



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Změna potřeb u ženy v těhotenství

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Támar Vaňková

Vedoucí práce: PhDr. Drahomíra Filausová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Změna potřeb u ženy v těhotenství*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě 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 bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2022

.....

Támar Vaňková

Poděkování

Chtěla bych tímto poděkovat své vedoucí práce paní PhDr. Drahomíře Filausové, Ph.D. za odborné vedení této bakalářské práce a za čas, který mi věnovala. Děkuji za její vstřícný přístup a trpělivost.

Dále bych ráda poděkovala ženám, které se s ochotou zapojily do výzkumného šetření. Děkuji také své rodině a přátelům za jejich podporu.

Změna potřeb u ženy v těhotenství

Abstrakt

Bakalářská práce pojednává o problematice změněných potřeb v těhotenství. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část bakalářské práce popisuje těhotenství a to, jaký vliv má těhotenství na ženy potřeby. Práce se zabývá jednotlivými oblastmi potřeb podle jedenácti vzorců zdraví ošetřovatelského modelu Marjory Gordonové.

Cílem praktické části práce bylo zjistit, jak těhotné ženy řeší změny v oblasti potřeb. Byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka: Kterou z potřeb ženy vnímají jako nejvíce problematickou z hlediska uspokojení? Druhá výzkumná otázka: Na koho se ženy nejčastěji obrací v případě problémů s uspokojováním potřeb?

Pro získání dat byl využit kvalitativní výzkum, který probíhal v březnu 2022. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí polostrukturovaných hloubkových rozhovorů. Ve výzkumném souboru bylo deset těhotných žen. Věkové rozmezí žen bylo 25-37 let. Ženy F3, F4, F5, F7, F8 byly těhotné poprvé. F1, F2 byly těhotné podruhé a F6, F9, F10 byly těhotné potřetí. Rozhovory byly nahrány na mobilní telefon, dále přepsány a kódovány metodou papír-tužka.

Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce problematická potřeba z hlediska uspokojení vnímají těhotné ženy zvýšenou potřebu odpočinku a sexuální potřebu. F2, F5 a F7 se nedařilo bezproblémově uspokojit potřebu vylučování. Pro F7 bylo těžké vyrovnat se s tím, že v těhotenství byla více podrážděná. F4 a F6 se obtížně vyrovnávaly s tím, jak změny jejich potřeb v těhotenství ovlivnily jejich mezilidské vztahy.

Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že ženy pro získávání informací nejčastěji využívají internet. V případě problémů se F3, F4, F8 a F9 obrací na svou rodinu a kamarádky. Dalším zdrojem je literatura a profese, kterou žena vykonává. F7 je totiž porodní asistentka. Nezanedbatelným zdrojem informací ošetřující gynekologové, a nakonec také ženy využívají vědomosti z předchozích těhotenství.

F1, F2, F3, F4, F5, F6, F8, F9 a F10 změněné potřeby v těhotenství přijaly. Ženy tyto změny očekávaly, vnímaly je jako přirozené a věděly, že změny k těhotenství patří. F7

nedokázala přijmout, že těhotenství ovlivňuje její chování, že je podrážděnější. Tuto novou potřebu však řešila s psychoterapeutem. K řešení změněných potřeb také patřilo to, že ženy hledaly informace o těhotenství a o svých změnách se sdílely se svými blízkými nebo odborníky (psychoterapeutem, gynekologem, porodní asistentkou). Ženy se také řídily režimovými opatřeními, které jim v těhotenství umožňovaly řešit některé potřeby. Například F2 z důvodu zácpy konzumovala více vlákniny a pila vyšší objem vody.

Výstupem bakalářské práce je možnost prezentace získaných dat na seminářích pro porodní asistentky.

Klíčová slova

Těhotenství; potřeby; změna; těhotná žena

The changing needs of women during pregnancy

Abstract

The bachelor thesis deals with the issue of changing needs during pregnancy. It is divided into a theoretical and practical part.

The theoretical part describes pregnancy and the impact it has on a woman's needs. The thesis delves into different aspects of needs according to 11 functional health patterns by Marjory Gordon.

The goal of the practical part was to find out how pregnant women deal with the changes to their needs. Two research questions were posed, the first: Which of the needs do the women feel is the most difficult to fulfill?, and the second: Who do the women most frequently turn to when it comes to issues about fulfilling their needs?

Data was obtained through qualitative research which took place in March 2022. The research was carried out through semistructured in-depth interviews. Ten pregnant women took part in the research. Their age range was 25-37. For women F3, F4, F5, F7, F8 it was their first pregnancy. For women F1 and F2 it was their second pregnancy, and for women F6, F9, F10 it was their third time being pregnant. The interviews were recorded using a mobile phone and consequently transcribed using a pen and paper method.

The research shows that the needs women find the most difficult to fulfill were the need for rest and sexual need. F2, F5, and F7 had problem with excretion. For F7 it was difficult to realize that she was more irritable during pregnancy. For F4 and F6 it was difficult to deal with the changes in needs during pregnancy because they affected the women's relationships with the outside world.

The research further shows that the women most often used the internet to search for information. Apart from that, in case of problems F3, F4, F8 a F9 would turn to their family and friends. Another source was literature and the woman's occupation - F7 is a midwife. The women also sought information with their gynecologists, and lastly they would use their own knowledge from previous pregnancies.

F1, F2, F3, F4, F5, F6, F8, F9 and F10 accepted the changes to their needs. The women expected the changes, viewed them as natural and as a part of pregnancy. However, F7 could not accept the fact that pregnancy affected her behavior and made her more irritable. She consulted this change with her psychotherapist. Other ways of dealing with the changing needs were to look for information about pregnancy and to share the changes with loved ones or professionals (a psychotherapist, gynecologist, midwife). The women also took measures which helped them deal with certain needs. For example, due to constipation F2 increased her fiber intake and drank more water.

The benefit of this thesis is the possibility of presenting the acquired data at seminars for midwives.

Key words

Pregnancy; needs; change; pregnant woman

Obsah

1	Současný stav	10
1.1	Těhotenství.....	10
1.2	Potřeby	11
1.3	Potřeby žen během těhotenství.....	12
1.3.1	Vnímání zdravotního stavu a aktivit k udržení zdraví.....	13
1.3.2	Výživa a metabolismus	14
1.3.3	Vylučování.....	17
1.3.4	Aktivita a cvičení	19
1.3.5	Spánek a odpočinek	20
1.3.6	Vnímání a poznávání	20
1.3.7	Sebepojetí a sebeúcta	21
1.3.8	Plnění rolí a mezilidské vztahy	22
1.3.9	Sexualita a reprodukční schopnost	23
1.3.10	Stres a zvládání, tolerance a Víra a životní hodnoty.....	24
1.4	Porodní asistentka a její úloha v naplňování změněných potřeb těhotné ženy	25
2	Cíl práce a výzkumné otázky.....	28
2.1	Cíl práce	28
2.2	Výzkumné otázky.....	28
3	Metodika výzkumu	29
3.1	Použitá metoda	29
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4	Výsledky výzkumného šetření	31
4.1	Změny potřeb v těhotenství.....	34
4.2	Zdroje informací.....	50
5	Diskuse.....	53
6	Závěr.....	60
7	Seznam použité literatury	62
8	Seznam příloh	71
9	Seznam zkratk.....	84

