

Diplomová práce

2012

Radka Miková

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra psychologie

Diplomová práce

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY
RIZIKOVÉHO TĚHOTENSTVÍ

Vedoucí práce: PhDr. Jan Polivka
Autor práce: Bc. Radka Miková
Studijní obor: Etika v sociální práci
Forma studia: kombinovaná
Ročník: druhý
2012

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Dne: 31.3.2012

Děkuji svému vedoucímu diplomové práce panu PhDr. Janu Polivkovi za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

1. Úvod.....	- 6 -
2. Teoretická část	- 8 -
2.1. Psychologické pojmy – psychika, prožívání, city a náročné životní situace....	- 8 -
2.1.1. Psychika	- 8 -
2.1.2. Prožívání	- 8 -
2.1.3. City.....	- 9 -
2.1.4. Náročné životní situace.....	- 10 -
2.2. Fyziologické těhotenství	- 13 -
2.2.1. Uvedení do problematiky.....	- 13 -
2.2.2. Tělesné a fyziologické změny v těhotenství	- 15 -
2.2.3. Psychologické prožívání těhotenství	- 16 -
2.2.4. Medicínská péče o fyziologicky těhotné	- 23 -
2.2.5. Formy podpory pro fyziologicky těhotnou ženu	- 30 -
2.3. Rizikové těhotenství	- 32 -
2.3.1. Vysvětlení pojmu	- 32 -
2.3.2. Rizikové faktory s vyznaným vlivem na těhotenství.....	- 33 -
2.3.3. Psychologické prožívání rizikového těhotenství	- 35 -
2.3.4. Medicínská péče o rizikově těhotné.....	- 37 -
2.3.5. Formy podpory pro rizikově těhotnou ženu	- 37 -
1.2.6. Patologické těhotenství	- 38 -
3. Výzkumná část.....	- 41 -
3.1. Cíl výzkumu.....	- 41 -
3.2. Výzkumný postup	- 42 -
3.3. Příprava a průběh výzkumu	- 42 -
3.4. Výzkumný soubor	- 43 -
3.5. Výsledky výzkumu	- 45 -
3.6. Diskuze	- 66 -
4. Závěr	- 70 -
5. Seznam literatury	- 73 -
6. Seznam příloh	- 77 -
7. Přílohy.....	- 78 -
8. Abstrakt.....	- 83 -
9. Abstract	- 84 -

1. Úvod

Těhotenství je obecně vnímáno jako krásné období v životě ženy. Naše moderní společnost za podpory médií nám představuje obraz šťastných a spokojených budoucích maminek, které se aktivně připravují na svou novou sociální roli. Společně s partnerem prožívají radost, navštěvují předporodní kurzy a těší se na nového člena rodiny. Vše se ale náhle změní, pokud se objeví komplikace.

Většina těhotenství probíhá bez obtíží, ale celá třetina těhotenství v České republice je ohrožena určitým rizikem. Pro psychiku ženy znamená rizikové těhotenství velkou zátěž. Strach o další průběh těhotenství, o dítě, o svůj zdravotní stav, náhlá a radikální změna životního stylu a reakce okolí, to vše významně ovlivňuje způsob, jakým žena těhotenství prožívá. Týdny až měsíce nejistoty změni život celé rodiny. Žena často setrvává v absolutním klidu na lůžku doma nebo je hospitalizována v nemocnici. Její obvyklé role musí v rodině vykonávat někdo jiný. V době, kdy je žena v pracovní neschopnosti, přichází rodina o část příjmů a mohou se objevit i finanční obtíže.

Je tedy možné předpokládat, že nejen žena, ale i její okolí, potřebují v této situaci psychickou podporu a dostatek kvalitních informací. Tato práce si klade za cíl zanalyzovat a potvrdit tento předpoklad. V následujícím textu budou hledány odpovědi na otázky, jak ženy prožívají rizikové těhotenství, jaké mají pocity, co nejvíce postrádají, zda vůbec a jakou formu psychické podpory potřebují a kde získávají informace o své specifické situaci.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. První teoretická část se věnuje, s využitím dostupné české a zahraniční literatury, tématům fyziologického a rizikového těhotenství z různých úhlů pohledu. Druhá výzkumná část popisuje přípravu a průběh výzkumu a detailně seznamuje čtenáře s jeho výsledkem. Následná diskuse a závěr shrnují výsledky a přínos celé práce.

Téma zabývající se psychologickými aspekty rizikového těhotenství jsem si zvolila především proto, že v této oblasti již několik let profesně pracuji. Deset let jsem pracovala na gynekologicko-porodnickém oddělení jako porodní asistentka a poslední rok zastávám pozici staniční sestry na oddělení porodní sály a šestinedělí. V praxi se setkávám s rizikově těhotnými ženami, které svou náročnou situaci prožívají různým způsobem. Přestože porodnictví za poslední roky prošlo výraznou změnou a mnoho věcí se změnilo k lepšímu, překvapivě málo odborníků se zabývá psychologickým prožíváním rizikového těhotenství. Z medicínského hlediska je tato oblast podrobně

prozkoumána a je k dispozici velmi mnoho kvalitních informací, ale v oblasti psychologie rizikově těhotné ženy zde spatřuji prostor k podrobnějšímu zkoumání.

Získané informace zamýšlím nabídnout jako možný informační zdroj pro koncepci prenatální péče realizovanou porodními asistentkami a gynekology ve zdravotním systému České republiky.

2. Teoretická část

2.1. Psychologické pojmy – psychika, prožívání, city a náročné životní situace

Tato práce se zabývá psychologickými aspekty rizikového těhotenství. Je proto vhodné vymezit v úvodu práce základní psychologické pojmy používané v následujících kapitolách.

2.1.1. Psychika

Psychické procesy, stavy a vlastnosti ve svém souhrnu vytvářejí psychiku jednotlivce. Pouze člověk si může uvědomit své psychické zážitky, popřípadě je tlumočit řečí, proto psychiku člověka nazýváme též vědomí. Vědomí je to, co člověk prožívá a uvědomování si tohoto prožívání.

Psychika člověka je svou podstatou funkcí mozku, jednotou objektivních a subjektivních faktorů, aktivním odrazem objektivní skutečnosti vznikajícím v činnosti, je dynamická a celistvá, společensky a vývojově determinovaná.

Determinací rozumíme příčinnou podmíněnost a zákonitou závislost věcí a jevů. Pokud aplikujeme determinaci na oblast duševního života, můžeme konstatovat, že:

- a) vše, co existuje v psychice člověka (v jeho nevědomí i vědomí, prožívání i chování), je podmíněno určitými zjištěnými a vymezitelnými činiteli;
- b) psychika každého člověka je výsledkem určitých a konkrétních činitelů
- c) duševní život člověka se uskutečňuje podle přesných zákonitostí.¹

2.1.2. Prožívání

Prožíváním označujeme to, co si člověk sám ze svého duševního života uvědomuje (sebezpozorováním, introspekci).

V prožívání člověk odráží vnější svět, odlišuje v něm sebe, uvědomuje si v něm své postavení v čase, svůj životní čas, své postavení v prostoru a ve společnosti. Podstatným znakem prožívání je to, že je člověk v normálních případech vztahuje na sebe - sám si uvědomuje, že něco prožívá a že to prožívá on a ne někdo jiný.

Každé prožívání je subjektivní, je vlastní pouze prožívajícímu subjektu, pouze jen on zná jeho obsah. Pouze sám člověk ví, nač právě myslí. Prožívání je u každého člověka jiné.

¹ ŠTEFANOVIČ, J. Psychologie, 1. vyd. SPN Praha, 1978, 368 s., č. 44-00-12/1

Prožívání je jedinečné, v dané podobě neopakovatelné. Například každá vzpomínka na nějakou prožitou událost se v něčem odlišuje, její první a další prožití (při vzpomínání) není totožné.

Prožívání se uskutečňuje v čase. Můžeme jej charakterizovat jako „proud vědomí“, který se dá rozdělit na časové jednotky a má časové úseky v životních obdobích. V prožívání není možné přesně vymezit přítomnost, protože zasahuje jak do minulosti, tak do budoucnosti.

Prožívání nezahrnuje celou psychiku subjektu, pouze její uvědomovanou stránku. Uvědomování prožívání znamená, že subjekt prožívání převážně chápe, uvědomuje si souvislosti mezi obsahem svého prožívání a určitými vnějšími souvislostmi.

U některých zážitků, například při snění, však může toto vědomí souvislostí chybět. Prožíváním si neuvědomujeme přímo ani fyziologické děje, které jsou jeho podkladem.

Prožívání je bohatší, než se projevuje ve vnějším chování, a nedá se chováním ani jednáním cele vyjádřit. Podle vnějších projevů chování se proto nedá posuzovat veškeré prožívání. Například to, na co člověk vzpomíná nebo na co myslí se nemusí navenek vůbec projevovat. Člověk může být smutný, ale navenek se může chovat vesele.

Prožívání se externě vyjadřuje zejména řečí, která však veškeré prožívání nezachycuje. Člověk často mnohé své zážitky neumí řečí vyjádřit, ať už proto, že si je přesně neuvědomuje, nebo proto, že nemá dostatek vhodných slov a pojmů. Z tohoto důvodu tedy nelze z řečového projevu si učinit závěr o celém prožívání druhé osoby.²

2.1.3. City

Nejobecněji můžeme city vymezit jako prožívání subjektivního stavu a vztahu k působícím podnětům, přičemž podstatným znakem tohoto prožívání je příjemnost nebo nepříjemnost a přitahování nebo odpuzování působících podnětů.

Prožíváním subjektivního stavu rozumíme to, co se běžně označuje slovy „jak se člověk cítí“. Může jít o příjemný stav, spokojenost, nespokojenost, dobrou nebo špatnou náladu atd.

Subjektivním prožíváním rozumíme především to; že prožívání citů se velmi těsně váže k subjektu. Zatímco například obsahy vjemů, představ, myšlenek prožíváme jako něco, co je na nás nezávislé, resp. jejich obsah si někdy pouze uvědomujeme bez hlubšího prožívání, v citech prožíváme stav vlastního „já“. City jsou nejvíce závislé na

² ŠTEFANOVIČ, J. Psychologie, 1. vyd. SPN Praha, 1978, 368 s., č. 44-00-12/1

subjektu. To způsobuje značnou individuálnost, odlišnost citového prožívání u jednotlivých lidí při působení téhož podnětu.

Citové reakce

Citovými reakcemi nazýváme ty city, které prožíváme při náhlém narušení rovnováhy organismu s prostředím. Podnětem pro vyvolání těchto citů jsou zejména změny v prostředí. Povaha vzniklých citů závisí zejména na tom, zda tyto změny jsou organismu nebezpečné, ohrožují ho, nebo zda jsou naopak prospěšné, vítané.

Jednou z nejtypičtějších charakteristik citových reakcí je jejich intenzita, resp. změny v intenzitě. Citové reakce mohou být slabě, střední až velmi silné.

Citové stavy

Citovými stavy nazýváme dlouhotrvající a nepřítliš intenzivní prožívání vlastního subjektivního stavu. Citový stav se běžně označuje pojmem nálada.

Jednou ze základních charakteristik citových stavů — na rozdíl od citových reakcí — je, že na delší dobu ovlivňují ostatní prožívání, jednání a chování člověka, ale i jeho tělesný stav, a to v kladném nebo záporném smyslu (podle jejich povahy).

Citové stavy vznikají zejména na základě tělesných citů, emocí (například z příjemných tělesných citů vzniká příjemný citový stav a naopak), ale také z různých vnějších podnětů a situací (například z úspěchu, neúspěchu, zklamání, ztráty blízkého člověka atd.).

2.1.4. Náročná životní situace

Chování člověka v zátěžových situacích a zvládání těchto situací je předmětem výzkumu již od počátků psychologie a psychiatrie.

Pojem „zvládání“ je obdobou anglického výrazu „coping“ a lze jej zařadit mezi nejzákladnější procesy, jejichž prostřednictvím se člověk utváří, rozvíjí a adaptuje na životní podmínky, vytváří si vlastní identitu a nalézá své místo ve společnosti.

Do zvládání je zapojeno mnoho procesů a mnoho systémů, jeho výsledná podoba je ovlivněna velkým množstvím faktorů.³ V důsledku toho zvládání nepředstavuje ucelený koncept, spíše se jedná o termín zahrnující jak zvládací strategie tak samovolné odpovědi, jak vnitřní procesy tak vnější chování. Podstatná je jeho procesuální povaha.

³ FRYDENBERG, E. Understanding coping: towards a comprehensive theoretical framework. In E. Frydenberg (Ed.), Learning to Cope: Developing as a Person in Complex Societies, New York 1999: Oxford University Press

Zvládání nemusí být úspěšným aktem, důležité je vyvinutí snahy (která se ovšem nemusí vnějškově projevit, může se odehrávat pouze na úrovni kognitivních procesů).⁴

Pojem zátěže bývá psychologii často slučován s pojmem stresu. Z psychologického hlediska lze zátěž a stres chápat jako stav nedostatku, který bývá obvykle spatřován v nesouladu mezi požadavky situace a kapacitou člověka.⁵

Stres je nespecifická reakce na požadavek kladený na organismus, projevující se na tělesné i duševní úrovni. Mohou ji vyvolávat nejrůznější situace – emoční vzrušení, úsilí, únava, bolest, strach, soustředění, ponížení, ztráta krve, velký nečekанý úspěch aj.⁶

Stres, který se na fyziologické úrovni projevuje jako stav zvýšené aktivity organismu, je na psychické úrovni stavem emočního vzrušení, a to jak negativního (distres), tak i pozitivního (eustres). Nejčastějším příznakem stresu je negativně emoční napětí, projevující se v podobě strachu, úzkosti, nepohody, nejistoty, zlosti atp. Stres obvykle provází zvýšená vzrušivost nebo utlumenost, poruchy koncentrace, zhoršená koordinace všech funkcí, chybné úkony, neschopnost se uvolnit apod.⁷

Na zvládnutí stresové situace se podílí mnoho faktorů, jedním z nich je i samotná osobnost jedince.

Osobnost se na výsledné podobě zvládání zátěžové situace, s níž je jedinec konfrontován, podílí všemi svými složkami, včetně její momentální dynamiky a aktuálního stavu. V souladu s Ruiselovou můžeme rozlišit 3 hlavní psychologické faktory, které v zátěžové situaci spoluurčují podobu použitého zvládacího postupu:

- profil – osobnostní vlastnosti, vědomosti, schopnosti,
- činnost – motivace, zaměření, regulace,
- aktuální stav.

Za nejpodstatnější z celkového profilu, činnosti a stavu aktéra v situaci považují Hlavsa, Langová a Všetečka následující složky:

- hloubka a rozsah porozumění situaci,
- znalosti a dovednosti potřebné ke zvládnutí dané situace,
- cíl a program, plán činnosti,

⁴ ŠINDELÁŘOVÁ, M. Diplomová práce: Stabilita způsobů zvládání zátěžových situací: Časový průběh a vývoj způsobů zvládání, MU Brno 2006

⁵ SARMÁNY Schuller, I. Kognitivně štýly a coping. In Z. Ruiselová & E. Ficková (Eds.), Poznávanie a zvládanie záťažových situácií I. ÚEPs SAV, Bratislava 1994

⁶ SELYE, H. History and present status of the stress concept. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects, New York 1982: The Free Press.

⁷ ŠINDELÁŘOVÁ, M. Diplomová práce: Stabilita způsobů zvládání zátěžových situací: Časový průběh a vývoj způsobů zvládání, FF UK Brno 2006

- motivace,
- osobnostní charakteristiky,
- hodnocení kauzality a ovládatelnosti dění,
- pozice v situaci na dimenzi závislost – řízení,
- vázanost vůči principům a normám,
- vzájemné vztahy mezi aktéry,
- aktérem produkované činitele vážící se na situace minulé i imaginární.⁸

Dalším faktorem, který pomáhá zvládat zátěžovou situaci jsou obranné mechanismy, tedy procesy chránící osobnost před působením zátěže. Jejich účelem je udržení emočního stavu v přijatelných mezích a zachování psychické rovnováhy a integrity v situacích jejich ohrožení.⁹

Mezi nejvýznamnější obranné mechanismy patří:

- vytěsnění – vyloučení nepříjemných pocitů a zážitků z vědomí,
- projekce – připisování vlastních nežádoucích vlastností, citů, záměrů jiným osobám,
- introjekce – zvnitřnění postojů a sklonů jiných osob,
- sublimace – přeměna nežádoucích tendencí ve společensky hodnotné aktivity,
- reaktivní výtvar – nahrazení nepříjemných sklonů opačnými postoji a chováním,
- regrese – sestup do vývojově nižšího stadia chování,
- racionalizace – nalezení racionálního vysvětlení nepříjemných způsobů chování,
- popření – odmítnutí uznat skutečnost, která je zdrojem úzkosti,
- intelektualizace – únik od úzkostného prožívání do sféry intelektuálních zájmů,
- identifikace – zvýšení pocitu vlastní hodnoty ztotožněním s jinou osobou,
- sebeobviňování – zaměření agrese vůči sobě,
- kompenzace – vyrovnání pocitu nedostatečnosti v určité oblasti vytyčením vysokých cílů a vysokým nasazením k jejich dosažení,
- disociace – oddělování psychických obsahů, zejména citů od myšlení a chování,
- izolace – vyhýbání se kontaktu s jinými osobami,
- přemístění – přenesení vytěsněné emoce na náhradní objekt,

⁸ ŠINDELÁŘOVÁ, M. Diplomová práce: Stabilita způsobů zvládnání zátěžových situací: Časový průběh a vývoj způsobů zvládnání, FF UK Brno 2006

⁹ MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H., & HOSKOVEC, J. Duševní hygiena a prevence zátěže. Praha: SPN, 1984.

- útek do fantazie – únik z nepříjemné situace a fantazijní prožívání uspokojení,
- rezignace, apatie¹⁰

Mnoho výzkumů také potvrzuje předpoklad, že dobré osobní vztahy a sociální zázemí mohou zmírňovat účinky stresorů a nedostatek blízkých vztahů může negativní působení stresujících okolností ještě více zintenzivnit.¹¹

Sociální opora může zvládání napomáhat dvojím způsobem: nezávisle na prožívání stresu může posilovat osobní zdroje jako jsou například sebedůvěra a sebeúcta, v samotné zátěžové situaci může snižovat působení stresu.¹²

Funkcí, které může sociální opora při zvládání zátěžové situace plnit, je více; jedná se zejména o:

- emoční oporu (projevy lásky, víry, empatie aj.),
- hodnotící oporu (projevy úcty, posilování sebevědomí),
- informační oporu (poskytování informací a rad),
- instrumentální oporu (předměty a činnosti).¹³

2.2. Fyziologické těhotenství

2.2.1. Uvedení do problematiky

Jak uvádí Roztočil, těhotenství je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Toto období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní.¹⁴

Nejen každý lidský jedinec je absolutní individualitou, ale i každé těhotenství je zcela jedinečné. Žádná spolehlivá prognostická metoda potvrzující normální průběh konkrétní gravidity a následného porodu neexistuje. Základní podmínkou úspěchu

¹⁰ NAKONEČNÝ, Milan. Základy psychologie osobnosti. 1.vyd. Praha: Management Press, 1993, 232 s. ISBN 80-856-0334-9.

¹¹ ŠINDELÁŘOVÁ, M. Diplomová práce: Stabilita způsobů zvládání zátěžových situací: Časový průběh a vývoj způsobů zvládání, FF UK Brno 2006

¹² ŠINDELÁŘOVÁ, M. Diplomová práce: Stabilita způsobů zvládání zátěžových situací: Časový průběh a vývoj způsobů zvládání, FF UK Brno 2006

¹³ ŠOLCOVÁ, I. a V. KEBZA. Sociální opora jako významný protektivní faktor. Československá psychologie. 1999, roč. 1, č. 43, s. 19-38.

¹⁴ ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. Porodnictví. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2

těhotenství, není jen kvalitní zdravotnická péče, ale i poučená a především psychicky vyrovnaná budoucí maminka.¹⁵

Pro první těhotenství je ideální věk ženy 20 až 25 let. Jak z hlediska genetického, tak z hlediska biologického. V moderní době se ale objevují v souvislosti s těhotenstvím nové trendy, které souvisí s celkovou změnou životního stylu celé společnosti. Mladí lidé mají možnost více cestovat, podnikat, studovat na univerzitách, naplnit svůj volný čas různými aktivitami. Důsledkem této změny je odsouvání mateřství do pozdějšího věku. Pozdější rodičovství může být ale i ukazatelem větší zodpovědnosti mladých lidí. Nejdříve chtějí studovat a najít si zaměstnání, tudíž vytvořit ekonomický základ pro svou budoucí rodinu.

Zvýšil se věk prvorodiček – v roce 2004 překročil 26 let. Jako pozitivní se jistě uplatňuje jejich vyzrálost a skutečnost, že jsou na mateřství lépe připravené. Během doby, o kterou žena mateřství odkládá, si zrealizuje své touhy a přání a je pak připravena se plně věnovat péči o dítě. Vztah takových rodičů je stabilnější, rodina je lépe finančně zajištěna, žena si splnila do jisté míry své profesionální ambice, a tak nenastává rozpor mezi mateřstvím a její kariérou.¹⁶

Negativním aspektem tohoto trendu je pokles porodnosti, kdy kariérní úspěch nakonec převyšuje přání stát se matkou, stoupá riziko komplikací v období těhotenství, ale také možných poruch nitroděložního vývoje plodu a výskytu vrozených vývojových vad..

Nastávající mateřství je obecně vnímáno jako období klidu, vyrovnanosti a štěstí. Vágnerová však uvádí, že těhotenství je dobou zátěže psychické, fyzické a pro některé páry i sociální. Žena se musí vyrovnat s změnou vlastní osobnosti, se změnou tělového schématu, s novými, často i nepříjemnými pocity, s novou rolí matky atd. Neděje se tak automaticky a každá budoucí matka musí svou životní proměnu nějak zpracovat a přizpůsobit se nové životní situaci¹⁷.

Špatenková popisuje proměny v těhotenství shodně:

„Těhotenství přináší celý komplex změn, s nimiž se musí žena nějakým způsobem vyrovnat, na které se musí adaptovat. Běžně je těhotenství označováno jako „jiný stav“ – všechno je totiž jiné – vnímání, prožívání, hierarchie hodnot, nálady, dochází k

¹⁵ CHMEL, Roman. Průvodce těhotenstvím: jak se připravit na otěhotnění, jednotlivé měsíce těhotenství, porod, šestinedělí. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 140 s. Pro rodiče. ISBN 80-247-0962-7.

¹⁶ MIKULANDOVÁ, Magdalena. Těhotenství a porod: průvodce české ženy od početí do šestinedělí. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004, 160 s. ISBN 978-80-251-1676-0

¹⁷ VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.

tělesným změnám apod. Změny se dotýkají všech základních úrovní osobnosti: biologické, sociální i psychické. Pravděpodobně v žádném jiném životním období nenajdeme takovou kumulaci změn, jako právě v těhotenství.“¹⁸

2.2.2. Tělesné a fyziologické změny v těhotenství

V období těhotenství prochází tělo ženy fyziologickými změnami, jejichž smyslem je zajistit zdárný průběh těhotenství a růst a vývoj plodu. Později se také mateřský organismus připravuje na porod a následné kojení. Tyto změny jsou nejrůznějšího charakteru a týkají se všech orgánových soustav. Dochází ke změnám ve stavbě, uložení a funkci orgánů, procesů látkové přeměny, k růstu tkání, zadržování tekutin, uvolnění hladkého svalstva a dalším. Všechny tato změny jsou pouze přechodné, po porodu, postupně nastane v organismu přibližně stejný stav jako před těhotenstvím.¹⁹

Jak už bylo uvedeno, změny jsou opravdu rozsáhlé, a tak jsou často také doprovázeny negativními fyzickými či psychickými příznaky.

