problémy	7	63,6	4	17,4
Celkem	11	100	23	100

Tabulka 25: Upřesnění ostatních prožívaných obav

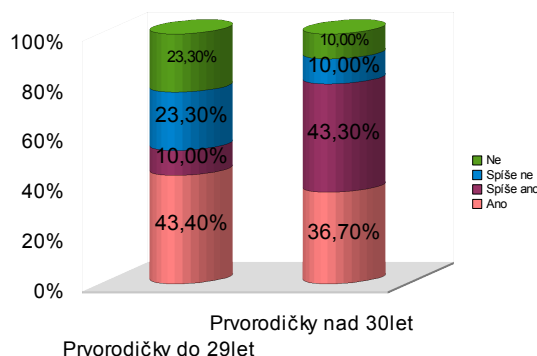


Graf 25: Upřesnění ostatních prožívaných obav

Hodnotíte Vaše partnerství/manželství za spokojené?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	13	43,4	11	36,7
Spíše ano	3	10	13	43,3
Spíše ne	7	23,3	3	10
Ne	7	23,3	3	10
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 26: Hodnocení spokojenosti v partnerství/manželství

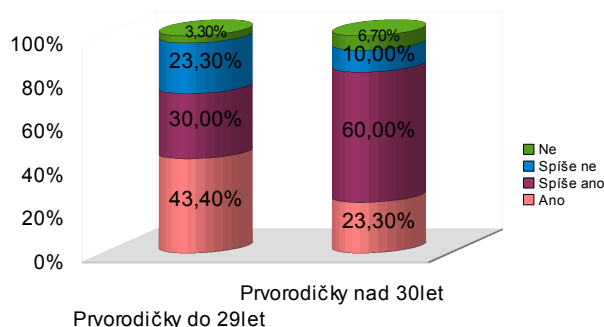


Graf 26: Hodnocení spokojenosti v partnerství/manželství

Hodnotíte sebe sama převážně jako spokojenou, radostnou, veselou, šťastnou?

	Prvorodičky ≤ 29 let		Prvorodičky ≥ 30let	
	n	%	n	%
Ano	13	43,4	7	23,3
Spíše ano	9	30	18	60
Spíše ne	7	23,3	3	10
Ne	1	3,3	2	6,7
Celkem	30	100	30	100

Tabulka 27: Hodnocení sebe sama rodičkou



Graf 27: Hodnocení sebe sama rodičkou

9.6 Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1 – Ženy prvorodičky do 29 let věku budou vypovídat signifikantně méně častěji o prožívání obav v souvislosti se svým těhotenstvím, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

$H_1(0)$: Ženy prvorodičky do 29 let věku nebudou vypovídat signifikantně méně častěji o prožívání obav v souvislosti se svým těhotenstvím, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

$H_1(A)$: Ženy prvorodičky do 29 let věku budou vypovídat signifikantně méně častěji o prožívání obav v souvislosti se svým těhotenstvím, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

Pozorovaná četnost

Obava	Prvorodičky ≤ 29 let	Prvorodičky ≥ 30 let	Σ
Z nastávajícího porodu	23	25	48
O nenarozené dítě	24	26	50
Komplikace v těhot.a při porodu	22	25	47
Existenční strach	13	5	18
Nejasného původu	12	15	27
Z poporodního průběhu	19	24	43
Průběh péče o dítě	17	22	39
Ostatní obavy	11	23	34
Σ	141	165	306

Očekávaná četnost

Obava	Prvorodičky ≤ 29 let	Prvorodičky ≥ 30let	Σ
Z nastávajícího porodu	22,11765	25,88235	48
O nenarozené dítě	23,03922	26,96078	50
Komplikace v těhot.a při porodu	21,65686	25,34314	47
Existenční strach	8,29412	9,70588	18
Nejasného původu	12,44118	14,55882	27
Z poporodního průběhu	19,81373	23,18627	43
Průběh péče o dítě	17,97059	21,02941	39
Ostatní obavy	15,66667	18,33333	34
Σ	141	165	306

Chí-kvadrát

Obava	Prvorodičky ≤ 29 let	Prvorodičky ≥ 30let
Z nastávajícího porodu	0,03520	0,03008
O nenarozené dítě	0,04007	0,03424
Komplikace v těhot.a při porodu	0,00544	0,00465
Existenční strach	2,67000	2,28164
Nejasného původu	0,01564	0,01337
Z poporodního průběhu	0,03342	0,02856
Průběh péče o dítě	0,05242	0,04480
Ostatní obavy	1,39007	1,18788
Σ	4,24226	3,62521

Chí-kvadrát: 7,867

Stupňů volnosti: 2

Potvrzeno s pravděpodobností chyby: 0,020

Kritická hodnota chí-kvadrátu při stanovení pravděpodobnosti chyby 0.05 (dle tabulek): 5,99

Chí-test: 0,344 to je stanoveno s chybou 34,44%

Potvrzena závislost charakteristik? ANO

Hypotéza 2 – Ženy prvorodičky do 29 let věku budou dodržovat signifikantně méně zdravou životosprávu (odpovídající tělesná aktivita, zdravá výživa, absence kouření, alkoholu, drog apod.), než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

$H_2(0)$: Ženy prvorodičky do 29 let věku nebudou dodržovat signifikantně méně zdravou životosprávu (odpovídající tělesná aktivita, zdravá výživa, absence kouření, alkoholu, drog apod.), než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

$H_2(A)$: Ženy prvorodičky do 29 let věku budou dodržovat signifikantně méně zdravou životosprávu (odpovídající tělesná aktivita, zdravá výživa, absence kouření, alkoholu, drog apod.), než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

Pozorované četnosti

	Prvorodičky ≤ 29 let	Prvorodičky ≥ 30 let	Σ
Striktní dodržování zdravé výživy	7	23	30
Žádný alkohol	18	20	38
Žádné drogy	29	30	59
Žádné cigarety	22	24	46
Pravidelné užívání potravinových doplňků	14	22	36
Pravidelné cvičení	15	18	33
Výrazná změna životosprávy	14	5	19
Σ	119	142	261