Úvod

Těhotenství je specifické období ženina života a může být vnímáno jako naplnění ženiny biologické podstaty (Gregora a Velemínský, 2017). Jedná se o dobu mezi oplodněním a porodem. Během tohoto časového úseku, který obvykle trvá čtyřicet týdnů, se embryo, které se následně nazývá plodem, vyvíjí (Gregora a Velemínský, 2017; Marroun et al., 2017). Nejde jen o období, které se týká ženy a jejího úkolu donosit a porodit dítě. Svou roli zde hraje i muž, který ženu provází a zabezpečuje, a to nejen materiálně (Gregora a Velemínský, 2020). V průběhu těhotenství se o ženu stará multidisciplinární tým, do kterého patří porodní asistentka, gynekolog, obvodní lékař a porodník. Správně prováděný dohled těchto odborníků zajišťuje prevenci, včasné odhalení těhotenských rizik a snížení těhotenských komplikací (Sentilhes et al., 2022).

V každé nové situaci, kterou v tomto případě je těhotenství, vznikají nové potřeby (Dušová et al., 2019b). Pro ženu je těhotenství novým obdobím, které se nedá přirovnat k žádné jiné fázi vývoje. Je to zcela nový a výjimečný děj (Wilhelmová et al., 2021). Je důležité, aby porodní asistentka uměla ženě poradit a edukovat ji o změnách v oblasti potřeb, které během těhotenství mohou nastat (Dušová et al., 2019b).

V této práci jsme se rozhodly zabývat změněnými potřebami žen v těhotenství. Nenaplněné potřeby totiž mohou vést ke stresu a až k deprivaci, která má neblahý dopad na zdravý vývoj plodu. Pro výzkumné šetření jsme zvolily kvalitativní metodu pomocí polo-strukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly uskutečněny s ženami, které se popsat svou změnu potřeb v těhotenství.

Toto téma jsme zvolily, protože si myslíme, že je důležité, aby porodní asistentka věděla, jak se ženě během těhotenství mění potřeby. Důležitá je tedy identifikace změněných potřeb v těhotenství, zjištění, zda je těhotná žena schopná tyto potřeby uspokojit a jakou roli v celém procesu hraje porodní asistentka. Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak těhotné ženy řeší změny v oblasti potřeb. Doufáme, že tato práce přinese nový a celistvý pohled na potřeby v těhotenství, které se během tohoto období mění. Věříme, že tato práce ukáže nový pohled na danou problematiku a přinese nové poznatky.

1 Současný stav

1.1 Těhotenství

Těhotenství začíná splynutím vajíčka a spermie v těle ženy (Gregora a Velemínský, 2020). Nejčastěji probíhá oplodnění ve vejcovodu (Wilhelmová et al., 2021). K vajíčku se dostane malé množství spermií, které se snaží přilnout k povrchu vajíčka (Roztočil et al., 2020). Spermie předtím musí projít kapacitací a následně akrozomální reakcí, díky které je schopná oplodnit oocyt (Wilhelmová et al., 2021). Dvě haploidní buňky se spojí a vznikne zygota. Ta se posouvá směrem do dělohy, dělí se, čímž vzniká morula a následně blastocysta (Hájek et al., 2014). Na povrchu blastocysty je trofoblast, který narušuje děložní sliznici, a tak zajišťuje nidaci blastocysty (Roztočil et al., 2020). Je jím také narušen endotel mateřských cév. Vzniká intravilózní prostor, kde probíhá výměna plynů, příjem živin a odevzdání odpadních látek (Hájek et al., 2014).

Po období blastogeneze nastupuje období organogeneze, kdy jsou postupně tvořeny základní systémy orgánů a jednotlivé orgány (Vacek, 2006). V šestém týdnu těhotenství je již možné detekovat srdeční činnost embrya, rozeznat končetiny, a dokonce i prsty. Jsou též viditelná oční víčka, nos a ústa (Hájek et al., 2014). Po dvanáctém týdnu těhotenství již nemluvíme o embryu, ale o fetu – plodu. Během tohoto období až do porodu plod roste, zraje a dochází u něj k funkční diferenciaci (Roztočil et al., 2020). Plodu rostou nehty, lanugo a vlasy. Začíná se ukládat podkožní tuk a kůže se pokrývá mázkem (Wilhelmová et al., 2021). Ve třetím měsíci těhotenství je již vytvořená placenta, plod již přestává být vyživován žloutkovým a alantoisovým krevním oběhem a je pupečnickem spojený s placentou (Hájek et al., 2014). Plod v děloze je chráněn plodovou vodou, která také napomáhá v rozpínání dělohy. Tím je zajištěn prostor pro správný vývoj plodu. Celé plodové vejce je obklopeno plodovými obaly amnionem a chorionem, které přiléhají na změněnou děložní sliznici – deciduu (Roztočil et al., 2020). Zdárné těhotenství končí porodem. Žena může родit v termínu, to znamená od dokončeného 38. týdne těhotenství (dále jen tt) do 41. tt + 6 dní. Porod může být veden buď vaginální cestou nebo operačně (Hájek et al., 2014).

Těhotenství se u každé ženy projevuje jinak. Některá žena velmi brzy rozezná, že se s ní děje něco neznámého, sama pozná, že je těhotná. Na druhé straně jsou ženy, které si své těhotenství vůbec nemusí uvědomovat, anebo se dlouho snaží popírat možnost, že by mohly být těhotné (Gregora a Velemínský, 2017).

Známky těhotenství se dají rozdělit na nejisté, pravděpodobné a jisté. K nejistým patří takové projevy, které mohou zažívat i netěhotné ženy. Jedná se například o ranní nevolnosti, časté močení a únavu (Roztočil et al., 2017). K pravděpodobným se řadí změny na pohlavních orgánech. Jde především o amenorheu, prosáknutí zevních rodidel, zvětšování se dělohy a tedy břicha, zvětšení prsů a vytékání mleziva (Gregora a Velemínský, 2017). Spolehlivá detekce těhotenství je zajištěna laboratorními biochemickými testy, které prokážou přítomnost hormonu hCG v krevním séru nebo v moči (Roztočil et al., 2017). Dalším vyšetřením je ultrazvuk pomocí vaginální sondy. Tou se dá prokázat těhotenství již po třech týdnech po oplození (Gregora a Velemínský, 2017). Také detekcí ozev plodu se dá potvrdit intrauterinní život. Nakonec to, že žena cítí pohyby plodu je jasnou známkou probíhajícího těhotenství (Wilhelmová et al., 2021). V prvním těhotenství žena začíná pociťovat pohyby ve 20. tt, u víceroďiček to bývá o dva týdny dříve (Gregora a Velemínský, 2017).