Mezi fyzické lze například uvést: neaseu, zvracení, bolesti zad a žeber, obtíže s močením, křečové žíly, pálení žáhy, únava, hemeroidy, dušnost, křeče, otoky dolních končetin, nespavost, mdloby, vytváření strií.

Každá žena vnímá tyto obtíže jinak, často záleží na tom, jak byla žena na těhotenství připravena. Pokud je těhotenství chtěné a plánované, často je budoucí matka vítá, protože jsou známkou, že její plod je dobře chráněn a prospívá.²⁰ Přijímá je jako přirozené a nepřekvapí ji jejich intenzita. Na druhé straně je ale může prožívat jako nesnesitelné v obavách, že ji budou provázet celé, neplánované či nechtěné těhotenství.²¹

¹⁸ ŠPATENKOVÁ, Naděžda. Jak řeší rodinné krize moderní žena. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 145 s. Pro moderní ženu. ISBN 80-247-1567-8.

¹⁹ ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. Porodnictví. 1. vyd. Brno: IDVPZ v Brně, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2

²⁰ LEIFER, Gloria. Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 951 s. ISBN 80-247-0668-7.

²¹ PEČENÁ, M. Psychologie těhotenství. In: Čepický, P. (Ed.). (1999). Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Praha: Ševret, 1999

Plánované rodičovství

Bylo by ideální, kdyby se na celém světě rodily děti pouze rodičům, kteří si jejich narození skutečně přejí, a kteří jsou fyzicky, citově a finančně připraveni počít novým životem.²²

Plánované rodičovství je proces, při kterém se partnerská dvojice rozhoduje, zda založí rodinu, zda jim to umožňuje jejich socioekonomická situace, případně kdy a jak přivedou dítě na svět.²³

Plánované rodičovství je ve všech civilizovaných zemích světa považováno za základní lidské právo. Může mít pozitivní nebo negativní charakter. Negativní plánované rodičovství je snaha a opatření vedoucí k zábraně nežádoucího otěhotnění.²⁴

Otěhotnění můžeme jistě považovat za jeden z nejdůležitějších a nejzodpovědnějších kroků, který žena v životě učiní.²⁵ Můžeme jednoznačně říci, že dnes, v době široké dostupnosti bezpečné antikoncepce, zůstává rozhodnutí o plánování gravidity plně v rukou každé ženy. V minulosti, mnohem častěji než dnes, nastávala situace, kdy bylo vzniklé těhotenství neplánované a nechtěné. Dnes, v době možnosti kontroly početí a plánovaného rodičovství, je situace odlišná.²⁶

2.2.3. Psychologické prožívání těhotenství

Těhotenství je pro ženu více než jen fyzická záležitost. V průběhu těhotenství nejprve akceptuje dítě jako součást sebe sama a postupně si zvyká na představu dítěte jako samostatné bytosti. Mění se z těhotné ženy v matku.

Reva Rubin definuje čtyři základní úkoly, které žena v průběhu těhotenství řeší:

- a) Snaží se o bezpečný průběh těhotenství pro sebe i plod. K tomu je třeba jak profesionální péče, tak respektování důležitých kulturních aspektů.
- b) Smiřuje se se svou rolí matky. Bude partner akceptovat dítě? Preferuje partner nebo ostatní rodina určité pohlaví dítěte? Jak dítě bude přijato, když nebude zcela v pořádku?

²² PAŘÍZEK, A. Kniha o těhotenství @ porodu. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.

²³ SKUPINA AUTORŮ, Přivádíme děti na svět. Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu. Praha: Aperio, 2002. 119 s., ISBN 80-903087-1-6.

²⁴ PAŘÍZEK, A. Kniha o těhotenství @ porodu. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3

²⁵ ODENT, M. Znovuzrozený porod. 1. vyd. Praha: ARGO, 2000, 154 s. ISBN 80-85794-69-1

²⁶ CHMEL, Roman. Průvodce těhotenstvím: jak se připravit na otěhotnění, jednotlivé měsíce těhotenství, porod, šestinedělí. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 140 s. ISBN 80-247-0962-7.

- c) Učí se, jak se o sebe postarat a jak přijmout péči a pozornost ostatních. Už nebude tou bezstarostnou dívkou, kterou byla do narození dítěte. Bude závislá na ostatních jinak než dosud.
- d) V průběhu těhotenství se rozvíjí její vztah k dítěti. Největší podíl na emocionálních změnách má především ochrana a výživa plodu.²⁷

Období těhotenství je fází přípravy a postupné adaptace na nastávající rodičovství, narození dítěte představuje zásadní zlomový přechod k nové životní alternativě. Budoucí rodiče procházejí obdobím transformace svých rolí a vzájemného vztahu. Očekávané dítě významným způsobem zasáhne do jejich života, zejména pokud jde o první těhotenství. Je jisté, že tato doba představuje náročnou životní situaci pro oba rodiče, lze ji chápat i jako zkoušku jejich vzájemného vztahu.²⁸

Těhotenství je jednou ze tří specifických ženských zkušeností. Zbývající dvě, menstruace i klimakterium se odehrávají v soukromí a jsou intimní záležitostí ženy, přestože i ony bývají spojeny s fyziologickými i psychickými výkyvy a nemusí být prožívány nijak pozitivně. Těhotenství se, přinejmenším ve své druhé polovině, stává snadno identifikovatelným stavem, tedy veřejnou záležitostí. Pocity nastávající matky v této době ovlivňuje nejenom chování nejbližších lidí, ale i postoje mnoha různých lidí, s nimiž se setkává. Může je zatížit fakt, že těhotenství bývá vnímáno jako výjimečný stav, který ženu v mnoha směrech fakticky či symbolicky handicapuje.²⁹

Těhotenství také bývá označeno jako vývojová krize v životě ženy, tj. období výrazných změn, kdy se osoba nachází mezi tím, čím byla a tím, čím se má stát.³⁰ Proces adaptace na novou roli neprobíhá automaticky a každá budoucí matka musí svou životní proměnu nějak zpracovat.³¹ Je zapotřebí modifikovat staré modely chování, od některých úplně upustit, jiné reorganizovat. Tato fáze nevyrovnanosti vede k pocitům ztracenosti, úzkosti, zmatku, nemocnosti a často i nostalgii pro způsob života, jaký byl

²⁷ RUBIN, Reva. Maternal identity and the maternal experience. New York: Springer Pub. Co., c1984, 242 s. ISBN 08-261-4100-5.

²⁸ VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0..

²⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.

³⁰ ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. Porodnictví. 1. vyd. Brno: IDVPZ v Brně, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2

³¹ VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.

a nedá se již beze zbytku vrátit. Důležitou součástí nové role je to, aby byl člověk v této roli akceptován svým okolím.³²

Od počátku těhotenství dochází v organismu ženy nejenom k somatickým, ale i k psychickým změnám. Ty jsou ovlivněny na jedné straně změnami fyzickými, na straně druhé faktory sociální a ekonomické povahy. Tyto změny se dostaví u všech těhotných včetně těch, u kterých byla gravidita chtěná, případně vytoužená.³³ Vývoj psychických změn a intenzita projevů změněné emocionality ženy v době těhotenství a při porodu je z velké části podmíněna osobností těhotné, věkem a zralostí osobnosti, postojem k těhotenství, připraveností na novou roli matky, na jejím sociálním, ekonomickém zázemí, momentálním životním prostředím apod.³⁴

Psychologické fáze těhotenství

Tak jako ze somatického, tak i z psychologického hlediska lze těhotenství dělit do tří trimestrů:

První trimestr

V době zjištění gravidity se dítě neprezentuje žádnou konkrétní aktivitou. Jeho existence je jen tušená a je pro rodiče objektem vhodným nanejvýš k projekci vlastních představ a přání. Mohou si představovat, jaké bude, a v jejich fantazii je zatím neruší žádná nezměnitelná danost. Prvním signálem, potvrzujícím existenci plodu, bývají v současné době snímky z ultrazvukového vyšetření.

V první třetině gravidity je těhotná zaměřena na sebe, stává se introvertní, sleduje vlastní tělo, snaží se zjistit, zda je opravu těhotná. Pro toto období je typické, že se těhotná žena uzavírá do sebe, smiřuje se s faktem, že v ní žije plod. Těhotná žena také obvykle uvažuje nad tím, jak miminko naruší nynější partnerský vztah či vztah ke staršímu dítěti. Dále prochází pocity rozpolcenosti z důvodu nemožnosti žít starým způsobem života. Tyto pocity jsou úplně přirozené a je škoda klást si za ně vinu. V tomto období se u těhotných žen mohou objevit pocity strachu z potratu a u některých žen již pocity strachu z porodu. Ženy, zvláště pak prvorodičky, mají obavy z toho, zda zvládnou svoji roli matky. Dalším mezníkem v psychice těhotných žen je změna tělesné

³² ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha, 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2

³³ ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. Porodnictví. 1. vyd. Brno: IDVPZ v Brně, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2

³⁴ RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4

konstituce. Ženy si uvědomují, že nemají své tělo pod kontrolou a tyto změny sledují a vnímají se zvýšenými obavami a mnohdy negativními pocity.³⁵

Některé ženy mohou vyzorovat, že se na počátku těhotenství více uchylují ke své matce - pokud s ní mají dobrý vztah. Je to proto, že se cítí v ohrožení pod tíhou velké životní změny a podvědomě se vrací, jakýmsi pudem z dětství, do bezpečné náruče - a sice své matky.³⁶

Roztočil shrnuje - úkolem prvního období je přijetí těhotenství. Z hlediska afektivity jsou typické rozladěnost, nejistota a náladovost.³⁷

Druhý trimestr

Do druhé psychologické třetiny gravidity žena vstupuje tehdy, když vnímá pohyby plodu. V tomto období si plně uvědomuje existenci plodu, cítí se dobře, snaží se všemi způsoby podporovat zdárný průběh těhotenství. Druhý trimestr je charakteristický hormonální stabilitou a také již proběhlým smířením se ženy s růstem miminka v sobě, často se proto vyznačuje klidem a harmonií. Ženy jsou obvykle hrdé na své těhotenství, cítí, že jsou matkami. Těhotné ženy mívají tendenci hlásit se ke "komunitě matek" - k ženám, které jsou buď také těhotné či již mají děti a společně probírat různá témata týkající se mateřství. V souvislosti s postupujícími tělesnými změnami se některé těhotné ženy cítí jako "cizinky ve svém těle", jejich tělo se mění a ony si mohou připadat méně přitažlivé, i když by to mělo být spíše naopak.³⁸

Tento trimestr je charakteristický prožíváním fantazií a představ o svém dítěti - jak asi bude vypadat, jak se bude chovat, jaký bude jejich společný život. Často proto matky potřebují vědět jak se dítě vyvíjí a jak roste. Typická pro toto období je také touha poznávat děti a dětský svět. Žena chce znát dětské potřeby, přání, chování. Nechává si proto často vyprávět o tom, jak se ona sama chovala v dětství nebo sleduje děti jak si hrají či jak se chovají.³⁹

³⁵ LORENZOVÁ, Eva. Psychika ženy v těhotenství [online]. [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/clanky/tehotenske-pocity.html>

³⁶ LÁBUSOVÁ, Eva. EvaLabusova.cz: Cesty ke spokojenému porodu. [online]. [cit. 2012-02-26]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/cesty/I_4.php

³⁷ ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha, 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2

³⁸ LÁBUSOVÁ, Eva. EvaLabusova.cz: Cesty ke spokojenému porodu. [online]. [cit. 2012-02-26]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/cesty/I_4.php

³⁹ LÁBUSOVÁ, Eva. EvaLabusova.cz: Cesty ke spokojenému porodu. [online]. [cit. 2012-02-26]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/cesty/I_4.php

Roztočil shrnuje - úkolem druhé fáze je přijetí plodu jako nezávislého samostatného jedince.⁴⁰

Třetí trimestr

Třetí období začíná životaschopností plodu. Na jednu stranu se žena v tomto období obává porodu, na druhou stranu se pro ni těhotenství stává stále více nepohodlným a soustředění ženy tedy směřuje k termínu porodu.⁴¹ Toto období zahrnuje asi 6 týdnů před porodem, kdy dominuje přijetí přicházející reality a výrazně se zesilují obavy z porodu (jeho průběhu, intenzity a charakteru bolesti), ze zdravotního stavu novorozence, ze smrti, z náhlého opuštění pracovního prostředí a navyklých rituálů.⁴² Chování ženy v závěrečném období je charakterizováno „stavěním hnízda“. V posledních týdnech před porodem se střídání nálad ještě více prohlubuje.⁴³ Je to dáno tím, že ke konci těhotenství silně stoupá množství těhotenských hormonů.⁴⁴

Roztočil shrnuje - úkolem třetí fáze je příprava na porod a existenci nového jedince mimo organismus matky.⁴⁵

Vliv těhotenství na rodinu

Během těhotenství provází psychické změny nejenom těhotnou ženu, ale i její okolí, především partnera a nejbližší rodinu. Otec dítěte prochází taktéž změnami identity, mění se jeho vztah k partnerce. V některých případech dochází k přítomnosti somatických symptomů jako u těhotných žen. Nejčastějšími příznaky jsou bolesti zubů, náhlý přírůstek hmotnosti, pokles chuti k jídlu. Příznaky obvykle začínají ve 3. - 4. měsíci těhotenství a jejich výskyt postupně klesá, opět jich přibývá v posledních dvou měsících těhotenství. Není tu žádná souvislost s případnými fyzickými problémy žen, pravděpodobně se jedná o somatické vyjádření úzkosti či spoluprožívání těhotenství s partnerkou.

⁴⁰ ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha, 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2

⁴¹ ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha, 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2

⁴² PEČENÁ, M. Psychologie těhotenství. In: Čepický, P. (Ed.). Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Praha: Ševret, 1999

⁴³ ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2

⁴⁴ STADELMAN, I. Zdravé těhotenství, přirozený porod. Praha: One Woman Press, 2009, 514 s.

⁴⁵ ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2

Neméně významnými psychickými změnami prochází již přítomné děti, které jsou nuceny vyrovnat se s novou rolí „staršího sourozence“. Reakce staršího dítěte je ovlivněna postojem rodičů a také vlastní vývojovou úrovní dítěte.⁴⁶

Různě intenzivní vývojovou krizí procházejí také budoucí prarodiče, ale také nastávající tety a strýcové. Těhotenství přesouvá celý rodinný systém do fáze, kdy se musí znovu uspořádat rodinné role a vztahy, aby se vytvořilo místo pro očekávané dítě.⁴⁷

Prenatální psychologie

Prenatální psychologie je poměrně nová vědecká disciplína, která se zabývá širokými souvislostmi prenatálního života, působením emocí matky na plod, prožíváním během těhotenství, sociálními vazbami a také tím, jak všechny tyto faktory ovlivňují další vývoj a život člověka.

Bylo prokázáno, že psychický vývoj jedince začíná už v období intrauterinního života. Toto období se stává hlavním zájmem prenatální psychologie, jejíž rozvoj a výzkumy umožnila především moderní technika, umožňující registrovat aktivitu a reakce plodu v děloze. V mnohém jsme však stále odkázáni na dílčí poznatky či na jakési odhady, které dosud nebyly průkazně ověřeny.⁴⁸

Jisté však je, že dobrý stav a psychická pohoda matky jsou pro budoucí vývoj dítěte významné. Psychický stav matky nachází svůj fyziologický odraz v jejím těle a dítě ho v jejich důvěrném spojení prožívá spolu s ní. Stresové hormony, které produkují matčiny nadledvinky při rozčilení a psychické zátěži, ovlivňují i plod. Pokud se matce podaří zátěž zvládnout a prožívá pocit uspokojení, získává i dítě neocenitelnou zkušenost.

Jak zdůrazňuje Fedor-Freybergh, prenatální stádia života představují unikátní příležitost primární prevence psychických, emočních i tělesných problémů v pozdějším životě.

Těhotenství můžeme považovat za jakýsi aktivní dialog mezi matkou a dítětem. Tento dialog není téměř ničím omezený a navíc je ovlivňován také dobrým vztahem

⁴⁶ Bonella: Portál pro maminky a těhotné. Psychické změny v těhotenství [online]. [cit. 2012-03-01].

Dostupné z: <http://www.bonella.cz/prubeh-tehotenstvi/psychicke-zmeny-v-tehotenstvi.html>

⁴⁷ ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2

ROZTOČIL, Aleš. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.

⁴⁸ Studie z psychologie zdraví. Editor Václav Břicháček, Markéta Habermannová. Praha: Ermat, 2007, 257 s. ISBN 978-80-87178-00-3

respektován od samého začátku a byl považován za rovnocenného partnera při vzájemném dialogu. Tento dialog začíná v okamžiku početí a pokračuje v dalších prenatalních, perinatálních a postnatálních stádiích života. Ovlivňuje kvalitu porodu a způsob vývoje člověka v dětství, dospívání a dospělosti právě tak, jako schopnost milovat a uznávat druhé nebo navazovat kvalitní vztahy.⁵⁴

2.2.4. Medicínská péče o fyziologicky těhotné

Medicínská péče o těhotné je název pro organizovanou několikastupňovou péči o těhotné ženy. Jedná se o celou řadu kontrol, při kterých je sledován zdravotní stav těhotných žen a vývoj plodu. Dalším krokem je příprava těhotné ženy k porodu a nastávajících rodičů k nové úloze.⁵⁵

V ideálním případě by prenatalní péče měla být zahájena dříve než žena otěhotní. Pokud plánuje těhotenství měla by se obrátit na svého lékaře s žádostí o kompletní prohlídku. Rutinní testování může ženu ujistit, že je v dobrém zdravotním stavu, a že nemá žádná onemocnění nebo jiné potíže, které by mohly negativně ovlivnit budoucí těhotenství.⁵⁶

Dobry zdravotní stav matky je předpokladem pro správný vývoj plodu v jejím těle.⁵⁷ Zlepšení životních podmínek, lepší výživa, přiměřená tělesná hmotnost před začátkem těhotenství, léčba a kontrola chronických onemocnění (chudokrevnost, ledvinové a srdeční choroby, apod.) mají pozitivní vliv na průběh těhotenství. Uvedené faktory jsou dobrou prevencí vzniku pozdějších komplikací.⁵⁸

V rámci prenatalní péče jsou prováděna různá laboratorní a ultrazvuková vyšetření, která se souhrnně označují termínem prenatalní diagnostika, odborně také screening. Hlavním smyslem a účelem prenatalní diagnostiky je včasná identifikace rizikových faktorů v těhotenství, které by mohly ohrozit zdárný průběh těhotenství, znamenat zdravotní riziko pro matku nebo být příčinou nepravidelnosti vývoje plodu či jeho

⁵⁴ MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2002, 260 s. ISBN 80-728-1090-1

⁵⁵ MACKŮ, František a Jaroslava. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 327 s. ISBN 80-716-9589-0.

⁵⁶ IZENBERG, N., KidsHealth.org, Internetový zdroj:

http://kidshealth.org/parent/pregnancy_newborn/medical_care/medical_care_pregnancy.html

⁵⁷ EVANS, N. *Těhotenství a porod od A do Z: Přehledná encyklopedie*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1997. 340 s. ISBN 80-7205-510-0

⁵⁸ MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod: průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 20042007?, 160 s. ISBN 978-80-251-1676-0

onemocnění. Při odhalení možného rizika je důležité včas zahájit preventivní nebo léčebná opatření.⁵⁹

Laiky, ale někdy i samotnými lékaři, bývají výsledky screeningových testů zaměňovány s významem výsledků testů diagnostických. Na rozdíl od nich však pozitivní výsledek screeningového testu neurčuje přímo přítomnost choroby, ale pouze jedince řadí do určité rizikové skupiny. Příhodným českým synonymem pro screening je výraz vyhledávací test.

Zpravidla již při první návštěvě u gynekologa vystaví lékař budoucí matce těhotenskou průkazku, kde jsou zaznamenány všechny podstatné údaje o jejím zdravotním stavu a následně o probíhajícím těhotenství. Podle data poslední menstruace určuje datum předpokládaného porodu. Zjišťuje také základní rodinnou anamnézu, tzn. závažná onemocnění vyskytující se v rodině. Mezi další důležité informace patří gynekologická anamnéza, sociální anamnéza, údaje o pracovním zařazení, o užívaných lécích, případně návykových látkách.⁶⁰

Standardní součástí kontrol je zjišťování hmotnosti, kontrola moči, krevního tlaku a otoků. Součástí prohlídky je i vnější vyšetření břicha sloužící odhadu růstu a později i polohy plodu. Několikrát během těhotenství se provádí i vnitřní (vaginální) vyšetření, které slouží ke zjištění stavu děložního hrdla. Okolo 20. týdne už někdy bývají slyšitelné srdeční ozvy, které se ve druhé polovině těhotenství pravidelně kontrolují.⁶¹

Organizace prenatální péče v ČR

V České republice je v současné době dobře propracovaný systém péče o těhotné ženy. Po celé zemi je organizována síť poraden, které se dělí na poradny základní péče o těhotné, poradny s intermediární péčí a poradny v perinatologickém centru. Poradny základní péče navštěvuje většina žen, jsou určeny pro zdravé ženy jejichž těhotenství probíhá fyziologicky. Poradny s intermediární péčí zajišťují péči o ženy s rizikovým a patologickým těhotenstvím. Těhotné s nejzávažnějšími riziky navštěvují poradny v perinatologickém centru. Tento typ bývá součástí krajské porodnice nebo gynekologicko-porodnické kliniky. V těchto centrech je široká nabídka diagnostických a léčebných metod a spolupracují zde lékaři-specialisté. Hlavním cílem tohoto systému

⁵⁹ HÁJEK, Z. Prenatální péče u fyziologických gravidit. Moderní gynekologie a porodnictví. 1999, roč. 8, č. 2, s. 63-65.