Očekávané četnosti

	Prvorodičky ≤ 29 let	Prvorodičky ≥ 30let	Σ
Striktní dodržování zdravé výživy	13,67816	16,32184	30
Žádný alkohol	17,32567	20,67433	38
Žádné drogy	26,90038	32,09962	59
Žádné cigarety	20,97318	25,02682	46
Pravidelné užívání potravinových doplňků	16,41379	19,58621	36
Pravidelné cvičení	15,04598	17,95402	33
Výrazná změna životosprávy	8,66284	10,33716	19
Σ	119	142	261

Chí-kvadrát

	Prvorodičky ≤ 29 let	Prvorodičky ≥ 30let
Striktní dodržování zdravé výživy	3,26051	2,73240
Žádný alkohol	0,02625	0,02199
Žádné drogy	0,16388	0,13733
Žádné cigarety	0,05027	0,04213
Pravidelné užívání potravinových doplňků	0,35497	0,29747
Pravidelné cvičení	0,00014	0,00012
Výrazná změna životosprávy	3,28822	2,75562
Σ	7,14424	5,98708

Chí-kvadrát: 13,131

Stupňů volnosti: 2

Potvrzeno s pravděpodobností chyby: 0,001

Kritická hodnota chí-kvadrátu při stanovení pravděpodobnosti chyby 0,05 (dle tabulek): 5,99

Chí-test: 0,041 to je stanoveno s chybou 4,10%

Potvrzena závislost charakteristik? ANO

Hypotéza 3 – Ženy prvorodičky do 29 let věku budou sledovat signifikantně méně své těhotenství v souvislosti se zdravotním stavem, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

$H_3(0)$: Ženy prvorodičky do 29 let věku nebudou sledovat signifikantně méně své těhotenství v souvislosti se zdravotním stavem, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

$H_3(0A)$: Ženy prvorodičky do 29 let věku budou sledovat signifikantně méně své těhotenství v souvislosti se zdravotním stavem, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

Pozorované četnosti

	Prvorodičky ≤ 29 let	Prvorodičky ≥ 30let	Σ
Častější návštěvy u gynekologa	9	12	21
Využití nadstandard.dg.	15	27	42
Σ	24	39	63

Očekávané četnosti

	Prvorodičky ≤ 29 let	Prvorodičky ≥ 30let	Σ
Častější návštěvy u gynekologa	8,00000	13,00000	21
Využití nadstandard.dg.	16,00000	26,00000	42
Σ	24	39	63

Chí-kvadrát

	Prvorodičky ≤ 29 let	Prvorodičky ≥ 30let
Častější návštěvy u gynekologa	0,12500	0,07692
Využití nadstandard.dg.	0,06250	0,03846
Σ	0,18750	0,11538

Chí-kvadrát: 0,303

Stupňů volnosti: 2

Potvrzeno s pravděpodobností chyby: 0,859

Kritická hodnota chí-kvadrátu při stanovení pravděpodobnosti chyby 0.05 (dle tabulek): 5,99

Chí-test: 0,582 to je stanoveno s chybou 58,21%

Potvrzena závislost charakteristik? NE

Hypotéza 4 – Ženy prvorodičky do 29 let věku budou mít signifikantně menší výskyt objektivních zdravotních problémů komplikující těhotenství, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

H₄(0): Ženy prvorodičky do 29 let věku nebudou mít signifikantně menší výskyt objektivních zdravotních problémů komplikující těhotenství, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

H₄(A): Ženy prvorodičky do 29 let věku budou mít signifikantně menší výskyt objektivních zdravotních problémů komplikující těhotenství, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

Pozorované četnosti

Zdravotní problémy	Prvorodičky ≤ 29 let	Prvorodičky ≥ 30let	Σ
Významné	6	8	14
Nepříliš závažné	15	17	32
Žádné	9	5	14
Σ	30	30	60

Očekávané četnosti

	Prvorodičky ≤ 29 let	Prvorodičky ≥ 30let	Σ
Významné	7,00000	7,00000	14
Nepříliš závažné	16,00000	16,00000	32
Žádné	7,00000	7,00000	14
Σ	28	48	60

Chí-kvadrát

	Prvorodičky ≤ 29 let	Prvorodičky ≥ 30let
Významné	0,14286	0,14286
Nepříliš závažné	0,06250	0,06250
Žádné	0,57143	0,57143
Σ	0,77679	0,77679

Chí-kvadrát: 1,554

Stupňů volnosti: 2

Potvrzeno s pravděpodobností chyby: 0,460

Kritická hodnota chí-kvadrátu při stanovení pravděpodobnosti chyby 0.05 (dle tabulek): 5,99

Chí-test: 0,460 to je stanoveno s chybou 45,99%

Potvrzena závislost charakteristik? NE

10. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ A DISKUZE

Cílem naší práce bylo zjistit prožívání těhotenství respondentkami rozdělenými do dvou věkových kategorií. Jednou kategorií byly poprvé těhotné ženy do věku 29 let a druhou kategorií byly poprvé těhotné ženy od 30 let do 35 let věku. Zajímalo nás, zda existují podstatné rozdíly v prožívání těhotenství v těchto dvou věkových kategoriích, a to zejména prožívání obav, dále v přístupu k těhotenství, zda se s jejich „novým“ stavem mění i přístup k životosprávě, ale také i k větší sledovanosti svého těhotenství, jako jsou např. častější návštěvy lékaře, využití nadstandardní diagnostiky v těhotenství, a výskyt těhotenských komplikací vůbec.

Myslíme si, že výsledky tohoto výzkumu nám byly přínosem, neboť nám přibližují pocity těchto žen v odlišných věkových kategoriích, ale i možné komplikace těhotenství, čímž zároveň naznačují možnosti přístupu k těmto ženám v průběhu těhotenství, ale hlavně i při edukaci budoucích prvorodiček.