1.2 Potřeby

K definování pojmu potřeba je důležité začít jiným slovem – motivací. Motivace je souhrn skutečností, které ovlivňují jedince k tomu, aby něco vykonal. Tato motivace je však řízena vnitřní potřebou. Člověk například pocítí žízeň, a tak má motivaci vykonat určitý sled výkonů, aby uspokojil svou potřebu a napil se (Čáp et al., 2002; Vágnerová, 2016). Potřeba je definována jako impulz k aktivitě (Vágnerová, 2016; Helus 2018). Něco, co motivuje člověka k jednání, které má za cíl naplnění dané potřeby (Vágnerová, 2016; Wilhelmová et al., 2021). Potřeba je také stav nadbytku nebo nedostatku něčeho konkrétního (Dušová et al, 2019b)

Potřeby můžeme obecně rozdělit na potřeby jednotlivce, do kterých spadá například potřeba seberealizace, sebepoznání a osobního růstu, a na potřeby kolektivu. Další dělení potřeb může být na materiální a nemateriální potřeby, ekonomické a neekonomické (potřeba jet na dovolenou, jít do kina...). Potřeby se také mohou dělit na zbytné a nezbytné, trvalé, občasné a výjimečné, současné a budoucí (Dušová et al., 2019b).

Důsledkem nenaplněných potřeb může být smutek, změněné chování a hněv (Dušová et al., 2019b). Pokud nejsou potřeby naplňovány anebo jsou potlačovány, dochází

postupem času až k deprivaci. Deprivace je závažný stav, který ovlivňuje člověka, a to jak jeho současný stav, tak i jeho pozdější vývoj (Pugnerová, 2016). Nenaplnění potřeb může být dáno tím, že je žena ostýchavá, nedůvěřivá, není schopná si říct o pomoc (Dušová et al., 2019b). Deprivace může vzniknout i proto, že žena nedokáže rozlišit, jaká potřeba je ta, která není naplněna, protože potřeby jsou propojeny a navzájem se ovlivňují (Čáp et al., 2002). Proto je velice důležitá role porodní asistentky, která identifikuje nově vzniklé potřeby, dokáže s nimi pracovat a pomáhá při jejich uspokojování (Dušová et al., 2019b). Potřeby lze také dělit podle zakladatelů, z nichž je ve zdravotnictví a ošetrovatelství nejvíce využívána klasifikace potřeb dle A. Maslowa (Příloha 1) (Malíková, 2020).

1.3 Potřeby žen během těhotenství

Těhotenství je období, ve kterém žena zažívá mnoho změn. Tyto změny probíhají jak v jejím těle – může jít o změny anatomické, fyziologické a biochemické, tak i v duši, tedy změny psychické (Příloha 2). S těmito změnami se ženě mění i její potřeby (Bašková, 2015).

Během těhotenství tedy probíhá mnoho změn, které následně vedou ke změnám potřeb (Bašková, 2015). Aby porodní asistentka pracovala systematicky a neopomenula tak některé z potřeb, byly vyvinuty ošetrovatelské modely. Tyto modely porodní asistentka využívá nejen při poskytování nemocniční péče, ale i v preventivních činnostech (Dingová Šliková et al., 2018; Plevová et al., 2018; Tóthová et al., 2019). Nejpoužívanějším modelem v České republice je model Marjory Gordonové. Tento model je zaměřený na sběr informací o pacientovi a identifikaci ošetrovatelského problému. K tomuto zhodnocení definovala Gordonová 11 vzorců zdraví (vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, vnímání – poznávání, sebepojetí – sebeúcta, plnění rolí – mezilidské vztahy, sexualita – reprodukční schopnost, stres – zvládání, tolerance, a víra – životní hodnoty) (Dingová Šliková et al., 2018; Plevová et al., 2018). Díky tomuto modelu je porodní asistentka schopná přistupovat k ženě holisticky (Dingová Šliková et al., 2018). Podle tohoto modelu fungujícího zdraví budou dále rozděleny potřeby v těhotenství. Dva vzorce zdraví: stres a víra jsou sjednoceny do

jedné kapitoly z důvodu zaměření práce, která se spirituálními potřebami ženy zabývá jen okrajově.

1.3.1 Vnímání zdravotního stavu a aktivit k udržení zdraví

Těhotenství je fyziologický stav a je správné jej takto vnímat, přesto však byl vytvořen systém kontinuální péče o ženu a plod, aby byla včas odhalena případná rizika a patologie. Důvodem této péče je také podpora zdraví ženy a plodu, sběr informací v psychosociální oblasti a porozumění ženiným potřebám (Roztočil et al., 2020; Wilhelmová et al., 2021). Vhodně zajišťovaná péče vede ke zlepšení perinatálních výsledků a ke spokojenosti žen. (Wilhelmová et al., 2021).

Prenatální péče je v České republice zajišťována primárně obvodním gynekologem anebo porodní asistentkou (Wilhelmová et al., 2021). Kromě prenatálních poraden, také působí komunitní porodní asistentky. Tyto porodní asistentky navštěvují domácnosti těhotných žen a identifikují individuální potřeby (Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků). Jejich holistická péče slouží k identifikaci i psychosociálních potřeb, na které často v běžných prenatálních poradnách nezbyvá čas. Péče o těhotnou ženu zahrnuje ve veliké míře edukaci a je tedy vhodné, aby porodní asistentka byla seznámena s prostředím, ve kterém žena žije (Plevová et al., 2018; Wilhelmová et al., 2021). Porodní asistentka se především zaměřuje na nevhodný životní styl a na rizikové skupiny (mladé matky, ženy s jazykovou bariérou nebo nízkým socio-ekonomickým statutem), kde provádí konkrétní edukaci (Wilhelmová et al., 2021).

Péče o těhotnou ženu většinou začíná tím, že žena přichází a již má podezření, že je těhotná - neměla pravidelnou menstruaci a doma si udělala těhotenský test (Gregora a Velemínský, 2020). Během první návštěvy je žena podle anamnézy, aktuálního stavu a míry rizik zařazena do skupiny, která následně určí frekvenci kontrol a rozsah péče (Sbírka doporučených postupů č.1/2021). První skupina zahrnuje ženy, které nemají rizikové faktory v anamnéze a také během těhotenství jsou výsledky laboratorních, ultrazvukových a jiných vyšetření v normálu. Toto jsou ženy s fyziologickým průběhem těhotenství, tedy s nízkým rizikem (Roztočil et al., 2020). Ve druhé skupině jsou ženy, které mají konkrétní riziko. Ty mohou mít například vyšší frekvenci návštěv

u gynekologa, ale vše závisí na individuálním stavu ženy (Wilhelmová et al., 2021). První skupina žen dochází do těhotenské poradny jednou za 4-6 týdnů až do 34. tt. Následně 1x za 1-2 týdny do 40. tt a poté alespoň 2x do týdne (Sbírka doporučených postupů č.1/2021).