⁶⁰ MIKULANDOVÁ, Magdalena. Těhotenství a porod: průvodce české ženy od početí do šestinedělí. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004, 160 s. ISBN 978-80-251-1676-0

⁶¹ PAŘÍZEK, A. Kniha o těhotenství @ porodu. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.

poraden je zajistit ohroženým těhotným ženám nejvyšší možnou diagnostickou a léčebnou péči a dětem po rizikovém nebo patologickém těhotenství optimální porodnickou a neonatologickou péčí.⁶²

Od konce osmdesátých let nastal i u nás značný pokrok v oblasti porodnictví. Roztočil hovoří o tzv. „humanizaci“ celého oboru.⁶³ Mění se nejen prostředí v ordinacích a nemocnicích, ale především přístup ke klientkám a jejich partnerům. Lékaři a porodní asistentky začali vycházet svým klientkám vstříc, více a lépe s nimi komunikují, naslouchají jim, z monologu se stává oboustranný dialog. Souhra příjemného prostředí a proklientsky orientovaného personálu začíná v budoucích rodičích už od prvního setkání budit pocit důvěry a profesionality. Ženy dnešní doby jsou také lépe informované, aktivně se o těhotenství zajímají, navštěvují různé předporodní kurzy. V porodnicích se staly standardem pokoje pro maminky s dětmi (rooming-in), obnovil se požadavek na kojení, doprovázející osoba nebo dula u porodu bývá téměř pravidlem. V takovémto prostředí je samozřejmě i více možností pro psychologické působení či využití poznatků psychologie v péči o těhotnou ženu.⁶⁴

Ačkoliv neexistuje žádná legislativní norma, která by striktně předepisovala, jak přesně má prenatální péče vypadat, na základě doporučení České gynekologicko-porodnické společnosti čeští gynekologové svým klientkám radí, aby se v prenatální poradně nechaly zaevidovat nejpozději do 12. týdne gravidity. Do té doby by též měly absolvovat první těhotenské vyšetření.⁶⁵

Až do 32. týdne těhotné ženy na doporučení lékaře navštěvují poradnu jedenkrát za tři až čtyři týdny. Od 33. týdne jsou jim prohlídky předepisovány jedenkrát za 14 dní. Od 37. týdne dochází rodička do poradny nejméně jedenkrát týdně. U normálního, nerizikového těhotenství se tedy předpokládá nejméně 10 - 14 návštěv prenatální poradny.⁶⁶

⁶² PAŘÍZEK, A. Kniha o těhotenství @ porodu. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3

⁶³ ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. Moderní porodnictví. 1. vyd. Praha, 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2

⁶⁴ ŠTROMEROVÁ, Z. Změny v našem porodnictví. In: [online]. [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/JakRodi/ZmenyUnas.html>

⁶⁵ LÁBUSOVÁ, Eva. EvaLabusova.cz: Cesty ke spokojenému porodu. [online]. [cit. 2012-02-26]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/cesty/I_4.php

⁶⁶ LÁBUSOVÁ, Eva. EvaLabusova.cz: Cesty ke spokojenému porodu. [online]. [cit. 2012-02-26]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/cesty/I_4.php

Psychologické aspekty prenatální diagnostiky

V České republice podstupují těhotné ženy v ambulancích prenatální péče řadu vyšetření, která umožňují diagnostikovat řadu chorob a patologií u dosud nenarozeného lidského jedince. Hlavním úkolem prenatální diagnostiky je, co možná nejčasnější diagnostika těchto patologických stavů. Mezi tato vyšetření patří například ultrazvukové vyšetření, odběry krve, vyšetření plodové vody.⁶⁷

Všechna vyšetření, která žena absolvuje v těhotenství vyvolávají pochybnost, zda je s jejím těhotenstvím opravdu všechno v pořádku. Budoucí matka je velmi citlivá na všechny výroky a rozhodnutí, jež souvisí s cíleným zkoumáním jakékoliv nejasnosti či odchylky zachycené při vyšetření. Také čekání na výsledek vyšetření se může negativně projevit v psychickém prožívání těhotné. Ženy často hovoří o pocitech bezmoci a úzkosti, zvláště pak, očekávají-li výsledky, které mají potvrdit postižení dítěte.⁶⁸

Na druhou stranu přináší úlevu vše, co potvrzuje dobrý vývoj těhotenství. Například ultrazvukové vyšetření, je spojeno s pozitivními emocemi. Vizualizace plodu na monitoru poskytuje jasnou informaci o zdárném průběhu těhotenství.⁶⁹

Prenatální diagnostika v těhotenství má podle Štembery některá citlivá specifika:

- a) Velmi důležité je srozumitelné vysvětlení výsledku testu pacientce.
- b) U těhotných žen dvojnásob platí, že screeningové vyšetření musí být neinvazivní, nebolestivé a pro matku i plod bezpečné. Vždy je třeba si uvědomovat, že se vyšetření týká ne jednoho, ale dvou jedinců.
- c) Možnosti moderní medicíny umožňují včas detekovat hledaný patologický stav, avšak možnosti léčby mohou být jen omezené. V mnoha případech nezbyvá než volit „menší zlo“, než riskovat katastrofický závěr (například nutnost předčasně ukončit těhotenství při těžkém onemocnění matky)
- d) Provádění perinatologického screeningu je oprávněné a nelze od něho upustit hned z několika důvodů. Jedná se především o vysokou závažnost těchto stavů, při kterých je často ohrožen život těhotné, plodu nebo obou. I přes možnosti moderní medicíny nebyly stále odhaleny přesné příčiny některých těchto

⁶⁷ CALDA, Pavel. Ultrazvuková diagnostika v těhotenství: pro praxi. Vyd. 1. Praha: Aprofema, 2007, 268 s. ISBN 978-80-903706-1-6

⁶⁸ PEČENÁ, M. Psychologie těhotenství. In: Čepický, P. (Ed.). Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Praha: Ševret, 1999

⁶⁹ RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4

onemocnění. Často mohou probíhat i skrytě, bez příznaků, až do projevení samotné patologie. Významný je i neklesající výskyt těchto onemocnění, která se často nečekaně objeví u dosud zcela zdravých, mladých žen s němou anamnézou. Existují ale možnosti včasné intervence omezující riziko možného fatálního konce⁷⁰

Specifické etické problémy v porodnictví

V případě zjištěné pozitivní diagnózy je nutné vhodným způsobem informovat budoucí rodiče o diagnóze plodu, její prognóze a dalším možném postupu. Přijmout opatření pro další průběh těhotenství, pro vedení porodu či pro následnou péči, co nejdříve zahájit prenatální terapii plodu.⁷¹

Právní norma uvádí, že těhotenství lze přerušit až do 24. týdne těhotenství, při „těžkém poškození“ plodu. Mezi těhotnou a lékařem však nemusí být shoda v tom, co je „těžké poškození“. Žádost těhotné o interrupci může mít navíc nevyslovené pozadí, totiž neochotu starat se o případně poškozený plod nebo dokonce pocit, že má „právo“ na perfektní zdravé dítě. Existují situace, kdy posouzení „tíže“ poškození je velmi problematické, v praxi však kupodivu tyto konflikty nastávají výjimečně a shoda názoru lékaře a těhotné je pravidlem. Radu, jak postupovat, pokud těhotná vyžaduje interrupci pro vadu, kterou lékař nepokládá za „těžkou“, lze patrně hledat ve všeobecně přijatém stanovisku, že gynekolog má právo odmítnout provedení interrupce z vlastních morálních důvodů.⁷²

Etické problémy se v medicíně běžně řeší v dyádě lékař-pacient. Porodnictví však představuje komplikovanější situaci - vedle lékaře a těhotné přistupuje ještě třetí účastník - plod.

Tak vzniká několik možných oblastí konfliktů zájmů:

- a) Konflikt mezi prospěchem těhotné, jak ho chápe sama, a prospěchem těhotné, jak ho chápe lékař

⁷⁰ HÁJEK, Z. a kol. Psychosomatické aspekty rizikového těhotenství. In: Čepický, P. (Ed.). Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Praha: Levret 1999

⁷¹ HÁJEK, Z. a kol. (1999). Psychosomatické aspekty rizikového těhotenství. In: Čepický, P. (Ed.). (1999). Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Praha: Levret.

⁷² HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

Lékař při zjištění určité diagnózy, by měl rodičům doporučit konkrétní terapeutický postup. Direktivnost má být tím menší, čím je ohrožení plodu závažnější a jeho prognóza nejistější. Matka musí být informována správně a úplně, tj. i co do spolehlivosti použitých diagnostických metod, nejasnosti nálezu, rizika intervence, či nejistoty výsledku. Matka má ovšem právo postup odmítnout. Lékař musí její rozhodnutí respektovat.

b) Konflikt mezi prospěchem matky, jak ho chápe sama, a prospěchem plodu, jak ho chápe lékař

Obvykle bývají tyto dva požadavky v souladu - zdraví a prospívání plodu představují pro matku vysokou pozitivní hodnotu. Aby matka odmítala intervenci doporučovanou v zájmu plodu, je případ spíše výjimečný.

c) Konflikt mezi prospěchem matky a prospěchem plodu, jak je chápe lékař

Předně je to případ, kdy snaha o záchranu plodu přímo ohrožuje matku (například odkládání onkologické terapie). Zde se doporučuje respektovat názor těhotné, kterému ovšem musí předcházet důkladné poučení a diskuse. Není-li možno získat vyjádření matky, panuje shoda, že je zapotřebí dát přednost životu ženy.⁷³

Dále sem náleží situace, kdy je zapotřebí použít nějaký pro matku potenciálně nebezpečný postup (například císařský řez), aby se zlepšila prognóza plodu, která však i tak zůstává špatná. Postup, který zdravotnický personál doporučí matce, by měl vycházet z výsledků péče o postižené novorozence na konkrétním pracovišti a měl by vzniknout v diskusi mezi porodníkem a neonatologem. Matku je nutno podrobně informovat o prognóze plodu při použití různých terapeutických alternativ. Je žádoucí umožnit jí, aby situaci mohla prodiskutovat s dalšími osobami, například s manželem - a poté její rozhodnutí respektovat.⁷⁴

⁷³ HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

⁷⁴ HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

Současné pojetí psychoprofylaxe

Psychoprofylaxe je psychická a fyzická příprava žen k porodu.

V dnešní době se psychoprofylaktická příprava žen k porodu stala běžnou součástí péče o těhotnou ženu a spadá do kompetencí porodní asistentky. Na příchod dítěte je třeba se připravovat průběžně a to jak po stránce tělesné, tak i duševní.⁷⁵ Předporodní přípravu by nastávající rodiče neměli vnímat jen jako návod na zvládnání nových životních situací, nýbrž i jako možnost hlubšího sebepoznání a sebevzdělání.⁷⁶

Neexistuje univerzálně nejlepší příprava. Každá žena může mít svůj vlastní přístup, který bude právě jejím potřebám odpovídat nejlépe. Některým ženám vyhovuje získávat informace z knih, časopisů, internetu a z rozhovorů se zkušenějšími ženami. Jiné vyhledají osobní kontakt s profesionály, jejich odbornou pomoc a podporu (porodní asistentka, lékař-gynekolog a porodník, dula). Skutečně kvalitní předporodní kurzy by měly zahrnovat přípravu na vlastní porod, rady pro období těhotenství a informace a techniky, které napomohou redukovat strach z porodu.⁷⁷

Informace by budoucí maminky měly čerpat od lidí erudovaných a na místech k tomu určených.⁷⁸ Zde poskytují neocenitelnou pomoc kurzy předporodní přípravy. Pořádají je buď samy porodnice, organizace, které se věnují problematice mateřství nebo soukromé porodní asistentky. Mohou mít nejrůznější úroveň a podobu. Ženy se zde dozví vše důležité o těhotenství, porodu, ale i o péči o novorozence. Vhodné jsou kurzy, ve kterých jsou ženy rozděleny dle stáří gravidity, kde se ženám věnují dlouhodobě, třeba po celou dobu těhotenství⁷⁹. Součástí přípravy by měly být i relaxační a uvolňovací techniky a speciální cvičení zaměřené na svalové skupiny zatížené těhotenstvím nebo důležité ke zdárnému průběhu porodu a následné rekonvalescenci.⁸⁰ Kromě komplexní předporodní přípravy existuje i mnoho dalších programů se speciálním zaměřením, jako například těhotenské cvičení, jóga pro těhotné, plavání, břišní tance, partnerské masáže, promítání filmů o porodech apod. Nesporným

⁷⁵ KONEČNÁ, H. Na cestě za dítětem : Dvě malá křídla tu nejsou. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 320 s. ISBN: 80-200-1055-6

⁷⁶ SKUPINA AUTORŮ, Porodní příběhy: Rodíme se jen jednou. 1. vyd. Praha: Aperio, 2006. 264 s. ISBN: 80-87049-03-9

⁷⁷ GOER, H. Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu. 1.vyd. Praha: One Woman Press, 2002. 549 s. ISBN 80-86356-13-2

⁷⁸ KONEČNÁ, H. Na cestě za dítětem : Dvě malá křídla tu nejsou. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 320 s. ISBN: 80-200-1055-6

⁷⁹ LABUSOVÁ, E. Vzkaz nastávajícím rodičům: Prožijte si zázrak zrození!. Regena, 2001 roč.8, č. 1, s.10-12

⁸⁰ COOKEOVÁ, K. Vzhůru do jináce. 1. vyd. Brno: Nakladatelství JOTA, 2006. 416 s. ISBN 80-7217-441-X

přínosem je také možnost setkávat se s lidmi ve stejné situaci, vyměňování zkušeností a společné sdílení starostí i radostí.⁸¹ Úkolem porodní asistentky je především podporovat komunikaci v páru, mít porozumění pro ambivalentní pocity budoucích rodičů, podporovat společné zážitky v těhotenství, umožnit i nastávajícím otcům sdílet své prožitky a emoce. Může tak napomáhat celému páru projít krásným, ale také kritickým životním obdobím plným změn tak, aby vyšel posílen.⁸²

Velmi užitečné také je, pokud si rodiče předem promyslí i obtížné situace (například neplánovaný císařský řez, předčasný porod, vážné problémy s miminkem), a mají představu, jak by si je přáli řešit.⁸³

Pro určitou skupinu žen jsou zásahy zvenčí a příliv mnoha rozmanitých informací spíš rušivé. Připravit se na porod neznamena jen načerpat potřebné informace, ale především vnitřně se nastavit na proces rození a příchod dítěte.⁸⁴

2.2.5. Formy podpory pro fyziologicky těhotnou ženu

Jak uvádím v předchozích kapitolách, těhotenství je náročná životní situace a proto jakákoliv forma podpory je v této době velmi důležitá. Neexistuje univerzální postup pro získání psychické pohody budoucích maminek, protože těhotenství a jeho prožívání je silně individuální záležitost. Výhodou dnešní moderní doby je skutečnost, že nabízí široké spektrum možností, kde a jak získat podporu a kvalitní informace.

Nejdůležitější formy podpory pro těhotnou ženu jsou následující:

a) Literatura

Budoucí maminky mají k dispozici širokou nabídku knih, nejen českých, ale i zahraničních autorů. Ženy mohou vybírat mezi knihami, které poskytují stručné základní informace až po beletrii velmi podrobnou, kdy jedna kniha široce rozebírá například konkrétní fázi těhotenství.

Velká nabídka knih může ale být vnímána i negativně. Ženy se mohou setkávat s přílišnou pestrostí či dokonce protichůdností názorů, ve kterých se pak těžko orientují.

⁸¹ MIKULANDOVÁ, M. Těhotenství a porod. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004. 162 s. ISBN 80-251-0205-X

⁸² MAREČKOVÁ, J., DUŠOVÁ, B., Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím, 1. vyd. Ostrava, 2009, ISBN 978-80-7368-611-6

⁸³ SKUPINA AUTORŮ, Porodní příběhy: Rodíme se jen jednou. 1. vyd. Praha: Aperio, 2006. 264 s., ISBN: 80-87049-03-9

⁸⁴ MIKULANDOVÁ, M. Těhotenství a porod. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004. 162 s. ISBN 80-251-0205-X

Knihy zahraničních autorů mohou popisovat péči o těhotné tak, jak je zavedena v dané zemi, avšak v České republice může probíhat zcela odlišně.

b) Televize a rozhlas

V nabídce televizních a rozhlasových programů lze nalézt mnoho pořadů věnujících se problematice těhotenství, které jsou často spojené s internetovou nebo telefonickou diskusí, kde se žena může dotázat na svůj konkrétní problém, na to co ji zajímá. Odpověď dostává ihned, případně je odkázána na vhodného odborníka, který jí pomoc poskytne. Další variantou jsou pak konkrétně zaměřené pořady, kdy je celý díl věnovaný určitému tématu.

c) Časopisy

Pro těhotné ženy je připravena pestrá nabídka časopisů, které jim pomocí rad, fotografií a návodů pomohou zvládnout těhotenství a porod.

d) Internet

Internet jako fenomén dnešní doby je velmi významným zdrojem, kde ženy mohou nalézt mnoho cenných informací. Výhodou Internetu jsou rychle dostupné aktuální informace z celého světa a také diskusní fóra, kde se setkávají budoucí maminky a vyměňují si poznatky, informace a rady.

Nevýhodou Internetu je velké množství názorů, jejich protichůdnost, laické, mnohdy nepřesné vysvětlení důležitých faktů, „babské rady“. Je zde nutné udržet si nadhled nad získanými informacemi a vše konzultovat s odborníky.

e) Informační letáčky, brožury

Mnoho zdravotnických zařízení vydává vlastní informační materiály, které jsou zdarma ženám poskytovány v prenatalních poradnách nebo při hospitalizaci v nemocnici. Vhodnou formou jsou zde vysvětleny základní informace týkající se těhotenství a porodu, odborné pojmy se kterými se těhotné setkají, a také je zde popsána péče o těhotné v daném zařízení.

f) Porodní asistentka, lékař v poradně

Porodní asistentka a lékař v poradně jsou klíčovým zdrojem konkrétních údajů o průběhu těhotenství. Jsou to odborníci, kteří by měli poskytnout nejvíce kvalitních a

přesných informací. Z profesních zkušeností vědí, že těhotenství je obtížné období pro každou ženu, proto by měli být také zdrojem podpory. Důležitý je především vstřícný osobní přístup, naslouchání a zájem o individuální potřeby těhotné ženy. Jak už bylo uvedeno, mělo by se jednat o oboustranný dialog. Žena by měla být seznámena se všemi alternativami vyšetření či léčebných postupů a měla by mít možnost volby.

g) Partner, rodina, přátelé

Partner, rodina a přátelé by měli být budoucí matce největší oporou. S nimi by měla prožívat radost z těhotenství, sdílet své obavy a negativní pocity. Právě oni dodávají ženě pocit bezpečí, sebedůvěru, motivaci a prostor pro prožívání nových emocí.

h) Návštěva odborných kurzů

Kurzy se staly standardní součástí prenatálního období. Žena se setkává s odborníky, získává informace a zejména praktické dovednosti – učí se například úlevové polohy při bolestech zad, relaxační techniky, připravuje se na porod. Je zde společně s partnerem seznámena s možnými riziky během těhotenství a za porodu. Informovaný pár tak má možnost v klidu si promyslet, jak by v dané situaci reagoval a jaká by volil řešení.

2.3. Rizikové těhotenství

2.3.1. Vysvětlení pojmu

Macků uvádí, že pro nepravidelně probíhající těhotenství se u nás i v laické veřejnosti vžilo označení rizikové, nebo ohrožené těhotenství. Toto označení není správné, protože i rizikové těhotenství může proběhnout pravidelně, bezproblémově. Je tedy nutné odlišovat riziková těhotenství od patologických těhotenství.⁸⁵

Do kategorie rizikových patří těhotenství, kdy příčina je buď na straně plodu (hrozící potrat nebo předčasný porod, krvácení v těhotenství, projevy Rh inkompatibility, podezření na vývojovou vadu plodu, nízcí nasedající placenta nebo podezření na nedostatečnou funkci placenty) nebo na straně těhotné ženy, budoucí matky. Významnou roli zde hraje dědičná zátěž, věk matky, její zdravotní stav a

⁸⁵ MACKŮ, František a Jaroslava. Průvodce těhotenstvím a porodem. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 327 s. ISBN 80-716-9589-0.

předchozí průběh těhotenství. Za riziková těhotenství se označují i vícečetná těhotenství, těhotenství po umělém oplodnění nebo léčená neplodnost.⁸⁶

Hájek uvádí, že přestože má přibližně čtvrtina až třetina těhotných přítomné určité rizikové faktory, většina těhotenství probíhá fyziologicky. Ve skutečnosti je to jen asi 20-30 % těhotných s rizikovými faktory, u kterých nakonec dojde k patologickému průběhu těhotenství. V souvislosti s tím dodává, že vzhledem k 5 % žen vstupujících do těhotenství s určitým závažným onemocněním a 5 % žen, u kterých se patologické těhotenství vyskytne nezávisle na přítomnosti rizikových faktorů, je možné, důslednou prenatalní kontrolou a screeningovými metodami, předejít rozvoji komplikací u 90 % probíhajících těhotenství.⁸⁷

Moderní medicína dosahuje výborných výsledků, tedy narození zdravého dítěte bez jakéhokoli postižení, bez ohledu na zdravotní stav matky, i u rizikových těhotenství. V těchto případech je však třeba počítat se zásahy do osobního a rodinného života, s omezením různých aktivit budoucí matky, s nutností podávání léků a v krajních případech i s pobytem v nemocnici.⁸⁸

2.3.2. Rizikové faktory s vyznaným vlivem na těhotenství

Těhotenství je velmi dynamický děj, při kterém může kdykoliv a v kterékoliv době nastat situace, která dosud fyziologický průběh gravidity zkomplikuje. Řada rizikových a patologických stavů je způsobena samotnou těhotnou. Některé ženy nepovažují pravidelnou prenatalní péči za důležitou a navštěvují prenatalní poradny nepravidelně. Jedná se většinou o **ženy s nižším socioekonomickým statutem nebo nechtěnou graviditou**. Jsou to také ženy s významnou **interní či jinou chorobou**, o které vědí a obávají se, že jim lékař těhotenství nedoporučí a proto jej raději nenavštíví.⁸⁹

V současné době nelze opominout ani skupinu **žen závislých na užívání návykových látek**, které podstatným způsobem komplikují průběh těhotenství a zároveň ohrožují novorozence po porodu významnými abstinčními příznaky. I v

⁸⁶ Rizikové těhotenství a možné komplikace v těhotenství, Internetový zdroj:

<http://www.naseporodnice.cz/rizikove-tehotenstvi-a-mozne-komplikace-v-tehotenstvi.php>

⁸⁷ HÁJEK, Z. (1999). Prenatální péče u fyziologických gravidit. Moderní gynekologie a porodnictví, 8, č.2, 63-65

⁸⁸ BOUČKOVÁ. Rizikové těhotenství: život na tenkém ledě. In: [online]. [cit. 2012-01-14]. Dostupné z: <http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php?id=330470>

⁸⁹ HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

těchto případech, pokud žena pravidelně navštěvuje prenatální poradnu, lze cílenou péčí a prevencí zmírnit riziko pro ženu i plod na minimum.⁹⁰

Velmi důležitým faktorem, který nepochybně ovlivňuje prožívání celého těhotenství je **věk budoucí matky**. Bylo prokázáno, že velmi mladé ženy, mladší 20-ti let, mívají problémy s motivací k těhotenství. Jejich těhotenství jsou obvykle neplánovaná, často nechtěná nebo jsou zvolena jako úniková řešení obtížné životní situace. Raná mateřství s sebou nesou i další obtíže. Mladé maminky jsou nezralé, samy ještě tápou v partnerských vztazích, jsou závislé na rodičích. Navíc mnohdy nebývají v pozici, kdy by dokázaly mít péči o dítě na prvním místě, protože se chtějí bavit.⁹¹ Prvorodičky nad 35 let zase bývají úzkostnější, více se obávají o zdraví plodu, neúspěchu těhotenství a více pocítují konflikty mezi potřebami svými a potřebami dítěte.⁹²

Moderní medicína také upozorňuje na fakt, že se stoupajícím věkem matky roste i riziko vrozených vad, takže u ženy starší čtyřiceti let je toto riziko několikanásobně vyšší než u ženy třicetileté. Starší ženy také častěji trpí některými chorobami, jejichž výskyt v graviditě komplikuje její průběh, například cukrovkou nebo vysokým tlakem.⁹³

Faktorem, který může způsobit určité obtíže v těhotenství je také **výška** budoucí matky. U žen nižších než 155 cm se častěji objevují nestandardní polohy u plodu a hrozí také riziko předčasného porodu.