Cíl 1: *Zjistíme, jestli ženy prvorodičky rozdělené podle věkových kategorií budou mít odlišné prožívání obav v těhotenství.*

Hypotéza 1 - Ženy prvorodičky do 29 let věku budou vypovídat signifikantně méně často o prožívání obav v souvislosti se svým těhotenstvím, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

Cíle č.1 jsme se snažili dosáhnout položkami v dotazníku (viz příloha č.2) od č. 17 do č.25, které byly zaměřeny na subjektivní prožívání obav respondentkami v době těhotenství. Sledovali jsme, zda ženy prožívají obavy z nastávajícího porodu (prvorodičky ≤ 29 let: 76,6% / prvorodičky ≥ 30let: 83,3%), o nenarozené dítě (prvorodičky ≤ 29 let: 80,0% / prvorodičky ≥ 30let: 86,6%), z komplikací v těhotenství a při porodu (prvorodičky ≤ 29 let: 73,3% / prvorodičky ≥ 30let: 83,3%), obavy spojené s existenčním strachem (prvorodičky ≤ 29 let: 43,3% / prvorodičky ≥ 30let: 16,6%), obavy nejasného původu (prvorodičky ≤ 29 let: 40,0% / prvorodičky ≥ 30let: 50,0%), z poporodního průběhu (prvorodičky ≤ 29 let: 63,3% / prvorodičky ≥ 30let: 80,0%), z průběh péče o dítě (prvorodičky ≤ 29 let: 56,7% / prvorodičky ≥ 30let: 73,3%) a ostatní obavy (prvorodičky ≤ 29 let: 36,6% / prvorodičky ≥ 30let: 76,6%).

Pomocí chí-kvadrátu (7,867), při stanovení pravděpodobnosti chyby 5% (dle tabulek 5,99), byla závislost charakteristik potvrzena se stanovenou chybou 34,44%. **Hypotéza 1 byla potvrzena.**

Cíl 2: *Zjistíme, jestli ženy prvorodičky rozdělené podle věkových kategorií budou odlišně dodržovat životosprávu.*

Hypotéza 2 – Ženy prvorodičky do 29 let věku budou dodržovat signifikantně méně zdravou životosprávu (odpovídající tělesná aktivita, zdravá výživa, absence kouření, alkoholu, drog apod.), než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

Cíle č.2 jsme se snažili dosáhnout položkami v dotazníku od č. 1 do č.8, které byly zaměřeny na dodržování zdravé výživy (dostatek tekutin, vlákniny, ovoce a zeleniny, dávání přednost celozrnnému pečivu) (prvorodičky ≤ 29 let: 23,4% / prvorodičky ≥ 30let: 76,6%), cvičení v těhotenství (prvorodičky ≤ 29 let: 50,0% / prvorodičky ≥ 30let: 60,0%), pravidelné užívání potravinových doplňků (prvorodičky ≤ 29 let: 46,6% / prvorodičky ≥ 30let: 73,3%), výraznou změnu

životosprávy (prvorodičky ≤ 29 let: 46,6% / prvorodičky ≥ 30 let: 16,6%), žádné pití alkoholu v těhotenství (prvorodičky ≤ 29 let: 60,0% / prvorodičky ≥ 30 let: 66,7%), žádné užívání drog v těhotenství (prvorodičky ≤ 29 let: 69,7% / prvorodičky ≥ 30 let: 100%) a žádné kouření v těhotenství (prvorodičky ≤ 29 let: 73,4% / prvorodičky ≥ 30 let: 80,0%).

Pomocí chí-kvadrátu (16,198), při stanovení pravděpodobnosti chyby 5% (dle tabulek 5,99), byla závislost charakteristik potvrzena se stanovenou chybou 2,34%. **Hypotéza 2 byla potvrzena.**

Cíl 3: *Zjistíme, jestli ženy prvorodičky rozdělené podle věkových kategorií budou odlišně sledovat svůj zdravotní stav.*

Hypotéza 3 – Ženy prvorodičky do 29 let věku budou sledovat signifikantně méně své těhotenství v souvislosti se zdravotním stavem, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

Cíle č.3 jsme se snažili dosáhnout položkami v dotazníku č. 10 a č.11, které byly zaměřeny na častější návštěvy u svého gynekologického lékaře než je standardně doporučováno, ať už z důvodů subjektivních nebo objektivních obav z komplikací těhotenství (prvorodičky ≤ 29 let: 30,0% / prvorodičky ≥ 30 let: 40,0%) a využití dalších nadstandardních možností diagnostiky, které by detekovaly některé odchylky ve vývoji plodu (prvorodičky ≤ 29 let: 50,0% / prvorodičky ≥ 30 let: 90,0%).

Pomocí chí-kvadrátu (0,303), při stanovení pravděpodobnosti chyby 5% (dle tabulek 5,99), závislost charakteristik nebyla potvrzena se stanovenou chybou 58,21%. **Hypotéza 3 nebyla potvrzena.**

Cíl 4: *Zjistíme, jestli ženy prvorodičky rozdělené podle věkových kategorií budou mít odlišný výskyt objektivních zdravotních problémů komplikujících těhotenství.*

Hypotéza 4 – Ženy prvorodičky do 29 let věku budou mít signifikantně menší výskyt objektivních zdravotních problémů komplikujících těhotenství, než ženy prvorodičky starší 30 let věku.