Prenatální péče v sobě zahrnuje pravidelná vyšetření, do kterých spadá opakovaný sběr anamnézy a vyhodnocování rizik (Sbírka doporučených postupů č.1/2021). Dále pak zevní vyšetření pohledem, a to nejen vyšetření břicha a prsou, ale i celkového stavu ženy. Porodní asistentka si všímá upravenosti a hygieny ženy, což může leccos vypovídat o jejím psychickém stavu a jejím vztahu k nenarozenému dítěti (Wilhelmová et al., 2021). Další pravidelné vyšetření je měření tlaku krve a hmotnosti, chemické vyšetření moči, bimanuální vaginální vyšetření a detekce vitality plodu (Roztočil et al., 2020). Do prenatální péče také patří nepravidelná vyšetření. Tím jsou myšleny ultrazvukové screeniny, laboratorní vyšetření, orální glukózový toleranční test, u RhD negativních žen antepartální profylaxe RhD aloimunizace a vyšetření GBS (Sbírka doporučených postupů č.1/2021).

Zásadní roli při vnímání zdraví hraje již zmiňovaná informovanost. Je důležité, aby si žena uvědomila rizika spojená s graviditou (Dušová et al., 2019a). Dalším zdrojem informací mohou být předporodní kurzy, kde má žena možnost získat jak teoretické znalosti, tak i praktické dovednosti (Roztočil et al., 2017). Dostatek informací je základní předpoklad pro to, aby se žena cítila v bezpečí (Dušová et al., 2019a).

1.3.2 Výživa a metabolismus

Výživa v těhotenství má zásadní význam. Se změnami ve výživě by žena měla být seznámena z prenatální poradny, předporodních kurzů nebo letáků (Bašková, 2015; Hudáková a Kopáčiková, 2017; Roztočil et al., 2017). Špatně zvolené potraviny a tekutiny mohou mít neblahý účinek na ženu i na plod (Roztočil et al., 2020). Redukční dieta by mohla zapříčinit předčasný porod, a naopak hyperkalorická dieta také není vhodná, protože by mohla zapříčinit zejména obezitu, dále pak těhotenský diabetes mellitus anebo preeklampsii (Roztočil et al., 2017). Jestliže žena již před otěhotněním drží nějakou speciální dietu, například je vegetariánka, je vhodné, aby se o své dietě poradila s odborníkem (Gregora a Velemínský, 2017). Nevhodná strava také může

prenatálně podpořit riziko vzniku onemocnění plodu v jeho dospělosti – například obezitu nebo hypertenzi (Kasper, 2015).

Denní příjem tekutin v těhotenství by neměl být méně než 2 litry (Roztočil et al., 2020). V případě, že je žena více fyzicky aktivní, měla by příjem tekutin navýšit na 2,5 litrů za den (Gregora a Velemínský, 2017). Dostatečný pitný režim je prevencí vzniku močových infekcí a zácpy. Porodní asistentka by měla ženu edukovat o vhodných tekutinách v těhotenství a zejména o pití vody, jejíž konzumace je ekonomicky nenáročná (Mares et al., 2011). Také se doporučují ovocné a bylinkové čaje (Gregora a Velemínský, 2017; Dušová et al., 2019b). Jako nevhodné tekutiny se uvádí káva, černý čaj a samozřejmě alkohol (Dušová et al., 2019b). Ten v těhotenství negativně působí na plod tím, že poškozuje buňky a může tak způsobit dysfunkci mozku nebo srdce (Sharma et al., 2018). Na některé bylinkové čaje si těhotná však musí dát pozor (Gregora a Velemínský, 2017). Mohou totiž působit na krevní oběh a zvyšovat krevní tlak, způsobit předčasnou děložní činnost a v některých případech také mohou ovlivnit vznik vrozených vývojových vad (Simkin et al., 2018). O vhodném výběru bylinkových čajů edukuje ženu porodní asistentka (Wilhelmová et al., 2021).

Dále je samozřejmě nutné, aby žena přijímala vhodnou potravu. Strava by měla být lehce stravitelná a rozdělena do pěti jídel v průběhu dne (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Denní příjem by měl obsahovat 2400-2800 kcal, to činí přibližně 40 kcal na jeden kg ženy na den (Roztočil et al., 2020). V potravě mají být zahrnuty bílkoviny, zhruba 80-100 g na den, z toho polovina by měla být živočišného původu (Roztočil et al., 2017). Bílkoviny jsou velice důležité a slouží jako zdroj energie, podporují růst plodu a placenty. Také jsou zásadní pro syntézu hormonů, protilátek a enzymů (Dušová et al., 2019b). Dále je nutné, aby žena v těhotenství přijímala tuky. Jejich denní příjem by se měl pohybovat okolo 60–80 g (Roztočil et al., 2020). Tuky jsou zodpovědné za správný vývoj mozku plodu a celkový jeho vývoj. Sacharidy jsou pro těhotenství nezbytné, vhodná denní dávka je 321 g. Jsou potřebné pro energii, aby žena nebyla unavená (Dušová et al., 2019b). Vhodné je však během těhotenství omezit sacharózu (Roztočil et al., 2020). Jestli žena byla před těhotenstvím zvyklá jíst chipsy nebo sladkosti, je vhodné, aby příjem těchto potravin omezila (Gregora a Velemínský, 2017).

Těhotná žena by měla konzumovat maso, které je dostatečně tepelně upravené, aby se nenakazila například toxoplazmózou (Dušová et al., 2019b). Toto onemocnění

u netěhotných není třeba ve většině případů léčit, v těhotenství je však velice nebezpečné. Toxoplazmóza může způsobit potrat, psychomotorické poruchy nebo slepotu plodu (Roztočil et al., 2017). Zásadní změna, kterou by těhotná žena ve svém jídelníčku měla provést, je následující: vyřadit instantní jídla, nechodit do rychlého občerstvení, nekupovat si mražená jídla a polotovary a také nekonzumovat smažená jídla. Žena by také měla omezit solení (Dušová et al., 2019b). Doporučený je příjem vlákniny, a to hlavně v ovoci a zelenině (Roztočil et al., 2020). Vláknina snižuje riziko vzniku zácpy a v souvislosti s ní i hemoroidů. Další doporučené potraviny jsou mléčné výrobky, celozrnné potraviny a lehce stravitelné bílé maso (Dušová et al., 2019b). Například konzumace rybího masa snižuje pravděpodobnost předčasného porodu a nízké porodní hmotnosti novorozence (Kasper, 2015).

V těhotenství je důležité dbát na dostatečný příjem vitamínů, protože jejich potřeba v tomto období roste (Roztočil et al., 2017; Dušová et al., 2019b). Porodní asistentka tedy ženě doporučuje vhodnou stravu, která bude zahrnovat i doplnění vitamínů (Wilhelmová et al., 2021). Žena může tuto nově vzniklou potřebu řešit i multivitaminovými doplňky (Gregora a Velemínský, 2017). V těhotenství a také před otěhotněním je doporučováno užívat kyselinu listovou. Je základem pro růst a dělení buněk. Deficit této kyseliny může u plodu způsobit defekt neurální trubice, rozštěp rtu a patra (Binder et al., 2020).