Dr. Lewis Mehl při svých výzkumech žen zjistil, že také **psychologické faktory**, jako je strach, úzkost a stres, nedostatek podpory ze strany partnera, přátel a rodiny, nedostatečné sebevědomí matky, negativní představy spojené s porodem, měly často negativní vliv na průběh těhotenství.

Dle Northrupové je největším faktorem špatně probíhajícího těhotenství skutečnost, že **těhotenství je nechtěné či neplánované** nebo žena v souvislosti s těhotenstvím trpí nepoznanými nejednoznačnými pocity. Současné údaje naznačují, že nejméně padesát procent těhotenství je neplánovaných. Mnohem obtížnější je zjistit, která těhotenství

⁹⁰ HÁJEK, Z. a kol. Psychosomatické aspekty rizikového těhotenství. In: Čepický, P. (Ed.). Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Praha: Levret, 1999

⁹¹ FRANCOVÁ, M. In: CVACHOUŠKOVÁ, I., Nezletilé mámy vs. předčasné babičky. In: [online]. [cit. 2012-02-26]. Dostupné z: <http://www.prozeny.cz/magazin/deti-a-rodina/tehotenstvi-a-porod/9222-nezletile-matky-a-predcasne-babicky>

⁹² RATISLAVOVÁ, Kateřina. Aplikovaná psychologie porodnictví 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4

⁹³ BOUČKOVÁ. Rizikové těhotenství: život ns tenkém ledě. In: [online]. [cit. 2012-01-14]. Dostupné z: <http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php?id=330470>

jsou nechtěná, neboť mnoho žen se těmto neplánovaným těhotenstvím dobře přizpůsobí a nakonec si je přeje. Četné studie doložily významný vliv psychologických proměnných na výsledek porodu - jinými slovy předčasný porod odpovídá nedostatečnému emocionálnímu a fyzickému vkladu matky do těhotenství.⁹⁴

Dalším významným rizikovým faktorem může být **negativní zážitek z předchozí gravidity**, která byla doprovázena komplikacemi nebo byla ukončena například spontánním potratem či úmrtím dítěte. V novém těhotenství je žena výrazně úzkostnější, protože si vybavuje minulé negativní zážitky. Taková matka pak potřebuje hodně podpory, naslouchání a porozumění.

Příčinou velkého psychického napětí je i obtížná životní situace, například pro těhotné ženy bez partnera nebo ženy prožívající konfliktní vztahy k partnerovi nebo rodičům. Hlavní příčinou tohoto napětí je skutečnost, že těmto ženám chybí podpora a porozumění.⁹⁵

Psychickou kondici ženy zatěžuje i **dlouhodobá psychická zátěž**, například v náročném zaměstnání a těhotnou dále negativně ovlivňuje uvědomění si těchto skutečností – cítí pocity viny vůči dítěti, na které svůj stres přenáší. Výzkumy prokázaly jasný negativní vliv špatného psychického stavu matky v těhotenství nejen na vývoj plodu v děloze, ale i na následný vývoj dítěte v celém průběhu jeho života.⁹⁶

2.3.3. Psychologické prožívání rizikového těhotenství

Psychika ženy je velmi důležitý faktor ovlivňující průběh rizikového těhotenství a nelze jej v žádném případě opomenout. Negativní psychické faktory mohou způsobovat těhotenské komplikace, jako je nadměrné těhotenské zvracení, samovolný potrat, předčasný porod, vysoký krevní tlak, preeklampsie, rozkolísaná těhotenská cukrovka a nitroděložní růstová retardace plodu.

Těhotenství doprovázené komplikacemi je zatíženo dalšími stresory, které se u normálního těhotenství nevyskytují.

Jak k rizikovému těhotenství přistupovat? Odborníci doporučují, že je především třeba se vědomě netrápit faktem, že s těhotenstvím něco není v pořádku. Podstatné je

⁹⁴ NORTHROP, Christiane. Žena: tělo a duše : cesta k tělesnému a duševnímu zdraví. Překlad Věra Kotábová, Veronika Bártová. V Praze: Columbus, 2004, 716 s. ISBN 80-724-9092-3.

⁹⁵ NORTHROP, Christiane. Žena: tělo a duše : cesta k tělesnému a duševnímu zdraví. Překlad Věra Kotábová, Veronika Bártová. V Praze: Columbus, 2004, 716 s. ISBN 80-724-9092-3.

⁹⁶ NORTHROP, Christiane. Žena: tělo a duše : cesta k tělesnému a duševnímu zdraví. Překlad Věra Kotábová, Veronika Bártová. V Praze: Columbus, 2004, 716 s. ISBN 80-724-9092-3.

znát míru rizika a důvody, kvůli kterým bylo těhotenství za rizikové označeno. Významnou okolností, která ovlivňuje psychický stav těhotné ženy je délka rizikového těhotenství. Jinak prožívá obtížnou situaci žena pár týdnů před porodem, jinak žena která má před sebou několik měsíců nejistoty a obav.⁹⁷

Pro psychiku budoucí matky znamená takové čekání velkou zátěž, stejně tak pro jejího partnera. Rizikově těhotná žena musí neustále hlídat, zda činnost, kterou právě provádí je pro ni nyní vhodná, zda neohrožuje zdravotní stav svůj nebo stav plodu. Také musí kontrolovat, zda správně užívá léky, kdy je termín příštího vyšetření nebo testu, atd. Oba partneři se obávají každé návštěvy v prenatální poradně. Stálé sledování, napjaté očekávání výsledků vyšetření může vést k tomu, že se namísto vzájemné podpory objeví manželská krize.

Nejnáročnější jsou situace, kdy hrozí potrat nebo předčasný porod.⁹⁸ Žena s rizikovým těhotenstvím často upustí od plánování budoucnosti dítěte a citově se plodu vzdálí, aby se ubránila bolesti ze ztráty, jestliže těhotenství nedopadne podle očekávání.⁹⁹

Ostatní budoucí rodiče prožívají radost, plánují a připravují se na svou novou roli, rizikově těhotná žena místo toho musí překonat spoustu omezení. Ke strachu o miminko se často přidá ještě náhlá a radikální změna životního rytmu. Zasáhne především budoucí matku a její psychický stav pak ovlivňuje i život celé rodiny. Žena, která prožívá náročné těhotenství, často setrvává na lůžku doma nebo v nemocnici, někdy i na několik týdnů. Její obvyklé role musejí být proto v rodině nahrazeny někým jiným. V této době přichází rodina i o zdroj příjmů a mohou se objevit i finanční problémy.¹⁰⁰

Objevují se pocity viny, zda žena svým chováním v průběhu gravidity nezapříčinila současné potíže, pocity neschopnosti – proč nezvládne být jako ostatní, kteří prožívají těhotenství bez komplikací a dalších problémů a také zlost. Tu si těhotné mohou „vybíjet“ na partnerovi nebo rodině. Stresující může být také fakt, že musí mnohem častěji žádat partnera, rodinu a přátelé o pomoc nebo je na jejich péči plně závislá.¹⁰¹

⁹⁷ GREGOROVÁ. Rizikové těhotenství: Co přesně to znamená? ,01/2012 . In: [online]. [cit. 2012-02-04]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/Clanky/a1555-Rizikove-tehotenstvi-a-tehotenske-komplikace.aspx>

⁹⁸ PEČENÁ, M. Psychologie těhotenství. In: Čepický, P. (Ed.). Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Praha: Levret. 1999

⁹⁹ LEIFER, Gloria. Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 951 s. ISBN 80-247-0668-7.

¹⁰⁰ LEIFER, Gloria. Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 951 s. ISBN 80-247-0668-7.

¹⁰¹ SUPERMAMINA.CZ: Nejhezčí období v životě?. In: [online]. [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: <http://www.supermamina.cz/tehotenstvi/bezne-potize-v-tehotenstvi/nejhezci-obdobi-v-zivote/>

V takovýchto případech mohou pomoci různé směry a metody psychoterapie, které pomohou výrazně snížit míru prožívané úzkosti, strachu a stresu. Zcela jistě by rizikově těhotná žena neměla se svými obavami zůstat sama, ale měla by svou situaci včas řešit. Kontakt na odborníka ji může zprostředkovat i její ošetřující gynekolog.

2.3.4. Medicínská péče o rizikově těhotné

O tom, zda je těhotenství rizikové rozhoduje lékař. Na základě vyhodnocení výsledků vyšetření stanovuje také stupeň rizika a doporučuje vhodný diagnostický a léčebný postup.

Rizikové těhotenství ve většině případů nevyžaduje hospitalizaci, nezbytně nutné často není ani zůstat doma v pracovní neschopnosti, protože to může ženu zbytečně stresovat a sociálně izolovat.¹⁰²

Ženy dochází na pravidelné častější kontroly a doplňková vyšetření v ambulantním režimu a při dostatečné kompenzaci jejich onemocnění dokonce nemusí ani pociťovat rozdíl proti nerizikové graviditě. Mnohdy ale je indikována pracovní neschopnost, klid na lůžku či dlouhodobá hospitalizace.¹⁰³

Ženy by se měly obracet na svého gynekologa se svými obavami a dotazy, neměly by se bát otevřeně komunikovat. Erudovaný odborník jim dá odpověď na to, jak se chovat v průběhu těhotenství, čemu se vyhýbat, případně jaká aktivita by byla riskantní, doporučí vhodná režimová opatření. Důležité je otevřeně mluvit o svých obavách a pocitech.

2.3.5. Formy podpory pro rizikově těhotnou ženu

Formy podpory pro rizikově těhotnou ženu jsou v podstatě totožné jako v případě fyziologického těhotenství. Některé z nich však nabývají většího významu, neboť mohou pozitivně působit na psychický stav ženy, podpořit ji a dodávat ji sílu a energii při zvládnání této náročné situace.

Právě pro rizikově těhotnou ženu je nezbytné získat velké množství kvalitních informací ve vhodné formě, které ji umožní porozumět jejímu současnému stavu a

¹⁰² GREGOROVÁ, R. Rizikové těhotenství: Co přesně to znamená? ,01/2012 . In: [online]. [cit. 2012-02-04]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/Clanky/a1555-Rizikove-tehotenstvi-a-tehotenske-komplikace.aspx>

¹⁰³ PAŘÍZEK, A. Kniha o těhotenství @ porodu. 2. vyd. Praha: Galén, 2006. 414 s. ISBN 80-7262-411-3.

pochopit důležitost jednotlivých opatření a omezení stanovených lékařem. Informovaná žena daleko lépe spolupracuje v léčbě, což také napomáhá k její větší psychické pohodě.

Klíčovou formou podpory jsou v případě rizikového těhotenství partner, rodina a přátelé těhotné ženy. Blízké osoby, se kterými je možné sdílet negativní pocity a obavy, opakovaně hovořit o obtížné situaci a nalézt společně optimální řešení, jsou nenahraditelným zdrojem podpory. Pomoc v nastalé situaci, převzetí úkolů a rolí, které žena běžně v domácnosti vykonává a zajištění péče o ženu, napomáhá těhotné získat psychickou pohodu, což pozitivně ovlivňuje celý průběh rizikového těhotenství.

Důležitým moderním zdrojem podpory je Internet jako komunikační nástroj. Jeho výhodou je možnost komunikace i v případě upoutání na lůžko. Na Internetu je možné nejen vyhledávat aktuální informace, ale i diskutovat se ženami z celého světa v podobné životní situaci. Je tak možné si neformálním způsobem vyměňovat názory, rady, zkušenosti a získat sebedůvěru z případů, kdy bylo obdobně rizikové těhotenství ukončeno narozením zdravého dítěte.

V případě, že není doporučen klidový režim na lůžku, je alternativou Internetu navštěvování prenatalních kurzů, kde se setkávají skupiny žen s podobnými problémy. Vzájemná podpora, výměna informací a neformální diskuse pozitivně působí na celkový stav rizikově těhotné ženy.

1.2.6. Patologické těhotenství

Kromě rizikového těhotenství se objevuje také označení těhotenství patologické. Podle Pařízka tento termín znamená, že těhotná žena je buď sama vážně nemocná, anebo je vážně nemocné její dítě. Často mohou problémy potkat oba současně. Patologické gravidity vyžadují u lehčích forem třeba jen ambulantní léčebnou péči, u těžších pak hospitalizaci v nemocnici.

Rozlišujeme stavy, které patologickému těhotenství předcházejí, s kterými žena do těhotenství vstupuje, jiné vznikají až v jeho průběhu.

Patologické stavy vzniklé před těhotenstvím:

- a) chronická hypertenze,
- b) kardiopatie matky,
- c) onemocnění plic matky,
- d) renální onemocnění (nefropatie),
- e) diabetes mellitus (zejména 2. typu),

- f) tyreopatie,
- g) kolagenózy,
- h) hematologická onemocnění (trombofilie),
- i) genetická onemocnění,
- j) poruchy funkce adenohipofýzy, nadledvinek, příštítných tělísek,
- k) interní choroby (hepatopatie),
- l) neurologická onemocnění,
- m) léčená sterilita,
- n) vývojové vady dělohy.

Patologické stavy vzniklé v průběhu těhotenství

- a) krvácení v časně a pozdní graviditě,
- b) předčasný porod (předčasný nástup děložní činnosti, předčasný odtok plodové vody - PROM, inkompetence děložního hrdla),
- c) preeklampsie, eklampsie,
- d) Rh-izoimunizace,
- e) gestační diabetes,
- f) anemie,
- g) vrozené vývojové vady plodu (VVV),
- h) vícečetná gravidita způsobující rozvoj některé patologie (předčasný porod, preeklampsie, hepatopatie),
- i) intrauterinní růstová retardace plodu (IUGR),
- j) malpozice plodu (defleční, šikmá, příčná poloha),
- k) infekční onemocnění matky (virové, cytomegalo-virus - CM V, herpes virus - HPV, hepatitida B, C, parvovirus, HIV, antropozoonózy)¹⁰⁴

Statistické údaje rizikového těhotenství

Vývoj perinatální péče od r. 1990 navázal na úspěchy předcházejících let a může se prezentovat poklesem perinatální úmrtnosti na hodnotu srovnatelnou se zeměmi s nejlepšími výsledky na světě.¹⁰⁵

¹⁰⁴ HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

¹⁰⁵ HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

K důležitým krokům, v tomto období, patřilo vytvoření sítě perinatologických center a zlepšení výsledků jejich práce a současně celkové zvýšení kvality klinické práce na všech úrovních zdravotnických zařízení, minimalizace podílu intrapartálních úmrtí až na 0,2 %o v důsledku monitorování plodu v průběhu porodu. Nelze opominout ani úspěchy prenatalní diagnostiky, které přispěly ke snížení podílu vrozených vývojových vad na perinatální mortalitě.¹⁰⁶

Celková perinatální úmrtnost v roce 2005 dosáhla v ČR nejnižší hodnoty, která činila 3,9 ‰. Tyto výsledky zařazují ČR mezi 10 zemí světa s nejlepšími výsledky perinatální mortality.¹⁰⁷ Úspěchu bylo dosaženo především zásluhou specializované péče v Perinatologických centrech, jejichž úkolem je udržet tento trend, určovat priority problémových okruhů, které je třeba řešit a průběžně vyhodnocovat efektivitu regionálního systému diferencované péče.

Součástí specializované perinatálně péče jsou invazivní porodnické postupy (diagnostické a terapeutické), které však v malém procentu případů mohou být rizikem pro matku a plod. Proto je třeba hledat cesty, které je nahradí postupy neinvazivními. Prenatální diagnostika musí být součástí perinatální medicíny a tudíž i každého Perinatologického centra.¹⁰⁸

V rámci neonatologické péče je třeba se zabývat složitou problematiku jak zlepšit výsledky péče o extrémně nezralé novorozence (pod 28.týden gestace) a novorozence s VVV, slučitelnými s životem a přitom udržet současnou, velmi nízkou neonatální mortalitu. Společně s porodníky je třeba vytvářet předpoklady pro další zlepšování výsledků pozdní (postneonatální/kojenecké) morbidity perinatálně ohrožených dětí.

Je třeba zaujmout stanovisko k relativně vysokému počtu zařízení s nízkou porodností, nízkými počty ošetřovaných novorozenců což se negativně odráží ve kvalitě odborné erudice týmů, pracujících v těchto zařízeních.

Stávající počet Perinatologických center intenzivní a intermediární péče v ČR je dostatečný a není třeba jej rozšiřovat. Úkolem je zaměřit se na vyrovnávání kvalitativních rozdílů v poskytované péči těmito pracovišti.¹⁰⁹

¹⁰⁶ HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

¹⁰⁷ ČSÚ: Stav a pohyb obyvatelstva v České republice v roce 2010. [online]. Praha [cit. 2012-01-28]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby031411.doc>

¹⁰⁸ HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

¹⁰⁹ HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

System regionálních či krajských konzultantů pro porodnictví a neonatologii dobře funguje při sběru agregovaných dat. Je však třeba rozšířit a podpořit kompetence konzultantů při analýze závažných porodnických a neontologických případů a kontrolní činnosti úrovně poskytované péče v regionech.

V dlouhodobé koncepci perinatální péče je třeba dále zdokonalovat regionální síť a strukturu poskytovatelů specializované perinatální péče a to tak, aby byla zajištěna kontinuita v péči od začátku vývoje jedince až do doby, kdy je možné včas a spolehlivě identifikovat poruchy vývoje dítěte a zajistit možnost maximální zdravotní rehabilitace a společenské integrace.¹¹⁰

Podle českého statistického úřadu se v roce 2010 živě narodilo 117,2 tisíce dětí. Po vrcholu zvýšené porodnosti v roce 2008 klesá druhým rokem počet narozených, opět o 1,2 tisíce proti roku 2009. Celý úbytek se koncentroval u narozených v prvním pořadí (-1,7 tisíce), zatímco dětí narozených jako druhé a třetí mírně přibylo. Tomu odpovídají i věkově specifické plodnosti, které byly u žen do 29 let nižší a u žen nad 30 let mírně vzrostly. Úhrnná plodnost (průměrný počet narozených dětí jedné ženě) stagnovala na úrovni 1,49. V malé míře pokračoval trend posunu mateřství do pozdějšího věku. Průměrný věk matek vrostl na 29,6 roku, průměrný věk prvorodiček na 27,6 roku. Třetina všech dětí se narodila ženám ve věku 29-32 let. Plynule se zvyšuje podíl dětí narozených mimo manželství, který v loňském roce poprvé přesáhl 40 % (40,3 % proti 38,8 % v roce 2009). Neprovdaným ženám se narodilo 47,2 tisíce dětí.¹¹¹

3. Výzkumná část

3.1. Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit jak ženy prožívají rizikové těhotenství, zda a jaký význam má psychická podpora v této obtížné situaci. Již v úvodu této práce bylo uvedeno, že problematika prožívání rizikově těhotných žen a obecně psychologické aspekty rizikového těhotenství jsou, na rozdíl od klasického medicínského pohledu, ne zcela prozkoumanou oblastí. Tento výzkum si tedy klade za cíl prozkoumat, jak uvědomování si rizika a možného ohrožení samotného těhotenství ovlivňuje prožívání ženy. Jde v

¹¹⁰ HÁJEK, Zdeněk. Rizikové a patologické těhotenství. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

¹¹¹ ČSÚ: Stav a pohyb obyvatelstva v České republice v roce 2010. [online]. Praha [cit. 2012-01-28]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby031411.doc>

něm o to zanalyzovat osobní zkušenosti těchto žen a porozumět podstatě těchto jedinečných zkušeností.

Byly stanoveny tři hypotézy z oblasti prožívání rizikového těhotenství. Prokázání těchto hypotéz je předmětem této diplomové práce.

Hypotéza č. 1:

Psychická podpora pozitivně ovlivňuje prožívání rizikového těhotenství.

Hypotéza č. 2:

Podpora ze strany manžela / partnera / rodiny je nejdůležitější formou psychické podpory při rizikovém těhotenství.

Hypotéza č. 3:

Kvalitní informovanost žen v průběhu rizikového těhotenství pozitivně ovlivňuje jeho prožívání.

3.2. Výzkumný postup

V rámci diplomové práce byla pro dosažení stanovených cílů výzkumu použita metoda dotazování a obsahové analýzy.

3.3. Příprava a průběh výzkumu

Předvýzkum

Vlastnímu dotazování předcházela předvýzkum, při kterém byl s použitím techniky polostandardizovaného rozhovoru osloven malý vzorek pěti žen ve věku 21-35 let. Na základě tohoto předvýzkumu byla ověřena srozumitelnost otázek a sestavena finální verze dotazníku. Díky provedenému předvýzkumu na náhodném vzorku cílové populace se podařilo minimalizovat omyly, které by nevhodně položenými otázkami mohly vzniknout, a tím tento předvýzkum splnil svou funkci.

Dotazník

Dotazník je standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři (viz. příloha). Dotazník byl zvolen pro získání potřebných informací od velkého počtu dotazovaných v krátkém časovém intervalu. Do úvodu byla zařazena

úvodní formule, která ujistila oslovené ženy o anonymitě dotazníku. Dále byl uveden účel, ke kterému budou získané informace sloužit, mé jméno, povolání a fakulta. Nechyběly ani pokyny pro správné vyplnění dotazníku.

Dotazník se skládal z 17 dotazníkových otázek. Jednalo se o otázky uzavřené, polootevřené a otevřené. Pro standardizaci dotazníku byly u otázek uvedeny všechny alternativy odpovědí, které by mohly přicházet v úvahu a respondentky pouze označovaly svoji volbu křížkem. V případě, že to povaha otázky umožňovala, byla u otázek ponechávána možnost vlastního vyjádření, a to volbou „jiný / jinak“ pro doplnění konkrétní odpovědi. Dále byly v dotazníku obsaženy i takové otevřené dotazy, jejichž zodpovězení vyžadovalo subjektivní přístup; varianty odpovědí zde proto nebyly žádoucí.

Dotazník byl vyplňován anonymně, individuálně, bez časového omezení.

3.4. Výzkumný soubor

Dotazníkové šetření bylo provedeno v České republice na okrese Kolín u těhotných žen a matek různých věkových kategorií, různého rodinného stavu a s různým počtem dětí. Hlavním kritériem pro výběr dotazovaných byla skutečnost, že žena aktuálně prožívá či v minulosti (ne více než dva roky zpět) prožila rizikové těhotenství stanovené z medicínských důvodů. Přídavným kritériem bylo, aby doporučená léčebná opatření (klidový režim, dietní opatření, hospitalizace apod.), určitým způsobem ovlivnila běžné každodenní fungování ženy. Respondentky, které nespĺnily uvedená kritéria byly z dotazníkového šetření vyřazeny.