Cíle č.4 jsme se snažili dosáhnout položkami v dotazníku č. 12, které byly zaměřeny na výskyt objektivních zdravotních komplikací těhotenství. Sledovali jsme, zda tyto komplikace byly významné (prvorodičky ≤ 29 let: 20,0% / prvorodičky ≥ 30 let: 26,7%), nepřilíši vážné (prvorodičky ≤ 29 let: 50,0% / prvorodičky ≥ 30 let: 56,6%) a nebo se vůbec nevyskytovaly (prvorodičky ≤ 29 let: 30,0% / prvorodičky ≥ 30 let: 16,7%)

Pomocí chí-kvadrátu (1,554), při stanovení pravděpodobnosti chyby 5% (dle tabulek 5,99), závislost charakteristik nebyla potvrzena se stanovenou chybou 45,99%. **Hypotéza 4 nebyla potvrzena.**

11.DISKUZE

V této diplomové práci jsme se snažili zjistit, jestli se liší prožívání těhotenství matkami prvorodičkami do 29 let věku a matkami prvorodičkami starších 30 let věku, resp.ve věkovém rozhraní 30-35 let. V současné době porodnictví rozlišuje v zásadě 4 věkové kategorie prvorodiček, které rozděluje na prvorodičky mladší 17 let věku, tzv.mladistvé prvorodičky, prvorodičky od 18 let do 29 let věku, přičemž tato kategoerie nemá specifický název, další skupinou jsou prvorodičky od 30 let do 35 let věku, tzv.starší prvorodičky a poslední skupinou jsou prvorodičky ve věku nad 36 let, tzv.staré prvorodičky. V naší práci jsme pracovali s prvorodičkami do 29 let věku jako jedna kategorie a druhou kategorií byly starší prvorodičky (30-35 let). Z kategorie staré prvorodičky (36 let \leq) jsme nenašli mezi námi oslovenými respondentkami žádné a z kategorie mladší prvorodičky nám odpověděla pouze jediná respondentka, které měla 16 let a tu jsme přiřadili do kategorie prvorodiček do 29 let.

Možná v budoucnu by jistě bylo zajímavé provést tuto studii opět, a to ve všech 4 kategoriích a daleko rozsáhleji. Předpokládáme však, že bychom se museli více zaměřit na nemocnice, resp.ordinace specializovaného typu jako je např.ÚPMD Praha, Porodnice v Brně apod., které se specializují na rizikové matky a rodičky. Z tohoto hlediska pak musíme kriticky přiznat, že náš výběr respondentek je velmi omezený (pouhých 30 respondentek z každé kategorie),

tudíž naše výsledky mohou být velmi zkreslené. I toto může být důvodem, proč se nám hypotézy 3 a 4, týkající se kontroly svého zdravotního stavu rodičkou a objektivních zdravotních komplikací v těhotenství, nepodařilo potvrdit.

Na druhou stranu, hypotézy 1 a 2, které se nám podařili potvrdit, zkoumající závislost prožívání obav v těhotenství ve dvou věkových kategoriích a na změnu životosprávy v těhotenství, nám možná dávají podnět k lepšímu pochopení těhotných prvorodiček s ohledem k jejich možným obavám a pomoci nám tak k individuálnímu přístupu k prvorodičkám, ale i k těhotným vůbec. Kriticky opět musíme přiznat, že i tyto výsledky mohou být zkresleny z důvodu malého vzorku prvorodiček. I přesto si však myslíme, že je důležité aspoň „tušit“, jakými obavami těhotná může trpět, a tím nám pomoci s empatií s touto prvorodičkou.

První otázkou, kterou jsme se zabývali, byla otázka týkající se obav prvorodiček. Celkově nám vyšlo, že ženy starší prvorodičky trpí více obavami, pouze v položce „prožívání pocitů spojené s existenčním strachem“ převládly ženy prvorodičky do 29 let. U položky, kde ženy mohly svévolně popsat, jakými dalšími obavami trpí, pak ženy prvorodičky do 29 let nejvíce uváděly partnerské problémy (odstrčení partnera, soužití s partnerem/otcem dítěte, obavy z partnera apod.) 7 žen (viz tab.a graf č.25), kdežto ženy z druhé kategorie tyto problémy uváděly ve 4 případech. U žen prvorodiček do 29 let byl druhou největší skupinou obav budoucí rodinný život (2 ženy), u žen z druhé skupiny tyto obavy již tvořilo 7 žen. Ženy prvorodičky od 30 let do 35 let pak nejvíce uváděly obavy spojené se správnou výchovou dítěte - 10 žen (ženy prvorodičky do 29 let - 1 žena). Myslíme si, že tyto výsledky nám poukazují na určitou nevyzrálou partnerského vztahu a nedostatečně vybudované zázemí prvorodiček do 29 let. Možná nám tyto výsledky i naznačují určitou nevyzrálou těchto žen, které přemýšlejí spíše nyní a teď, než co bude? Naopak ženy prvorodičky od 30 let do 35 let jakoby si více uvědomovaly situaci, kdy už nemusí tolik řešit partnerství (svým způsobem je již nějak ustálené) a existenční otázky, a více se soustřeďují na otázky týkající se průběhu těhotenství (zdraví a komplikace), porodu a poporodního období, a v neposlední řadě otázku výchovy dítěte(10 žen), tedy otázku vztaženou k roli matky, a to „dobré matky“.

Jako druhá největší obava těchto žen je pak obava týkající se budoucího rodinného života.

Druhá otázka se vztahovala k dodržování zdravé životosprávy (odpovídající tělesná aktivita, zdravá výživa, absence kouření, alkoholu, drog apod.). Opět jakoby nám tato otázka ukazovala na uvědomění žen nad 30 let jejich „nového“ stavu a důležitost některých faktorů, které mohou ovlivnit zdárný průběh těhotenství, vývoj plodu, průběh porodu a také i jisté predispozice, které dítěti předávají. Ženy do 29 let věku dodržovaly striktně zdravou výživu pouze ve 23,4% oproti ženám nad 30 let (76,6%), nekouřily 10% oproti ženám nad 30 let (6,7%), neužívaly drogy 96,7% (ženy nad 30 let ve 100%), nepily alkohol 60% (ženy nad 30 let v 66,7%), pravidelně užívaly potravinové doplňky ve 46,6% (ženy nad 30 let v 73,3%), pravidelně cvičily v 50% (ženy nad 30 let 60%) a výrazně změnily životosprávu v 46,6% (ženy nad 30 let v 16,6%). Otázka výrazné změny životosprávy poukazuje, že ženy do 29 let více měnily svoji životosprávu než ženy nad 30 let, což si vysvětlujeme tím, že ženy nad 30 let již mají jakousi stabilitu v životě, možná i více dbají o svůj zdravotní stav a životosprávu, mají určitý životní styl, proto s nastávajícím těhotenstvím již toto nebylo nutné tak striktně měnit.