Také mikroživiny jsou důležitým prvkem v přijímané stravě těhotné. Jedná se především o železo. V těhotenství fyziologicky vzniká hemodiluce, a tak je vhodné suplementovat železo perorálně (Kasper, 2015). Dalším důležitým prvkem je jód. Při jeho nedostatku hrozí ženě větší riziko potratu, nízká porodní hmotnost novorozence a kretenismus novorozence (Sharma et al., 2018). Také je vhodné doplnění zinku, jehož nedostatek má za následek malformace a chybný vývoj centrálního nervového systému (Kasper, 2015). Žena by také měla užívat hořčíc, který má tokolytický účinek (Dušová et al., 2019b).

Žena během svého těhotenství může být precitlivělá na chutě a pachy. Po porodu se tyto změny vytrácejí (Dušová et al., 2019b). Některé ženy během těhotenství mohou mít chuť na potraviny, které před otěhotněním ani nejedly anebo je považovaly za nezdravé. Proto ani v těhotenství, i když má žena na něco chuť, není zdravé se tomuto pocitu

poddat. To, že na něco má žena chuť, neznamená, že to tělo nezbytně potřebuje (Gregora a Velemínský, 2017).

1.3.3 Vylučování

Během těhotenství se vlivem humorálních a neurovegetativních změn zvyšuje slinění (Slezáková et al., 2016). Sliny v těhotenství jsou méně kyselé, a to přispívá k tvorbě zubního kazu (Roztočil et al., 2017). Další faktor, který na zuby působí, je zvracení v těhotenství, přesněji řečeno endogenní kyseliny, které naleptávají povrch zubu. To způsobuje úbytek tvrdých tkání zubů (Slezáková et al., 2016). Jako antiemetikum porodní asistentka může doporučit zázvor, který je však vhodné konzumovat jen během prvního trimestru (Samavati et al., 2017). Je tedy zřejmé, že těhotenství je stav, kdy žena musí dbát na zvýšení zubní hygieny. Ženě je také doporučováno, aby během svého těhotenství navštívila svého stomatologa, a to nejen jednou (Gregora a Velemínský, 2017).

Vlivem progesteronu se uvolňuje žaludeční kardia, což způsobuje pálení žáhy (Roztočil et al., 2017). Situaci nezlepšuje ani rostoucí děloha. Ze žaludku se vrací kyselá trávenina, která narušuje povrch jícnu, dochází k zánětu, který je provázen pocitem pálení a v některých případech i tlaku. Léčba pálení žáhy je zajišťována antacidními přípravky, ale nejvýznamnější úleva přichází až po porodu, kdy tato obtíž mizí (Gregora a Velemínský, 2017).

Jak již bylo výše řečeno, žena během těhotenství může trpět zácpou a plynatostí (Binder et al., 2020). Bylo zjištěno, že těhotné ženy trpí zácpou ve 40 % oproti 21 % netěhotných žen (Kuronen et al., 2020). Zácpa vzniká v souvislosti s relaxujícím účinkem prostaglandinu (Binder et al., 2020). K této příčině se také přidává rostoucí děloha, která značně omezuje průchodnost střev (Binder et al., 2020). Zácpa se běžně projevuje tvrdou stolicí, bolestí břicha, vzednutým břichem, ale také únavou (Dušová et al., 2019b). Prevencí vzniku zácpy je již výše zmíněná vláknina, větší příjem tekutin a pohybová aktivita (Binder et al., 2020). Porodní asistentka ženu edukuje o důležitosti pravidelného vyprazdňování a doporučuje aktivity, které pomohou zácpu řešit (např. pití vlažné vody nalačno) (Bašková, 2015). Gregora a Velemínský (2017) uvádějí, že těhotná žena by se měla vyvarovat projímadel a jejich případné užívání vždy

konzultovat s lékařem. Samavati et al. (2017) však ve svém výzkumu uvádí, že v těhotenství při těžké zácpě je vhodné užívání senny, která má projímavý účinek.

Nově vzniklým problémem těhotenství mohou být hemoroidy. Ve většině případů jde o bolestivé onemocnění, které postihuje až třetinu těhotných žen (Binder et al., 2020). Fyziologie vzniku hemoroidů během těhotenství je dána tlakem dělohy na žíly na konci tlustého střeva. Ke vzniku hemoroidů také přispívá výše zmíněná zácpa (Roztočil et al., 2017). K terapii hemoroidů patří zejména hygiena, a to v podobě sprchy po stolici, dále vlažné sedací koupele s hypermanganem nebo heřmánkem, masti, čípky anebo zatlačení hemoroidů zpět do rekta (Dušová et al, 2019b).

Jak již bylo výše zmíněno, během těhotenství se mění anatomie orgánů a vlivem progesteronu se mění i jejich funkce. Tato změna postihuje i močový systém (Bašková, 2015). Žena častěji pociťuje potřebu na močení. To je dáno nejen zvýšenou glomerulární filtrací, ale i vlivem růstu dělohy, která více utlačuje močový měchýř. To způsobuje silnější nucení na močení (Bašková, 2015; Hudáková a Kopáčiková, 2017).

Problém může mít žena také s retencí moči. Tato situace pro ni může být velice matoucí, jelikož se s tímto stavem před těhotenstvím nemusela potkat. Je tedy nutné, aby se žena naučila i s tímto problémem pracovat. Retence moči se projevuje jako bolest nebo tlak v podbřišku. Je vhodné ženu poučit o možnosti stimulace reflexního oblouku močení – močení během puštěné vody. Také lze využít teplý obklad na hráz, důležitý je samozřejmě pitný režim a v případech, kdy žena není schopná se vymočit, je potřeba přejít k cévkování (Dušová et al., 2019b). Retence je rizikovým faktorem pro vznik infekcí (Roztočil et al., 2020). Může za to stáze a rozšíření močových cest. Jako nejčastější zánětlivé onemocnění je udáván zánět močového měchýře a ledvinných pánviček. Je provázen častým, někdy i bolestivým močením, horečkou, bolestmi v bedrech a bílkovinou v moči. Toto onemocnění je léčeno podáváním intravenózně antibiotiky při hospitalizaci ženy. Dále jsou podávány léky na snížení horečky a analgetika (Binder et al., 2020). Pokud by žena nebyla léčena, může u ní infekce vyústit až v septický šok (Roztočil et al, 2017).

1.3.4 Aktivita a cvičení

Jako v každém jiném období, i v těhotenství je důležité, aby žena měla dobrou fyzickou kondici. Pohybová aktivita patří k základním fyziologickým potřebám člověka (Hamplová, 2019). Porod je fyzicky náročný výkon, na který je důležité se předem připravit (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Bylo zjištěno, že ženy, které jsou během svého těhotenství fyzicky aktivní, mají dobu aktivní fáze porodu kratší (Watkins et al., 2021). Nejde však jen pouze o přípravu na samotný porod – fyzická aktivita zlepšuje celý průběh těhotenství (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Pohyb zajišťuje lepší prokrvení celého těla ženy i plodu. Má významný vliv na snížení bolesti v zádech, podílí se na zmenšení otoků, snižuje stres, riziko vzniku zácpy a zmírňuje dušnost (Bašková, 2015). Pohybová aktivita pozitivně působí na psychiku ženy a snižuje riziko poporodních depresí (Ana et al, 2021). Během těhotenství by se však neměl začínat nový sport či pravidelné cvičení (Štumpf, 2018).