Různé medicínské příčiny a různá délka uplynulé doby od samotného těhotenství však ztěžuje zevšeobecnění a vzájemné porovnávání dat. S uplynulou dobou od porodu se zkreslují zapamatované prožitky. Z tohoto hlediska by se zdálo nejvhodnější dotazovat pouze těhotné ženy. Na začátku dotazování se však ukázalo, že těhotné ženy měly potíže s pojmenováním svých obav z důvodu „aby něco nezakřikly“ a jejich těhotenství neskončilo nezdarem. Ženy, které úspěšně absolvovaly rizikové těhotenství a nyní se radovaly ze svého dítěte byly mnohem ochotnější hovořit o prožitém období a potížích, které ho doprovázely. S odstupem času a nadhledem si lépe uvědomovaly, co vlastně bylo největším problémem a kde nacházely nejvíce podpory .

Dotazování bylo provedeno v lednu a únoru 2012 na oddělení šestinedělí v Oblastní nemocnici Kolín, gynekologické ambulanci Oblastní nemocnice Kolín a.s.,

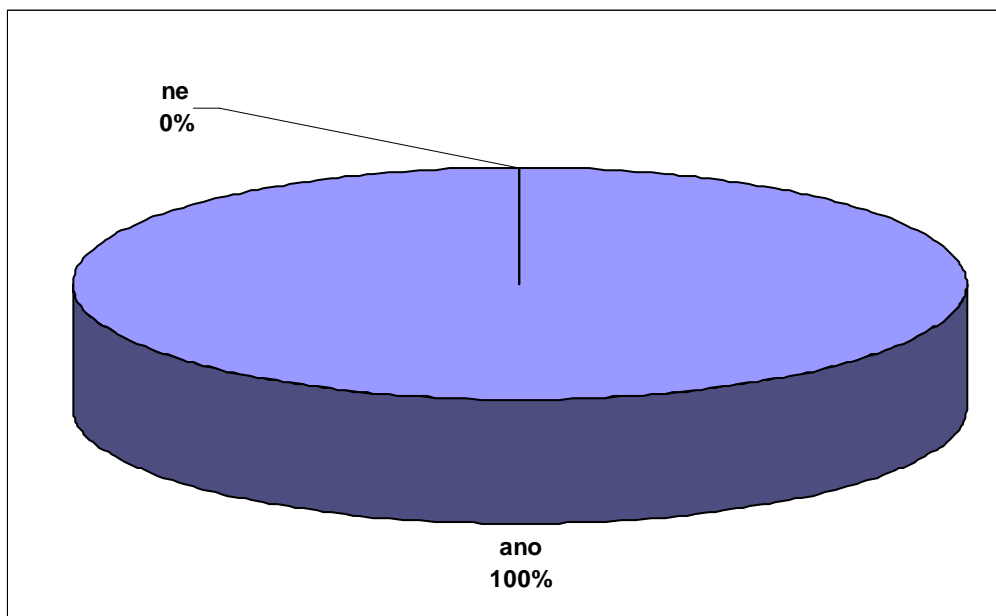
Gynekologické ambulanci Mudr. Maria Bumbery a Gynekologické ambulanci Mudr. Ivany Janečkové. Celkem bylo dotázáno 97 respondentek. Z tohoto počtu bylo získáno 85 úspěšně vyplněných dotazníků. Úspěšnost dotazníkového šetření tak činila 88%, což lze považovat za dostačující.

Získané informace jsem statisticky a graficky zpracovala v počítačovém programu Microsoft Excel.

3.5. Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu jsou prezentovány formou rozboru jednotlivých otázek.

Otázka č. 1: Je / Bylo Vaše těhotenství rizikové?"



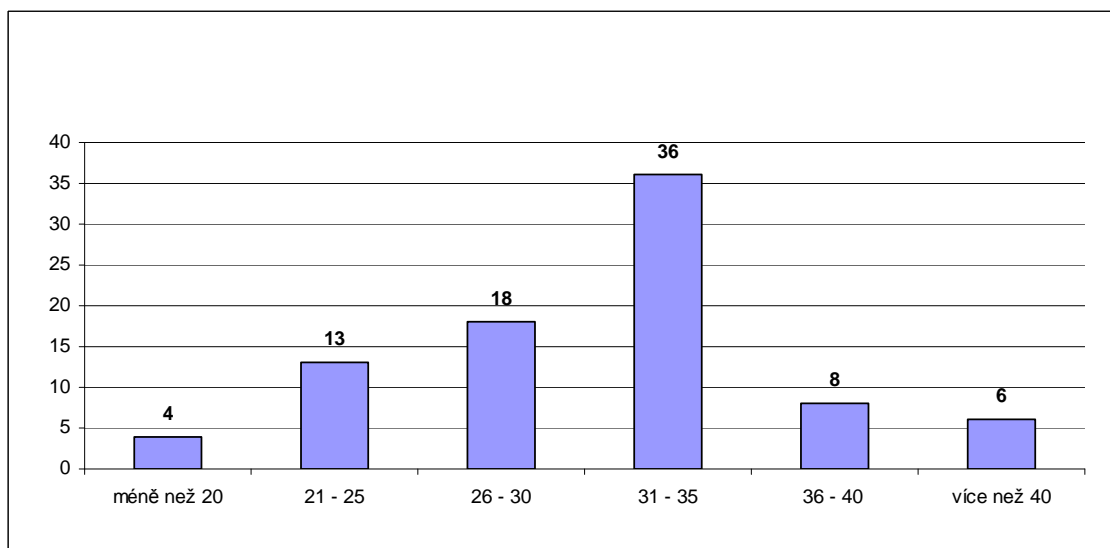
Graf č. 1: Rizikové těhotenství ano / ne; zdroj: vlastní výzkum

Záměrem této diplomové práce je zabývat se různými aspekty prožívání rizikového těhotenství a analyzovat význam psychické podpory.

Hlavním kritériem pro výběr respondentek byla tedy jejich zkušenost s rizikovým těhotenstvím z medicínského důvodu. Z tohoto důvodu se záporná odpověď v první otázce vůbec nevyskytuje a všech 85 správně vyplněných dotazníků obsahuje variantu ANO.

Aby mohl být výzkum relevantní bylo třeba oslovit pouze ženy, které právě prožívají nebo v době nedávné prožily rizikové těhotenství. Pouze ony mohly dát tolik potřebné odpovědi na otázky týkající se obav, podpory a informovanosti o uvedeném období. Jako další kritérium bylo stanoveno, aby doporučená léčebná opatření ovlivnila běžné každodenní fungování ženy. A tak došlo k uvědomění si „rizika“ a závažnosti situace, potřeby informací a podpory.

Otázka č. 2: Kolik je Vám let?



Graf č. 2: Věková struktura; zdroj: vlastní výzkum

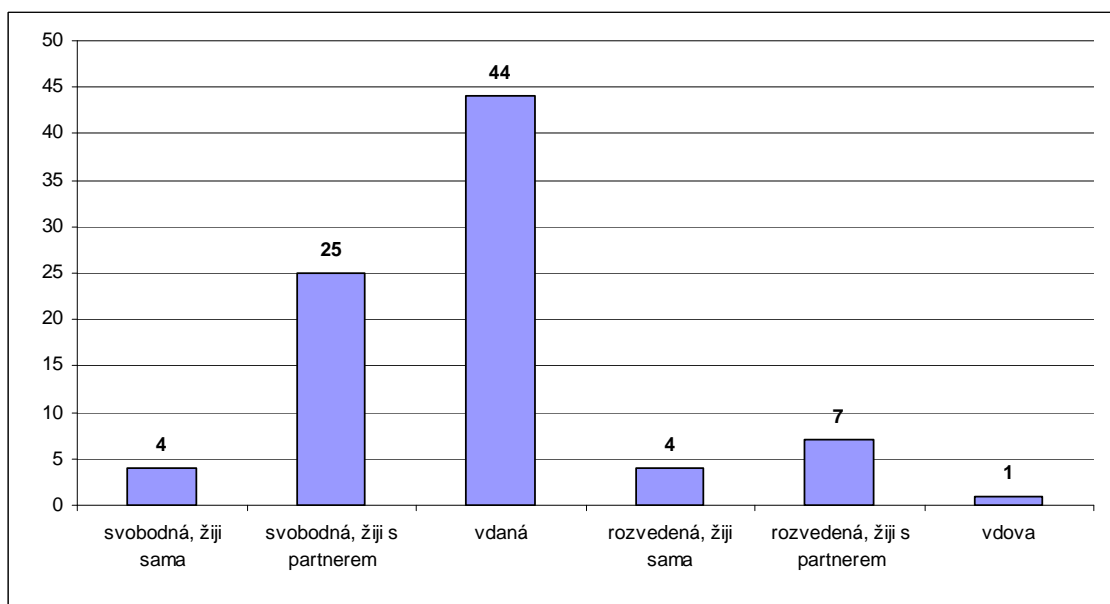
Mají-li být prováděným výzkumem zjištěna objektivní, všeobecně vypovídající data a zkoumaný sociální vzorek má být statisticky významný, musí vybraná skupina žen zahrnovat zastoupení všech věkových skupin v reprodukčním věku. Pro potřeby této práce bylo použito zjednodušené věkové členění do šesti věkových kategorií (viz. graf č. 2).

Při výzkumu bylo dotázáno 85 rizikově těhotných žen různých věkových kategorií ve věku od 18 do 43 let. Jak je patrné z grafu nejpočetnější skupinu tvořily ženy ve věku „31-35“ let, které představovaly 42% výběrového vzorku.

Tento údaj odpovídá trendu dnešní doby, kdy dochází k posunu mateřství do pozdějšího věku. Údaje Českého statistického úřadu uvádějí že průměrný věk žen, které porodily je 29,6 let.

Moderní medicína ale prokázala, že pravděpodobnost výskytu mnohých rizik v těhotenství se zvyšuje s věkem, proto je tato skupina v tomto výzkumu nejvíce zastoupena, čímž se zvyšuje vypovídací schopnost. Kategorie „21-25 let“ a „26-30 let“ rovněž tvoří významnou podmnožinu výběrového vzorku, 15% a 21%. Ostatní kategorie jsou zastoupeny méně, dohromady tvoří zbývajících 21%.

Otázka č. 3: Jaký je Váš rodinný stav?



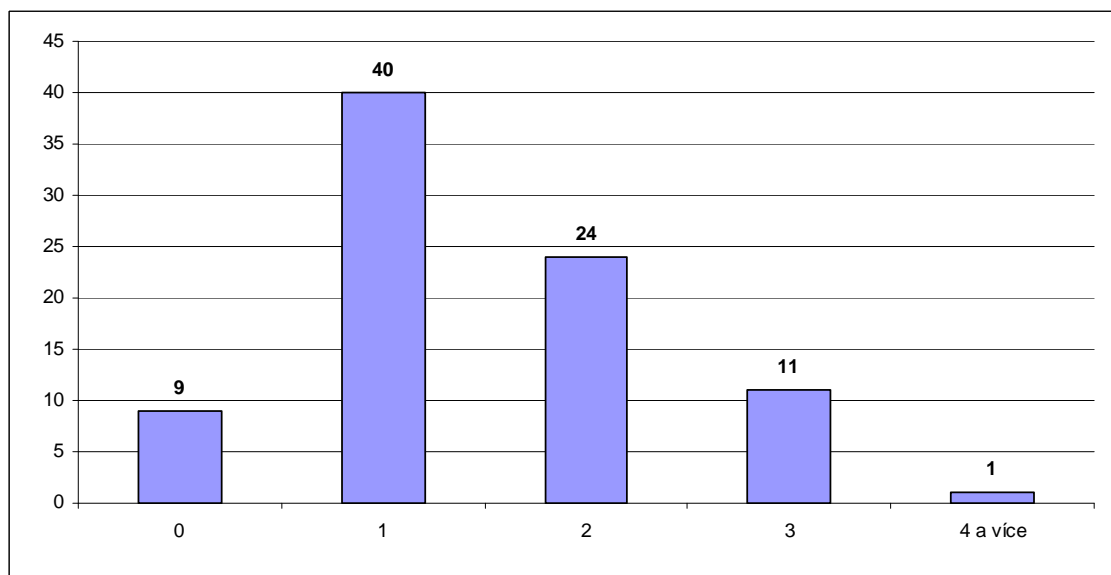
Graf č. 3: Rodinný stav; zdroj: vlastní výzkum

V rámci výzkumu se podařilo oslovit soubor respondentek, který zahrnoval všechny varianty rodinného stavu.

Tato skutečnost umožnila otestovat hypotézu č. 2 a zanalyzovat roli manžela / partnera / rodiny jako formy psychické podpory v náročné životní situaci. 52% dotazovaných tvořily vdané ženy a 29% ženy svobodné žijící s partnerem, což opět odpovídá současnému trendu, kdy uzavření manželství není nutnou podmínkou pro založení rodiny.

Ostatní kategorie „svobodná, žiji sama“, „rozvedená, žiji sama“ a „rozvedená, žiji s partnerem“ byly zastoupeny v menší míře, v kategorii „vdova“ odpovídala jedna respondentka.

Otázka č. 4: Kolik máte dětí?



Graf č. 4: Počet dětí; zdroj: vlastní výzkum

Výzkumný soubor obsahoval jak respondentky, které byly v době dotazování rizikově těhotné, tak ženy, které už porodily. Pokud se jednalo o ženy těhotné poprvé, ty pak uváděly počet dětí 0 a odpovídaly navíc na otázku č.6, týkající se délky těhotenství.

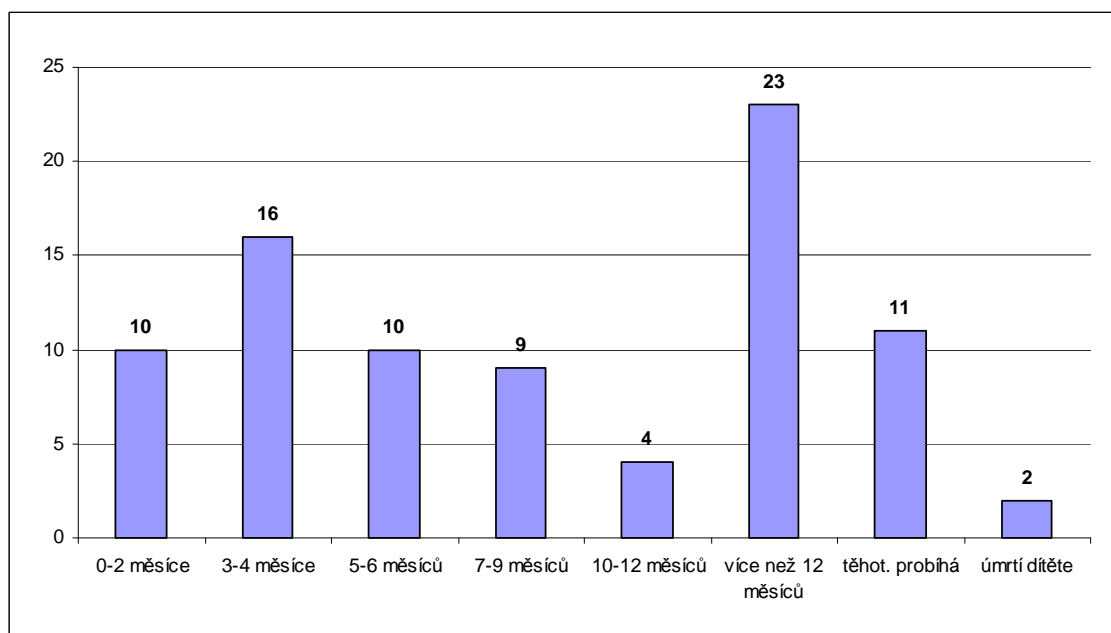
Mezi respondentkami ale byly i 2 bezdětné ženy jejichž rizikové těhotenství skončilo úmrtím plodu. Variantu „0 dětí“ zvolilo 11% dotazovaných. V odpovědích byla nejvíce zastoupena kategorie „1 dítě“ (47%), druhou významnou kategorií tvořila skupina „2 děti“ (28%).

Méně už bylo respondentek, které označily odpověď „3 děti“ (13%) a počet „4 děti“ uváděla pouze jedna žena. Opět je zde možné spatřit trend dnešní doby, kdy dochází nejen k odsouvání mateřství do vyššího věku, ale i snížení počtu dětí v rodinách.

Lze také předpokládat, že počet dětí, které žena má, je důležitý faktor, který se významně podílí na celkovém prožívání rizikového těhotenství. Bylo by možné se domnívat, že žena, která je matkou zdravého dítěte či dětí, zvládá toto obtížné období pravděpodobně lépe než primigravida (žena těhotná poprvé) nebo žena s opakovanými neúspěchy v předchozích těhotenstvích.

Na druhou stranu rizikově těhotná žena, které se nedaří za sebe najít dostatečnou náhradu v péči o dítě/děti, například v době hospitalizace, tak může být mnohem více stresována.

**Otázka č. 5: Jaký je věk Vašeho dítěte narozeného z rizikového těhotenství?
(odpovídejte pouze v případě, že jste již porodila)**



Graf a tabulka č. 5: Věk dítěte; zdroj: vlastní výzkum

Při dotazování byly osloveny rizikově těhotné ženy a matky s dětmi od narození do 14 měsíců, jejichž těhotenství bylo doprovázeno rizikem. Nejvíce oslovených žen 27% mělo dítě starší 12 měsíců. Následovaly matky s dětmi ve věku 3-4 měsíce 19%. Shodně 12% jsou zastoupeny kategorie „0-2měsíce“ a „5-6měsíců“. 11% respondentek mělo miminko ve věku 7-9 měsíců. Z celkového počtu dotazovaných tak bylo pouze 13% žen, které rizikové těhotenství právě prožívaly. A dvě ženy (2%) uváděly neúspěšné ukončení svého těhotenství.

0-2 měsíce	10
3-4 měsíce	16
5-6 měsíců	10
7-9 měsíců	9
10-12 měsíců	4
více než 12 měsíců	23
těhotenství probíhá	11
úmrtí dítěte	2

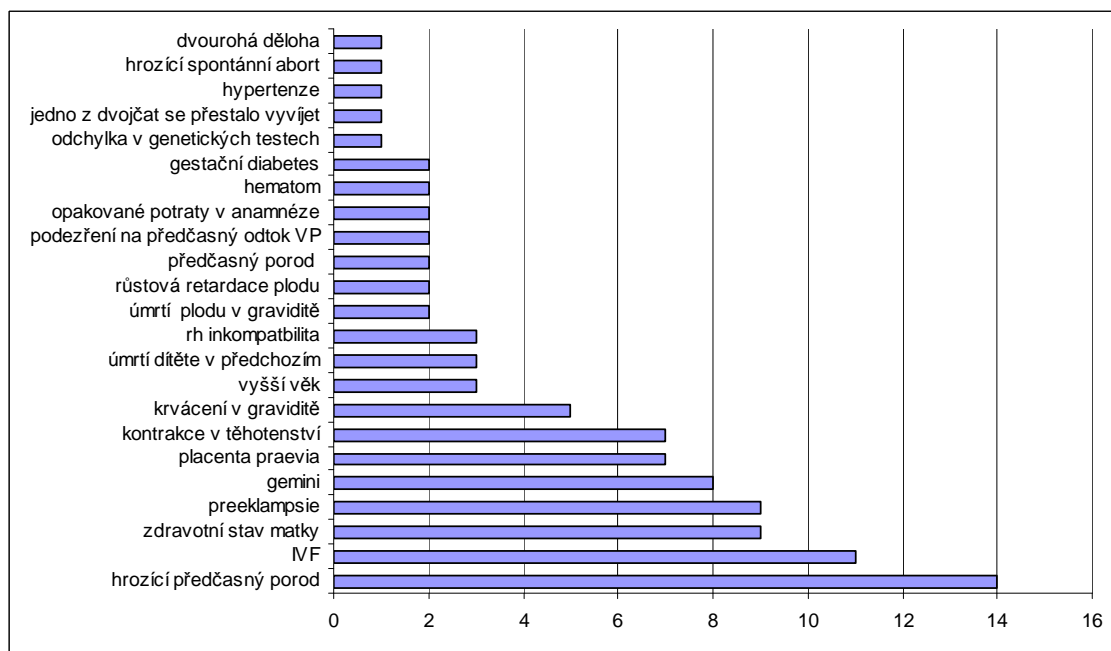
Původní myšlenka, provádět výzkum pouze u rizikově těhotných, se ukázala jako nereálná. Těhotné ženy měly potíže s pojmenováváním svých pocitů a obav a nechtěly o své situaci hovořit. Bály se, aby po vyjádření optimismu, těhotenství neskončilo neúspěchem. Ženy, jejichž těhotenství bylo ukončeno úspěšně, byly vhodnějšími adeptkami pro dané dotazování. S odstupem času a nadhledem si lépe uvědomovaly, co bylo nejtěžší překonat, kde nacházely nejvíce podpory a jaké informace byly nejvhodnější.

Otázka č. 6: Jaká je délka Vašeho těhotenství? (odpovídejte pouze v případě, že jste dosud neporodila)

Součástí statistického vzorku bylo 11 těhotných žen v různém stádiu těhotenství, které byly ochotné se dotazování zúčastnit. Všechny ostatní oslovené těhotné ženy nebyly ochotny odpovídat z důvodů uvedených v komentáři k předchozí otázce.

Výhodou této podmnožiny respondentek byl velmi aktuální pohled na danou problematiku. Kladené otázky se jich bezprostředně dotýkaly a tak zejména popis prožívání rizikového těhotenství byl pro tento výzkum velmi přínosný.

Otázka č. 7: Z jakého důvodu bylo / je Vaše těhotenství rizikové?