Předposlední a poslední otázky se týkaly sledování zdravotního stavu a průběhu těhotenství a objektivních zdravotních komplikací. Naše hypotézy sice nebyly potvrzeny, jak již bylo výše zmíněno, zřejmě z důvodu malého testovaného vzorku, přesto se domníváme, že ženy prvorodičky od 30 do 35 let, o své těhotenství více dbají (viz dodržování životosprávy, využití možnosti dalších nadstadarních diagnostických vyšetření - ženy prvorodičky do 29 let využily možnosti nadstadarních vyšetřovacích metod v 50%, ženy prvorodičky nad 30 let v 90%), ale také více trpí komplikacemi a obavami o správném vývoji svého dítěte (ženy prvorodičky do 29 let trpěly obavami o nenarozené dítě v 80%, ženy prvorodičky nad 30 let v 86,6%), a proto častěji navštěvují lékaře při jakékoli nejistotě (ženy prvorodičky do 29 let navštěvovaly lékaře v 30%, ženy prvorodičky nad 30 let ve 40%). Tyto nejistoty možná ještě prohlubují velké množství dostupných informací (ženy prvorodičky do 29 let pravidelně zjišťovaly informace o těhotenství v 73,4%, ženy prvorodičky nad 30 let v 83,4%), které

však často bývají zkresleny laickým přístupem. Nechceme zde kritizovat velkou dostupnost informací, protože informace o těhotenství, porodu, o vývoji a výchově dítěte a vůbec veškeré informace, které ženu především uklidní, dodají jí důvěru a pohodu jsou velmi cenné a důležité. Vhodnější by však možná bylo, dostat tyto informace od erudovaných lékařů a porodních asistentek a co nejbližší vztahované k individualitě a aktuálnímu stavu každé těhotné. Vhodnou formou získání informací jsou také návštěvy předporodních těhotenských kurzů. Tuto možnost využilo 36,6% těhotných do 29 let a 66,7% těhotných nad 30 let. Tyto výsledky nám možná opět ukazují na jakousi snahu starších prvorodiček být co nejvíce připravena na „nový život“, nejen který jako matka dávám, ale i ten, který budeme jako rodina žít.

12. ZÁVĚR

Tato diplomová práce se zabývala otázkami prožívání obav, životosprávou a zdravotní stavem těhotných žen prvorodiček, které jsme rozdělili do dvou věkových kategorií. Vzhledem k tomu, že počet žen byl omezen, výsledky mohou být spíše orientační a možná také podnětem pro další výzkum.

Z hlediska otázky prožívání obav se nám výsledky potvrdily tak, jak jsme předpokládali, že ženy prvorodičky ve věku mezi 30 – 35 lety prožívají více obavy v těhotenství než ženy prvorodičky do 29 let věku. Pouze obavy existenční (např. mít kde bydlet, dostatek finančních prostředků pro zajištění základních potřeb dítěte apod.) více prožívaly ženy prvorodičky do 29 let.

Další otázkou jsme řešili, zda ženy prvorodičky rozdělené do těchto dvou kategorií, přistupují k těhotenství spíše aktivně či pasivně. Zajímalo nás, jestli ženy jsou ochotné svůj život „přizpůsobit“ ještě nenarozenému dítěti z hlediska životosprávy (cvičení v těhotenství, zdravá výživa, žádný alkohol, drogy, kouření, užívání potravinových doplňků), tedy pokud tento život již částečně nežily před otěhotněním (např. pravidelné cvičení, nekouřily, zdravá výživa). I v těchto případech však ženy obvykle musí aspoň trochu svoji životosprávu

upravit. Výzkum nám naznačil, že ženy prvorodičky nad 30 let spíše dodržují zdravou životosprávu než ženy prvorodičky do 29 let.

Dalšími otázkami jsme se snažili zjistit, zda je rozdílný přístup těhotných žen v těchto dvou kategoriích k jejich mateřství z hlediska možností využití nadstandardní diagnostiky, častějšího sledování lékařem pro možné komplikace a projevy komplikací v těhotenství. I přesto, že tyto otázky nebyly potvrzeny, myslíme si, že naše práce má své opodstatnění. Přináší nám náznak problematiky obav, kterými ženy mohou trpět, předpoklady spolupráce (jejich ochota přizpůsobit se novému stavu) a předpoklady výskytu komplikací těhotenství, což je důležité pro celkový přístup k těhotným ženám.

13. SOUHRN

Těhotenství je pro ženu jistým časovým obdobím, které přináší nejen fyzické, ale i psychické změny. Proto, abychom ženu dobře doprovázeli celým tímto obdobím, je důležité, abychom také chápali souvislosti těchto změn a jedinečnost každé ženy v určitém kontextu.

V naší práci jsme se pokusili zobrazit průběh těhotenství a podhalit možné změny, které ženu tímto obdobím provází. V teoretické části jsme sledovali průběh vývinu těhotenství a hledali, co vše na psychiku těhotné ženy působí, jak je ovlivňována hormonálně a kterými podněty nebo látkami, jako např. látky obsažené v některé stravě, můžeme její psychické rozpoložení ovlivňovat nebo měnit, neboť matčino prožívání má dále vliv na plod.

Mezi jedny z důležitých látek, aby žena prožívala své těhotenství spokojeně, měla dostatek energie, emoční stabilitu, kvalitní spánek a prožívala radost jsou serotonin a dopamin. Při jejich snížené hladině se pak matka cítí unaveně až otupěle, bez energie a podrážděně. Proto je velmi důležitá pravidelná a pestrá strava, která obsahuje dostatek bílkovin, vitamínů, minerálů a stopových prvků. Pro dobrou náladu je však také důležitá vhodná aktivita, která ženě může dodat další energii a zároveň jí umožní kontakt i s jinými lidmi a to opět pomáhá k vyplavování opioipů – látek, které také napomáhají pohodě, klidu a snižování stresu.