Nejvhodnější aktivita, a to zejména pro ženy, které se před těhotenstvím žádnému sportu nevěnovaly, je chůze. Tato aktivita by měla být prováděna v klidném prostředí, v nejlepším případě v přírodě, aby se nejen naplnila potřeba aktivity, ale i potřeba psychické pohody (Bašková, 2015). K dalšímu vhodnému sportu v těhotenství můžeme zařadit plavání. Během plavání je ženino tělo nadnášeno, a tak se uleví přetěžované páteři a kloubním spojení. Plavat v těhotenství je možné až do 39. tt– poté se již pomalu začínají připravovat porodní cesty. Takto aktivita působí i relaxačně, ženino tělo se uvolní a ona může zažívat pocity lehkosti (Čechovská a Miler, 2019). Vhodné jsou i břišní tance, které ženě uvolní vazy, zmírňují bolest v zádech a napomáhají k odstranění pálení žáhy (Piggott, 2021). Další vhodnou aktivitou je například jogging, kalenetika, jóga a low impact aerobic. Existují však sporty, kterým by se těhotná žena měla vyhnout. Jedná se například o jízdu na koni, squash, lyžování, míčové hry, in-line brusle a mnoho dalšího (Bašková, 2015). Proto by se žena měla předem poradit s porodní asistentkou nebo svým gynekologem o zamýšleném sportu – jestli je pro ni vhodný či nikoli (Dušová et al, 2019b). Existují varovné signály, které značí ukončení fyzické aktivity v těhotenství. Tím je například vaginální krvácení, bolest hlavy, předčasné porodní bolesti nebo nižší frekvence pohybů plodu. Ne každá žena smí být v těhotenství fyzicky aktivní (Bašková, 2015). Ženy s celkovým onemocněním (například srdeční onemocnění), nedostatečností děložního hrdla, vícečetným těhotenstvím, placentou praevii, hypertenzí indukovanou těhotenstvím, hrozícím

předčasným porodem, krvácením a další řadou onemocnění by v těhotenství měly pohybovou aktivitu omezit (Roztočil et al., 2017).

Je tedy zřejmé, že ženě se během těhotenství mění potřeba aktivity. Některé ženy musí slevit ze svých výkonů a přizpůsobit se svému tělu. Jiné zas naopak svou aktivitu zvýší a začnou navštěvovat těhotenská cvičení (Roztočil et al., 2017).

1.3.5 Spánek a odpočinek

Odpočinek a spánek je přirozená potřeba, která vede k regeneraci a zachování energie (Rokyta et al., 2015). Některé ženy jsou těhotenstvím donuceny změnit svůj spánkový režim. V průběhu těhotenství ženy zažívají větší únavu, cítí se vyčerpaně a mají vyšší potřebu spánku hned od začátku těhotenství (Bašková, 2015). Je vhodné, aby těhotná žena spala minimálně 8 hodin (Roztočil et al., 2020). Správně by měl být spánek bez přerušení a měl by být pravidelný (Dušová et al., 2019b). Žena by měla spát v klidné místnosti. Vhodný prostor pro spánek je dobře vyvětraná místnost, ve které, když se žena ukládá ke spánku, nesvítí přímá světla, ale je použito vhodné noční osvětlení (Slezáková et al., 2017). Žena by měla jít spát nebo si jít odpočinout, kdykoliv se cítí unaveně. Nová věc, kterou žena v těhotenství může zažívat, je probouzení se v noci kvůli pohybům plodu a také kvůli snům (Dušová et al., 2019b). Pro těhotnou ženu nejsou vhodné noční směny (Roztočil et al., 2020).

S odpočinkem je spojená i relaxace. Ta může být navozena různými podněty. Těhotná žena může poslouchat hudbu, číst si, jít se projít do přírody, dát si teplou koupel, anebo přemýšlet o svém nenarozeném děťátku. Je důležité, aby žena nepociťovala stres (Bašková, 2015; Dušová et al., 2019b). Základní poloha pro relaxaci je leh. Když žena leží, hlavu má v prodloužení páteře a celá se uvolní a volně dýchá, její tělo může plně zrelaxovat. Relaxace je také jedno z hlavních opatření, jak se vyrovnat s bolestí, zvyšuje prokrvení placenty, a tedy i plodu (Bašková, 2015; Gregora a Velemínský, 2017).

1.3.6 Vnímání a poznávání

Úkolem porodní asistentky je posuzovat smyslové vnímání těhotné ženy, jí pocíťované bolesti a kognitivní schopnosti (Dušová et al., 2019b). Jak již bylo uváděno, ženě se

během těhotenství mění chuť. Většinou má žena chuť na nezdravé potraviny, které před těhotenstvím jíst nechtěla. Nebo naopak může jít o nově vzniklou nechut k některým jídlům (Čepický et al., 2018; Gregora a Velemínský, 2017). Existují však i výjimky, kdy má žena chuť na látky, které jsou pokládány za nepoživatelné. Jedná se o pica syndrom, který se v naší kultuře vyskytuje vzácně. Žena může mít chuť například na hlínu, uhlí nebo dokonce i lidské maso (Čepický et al., 2018). V tomto období je také žena více citlivá na pachy a hůře je snáší (Gregora a Velemínský, 2017; Slezáková et al., 2017). Žena v těhotenství může mít rozostřené vidění, které je způsobené otokem oční čočky a rohovky. Tento stav se během šestinedělí vrací k normálu (Gregora a Velemínský, 2017). V neposlední řadě žena svými smysly vnímá pohyby plodu (Slezáková et al., 2017).

Během těhotenství může žena zažívat bolest. V počátcích těhotenství, když se mění uložení dělohy, může žena pociťovat bolest různé intenzity. Ta se podobá menstruačním bolestem a může vystřelovat až do třísel (Čepický et al., 2018). Ve třetím trimestru mohou ženu bolet dolní končetiny a také je může mít oteklé. To je způsobené křížením ilické vény a arterie iliace (Roztočil et al., 2017). Během těhotenství ženy také může trápit bolest prsou, v mezižebří a kříži (Čepický et al., 2018). Pokud porodní asistentka edukuje ženu, která prožívá akutní bolest, je důležité, aby byla empatická (Dušová et al., 2019a). Také je klíčové, aby porodní asistentka monitorovala i minimální bolest. Ta totiž může být ukazatelem různých těhotenských komplikací (Čepický et al., 2018). Například bolest v epigastriu, pravém podžebří a bolest hlavy mohou být klinickými projevy například preeklampsie nebo HELLP syndromu (Binder et al., 2020).

Polovina žen v těhotenství zažívá změnu kognitivních funkcí, takzvanou benigní těhotenskou encefalopatii. Může se projevit poruchou paměti, soustředění a učení (Weiss et al., 2010; Roztočil et al., 2017). Ve třetím trimestru je tato změna nejvíce zřetelná, sama se pak po porodu upraví do normálu (Roztočil et al., 2017).