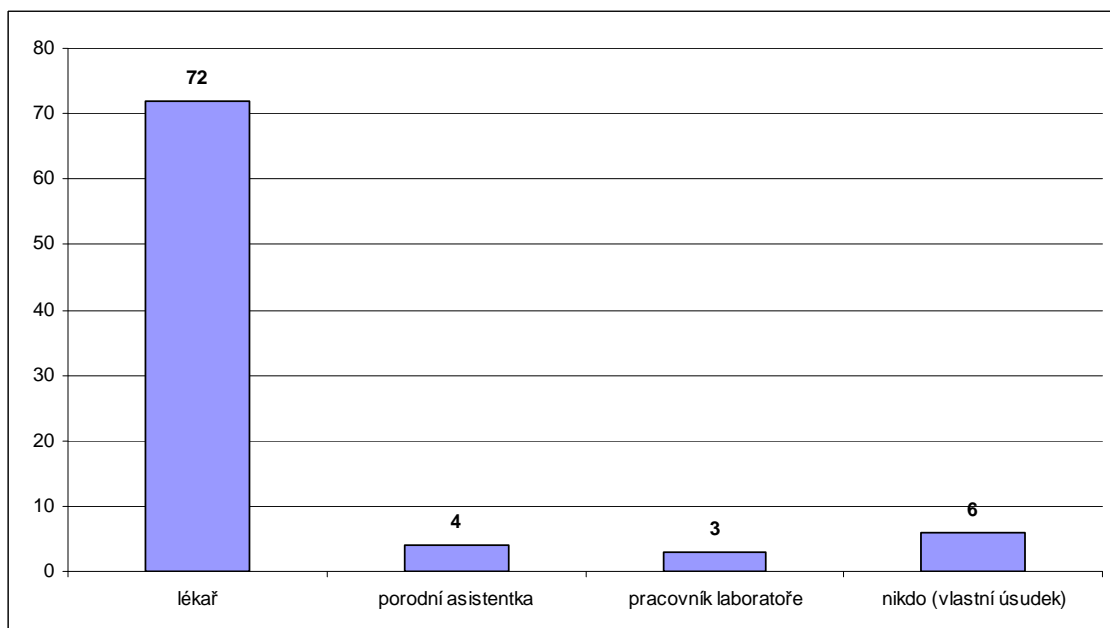


Graf a tabulka č. 6: Důvod riz. těhotenství; zdroj: vlastní výzkum

Tento graf dokládá, že byl splněn požadavek, aby u zkoumaného vzorku žen bylo rizikové těhotenství diagnostikováno z medicínského a ne například ze sociálního důvodu. Jak je vidět je zastoupena opravdu široká škála onemocnění či rizikových faktorů které mohou těhotenství negativně ovlivňovat. Nejčastěji uváděnou komplikací byl hrozící předčasný porod.

hrozící předčasný porod	14
IVF	11
zdravotní stav matky	9
preeklampsie	9
gemini	8
placenta praevia	7
kontrakce v těhotenství	7
krvácení v graviditě	5
vyšší věk	3
úmrť dítěte v předchozím těhotenství	3
rh inkompatibilita	3
úmrť plodu v graviditě	2
růstová retardace plodu	2
předčasný porod	2
podezření na předčasný odtok VP	2
opakované potraty v anamnéze	2
hematom	2
gestační diabetes	2
odchylka v genetických testech	1
jedno z dvojčat se přestalo vyvíjet	1
hypertenze	1
hrozící spontánní abort	1
dvourohá děloha	1

Otázka č. 8: Kdo Vám poprvé sdělil informaci o Vašem rizikovém těhotenství?

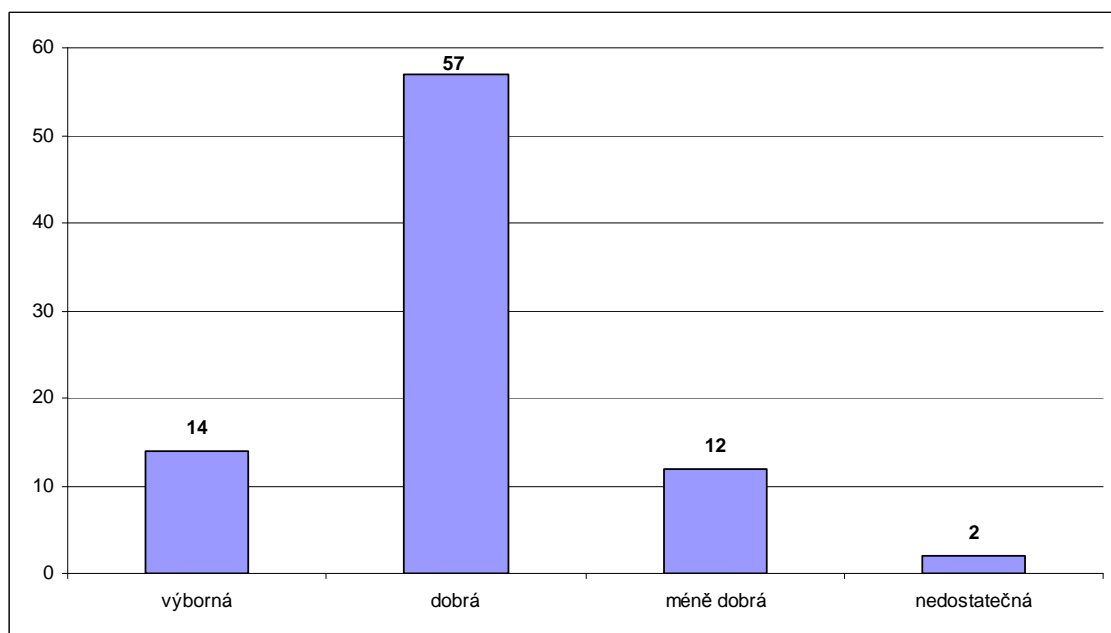


Graf a tabulka č. 7: Zdroj informací; zdroj: vlastní výzkum

Celých 85% dotazovaných uvedlo, že poprvé jim informace o riziku, vyskytující se v jejich těhotenství, byla sdělena lékařem. Pouze 7% žen tuto skutečnost odhalilo samo například dle svých znalostí ze školy nebo na základě předchozích zkušeností. Dalšími kompetentními osobami, které těhotným sdělovaly informace byli porodní asistentka (5%) a pracovníci biochemické nebo hematologické laboratoře (4%).

lékař	72
porodní asistentka	4
pracovník laboratoře	3
nikdo (vlastní úsudek)	6

Otázka č. 9: Jak hodnotíte rozsah a kvalitu informací, které Vám byly poskytnuty o Vašem rizikovém těhotenství ?



Graf a tabulka č. 8: Rozsah a kvalita informací; zdroj: vlastní výzkum

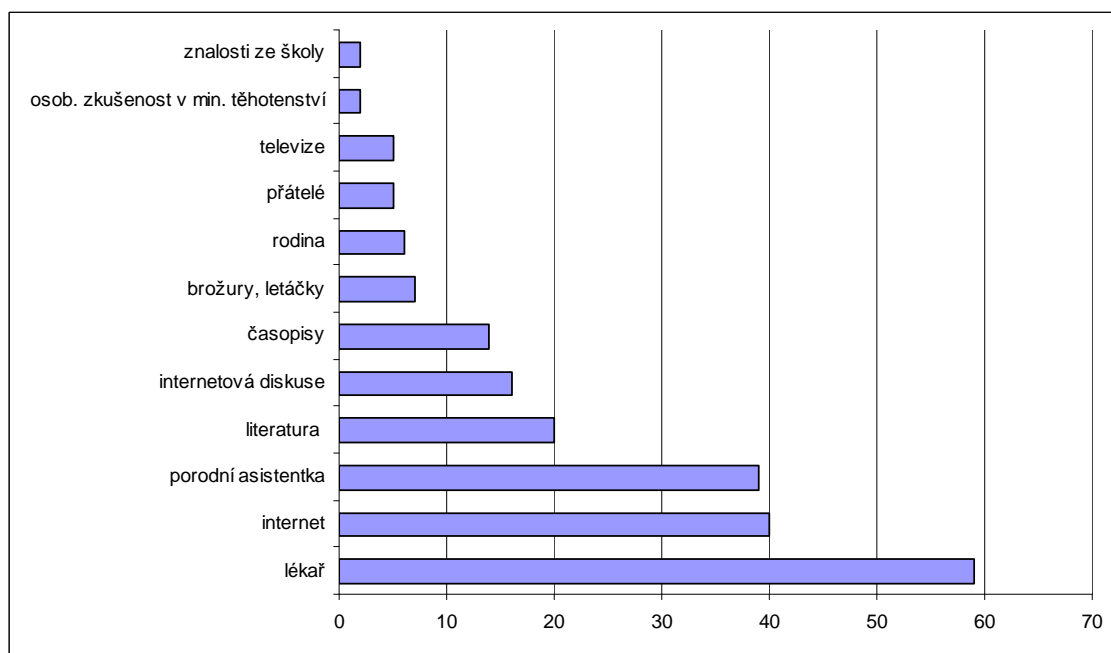
Tato otázka byla klíčovou pro otestování Hypotézy č. 3 - Kvalitní informovanost žen v průběhu rizikového těhotenství pozitivně ovlivňuje jeho prožívání.

výborná	14
dobrá	57
méně dobrá	12
nedostatečná	2

Při zjišťování hodnocení rozsahu a kvality informací poskytnutých rizikově těhotným ze strany zdravotnického personálu byla v 67% uvedena odpověď „dobrá“. 16% žen pak uvádělo, že rozsah a kvalita poskytnutých informací byla „výborná“. 14% žen hodnotilo informovanost jako méně dobrou a pouze 2% respondentek byly informovány nedostatečně.

Z těchto převážně pozitivních odpovědí lze usuzovat, že se celkově péče v oblasti porodnictví skutečně zlepšuje. Zdravotnický personál v gynekologických ambulancích a odděleních dnes vnímá těhotné ženy ne jako bezmocné pacienty, ale jako klienty, se kterými je třeba komunikovat. Uvědomují si, že dnešní budoucí maminky se aktivně o těhotenství zajímají a že, zejména v případě potíží, potřebují dostatek podpory a kvalitních informací. Také jsou si vědomi skutečnosti, že pokud žena situaci rozumí, je více vyrovnanější, má zájem spolupracovat a není lhostejná k osudu svého těhotenství a dítěte.

Otázka č. 10: Z jakého zdroje jste získala nejvíce informací o rizikovém těhotenství? (možnost více variant odpovědí)



Graf a tabulka č. 9: Zdroj informací; zdroj: vlastní výzkum

Z důvodu možnosti více variant odpovědí, převyšuje celkový počet odpovědí počet respondentů.

Odpovědi na otázku prokázaly různorodost možných zdrojů informací v dnešní době. Ukázalo se, že úloha lékařů a porodních asistentek jako kvalitních poradců je velmi důležitá. Toto je, shodně jako v předchozí otázce, důkazem zlepšení přístupu lékařů a porodních asistentek ke klientkám. Vnímání důležitosti a potřebnosti kvalitních informací pro klientky se stává standardní součástí dnešní moderní zdravotnické péče.

lékař	59
internet	40
porodní asistentka	39
literatura	20
internetová diskuse	16
časopisy	14
brožury, letáčky	7
rodina	6
přátelé	5
televize	5
osob. zkušenost v min. těhotenství	2
znalosti ze školy	2

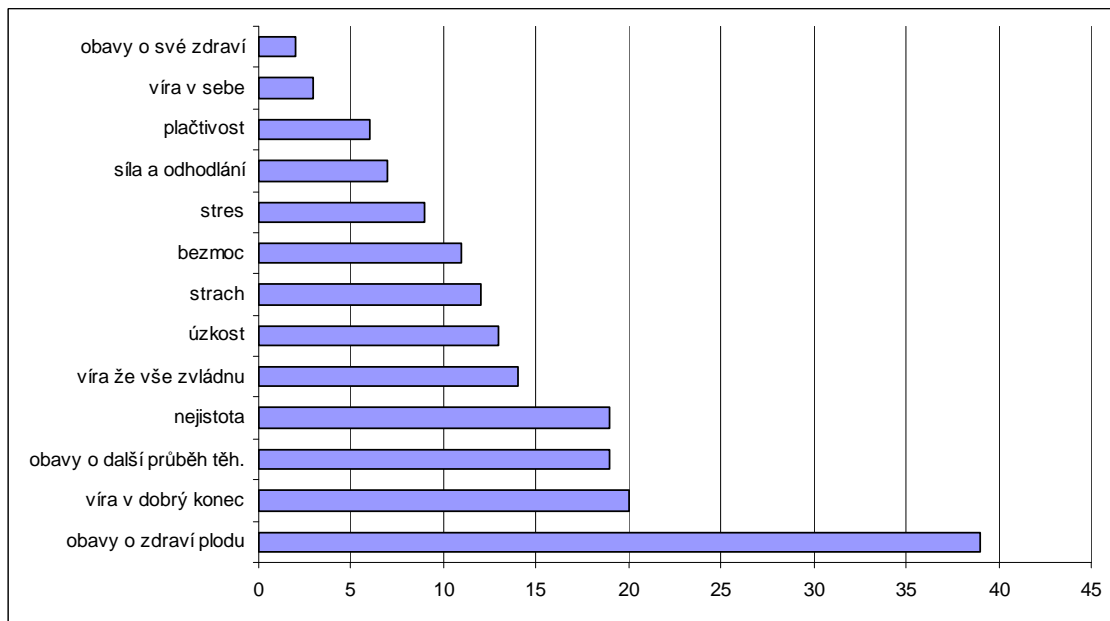
Dalším často uváděným zdrojem, kde rizikově těhotné ženy nacházely informace je Internet a také internetové diskuse. Hlavní přínos internetových diskusí je fakt, že je možné se v nich virtuálně setkávat s lidmi s podobnými problémy, vyměňovat si informace, rady a vzájemně si poskytovat psychickou podporu.

I přes preferenci moderních komunikačních technologií, má literatura stále významné místo v seznamu zdrojů informací.

Další informace ženy načetly z informačních brožur, letáčků a časopisů. Důležitou roli rovněž hrály informace od rodiny a přátel.

Otázka č. 11:

**Jak jste se během rizikového těhotenství cítila? Jaké pocity jste prožívala?
(možnost více variant odpovědí)**



Graf a tabulka č. 10 Pocity v rizikovém těhotenství; zdroj: vlastní výzkum

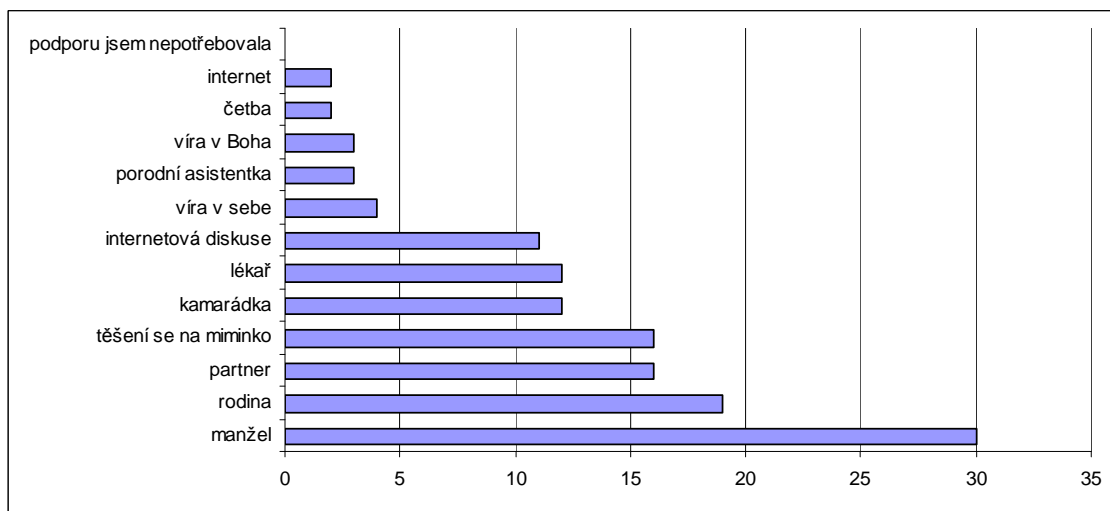
Z důvodu možností více variant odpovědí, převyšuje celkový počet odpovědí počet respondentů.

Z odpovědí je patrné, že u většiny žen v průběhu rizikového těhotenství převládaly obavy o zdraví plodu a z dalšího průběhu těhotenství. Často uváděna byla i nejistota, úzkost, strach a bezmoc. Menší procento žen udávalo, že prožívaly stres a plačtivost.

I přes tyto negativní pocity ženy věřily, že vše dobře dopadne a věřily také sobě, že obtížnou situaci dobře zvládnou.

obavy o zdraví plodu	39
víra v dobrý konec	20
obavy o další průběh těh.	19
nejistota	19
víra že vše zvládnou	14
úzkost	13
strach	12
bezmoc	11
stres	9
síla a odhodlání	7
plačtivost	6
víra v sebe	3
obavy o své zdraví	2

Otázka č. 12: Kdo nebo co pro Vás bylo v průběhu rizikového těhotenství největší podporou? Byl někdo nebo něco, co Vám pomáhalo, dodávalo sílu? (možnost více variant odpovědí)



Graf a tabulka č. 11: Podpora v riz. těhotenství; zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka byla klíčovou pro otestování Hypotézy č. 1: Psychická podpora pozitivně ovlivňuje prožívání rizikového těhotenství a Hypotézy č. 2 - Podpora ze strany manžela / partnera / rodiny je nejdůležitější formou psychické podpory při rizikovém těhotenství.

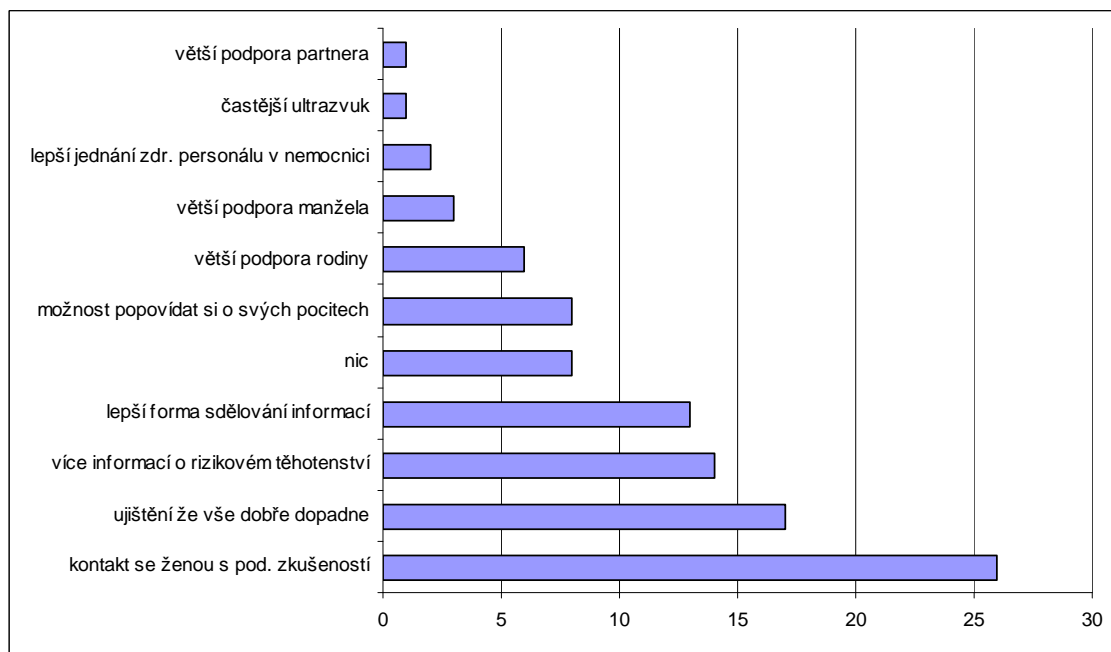
Z výsledků výzkumu vyplynulo, že největší oporu rizikově těhotným ženám poskytoval právě manžel nebo partner – v případě nesezdaných soužití. Na dalším místě byli uváděni různí další členové nejbližší rodiny a přátelé.

Velkou sílu čerpaly ženy i ze samotné existence těhotenství, tedy z těšení se na miminko. Je také pochopitelné, že z důvodu sdělování pozitivních zpráv o zdraví miminka, o průběhu těhotenství byl pro významné procento žen největší oporou právě lékař.

Jak už vyplynulo ze zjišťování možných zdrojů informací, velmi často je využíván Internet. Jak je vidět z odpovědí na tuto otázku, skutečně tedy lze pomocí internetových diskusí nalézt ženu se stejnými problémy a navzájem si poskytnout tolik potřebnou psychickou podporu. Dále ženy také věřily samy sobě, nacházely oporu v literatuře nebo ve víře v Boha.

manžel	30
rodina	19
partner	16
těšení se na miminko	16
kamarádka	12
lékař	12
internetová diskuse	11
víra v sebe	4
porodní asistentka	3
víra v Boha	3
četba	2
internet	2

Otázka č. 13: Bylo něco, co jste v průběhu rizikového těhotenství postrádala? Co byste bývala ocenila? Co by Vám pomohlo?



Graf a tabulka č. 12: Nesplněná očekávání; zdroj: vlastní výzkum

Z důvodu možností více variant odpovědí, převyšuje celkový počet odpovědí počet respondentů.

Tato otázka měla za cíl zmapovat nesplněná očekávání respondentek. Nedostatek uvedených faktorů mohl v konečném důsledku zhoršovat průběh rizikového těhotenství.

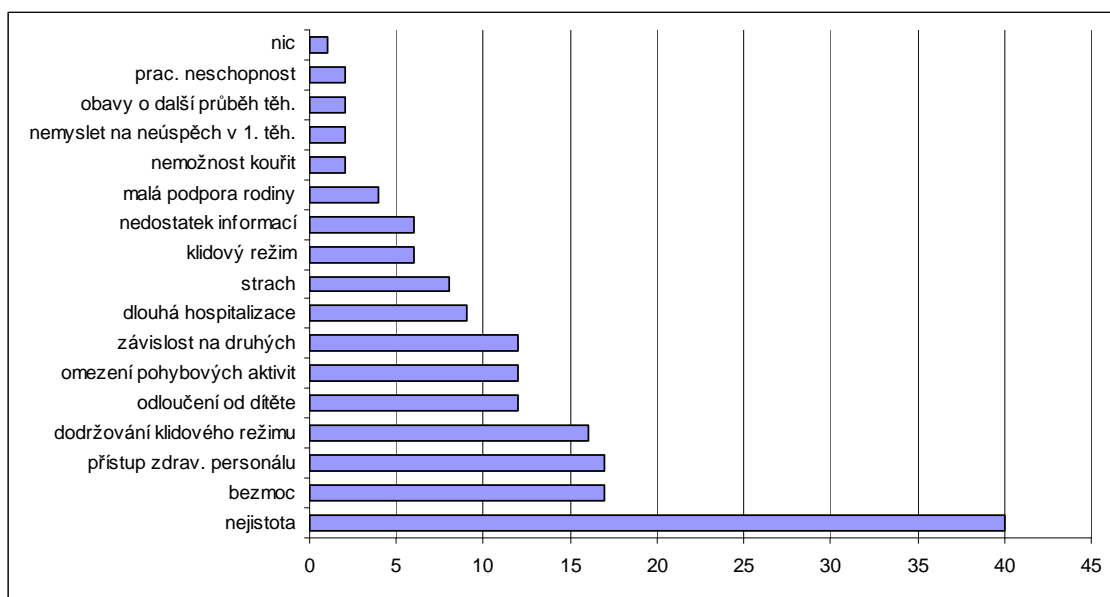
Nejčastěji uváděnými variantami odpovědí byly „kontakt se ženou s podobnou zkušeností“

a „ujištění, že vše dobře dopadne“. To potvrzuje skutečnost, že si respondentky jasně uvědomují důležitost a význam pozitivního psychického prožívání při rizikovém těhotenství. Objevuje se zde velmi silná poptávka po uklidňujících faktorech, ideálně po kontaktu s někým s podobnou zkušeností, jehož situace byla zdárně zakončena. Takový člověk je ideálním zdrojem podpory, informací a rad, jak rizikové těhotenství úspěšně zvládnout.

kontakt se ženou s pod. zkušeností	26
ujištění že vše dobře dopadne	17
více informací o rizikovém těhotenství	14
lepší forma sdělování informací	13
nic	8
možnost popovídat si o svých pocitech	8
větší podpora rodiny	6
větší podpora manžela	3
lepší jednání zdr. personálu v nemocnici	2
častější ultrazvuk	1
větší podpora partnera	1

Významná část odpovědí se týkala lepší formy a většího množství informací o rizikovém těhotenství. Za velmi pozitivní považují poměrně častý výskyt odpovědi „nic“, kde ženy nepocítovaly žádné nedostatky během svého rizikového těhotenství.