Mnoho odborníků v minulosti se snažilo ženám pomoci při zvládnání porodu nejen medicínsky, ale i psychologickým přístupem a hlavně psychoprofylaktickou přípravou na porod. Mezi takové odborníky patří např. Read, Lamaze, Leboyer etc., podle kterých se i dnes vytváří různé modifikace přípravných kurzů k porodu. Tito specialisté si také začali všimnout prožitků a výkyvů nálad, kterými ženy často trpí. Neustálé výkyvy hormonální hladiny mohou tudíž vést od pocitů euforie až k depresi. Často také trpí různými obavami, jako jsou např. obavy ohledně svého vzhledu, zda bude dobrá matka, zda zvládne porod, porodní bolesti apod. U starých prvorodiček (nad 35let) jsou pak obavy ještě spojené s věkem, nebo jestli nejsou příliš staré?

Statisticky ideální věk pro porod prvního dítěte je 22 let, přičemž optimální ukončení reprodukčního období je do 30 let. Rodička, která rodí před 18. rokem věku se nazývá mladistvá rodička. Žena, která poprvé rodí mezi 30.-35. rokem věku, se nazývá starší prvorodička a žena, která rodí nad 36. rokem věku je pak nazývána starou prvorodičkou. Mladší a staré prvorodičky mívají vyšší výskyt těhotenských a porodnických komplikací. Pro předcházení některým komplikacím je proto vhodná psychoprofylaktická příprava na porod.

Ve výzkumné části práce jsme se pomocí dotazníkového šetření snažili zjistit, jaké obavy trápí ženy prvorodičky, a to prvorodičky rozdělené do 2 skupin. První skupina byly ženy prvorodičky do 29 let a druhou skupinou byly ženy prvorodičky, tzv. starší prvorodičky od 30.-35. let. Výběr žen jsme provedli náhodně. Zajímali jsme se hlavně o problematiku prožívání obav, problematiku životosprávy, výskyt těhotenských komplikací a sledování zdravotního stavu prvorodičkou.

Podle našich výsledků jsme dospěli k závěrům, že mezi ženami prvorodičkami do 29. let a ženami staršími prvorodičkami (30-35 let) existuje závislost při prožívání obav. Při procentuálním vyjádření jednotlivých položek jsme zjistili, že kromě existenciálních obav trpí obavami z nastávajícího porodu, o nenarozené dítě, z komplikací v těhotenství a při porodu, z poporodního průběhu, nejasného původu, z průběhu péče o dítě a ostatními obavami více ženy starší prvorodičky 30-35 let.

Při zjišťování, zda existuje souvislost v dodržování zdravé životosprávy (odpovídající tělesná aktivita, zdravá výživa, absence kouření, alkoholu, drog apod.) mezi ženami prvorodičkami do 29 let a ženami prvorodičkami nad 30 let jsme došli k závěru, že tato souvislost existuje. Podle procentuálního vyjádření jednotlivých položek, kromě výrazné změny životosprávy, dodržovaly zdravou výživu (dostatek tekutin, vlákniny, ovoce a zeleniny, dávání přednost celozrnnému pečivu) , cvičily v těhotenství, pravidelně užívaly potravinové doplňky, nepily alkohol v těhotenství, neužívaly drogy v těhotenství a nekouřily v těhotenství více ženy starší prvorodičky 30-35let než ženy prvorodičky do 29 let.

U dalšího šetření, kdy jsme zkoumali, zda existuje závislost vyšší návštěvnosti u lékaře ženami prvorodičkami jednotlivých skupin, z důvodu obav z komplikací těhotenství, využití nadstadarních možností diagnostiky a výskyt objektivních komplikací těhotenství, se nám toto nepodařilo potvrdit.

I přes některé nepotvrzené hypotézy nám výsledky zcela jasně ukázali, že je velmi důležité k ženám přistupovat individuálně, ale vždy s myšlenkou, čím vším žena může procházet, které z obav ji mohou trápit, jaká je možná spolupráce ohledně zdravé životosprávy v těhotenství, při edukaci a prevenci komplikací těhotenství.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- Anděl, J.(1985). *Matematická statistika* (elektronická verze). SNTL, získáno z http://cs.wikipedia.org/wiki/Test_dobr%C3%A9_shody
- Bacus, A. (2006). *Dítě pláče – co dělat*. Praha, Portál
- Biermann, Ch. & Raben,R. (2006). *Maminkou ve čtyřiceti?* Praha, Portál
- Ferjenčík, J. (2000). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Jak zkoumat lidskou duši*. Portál, Praha
- Geisel,E. (2004). *Slzy po porodu. Jak překonat depresivní nálady*. Praha, One Women Press
- Hájek, Z. & kolektiv (2004). *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha, Grada Publishing
- Hendl,J. (2009). *Přehled statistických metod. Analýzy a metaanalýza dat*.(třetí, přepracované vydání) Praha, Portál
- Hourová, M., Králíčková, M., Uher, P. (2007) *Vývoj miminka před narozením. Od embrya k porodu*. Praha, Grada Publishing
- Kassin, S. (2007) *Psychologie*. Praha, Computer Press
- Kuželová, M. (2003, září). *Historie přípravy těhotných k porodu*. Moderní babictví 2, Praha, s.39-42
- Ludwig Maximilians University, Munich, Germany, Institute for Social Paediatrics and Adolescent Medicine (1999, July) *Breast feeding and obesity:cross sectional study*. Retrieved May 31, 2010, from the British Medical Journal Web site: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/319/7203/147?view=full&pmid=10406746%3E&pmid=10406746#SEC3>
- Marek,V. (2002). *Nová doba porodní*. Praha, Eminent
- Miovský, M. (2004). *Diplomové práce v oboru psychologie*. Olomouc, FFUP
- Murkoffová, H., Eisenbergová, A., Hathawayeová, S. (2007). *Co čekat v radostném očekávání*, Praha, Slovart.
- Neesová-Delavalová,B. (1995). *Čekám dítětko. Průvodce těhotenství a porodem*. Praha, Ikar
- Nilsson,L. (1996). *Tajemství života*. Praha, Svojtka a Vašut
- Roztočil, A. & kolektiv (2008). *Moderní porodnictví*. Praha, Grada Publishing