1.3.7 Sebepojetí a sebeúcta

Ženino sebepojetí a sebeúcta prochází v těhotenství řadou změn (Wilhelmová et al., 2021). Porodní asistentka by měla ženu podporovat, vést ji k samostatnosti a posilovat její sebevědomí (Wilhelmová et al., 2021). Žena může nerealisticky vnímat změnu své

hodnoty. Může být přesvědčená o tom, že její okolí ji bude vnímat hodnotněji poté, co otěhotní anebo naopak může mít strach, že o svou hodnotu těhotenstvím přijde (Ocisková a Praško, 2017).

To, jak žena vnímá sebe samu, je ovlivněno například fyzickými změnami, které souvisí s těhotenstvím. Žena může mít sníženou sebeúctu v souvislosti se změněným obrazem těla (Dušová et al., 2019b). Běžný a optimální hmotnostní přírůstek u ženy během těhotenství, která má před otěhotněním BMI v normě, totiž činí 11,5 – 16 kg (Bašková, 2015). Je tedy vhodné, aby porodní asistentka edukovala ženu o procesech v jejím těle, aby žena věděla, proč přibírá na váze (Hudáková a Kopáčiková, 2017). Na zvyšující se hmotnosti se podílí váha plodu, placenty a plodové vody. Dále ji informuje o tom, že těhotenství je stav, kdy žena zadržuje více vody, zvyšuje se jí objem krve a zvětšuje prsní žlázy a děloha. (Roztočil et al., 2020). Ženě se také během těhotenství ukládá více tuku pro následné kojení (Hudáková a Kopáčiková, 2017).

Mění se také ženiny emoce (Gregora a Velemínský, 2017). Endokrinní a psychosociální faktory mohou vyvolat depresi (Weiss et al., 2010). Depresi v těhotenství trpí 10-15 % žen. V některých případech jde o relaps již před těhotenstvím vzniklého onemocnění, v jiných o nově vzniklé onemocnění. Důležitá je podpora a léčba ženy, aby nebylo ohroženo její zdraví, celý průběh těhotenství a následně vztah matky a novorozence (Mohr, 2021). Další nežádoucí emocí může být úzkost. Ta je z větší části způsobena psychosociálními a ekonomickými faktory (Weiss et al., 2010). Úzkost může být způsobena obavami z nadcházejícího porodu anebo z následné péče o novorozence (Roztočil et al., 2017). Ženino sebepojetí může být ohroženo také tím, že se cítí bezmocná, nedostává se jí uznání a má strach ze selhání (Dušová et al., 2019b). V tomto období je důležité, aby žena cítila podporu od svého partnera a celé rodiny (Weiss et al., 2010; Wilhelmová et al., 2021).

1.3.8 Plnění rolí a mezilidské vztahy

Když žena poprvé otěhotní, začíná pro ni nová etapa, kdy se připravuje na novou roli – roli matky (Bašková, 2015). Žena může zažívat různé pocity, například strach a úzkost z nadcházející role. Dochází k zásadním změnám v jejím životě a mohou se dostavit pocity lítosti a smutku nad ukončením jedné životní etapy (Slezáková et al., 2017).

Těhotná žena si během těhotenství prochází několika fázemi přijetí těhotenství. V první fázi se snaží přijmout, že je těhotná (Bašková, 2015). Může napodobovat ostatní těhotné ženy a nakupovat těhotenské oblečení. Tato fáze se nazývá imitace (Roztočil et al., 2017). Následuje fáze hraní role. V tomto období žena vyhledává příležitosti, kdy by si mohla nacvičovat svou budoucí roli (Roztočil et al., 2020). Například vyhledává příležitosti, kdy by mohla hlídat děti. Další fází je fantazie, která přináší obavy a strachy, ale zároveň snění o dítěti a mateřství (Bašková, 2015). Čtvrtá fáze je introjekce, během které se žena inspiruje matkami kolem sebe. Přijímá jejich rady, dívá se, jak se chovají v daných situacích, a utváří si svůj vlastní obraz o výchově (Roztočil et al., 2017). Poslední fází je projekce, kdy si žena ve své hlavě tvoří obraz sama sebe v roli matky (Bašková, 2015). Celý proces končí rozhodnutím ženy, zda svou nadcházející roli matky přijme a akceptuje ji se všemi atributy, anebo zda tuto roli zamítne (Roztočil et al., 2020). Velice důležité je to, aby žena byla přijata svým okolím včetně své nové role (Slezáková et al., 2017).

1.3.9 Sexualita a reprodukční schopnost

V těhotenství se mění i sexuální potřeby. Žena v počátcích svého těhotenství může ztratit zájem o pohlavní styk. Ve druhém trimestru naopak může zažívat větší touhu po sexuálním uspokojení a na konci těhotenství zas potřeba sexuálního styku ustupuje do pozadí (Dušová et al., 2019b). Těhotnou ženu je vhodné ujistit, že pokud má fyziologickou graviditu, nepředstavuje pohlavní styk riziko pro průběh těhotenství ani pro vývoj plodu (Roztočil et al., 2020). Pokud se však vyskytnou těhotenské komplikace, jako například krvácení, hrozící potrat, předčasný porod nebo nepříjemný výtok, je příhodné, aby partneři své sexuální potřeby uspokojili jinak než pohlavním stykem (Gregora a Velemínský, 2017; Koliba et al., 2019).

Některé ženy během těhotenství tuto potřebu nevnímají. Častým důvodem jsou psychické a hormonální změny, fyzický stav ženy (např. nevolnost a zvracení) nebo také změněný obraz těla, který souvisí s postupujícím těhotenstvím. Žena si může připadat nepřitažlivá, mohutná, odpudivá a kvůli tomu se může sexuálnímu životu vyhýbat (Gregora a Velemínský, 2017). Žena se také za své tělo může stydět (Dušová et al., 2019b). V každém případě, ať už žena během těhotenství zažívá různá období ve vztahu k sexuálnímu životu, je důležité, aby partneři své potřeby komunikovali a našli

řešení, kdy se oba budou cítit dobře (Gregora a Velemínský, 2017; Dušová et al., 2019b).

1.3.10 Stres a zvládání, tolerance a Víra a životní hodnoty

V těhotenství žena může prožívat vyšší míru stresu, který ovlivňuje ženin přístup k těhotenství i zdravý vývoj a růst plodu (Wilhelmová et al., 2021). Stres může zvyšovat riziko předčasného porodu a nízkou porodní váhu novorozence (Ayers a De Visser, 2015). Také je předpokladem vzniku deprese, kterou zažívají spíše ženy, které mají negativní nebo nejasný postoj k těhotenství. Stres může také způsobit narušení vztahu matky a plodu (Wilhelmová et al., 2021).