Otázka č. 14: Co pro Vás bylo v průběhu rizikového těhotenství nejtěžší? S čím bylo nejobtížnější se vyrovnat?



Graf a tabulka č. 13: Největší překážky; zdroj: vlastní výzkum

Z důvodu možností více variant odpovědí, převyšuje celkový počet odpovědí počet respondentů.

Otázka č. 14 analyzuje faktory, které negativně ovlivňovaly psychické prožívání v průběhu rizikového těhotenství. Získáváme tak škálu obtíží, které musely respondentky překonávat.

Naprostá většina žen považovala za nejobtížnější vyrovnat se s „nejistotou“ spojenou s průběhem rizikového těhotenství. Dlouhé týdny nebo měsíce čekání na výsledek jsou pro každou ženu velmi náročné. S tím souvisí i další psychický stav a to je „bezmoc“, který se v odpovědích také objevoval velice často.

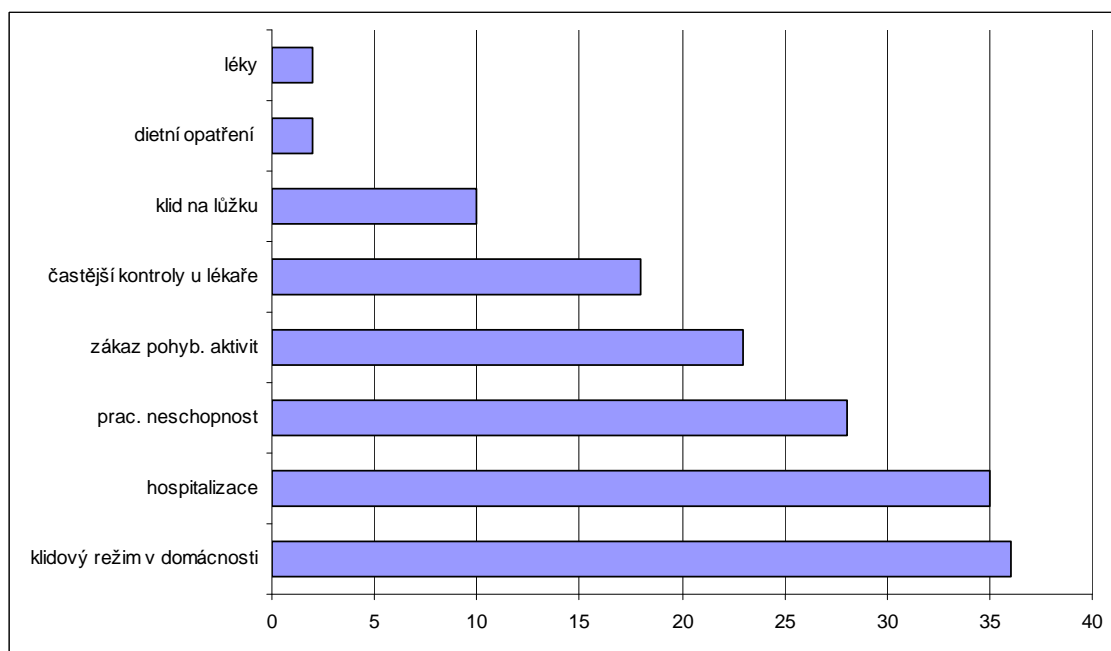
Za podstatný považují četný výskyt odpovědí vyjadřujících nespokojenost s přístupem zdravotnického personálu v nemocnici.

Respondentky, které už měly děti, uváděly ve svých odpovědích, že bylo velmi obtížné dodržovat klidový režim a zvládat odloučení od dítěte / dětí po dobu hospitalizace.

nejistota	40
bezmoc	17
přístup zdrav. personálu	17
dodržování klidového režimu	16
odloučení od dítěte	12
omezení pohybových aktivit	12
závislost na druhých	12
dlouhá hospitalizace	9
strach	8
klidový režim	6
nedostatek informací	6
malá podpora rodiny	4
nemožnost kouřit	2
nemyslet na neúspěch v 1. těh.	2
obavy o další průběh těh.	2
pracovní neschopnost	2
nic	1

Ženy také obtížně překonávaly závislost na druhých, dlouhou dobu hospitalizace, strach, klidový režim, malou podporu rodiny. 2 velmi mladé maminky pak udávaly, že nejobtížnější bylo nekouřit.

Otázka č. 15: Byla v průběhu rizikového těhotenství stanovena nějaká speciální léčebná / režimová opatření? (možnost více variant odpovědí)



Graf a tabulka č. 14: Léčebná opatření; zdroj: vlastní výzkum

Z důvodu možností více variant odpovědí, převyšuje celkový počet odpovědí počet respondentů.

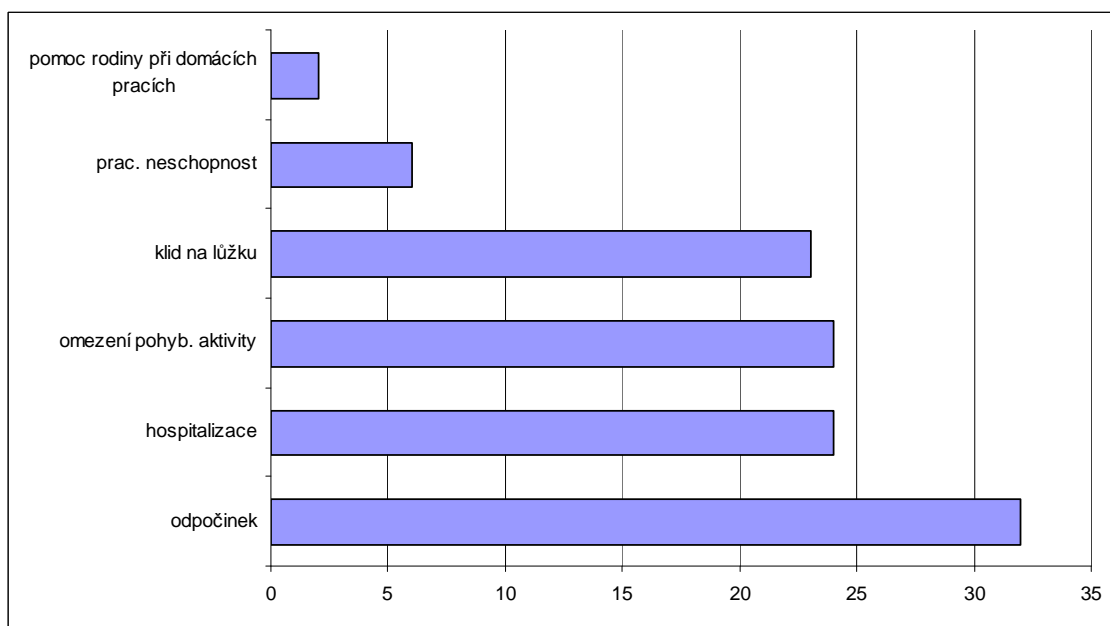
Rizikové těhotenství stanovené z medicínského důvodu je vždy spojeno s léčebným nebo režimovým opatřením. Velmi často i s jejich kombinací. Protože lze předpokládat úzkou spjitost mezi psychickou pohodou / nepohodou a například dlouhou hospitalizací, bylo důležité se na tuto skutečnost dotázat.

klidový režim v domácnosti	36
hospitalizace	35
pracovní neschopnost	28
zákaz pohybových aktivit	23
častější kontroly u lékaře	18
klid na lůžku	10
dietní opatření	2
léky	2

Nejčastěji byl rizikově těhotným ženám doporučen klidový režim v domácnosti, dále byly těhotné různou dobu hospitalizovány nebo jim byla vystavena pracovní neschopnost. Jinými opatřeními byly zákaz pohybových aktivit, klid na lůžku a častější kontrola zdravotního stavu lékařem.

Některé respondentky uváděly, že jejich stav vyžadoval nutnost dodržování dietních opatření nebo užívání léků.

Otázka č. 16: Jaký byl Váš denní režim během rizikového těhotenství (běžné denní aktivity)? Lišil se nějak od doby před těhotenstvím? (otevřená odpověď)



Graf a tabulka č. 15: Změny denního režimu; zdroj: vlastní výzkum

Z důvodu možností více variant odpovědí, převyšuje celkový počet odpovědí počet respondentů.

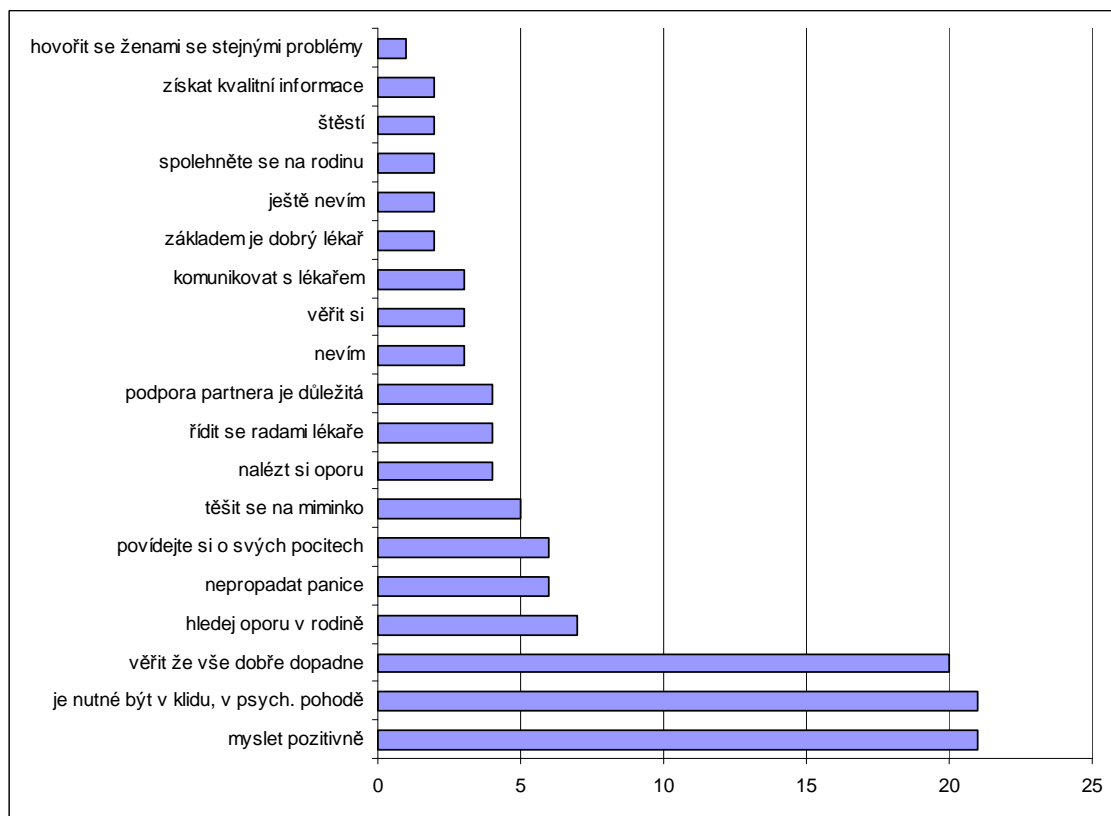
Na tuto otázku byla ponechána otevřená odpověď, ženy měly, dle své zkušenosti popsat, čím se nejvíce odlišoval jejich denní režim od doby před rizikovým těhotenstvím.

odpočinek	32
hospitalizace	24
omezení pohyb. aktivity	24
klid na lůžku	23
pracovní neschopnost	6
pomoc rodiny při domácích pracích	2

Nejvíce ženy uváděly, že mnohem častěji odpočívaly. Některé při pracovní neschopnosti, jiné po příchodu ze zaměstnání. Velkou odlišností od běžného života je také hospitalizace, kterou uvedla více než třetina dotázaných.

Dále byl budoucím maminkám doporučen klid na lůžku a omezení pohybových aktivit. Pouze několik žen uvedlo, že se jejich životní styl změnil pouze v tom, že někdo z rodiny pomáhal či převzal vykonávání domácích prací.

Otázka č. 17: Co byste poradila maminkám, které si rizikovým těhotenstvím procházejí? Co je podle Vás pro úspěšné zvládnutí rizikového těhotenství nejdůležitější? (otevřená otázka)



Graf a tabulka č. 16: Rady ostatním; zdroj: vlastní výzkum

Z důvodu možností více variant odpovědí, převyšuje celkový počet odpovědí počet respondentů.

Na závěr dotazníku byly respondentky požádány, aby poradily dalším ženám, které jsou teprve na začátku svého rizikového těhotenství. Aby poslaly nějaký vzkaz, radu, co je pro úspěšné překonání a zvládnutí této náročné situace nejdůležitější.

Široká škála variant odpovědí odráží individualitu jednotlivých respondentek a potvrzuje obtížnost nalezení jednoduchého a univerzálního doporučení, jak úspěšně zvládnout rizikové těhotenství.

myslet pozitivně	21
je nutné být v klidu, v psych. pohodě	21
věřit že vše dobře dopadne	20
hledej oporu v rodině	7
nepropadat panice	6
povídejte si o svých pocitech	6
těšit se na miminko	5
nalézt si oporu	4
řídít se radami lékaře	4
podpora partnera je důležitá	4
nevím	3
věřit si	3
komunikovat s lékařem	3
základem je dobrý lékař	2
ještě nevím	2
spolehněte se na rodinu	2
šťěstí	2
získat kvalitní informace	2
hovořit se ženami se stejnými problémy	1

V odpovědích převažovaly rady týkající se pozitivního naladění, klidu a nalezení vhodné formy podpory, ať už v manželovi, partnerovi nebo v rodině. Důležité je také získat kvalitní informace a komunikovat se svým ošetřujícím lékařem, věřit jeho doporučením a dodržovat je. Některé ženy posilovala skutečnost, že věřily samy sobě nebo se těšily na miminko.

3.6. Diskuze

Kapitola Diskuze shrnuje výsledky výzkumu vzhledem ke stanoveným hypotézám. Zjištěné informace jsou dány do vzájemných souvislostí a jsou z nich vyvozeny patřičné závěry. Závěry jsou rovněž konfrontovány s výsledky obdobných výzkumů na dané téma.

Pro účely tohoto výzkumu bylo stanoveno, aby všechny respondentky měly rizikové těhotenství diagnostikované z medicínského důvodu. S tím logicky souvisí různá režimová a léčebná doporučení a omezení, která významně ovlivňují prožívání této obtížné situace.

Podářilo se získat reprezentativní vzorek 85 respondentek, který zahrnoval všechny věkové kategorie reprodukčního věku, celou škálu rodinných stavů, ženy bezdětné i s různým počtem dětí a ženy s různými medicínskými příčinami rizikového těhotenství.

Původní záměr zahrnout do výzkumu pouze aktuálně rizikově těhotné ženy nebyl úspěšný, protože tyto ženy nechtěly o svých pocitech hovořit. Výzkumný soubor byl tedy rozšířen o ženy, jejichž rizikové těhotenství již bylo ukončeno. Tento krok se ukázal jako velmi pozitivní, neboť tyto respondentky byly přínosným zdrojem potřebných údajů.

Podstatná část výzkumu byla zaměřena na analýzu informovanosti rizikově těhotných žen. Testování Hypotézy č. 3 bylo vedeno předpokladem, že rizikově těhotná žena, která na základě kvalitních informací dobře porozumí své situaci, bude chápat smysl jednotlivých léčebných a režimových opatření a bude je akceptovat. Což bude mít v konečném důsledku pozitivní vliv na její psychickou pohodu a následně i na výsledek rizikového těhotenství.

Z výzkumu vyplynulo, že rizikově těhotné ženy mají zájem o informace a jsou ochotny si je aktivně vyhledávat. Pozitivním zjištěním byla velká variabilita zdrojů informací od tradiční literatury až po moderní informační technologie (internetové diskuse).

Role Internetu jako moderního komunikačního média se ve výzkumu objevila několikrát. Internet byl uváděn mezi informačními zdroji na předním místě a zejména internetové diskuse respondentky využívaly pro získávání rad, názorů a psychické podpory. Stinnou stránkou tohoto informačního zdroje je ovšem velká pestrost až rozporuplnost informací a často silně laický pohled na danou problematiku.

Role zdravotnického personálu, zejména lékaře, je v rizikovém těhotenství nezastupitelná, což se také ukázalo v několika bodech výzkumu. Lékař byl uváděn jako osoba, která poprvé sdělila respondentce informace o rizicích souvisejících s jejím těhotenstvím. A zároveň, jako odborník, poskytoval vysvětlení dané situace a dával ženě cenné a kvalitní informace a rady. Jak ukazuje Graf č. 8: „Rozsah a kvalita informací“, dotazované považovaly rozsah a kvalitu informací o rizikovém těhotenství za dobrou. Jelikož v otázce č. 10: „Z jakého zdroje jste získala nejvíce informací o rizikovém těhotenství?“ je uváděn jako nejčastější zdroj informací zdravotnický personál, můžeme tedy usuzovat, že se zlepšuje přístup lékařů a porodních asistentek ke klientkám. Lékaři a porodní asistentky vnímají důležitost kvalitního vysvětlení pro psychickou pohodu budoucí matky. Vzájemná komunikace se stává standardní součástí dnešní moderní zdravotnické péče. I přes všechna uvedená pozitiva, výzkum odhalil ještě větší poptávku žen po informacích a také po vhodnější formě sdělování těchto údajů.

Rizikové těhotenství je v životě ženy velmi náročná situace zejména z psychologického hlediska. Zanalyzovat pocity žen v této obtížné situaci bylo hlavním cílem této diplomové práce. Otázka č. 11: „Jak jste se během rizikového těhotenství cítila? Jaké pocity jste prožívala?“ byla zaměřena na dotázání na konkrétní pocity a obavy. Respondentky vyjadřovaly nejčastěji obavy o zdraví plodu a obavy o další průběh těhotenství. Z pocitů pak převažovala nejistota, úzkost, strach a bezmoc. I přes tyto negativní pocity, velké množství dotazovaných věřilo v dobrý konec těhotenství a bylo přesvědčeno, že toto náročné období zvládnou. Pozitivním jevem také bylo, že se ženy obávaly převážně o plod a jeho zdraví a ne primárně o sebe, což lze pokládat za projevy zralé osobnosti a připravenosti na mateřství. Spatřuji zde souvislost s vyšším věkem moderních maminek, které odkládají rodičovství do pozdějšího věku. Pro srovnání lze uvést, že 2 respondentky, které uvedly variantu „obavy o své zdraví“ patřily do věkové kategorie „méně než 20 let“. Ani jedna respondentka neuváděla, že nepotřebovala žádnou formu podpory a že vše zvládala sama.

Tento závěr se shoduje s dalšími výzkumy prováděnými na danou problematiku. Například Szetei¹¹², Plívová¹¹³, kteří shodně zjistili význam sociální podpory na prožívání rizikového těhotenství.

¹¹² SZETEI, M. Vplyv rizikového těhotenstva na jeho prežívanie budúcou matkou. Diplomová práce. Brno: FF MU, 1999

¹¹³ PLÍVOVÁ, K. Prožívání rizikového těhotenství, Diplomová práce, FF MU Brno, 2011

Formy psychické podpory mají mnoho variant, ale je možné je rozdělit na dvě skupiny. První „externí“ představuje hledání psychické opory u jiného člověka (manžel, partner, kamarádka, lékař, autor knihy, internetová diskuse s jinými ženami), druhá „interní“ pak hledání opory v sobě (víra v sebe, víra v Boha, těšení se na miminko).

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že největší oporu rizikově těhotným ženám poskytoval manžel nebo partner – v případě nesezdaných soužití. Pokud si je žena vědoma skutečnosti, že její životní partner je připraven ji poskytnout pomoc a podporu v takto obtížné životní situaci, je pro ni tento stav významným zdrojem psychické pohody. Tento výsledek, navzdory většině statistik, potvrzuje význam manželství v dnešní době.

Rozchází se však s výzkumem Schroederové¹¹⁴, který byl zaměřen na vliv setrávání na lůžku v době rizikového těhotenství na partnerský vztah. Schroederová shrnuje, že setrávání na lůžku má vyloženě negativní vliv na partnerský vztah, který se v průběhu těhotenství problematizuje a může vyústit až v partnerskou krizi.

Z mého výzkumu naopak vyplývá, že tato zkušenost vztah posílila a jak již bylo uvedeno, manžel nebo partner byl největší podporou.

Při výzkumu bylo také důležité zjistit, jaká jsou nesplněná očekávání respondentek. Tedy identifikovat faktory, které by v konečném důsledku mohly mít negativní vliv na prožívání rizikového těhotenství. Nejčastěji těhotné postrádaly kontakt se ženou s podobnou zkušeností, ideálně se ženou jejíž stejně obtížná situace dopadla dobře. Taková zkušenost, byť zprostředkovaná, je velkým zdrojem optimismu a síly pro další období. Obdobným požadavkem, byl nedostatek ujištění, že vše dopadne dobře. To potvrzuje skutečnost, že si respondentky jasně uvědomují důležitost a význam pozitivního psychického prožívání při rizikovém těhotenství.

Překvapivě významná část odpovědí se týkala potřeby většího množství informací a vhodnější formy jejich sdělování. Mezi poptávkou po informacích a vyjádřením spokojenosti s informovaností v předchozích otázkách spatřuji určitý rozpor. Vysvětlením může být skutečnost, že ženy potřebují být opakovaně seznamovány se změnami v průběhu rizikového těhotenství, s výsledky vyšetření a především s vývojem plodu. Očekávání žen v této obtížné situaci se upínají především na pozitivní sdělení, která přinesou úlevu a zlepší jejich psychický stav.

¹¹⁴ SCHROEDER, Carole A., "Women's experience of bed rest in high-risk pregnancy." *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 2011 28(3), 253-.258. doi: 10.1111/j.1547-5069.1996.tb00360.x

Za významný považují poměrně častý výskyt odpovědi „nic“, kdy ženy nepocit'ovaly žádné nedostatky během svého rizikového těhotenství.

Rizikové těhotenství je vždy spojeno s nějakými opatřeními a omezeními, kterými má být identifikované riziko potlačeno či vyřešeno. Pokud jsou příčinou důvody medicínské, pak se často jedná o opatření léčebná a režimová – omezení pohybových aktivit, pracovní neschopnost, klidový režim v domácnosti, hospitalizace. Lze se domnívat, že například dlouhodobá hospitalizace může mít negativní dopad na psychiku ženy a tedy i na celé těhotenství. A proto bylo důležité se na toto respondentek dotázat.

Často byla uváděna kombinace doporučených opatření – nejčastěji ženy doma více odpočívaly v kombinaci s omezením pohybových aktivit a častějšími kontrolami u lékaře. U dalších žen se střídala období hospitalizace s klidem na lůžku v domácnosti,

dvě ženy pak uváděly, že dodržovaly speciální dietní opatření a další, že jejich stav vyžadoval pouze pravidelné užívání léků.

Tato režimová opatření byla tím hlavním, čím se odlišoval denní režim ženy před těhotenstvím a v době rizikového těhotenství. Je jasné, že situace, kdy žena za sebe musí najít plnohodnotnou náhradu v péči o dítě/děti, o chod celé domácnosti a sama se stává závislou na péči druhých osob, není vůbec jednoduchá. Z odpovědí je jasně patrné, že si tato režimová opatření ženy velmi silně uvědomovaly, ale přesto je, v předchozích otázkách, neuváděly jako věc, kterou bylo nejtěžší překonat. Z tohoto lze usuzovat, že chápaly jejich význam a věřily v jejich pozitivní vliv na rizikové těhotenství.