- Sarti, P., Sparnacci, G. (2007). *Těhotenství a péče o dítě. Kompletní průvodce od početí do věku šesti let.* Praha, Sun
- Simkinová, P. (2000). *Partner u porodu.* Praha, Argo
- Sunderlandová, M. (2008). *Věda zvaná rodičovství.* Praha, Ikar
- Stoppardová, M. (1996). *Početí, těhotenství a porod.* Martin, Neografia
- Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých.* Praha, Portál
- Švejcar, J. (1994). *Péče o dítě.* Praha, Agem
- Teusen, G. & Goze-Hänel, I. (2003). *Prenatální komunikace.* Praha, Portál
- Trojan, S. a kol. (2003). *Lékařská fyziologie.* Praha, Grada Publishing

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

ACTH	adenokortikotropní hormon
ADH	antidiuretický hormon
CTG	kardiotokografie
FSH	folikulo-stimulační hormon
GABA	kyselina gamaminomáselná (gamma-aminobutyric acid)
hCG	hormon - lidský choriový gonadotropin
hPL	hormon - lidský placentární laktogen
IFPO	intrapartální fetální pulzní oxymetrie
LH	uteinizační hormon
MSH	melanostimulační hormon
STH	růstový hormon
TSH	thyreotropní hormon
UZV	ultrazvukové vyšetření
VP	voda plodová
VVV	vrozené vývojové vady

SEZNAM OBRÁZKŮ (TEXTOVÁ ČÁST)

Obr.1 Pronikající spermie do vajíčka

Obr.2 Plod starý 10-11 týdnů

Obr.3 Vývoj vnějšího ucha

Obr.4 Prstík dotýkající se rtu

SEZNAM TABULEK A GRAFŮ (VÝZKUMNÁ ČÁST)

1 Dodržování zdravé výživy mezi ženami prvorodičkami do 29 let a ženami prvorodičkami starších 30 let

2 Cvičení žen prvorodiček do 29 let a žen prvorodiček starších 30 let

3 Užívání potravinových doplňků těhotnými ženami

4 Změna životosprávy těhotných žen

5 Užívání alkoholu v těhotenství

6 Užívání drog v těhotenství

7 Kouření v těhotenství

8 Zájem o těhotenství i z jiných zdrojů

9 Návštěvnost psychoprofylaktických kurzů

10 Návštěvnost gynekologického lékaře nad rámec doporučené prenatální péče

11 Využití nadstandardních možností diagnostiky

12 Objektivní zdravotní problémy v těhotenství

13 Prožívání větších výkyvů nálad během těhotenství

- 14 Prožívání radosti v těhotenství
- 15 Prožívání smutku v těhotenství
- 16 Příčina smutku
- 17 Obavy z nastávajícího porodu
- 18 Obavy o nenarozené dítě
- 19 Obavy z eventuelních komplikací spojené s těhotenstvím a porodem
- 20 Pocity spojené s existenčním strachem
- 21 Pocity spojené s obavami nejasného původu
- 22 Pocity spojené s obavami z budoucího průběhu poporodního období
- 23 Pocity spojené s obavami z budoucího průběhu péče o dítě
- 24 Pocity spojené s ostatními obavami
- 25 Upřesnění ostatních prožívaných obav
- 26 Hodnocení spokojenosti v partnerství/manželství
- 27 Hodnocení sebe sama rodičkou

PŘÍLOHY

PRAVIDLA VÝŽIVY V TĚHOTENSTVÍ	
OBILOVINY, TĚSTOVINY, PEČIVO, RÝŽE 3–6 porcí	Alespoň 3–6 jednotkových porcí denně (1 porce = plátek chleba, rohlík; ale např. 125 g přílohy např. těstovin), upřednostňovat celozrnné a netučné výrobky
OVOCE A ZELENINA 3+4 porce	Zelenina: alespoň 3 porce denně (100–125 g), z toho 2 syrové, alespoň 2 jako zdroj kyseliny listové Ovoce: alespoň 2 porce denně (100 g), z toho 1 syrová
MLÉČNÉ VÝROBKY 3 porce	3 porce denně (200 ml mléka, jogurtu, 55 g sýra), upřednostňovat netučné
MASO, VEJCE, LUŠTĚNINY 1–2 porce	Alespoň 1 porce denně (tzn. z 80–100 g syrového masa, zdroj železa), upřednostňovat netučné, nebo porce luštěnin, či 2 vejce, optimálně 2x v týdnu porce masa z mořských ryb
OSTATNÍ 10–40 g volného tuku	Doplnění do potřebné energie tak, aby váhový přírůstek během jednočetného těhotenství byl 11,4–16 kg, u obézních 7–11,5 kg, u podvyživených před těhotenstvím 12,5–18 kg
ABSOLUTNĚ NEVHODNÉ BĚHEM TĚHOTENSTVÍ JE MATČINO HLADOVĚNÍ: tj. NEDOSTATEK ENERGIE A PROTEINU nebo VEGANSTVÍ či MAKROBIOTIKA	
navýšení denního příjmu nad potřebou před těhotenstvím je potřebné zejména u: energie: o 0,75 MJ (185 kcal) v posledním trimestru bílkovin: o 10 g, kyseliny listové o 100 % na 400 µg, jód na 130 µg, a v případě nedostatečného oslunění i vitamínu D. Dostatečný příjem železa je třeba kontrolovat prostřednictvím hemoglobinemie (pod 100 g/l nutná suplementace Fe, společně se Zn). !!! ↑ příjem vit. A z farmakologických preparátů nad 1000 µg RE/den není vhodný!!!	
NEPŘÍLIŠ VHDNÉ POTRAVINY BĚHEM TĚHOTENSTVÍ	
Při pálení žáhy: Tučná a kořeněná jídla, čokoláda, mentol	Obecně nevhodné: Alkohol Příliš slané potraviny Kofein Příliš tučná jídla
Při nevolnostech a zvracení: Subjektivně netolerovaná jídla, někdy nutná substituce; při urgentním zvracení (hyperemesis gravidarum) nutná hospitalizace a parenterální výživa	