Poslední otázka dotazníkového šetření se týkala doporučení, rady nebo také vzkazu, který respondentky mohly věnovat ostatním ženám, které mají celé období rizikového těhotenství před sebou. Každá žena je jiná, jinak prožívá obtížnou situaci a každá má svůj vlastní přístup, který právě jejím potřebám vyhovuje nejlépe. Proto se také objevila poměrně široká škála odpovědí. Tyto názory lze zhruba rozdělit do několika hlavních oblastí. První doporučení se týkala pozitivního psychického ladění: „věřit, že vše dobře dopadne“, „pokusit se být co nejvíce v klidu“, „myslet pozitivně“. Druhá skupina respondentek uváděla, že je velmi důležité nalézt oporu, ať už v partnerovi, manželovi, širší rodině, přátelích. Důležitá je existence takové osoby, která bude se ženou sdílet obtížnou situaci, bude ženě naslouchat a poskytovat jí potřebnou podporu. Další skupina doporučení se týkala medicínskému pohledu: „řídít se radami lékaře“, „komunikovat s lékařem“, „základem je dobrý lékař“.

Některé, převážně těhotné ženy nevěděly, jak na otázku odpovědět, co ostatním maminkám doporučit a poradit. Důvodem byla jejich aktuální nejistota a obtížné období, kterým si teprve procházely.

Podle mého názoru, splnil provedený výzkum svou funkci a poskytl dostatečné množství údajů k objektivnímu vyhodnocení stanovených hypotéz.

4. Závěr

Rizikové těhotenství je velmi specifické a velmi náročné období v životě ženy, které s sebou nese výraznou psychickou zátěž. Rizikově těhotné ženy si o to více uvědomují závažnost svého stavu, neboť nejde „pouze“ o jejich zdravotní stav, ale především o stav jejich nenarozeného dítěte.

Cílem této diplomové práce bylo potvrdit předpoklad, že rizikově těhotná žena potřebuje nejen psychickou podporu, ale i dostatek kvalitních informací.

V úvodní teoretické části byly nejprve definovány základní psychologické pojmy, dále s použitím odborné české a zahraniční literatury bylo popsáno fyziologické těhotenství s důrazem na jeho psychologické aspekty. Hlavní oddíl teoretické části je zaměřen na rozbor rizikového těhotenství. Zde byly analyzovány rizikové faktory, psychologické prožívání a jednotlivé formy podpory.

Výzkumná část této diplomové práce si kladla za cíl potvrdit nebo vyvrátit tři hypotézy stanovené k uvedenému tématu. Jako výzkumná metoda byla zvolena metoda dotazování a obsahové analýzy. Na reprezentativním vzorku 85 rizikově těhotných žen, byly otestovány zvolené hypotézy s následujícím výsledkem:

Hypotéza č. 1: „Psychická podpora pozitivně ovlivňuje prožívání rizikového těhotenství“ se potvrdila. Tato diplomová práce ukázala potřebnost a význam psychické podpory v průběhu rizikového těhotenství. Ani jedna respondentka v průběhu dotazování neuvědla, že by psychickou podporu nepotřebovala. Ať již formou psychické podpory ze strany blízkého člověka nebo zdravotnického personálu nebo formou četby či studia, význam psychické podpory byl zcela jasně prokázán.

Hypotéza č. 2: „*Podpora ze strany manžela / partnera / rodiny je nejdůležitější formou psychické podpory při rizikovém těhotenství.*“ **se potvrdila.** Výzkumem byla otestována celá škála forem psychické podpory. Potvrdilo se, že největší oporu rizikově těhotným ženám poskytoval právě manžel nebo partner. Na dalším místě byli uváděni různí další členové nejbližší rodiny a přátelé. Žena, která si je vědoma toho, že její životní partner je jí připraven poskytnout pomoc a podporu v takto obtížné životní situaci, nachází v této skutečnosti významný zdroj psychické pohody.

Hypotéza č. 3: „*Kvalitní informovanost žen v průběhu rizikového těhotenství pozitivně ovlivňuje jeho prožívání.*“ **se potvrdila.** Z výsledků výzkumu vyplynulo, že rizikově těhotné ženy mají zájem o informace a jsou ochotny si je aktivně vyhledávat. Rizikově těhotná žena, která dobře porozumí své situaci a bude chápat důvod jednotlivých léčebných a režimových opatření, bude vyrovnanější a bude daná omezení lépe překonávat. Což bude mít v konečném důsledku pozitivní vliv na její psychickou pohodu a následně i na výsledek rizikového těhotenství.

Dále se prokázala nezastupitelná role lékaře jako poskytovatele kvalitních informací a také velmi významný vliv Internetu jako moderního komunikačního nástroje.

Riziko či přímé ohrožení těhotenství nebo plodu samotného výrazně ovlivňuje prožívání těhotné ženy. Je pochopitelné, že ženy takovou situaci mohou prožívat s různou intenzitou a z toho plyne nutnost individuálního citlivého přístupu ze strany blízkých i zdravotnického personálu.

Z těchto důvodů je možné tuto diplomovou práci využít jako informační zdroj pro koncepci prenatální péče realizovanou porodními asistentkami a gynekology. Bylo by například možné vytvořit informační materiály, které by popisovaly prožívání a potřeby rizikově těhotných žen, a které by byly přínosnou pomůckou při hledání vhodného přístupu k těmto ženám.

Další možností, jak využít výsledky této diplomové práce, by bylo vytvoření příručky pro rizikově těhotné ženy, která by poskytovala základní informace o rizikovém těhotenství a obsahovala rady a doporučení, jak toto náročné období zvládnout.

Závěrem uvádím, že zkoumaná problematika je poměrně široká a jistě ji lze dále prozkoumat z jiných úhlů pohledu, například analyzovat vliv osobnostních vlastností rizikově těhotné ženy na prožívání celé situace. Detailní prozkoumání psychického prožívání rizikového těhotenství by mohlo přinést zlepšení v oblasti komunikace a přístupu zdravotnického personálu k rizikově těhotným ženám.

5. Seznam literatury

1. Bonella: *Portál pro maminky a těhotné. Psychické změny v těhotenství* [online]. [cit. 2012-03-01]. Dostupné z: <http://www.bonella.cz/prubeh-tehotenstvi/psychicke-zmeny-v-tehotenstvi.html>
2. BOUČKOVÁ. *Rizikové těhotenství: život na tenkém ledě*. In: [online]. [cit. 2012-01-14]. Dostupné z: <http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php?id=330470>
3. CALDA, Pavel. *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství: pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Aprofema, 2007, 268 s. ISBN 978-80-903706-1-6
4. COOKEOVÁ, K. *Vzhůru do jináče*. 1. vyd. Brno: Nakladatelství JOTA, 2006. 416 s. ISBN 80-7217-441-X
5. Český statistický úřad: *Stav a pohyb obyvatelstva v České republice v roce 2010*. [online]. Praha [cit. 2012-01-28]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/coby031411.doc>
6. EVANS, N. *Těhotenství a porod od A do Z: Přehledná encyklopedie*. 1. vyd. Praha: Pragma, 1997. 340 s. ISBN 80-7205-510-0
7. FRANCOVÁ, M. In: CVACHOUŠKOVÁ, I., *Nezletilé mámy vs. předčasné babičky*. In: [online]. [cit. 2012-02-26]. Dostupné z: <http://www.prozeny.cz/magazin/deti-a-rodina/tehotenstvi-a-porod/9222-nezletile-matky-a-predcasne-babicky>
8. FRYDENBERG, E. *Understanding coping: towards a comprehensive theoretical framework*. In E. Frydenberg (Ed.), *Learning to Cope: Developing as a Person in Complex Societies*, New York 1999: Oxford University Press
9. GOER, H. *Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu*. 1. vyd. Praha: One Woman Press, 2002. 549 s. ISBN 80-86356-13-2
10. GREGOROVÁ. *Rizikové těhotenství: Co přesně to znamená?* ,01/2012 . In: [online]. [cit. 2012-02-04]. Dostupné z: <http://www.babyweb.cz/Clanky/a1555-Rizikove-tehotenstvi-a-tehotenske-komplikace.aspx>
11. HÁJEK, Z. Prenatální péče u fyziologických gravidit. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 1999, roč. 8, č. 2, s. 63-65.
12. HÁJEK, Z. a kol. *Psychosomatické aspekty rizikového těhotenství*. In: Čepický, P. (Ed.). *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP*. Praha: Levret 1999
13. HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

14. CHMEL, Roman. *Průvodce těhotenstvím: jak se připravit na otěhotnění, jednotlivé měsíce těhotenství, porod, šestinedělí*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2004, 140 s. ISBN 80-247-0962-7.
15. KONEČNÁ, H. *Na cestě za dítětem : Dvě malá křídla tu nejsou*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 320 s. ISBN: 80-200-1055-6
16. LÁBUSOVÁ, Eva. *EvaLabusova.cz: Cesty ke spokojenému porodu*. [online]. [cit. 2012-02-26]. Dostupné z: http://www.evalabusova.cz/cesty/1_4.php
17. LABUSOVÁ, E. *Vzkaz nastávajícím rodičům: Prožijte si zázrak zrození!*. Regena, 2001 roč.8, č. 1, s.10-12
18. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 951 s. ISBN 80-247-0668-7.
19. LORENZOVÁ, Eva. *Psychika ženy v těhotenství* [online]. [cit. 2012-02-16]. Dostupné z: <http://www.psychikavtehotenstvi.estranky.cz/clanky/tehotenske-pocity.html>
20. MACKŮ, František a Jaroslava. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1998, 327 s. ISBN 80-716-9589-0.
21. MACHAČ, M., MACHAČOVÁ, H., & HOSKOVEC, J. *Duševní hygiena a prevence zátěže*. Praha: SPN, 1984.
22. MAREČKOVÁ, J., DUŠOVÁ, B., *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*, 1. vyd. Ostrava, 2009, ISBN 978-80-7368-611-6
23. MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní: život před životem; porod jako zázrak; první tři minuty a jak dál; přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí*. 1. vyd. Praha: Eminent, 2002, 260 s. ISBN 80-728-1090-1
24. MATĚJČEK, Z., LANGMEIER, J. *Počátky našeho duševního života*. Praha: Panorama, 1986, 368s.
25. MIKULANDOVÁ, Magdalena. *Těhotenství a porod: průvodce české ženy od početí do šestinedělí*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2004, 160 s. ISBN 978-80-251-1676-0
26. NAKONEČNÝ, Milan. *Základy psychologie osobnosti*. 1.vyd. Praha: Management Press, 1993, 232 s. ISBN 80-856-0334-9.
27. NORTHROP, Christiane. *Žena: tělo a duše : cesta k tělesnému a duševnímu zdraví*. Překlad Věra Kotábová, Veronika Bártová. V Praze: Columbus, 2004, 716 s. ISBN 80-724-9092-3.
28. ODENT, M. *Znovuzrozený porod*. 1. vyd. Praha: ARGO, 2000, 154 s. ISBN 80-85794-69-1

29. PEČENÁ, M. *Psychologie těhotenství*. In: Čepický, P. (Ed.). *Psychosomatické aspekty gynekologie a porodnictví*. Sborník prací celostátního kongresu České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP. Praha: Levret. 1999
30. PLÍVOVÁ, K. *Prožívání rizikového těhotenství*, Diplomová práce, FF MU Brno, 2011
31. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví: [psychologie těhotenství, porodu a šestinedělí : psychosomatická medicína : učební texty pro porodní asistentky]*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4
32. *Rizikové těhotenství a možné komplikace v těhotenství*. In: *Www.porodnice.cz* [online]. [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: <http://www.naseporodnice.cz/rizikove-tehotenstvi-a-mozne-komplikace-v-tehotenstvi.php>
33. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-802-4719-412.
34. ROZTOČIL, Aleš. *Porodnictví*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2001, 333 s. ISBN 80-701-3339-2.
35. RUBIN, Reva. *Maternal identity and the maternal experience*. New York: Springer Pub. Co., c1984, 242 s. ISBN 08-261-4100-5.
36. SARMÁNY Schuller, I. *Kognitívne štýly a coping*. In Z. Ruiselová & E. Ficková (Eds.), *Poznávanie a zvládanie záťažových situácií I*. ÚEPs SAV, Bratislava 1994
37. SELYE, H. *History and present status of the stress concept*. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*, New York 1982: The Free Press.
38. SCHROEDER, Carole A., "Women's experience of bed rest in high-risk pregnancy." *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 2011 28(3), 253-.258. doi: 10.1111/j.1547-5069.1996.tb00360.x
39. SKUPINA AUTORŮ, *Porodní příběhy: Rodíme se jen jednou*. 1. vyd. Praha: Aperio, 2006. 264 s. ISBN: 80-87049-03-9
40. SKUPINA AUTORŮ, *Přivádíme děti na svět*. Sborník textů mezinárodní konference o přirozeném porodu. Praha: Aperio, 2002. 119 s., ISBN 80-903087-1-6.
41. STADELMANN, Ingebrog. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. Praha: One woman press, 2009, 514 s.
42. *Studie z psychologie zdraví*. Editor Václav Břicháček, Markéta Habermannová. Praha: Ermat, 2007, 257 s. ISBN 978-80-87178-00-3

43. SUPERMAMINA.CZ: *Nejhezčí období v životě?*. In: [online]. [cit. 2012-02-17]. Dostupné z: <http://www.supermamina.cz/tehotenstvi/bezne-potize-v-tehotenstvi/nejhezci-obdobi-v-zivote/>
44. SZETEI, M. *Vplyv rizikového těhotenstva na jeho prežívání budoucí matkou*. Diplomová práce. Brno: FF MU, 1999
45. ŠINDELÁŘOVÁ, M. Diplomová práce: *Stabilita způsobů zvládnání zátěžových situací: Časový průběh a vývoj způsobů zvládnání*, FF UK Brno 2006
46. ŠOLCOVÁ, I. a V. KEBZA. *Sociální opora jako významný protektivní faktor*. Československá psychologie. 1999, roč. 1, č. 43, s. 19-38.
47. ŠPATENKOVÁ, Naděžda. *Jak řeší rodinné krize moderní žena*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 145 s. Pro moderní ženu. ISBN 80-247-1567-8.
48. ŠTROMEROVÁ, Z. *Změny v našem porodnictví*. In: [online]. [cit. 2012-03-05]. Dostupné z: <http://www.pdcap.cz/Texty/JakRodi/ZmenyUnas.html>
49. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 522 s. ISBN 80-717-8308-0.

6. Seznam příloh

a) Dotazník

7. Přílohy

a) Dotazník

Dotazník: Prožívání rizikového těhotenství

Dobrý den, prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který se snaží zjistit, jak maminky prožívají rizikové těhotenství, jaké jsou nejčastější způsoby získávání informací o rizikovém těhotenství a zda a jaké způsoby podpory jsou nejvíce potřebné v této obtížné životní situaci.

Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit k analýze současného stavu v oblasti rizikového těhotenství a k návrhům na zlepšení podmínek pro rizikově těhotné ženy.

Pokud jste byla vícekrát těhotná popište, prosím, pouze jeden případ.

Děkuji Vám za spolupráci. Radka Miková studentka 2. ročníku TF JCU

Otázka č. 1:

Je / Bylo Vaše těhotenství rizikové?

- ano
- ne (dotazník už dále nevyplňujte)

Otázka č. 2:

Kolik je Vám let?

- méně než 20
- 21 -25
- 26 – 30
- 31 – 35
- 36 – 40
- více než 40

Otázka č. 3:

Jaký je Váš rodinný stav?

- svobodná, žiji sama
- svobodná, žiji s partnerem
- vdaná
- rozvedená, žiji sama
- rozvedená, žiji s partnerem
- vdova

Otázka č. 4:

Kolik máte dětí?

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4 a více

Otázka č. 5:

Jaký je věk Vašeho dítěte narozeného z rizikového těhotenství?

(odpovídejte pouze v případě, že jste již porodila)

- 0-2 měsíce
- 3-4 měsíce
- 5-6 měsíců
- 7-9 měsíců
- 10-12 měsíců
- více než 12 měsíců

Otázka č. 6:

Jaká je délka Vašeho těhotenství?

(odpovídejte pouze v případě, že jste dosud neprodila)

.....

Otázka č. 7:

Z jakého důvodu bylo / je Vaše těhotenství rizikové?

.....

Otázka č. 8:

Kdo Vám poprvé sdělil informaci o Vašem rizikovém těhotenství?

- lékař
- porodní asistentka
- pracovník laboratoře
- někdo jiný
- nikdo (vlastní úsudek)

Otázka č. 9:

Jak hodnotíte rozsah a kvalitu informací, které Vám byly poskytnuty o Vašem rizikovém těhotenství ze strany zdravotnického personálu?

- výborná
- dobrá
- méně dobrá
- nedostatečná

Otázka č. 10:

Z jakého zdroje jste získala nejvíce informací o rizikovém těhotenství? (možnost více variant)

- porodní asistentka, lékař v poradně
- literatura, uveďte název knihy:

.....

- televize, uveďte název pořadu:
.....
- časopisy, uveďte název:
.....
- internet / internetová diskuse, uveďte název stránky:
.....
- reklamní letáčky, brožury
- rodina, přátelé
- návštěva odborných kurzů, uveďte jaký kurz:
.....
- jiný zdroj, uveďte jaký:
.....

Otázka č. 11:

Jak jste se během rizikového těhotenství cítila? Jaké pocity jste prožívala?

- věřila jsem si, že vše zvládnu
- věřila jsem, že vše dopadne dobře
- měla jsem obavy o zdraví plodu
- měla jsem obavy o své zdraví
- měla jsem obavy z dalšího průběhu těhotenství
- cítila jsem sílu a odhodlání
- stres
- úzkost
- plačtivost
- nejistota
- bezmoc
- strach
- vyčerpanost
- jiné pocity, uveďte jaké:
.....

Otázka č. 12:

Kdo nebo co pro Vás bylo v průběhu rizikového těhotenství největší podporou? Byl někdo nebo něco, co Vám pomáhalo, dodávalo sílu?

- žádnou formu podpory jsem nepotřebovala, vše jsem zvládala sama
- manžel / partner
- jiný člen rodiny, uveďte kdo:
.....
- ošetřující lékař
- porodní asistentka
- kamarádka
- diskuse s ženami s podobnou zkušeností (například na Internetu)
- četba
- těšení se na miminko
- víra v sebe
- víra v Boha
- psycholog

- pravidelný denní režim
- jiná podpora, uveďte
jaká:.....

Otázka č. 13:

Bylo něco, co jste v průběhu rizikového těhotenství postrádala? Co byste bývala ocenila? Co by Vám pomohlo?

- větší podpora manžela / partnera
- větší podpora rodiny
- více informací o rizikovém těhotenství
- vhodnější formu sdělování informací o rizikovém těhotenství
- možnost popovídat si o svých pocitech
- uklidnění, že vše dobře dopadne
- kontakt s ženou, která měla podobnou zkušenost
- jiné, uveďte:
.....

Otázka č. 14:

Co pro Vás bylo v průběhu rizikového těhotenství nejtěžší? S čím bylo nejobtížnější se vyrovnat?

- nejistota
- sociální izolace
- bezmoc
- závislost na druhých lidech
- dodržování klidového režimu
- dlouhá hospitalizace
- odloučení od dítěte/děti po dobu hospitalizace
- omezení pohybových aktivit
- nedostatek informací
- přístup zdravotnického personálu
- strach a nejistota
- chybějící opora v obtížné situaci
- jiné, uveďte:
.....

Otázka č. 15:

Byla v průběhu rizikového těhotenství stanovena nějaká speciální léčebná / režimová opatření?

- hospitalizace
- pracovní neschopnost
- klidový režim v domácnosti
- zákaz pohybových aktivit
- častější kontroly u lékaře
- dietní opatření
- jiné, uveďte:
.....

Otázka č. 16:

**Jaký byl Váš denní režim během rizikového těhotenství (běžné denní aktivity)?
Lišil se nějak doby před těhotenstvím?**

.....
.....

Otázka č. 17:

**Co byste poradila maminkám, které si rizikovým těhotenstvím procházejí? Co je
podle Vás pro úspěšné zvládnutí rizikového těhotenství nejdůležitější?**

.....
.....

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku.

8. Abstrakt

Diplomová práce je zaměřena na psychologické aspekty prožívání rizikového těhotenství. Primárním cílem práce je zabývat se různými aspekty prožívání rizikového těhotenství a analyzovat význam psychologické podpory.

Práce je členěna na část teoretickou a empirickou. V teoretické části jsou v širších souvislostech vysvětleny pojmy fyziologické těhotenství a rizikové těhotenství a popsány základní psychologické pojmy související s tématem.

V části empirické jsou uvedeny stanovené a zdůvodněné hypotézy, způsob vlastního zjišťování dat dotazníkovou metodou, zpracování dat a jejich analýza. Je prezentován podrobný rozbor získaných odpovědí z dotazníkového šetření a je předložena interpretace jeho výsledků.

V závěru je uvedeno shrnutí všech předchozích částí. Je zde řešeno ověřování stanovených hypotéz a cíle diplomové práce. Jsou tu nastíněny problémy při tvorbě diplomové práce a je zde i prezentován přínos a využitelnost práce v praxi.

Výsledky výzkumu ukázaly důležitost a význam psychické podpory v průběhu rizikového těhotenství. Prokázalo se, že psychickou podporu lze nalézt ve více zdrojích, ale největší oporou je pro rizikově těhotné ženy životní partner. Dále také vyplynulo, že existuje mnoho zdrojů informací a rizikově těhotné ženy o ně mají zájem. Porozumění celé situaci je klíčové pro akceptaci všech omezení a léčebných doporučení, které se situací souvisejí. A všechny tyto faktory - psychická podpora, informace a porozumění situaci - mají v konečném důsledku pozitivní vliv na celkový psychický stav rizikově těhotné ženy.

9. Abstract

This thesis focuses on the psychological aspects of risk pregnancy perception. The primary objective of the thesis is to deal with the various aspects of the risk pregnancy experience and analyze the importance of psychological support.

The work is divided into theoretical and empirical part. The theoretical part explains the terms of physiological pregnancy and risk pregnancy in the broader context and describes the basic psychological concepts related to the topic.

In the empirical part specified and justified hypothesis are presented together with the selected way of measuring data questionnaire method, data processing and analysis. There is presented a detailed analysis of responses from the survey including interpretation of the results.

The conclusion is a summary of all the previous parts. There is addressed verification of hypotheses and objectives of the thesis. The problems in the process of creation of the thesis are outlined and benefits and utility work in practice are explained.

The research results showed the importance and significance of psychological support during risk pregnancy. The thesis proved that emotional support can be found in multiple sources, but the greatest support for risk pregnant women is represented by husband or partner. It was also showed that there are many sources of information and risk pregnant women are interested in them. Understanding the whole situation is crucial for the acceptance of all restrictions and treatment recommendations that relate to the situation. And all these factors - psychological support, information and understanding of the situation - will ultimately have a positive impact on the overall psychological state of risk pregnant women.