DOTAZNÍK – PROŽÍVÁNÍ TĚHOTENSTVÍ ŽENOU PRVORODIČKOU

Vážená maminko,

studuji na Filozofické fakultě univerzity Palackého v Olomouci a v rámci své diplomové práce provádím dotazníkové šetření s cílem porovnat prožívání těhotenství ženami prvorodičkami do 29ti let a ženami prvorodičkami starší 30ti let.

Obracím se na Vás s prosbou o spolupráci a o vyplnění níže uvedeného dotazníku.

Jsem si vědoma toho, že data, na která se Vás ptám, jsou citlivějšího charakteru, a proto Vás ujišťuji, že dotazník je anonymní. V tomto dotazníku neexistují žádné správné či špatné odpovědi. Následuje 29 jednoduchých otázek, jejichž zodpovězení Vám zabere max. 10 minut.

Odpověď, která nejvíce vystihuje váš stav, prosím, podtrhněte nebo zakroužkujte.

Mnohokrát Vám děkuji za spolupráci!

Bc.Michaela Dudašiu

1. Dodržovala jste v těhotenství zdravou výživu (dostatek vlákniny, ovoce, zeleniny, přednost celozrnnému pečivu, dostatek tekutin)?

Ano

Spíš ano (ne striktně)

Ne

2. Cvičila jste v těhotenství?

Ano, pravidelně

Nepravidelně

Ne,vůbec

3. Užívala jste v těhotenství potravinové doplňky (např.vitamíny)?

Ano, pravidelně

Nepravidelně

Ne,vůbec

4. Změnila jste výrazně svoji životosprávu se zjištěným těhotenstvím?

- | | | | |
|--|--------------|----------|----|
| | Ano, výrazně | Částečně | Ne |
|--|--------------|----------|----|
5. Pila jste v těhotenství alkohol?

	Ano, pravidelně	Zřídka	Ne, vůbec
--	-----------------	--------	-----------
6. Užívala jste v těhotenství drogy?

	Ano, pravidelně	Zřídka	Ne, vůbec
--	-----------------	--------	-----------
7. Kouřila jste v těhotenství?

	Ano, pravidelně	Nepravidelně	Ne, vůbec
--	-----------------	--------------	-----------
8. Zajímala jste se o své těhotenství i z jiných zdrojů (knihy, internet, vývoj plodu v jednotlivých týdnech těhotenství, změny v organismu ženy, nové směry v porodnictví apod.)?

	Ano, pravidelně	Nepravidelně	Ne, vůbec
--	-----------------	--------------	-----------
9. Navštěvovala jste psychoprofylaktické kurzy pro těhotné?

	Ano, pravidelně	Nepravidelně	Ne, vůbec
--	-----------------	--------------	-----------
10. Navštěvovala jste svého gynekologa častěji, než jste měla předepsané termíny – např. obavy z komplikací?

	Ano	Ne	
--	-----	----	--
11. Využila jste dalších nadstandardních možností diagnostiky, které by detekovaly některé odchylky ve vývoji plodu (např. další vyšetření hladin hormonů v krvi, odběr plodové vody, odběr choriový klků, diagnostické vyšetření 3D ultrazvukem apod.)?

	Ano	Ne	
--	-----	----	--
12. Měla jste objektivní zdravotní problémy v těhotenství (např. otoky, vysoký tlak, těhotenská cukrovka)?

	Ano, významné	Nepříliš závažné	Ne, vůbec
--	---------------	------------------	-----------
13. Prožívala jste během těhotenství větší výkyvy nálad než obvykle (radost, euforie, smutek, pláč apod.)?

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
--	-----	-----------	----------	----
14. Prožívala jste v těhotenství radost?

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne
--	-----	-----------	----------	----
15. Prožívala jste v těhotenství smutek?

	Ano	Spíše ano	Spíše ne	Ne (přeskočte ot. č. 17)
--	-----	-----------	----------	--------------------------
16. Pokud jste smutek prožívala, měl tento smutek nějakou příčinu nebo se objevoval bez příčiny?

	Ano, měl příčinu	Ne, neměl příčinu	
--	------------------	-------------------	--
17. Prožívala jste v těhotenství pocity spojené s obavami z nastávajícího porodu?

Ano Ne

18. Prožívala jste v těhotenství pocity spojené s obavami o nenarozené dítě (zda bude zdravé apod.)?

Ano Ne

19. Prožívala jste pocity spojené s obavami z eventuelních komplikací spojené s těhotenstvím a porodem?

Ano Ne

20. Prožívala jste v těhotenství pocity spojené s existenčním strachem (mít kde bydlet, dostatek finančních prostředků na základní potřeby pro miminko apod.)?

Ano Ne

21. Prožívala jste v těhotenství pocity spojené s obavami nejasného původu?

Ano Ne

22. Prožívala jste v těhotenství pocity spojené s obavami z budoucího průběhu poporodního období?

Ano Ne

23. Prožívala jste v těhotenství pocity spojené s obavami z budoucího průběhu péče o dítě?

Ano Ne

24. Prožívala jste v těhotenství pocity spojené s nějakými jinými obavami (výše nejmenované)?

Ano Ne

25. Pokud ano-upřesněte:

26. Hodnotíte Vaše partnerství/manželství za spokojené?

Ano Spíše ano Spíše ne Ne

27. Hodnotíte sebe sama převážně jako spokojenou, radostnou, veselou, šťastnou?

Ano Spíše ano Spíše ne Ne

28. Kolik je Vám let?