Důvodem vyšší míry prožívaného stresu může být zodpovědnost, kterou žena vnímá v souvislosti se zdravým vývojem plodu, nebo také prožívání fyzických změn svého těla (Wilhelmová et al., 2021). Další příčinou zvyšujícího se stresu může být ženino zaměstnání. S tím souvisí i to, že těhotná by neměla vykonávat fyzicky náročnou práci a měla by se vyhnout směnnému provozu (Ayers a De Visser, 2015). Stres může žena zažívat intenzivněji ve třetím trimestru (Wilhelmová et al., 2021). V tomto období může mít žena strach z blížícího se porodu (Gregora a Velemínský, 2020). Prvorodičky prožívají úzkost z nadcházejícího porodu, a naopak vícerodičky mohou prožívat stres způsobený špatnými zkušenostmi (Wilhelmová et al., 2021). Těhotné ženy také prokazatelně ovlivňuje nynější doba. Pandemie způsobená onemocněním Covid 19, která již dva roky mění obvyklý způsob života, ovlivňuje také psychiku těhotných žen. Je prokázáno, že ženy, které jsou těhotné během covidové epidemie, mají vyšší sklon k depresi než ženy, které byly těhotné před covidem. Také bylo prokázáno, že obézní a vzdělané ženy prožívají v těhotenství menší stres a úzkosti (Mei et al., 2021).

Řešením stresu může být v první řadě dostatečná informovanost o průběhu těhotenství a porodu. Pokud jsou žena a její partner informováni o průběhu těhotenství, jsou jim známy změny v těhotenství, jsou seznámeni s průběhem porodu a také šestinedělí, nemusí prožívat nejistotu a budou se moci radovat z probíhajícího těhotenství (Dušová et al., 2019a). Dále žena může využívat pozitivní myšlení – zaměřovat se na veselé a radostné události ze života (Kantová, 2016). Další technikou snížení stresu může být

poslech relaxační hudby, cvičení nebo počítání do deseti pro odbourání vnitřního napětí (Hanáková, 2010).

Porodní asistentka se zajímá o ženy životní hodnoty, její vyznání a životní cíle (Dušová et al., 2019b). Je vhodné, aby porodní asistentka komunikovala v této oblasti zejména se ženami, které prochází těžkou životní situací. Díky těmto rozhovorům dojde k identifikaci jejich problémů s přizpůsobením se novým hodnotám, a tak lze predikovat následnou adaptaci na těhotenství a poté i v poporodním období (Wilhelmová et al., 2021). Porodní asistentka by také měla získávat informace o náboženském vyznání ženy (Dingová Šliková et al., 2018)

1.4 Porodní asistentka a její úloha v naplňování změněných potřeb těhotné ženy

Podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb. v platném znění smí povolání porodní asistentky vykonávat osoba, která úspěšně dokončila nejméně tříletý akreditovaný zdravotnický bakalářský studijní obor. Jsou zde i výjimky pro osoby, které tento obor studovaly dříve na školách s nižším stupněm vzdělání. Ze zákona vyplývá, že porodní asistentka pečuje, dohlíží a radí. Pečuje o ženu holisticky – snaží se uspokojovat její fyziologické, psychické, sociální i duchovní potřeby (viz Příloha 3) (Zákon č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních). Edukuje a podává informace v oblasti gynekologie a porodnictví (Slezáková et al., 2016).

Porodní asistentka pracuje formou ošetrovatelského procesu. Jedná se o systematickou péči, jejímž cílem je uspokojit ženy potřeby (Dušová et al., 2019a). Ošetrovatelský proces se skládá z následujících pěti částí: sběr dat, stanovení diagnózy, plánování, realizace a vyhodnocení (Rozsypal, 2013; Šedová, 2020).

Účelem sběru dat je získání informací a zhodnocení zdravotního stavu pacienta (Šedová, 2020). Toho lze dosáhnout pozorováním, rozhovorem, orientačními vyšetřeními a stanovením vitálních funkcí (Rozsypal, 2013). V této fázi může porodní asistentka také využít například model Gordonové, který byl popsán výše (viz kapitola 3.1. Potřeby žen během těhotenství) (Šedová, 2020). Zásadní je v této fázi ošetrovatelského procesu vhodná komunikace se ženou. Mělo by jít o přátelský rozhovor, který budou doprovázet úsměvy a ve kterém bude zřetelná nabídka pomoci (Zacharová, 2016). Přístup k ženě by však měl být profesionální a porodní asistentka by

si měla získat důvěru těhotné ženy a ujistit ji o diskrétnosti (Koliba et al., 2019). V komunikaci je důležité dát prostor i pro zpětnou vazbu. (Zacharová, 2016).

Dále následuje stanovení ošetrovatelské diagnózy. Jedná se o zásadní krok pro určení hlavního problému a prioritní potřeby (Rozsypal, 2013). *Ošetrovatelská diagnóza tvoří základ pro ošetrovatelské zásahy* (Šedová, 2020, s. 12). Diagnóza může mít dvě složky (problém a související faktory) a v tomto případě se tedy jedná o potencionální diagnózu. Nebo může mít tři složky, to se pak jedná o aktuální diagnózu, která v sobě zahrnuje i projevy. Jedná se tedy o diagnózu již existujícího problému (Šedová, 2020).

Po stanovení diagnóz následuje sestavení ošetrovatelského plánu za účasti ženy. Porodní asistentka zjistí, jakou potřebu je nutné vyřešit jako první (Tóthová, 2014). Poté si vytyčí cíle a výsledná kritéria, která by měla být popsána v dokumentaci, aby s plánem ošetrovatelské péče mohla pracovat celý multidisciplinární tým. Cíle mohou být dlouhodobé nebo krátkodobé. Cíle a výsledná kritéria by měli být měřitelné a časově ohraničené (Šedová, 2020).

Poté přichází na řadu realizace. V této fázi porodní asistentka vykonává naplánované intervence. Zároveň informuje zbytek multidisciplinárního týmu o změně stavu ženy a jak reaguje na prováděné výkony (Kelnarová et al., 2015). Všechny úkony, které porodní asistentka během dne vykoná, zapisuje do ošetrovatelské dokumentace (Tóthová, 2014). Nedílnou součástí realizace je také edukace. Edukace znamená výchova a vzdělání, které je soustavné. Cílem edukace je podání komplexních informací, díky kterým bude osoba socializována (Dušová et al., 2019a). Předmětem edukace porodní asistentky je i oblast měnících se potřeb v těhotenství (Slezáková et al., 2016). Jak již bylo výše popisováno, porodní asistentka edukuje o vhodné výživě, spánku, o nevhodnosti konzumace alkoholických nápojů, kouření a upozorňuje na potřebné omezení užívání léků. Edukuje o vhodných pohybových aktivitách v těhotenství, o cestování a sexuálním styku (Koliba et al., 2019). Také připravuje ženu na porod (Slezáková et al., 2016). Pořádá předporodní kurzy nebo těhotenská cvičení, do kterých se může zapojit i partner (Roztočil et al., 2020).

Poslední fází ošetrovatelského procesu je vyhodnocení. Porodní asistentka zhodnotí, zda byly stanovené cíle splněny a výsledná kritéria byla naplněna (Tóthová, 2014). Může být také zjištěno, že cíl splněný nebyl anebo byl splněn pouze částečně (Kelnarová et al., 2015). Pokud by porodní asistentka zjistila, že plán péče byl neúčinný, musí

se ošetrovatelský proces začít zase od začátku (Šedová, 2020). V celém ošetrovatelském procesu musí být porodní asistentka empatická (Koliba et al., 2019).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl: Zjistit, jak těhotné ženy řeší změny v oblasti potřeb.

2.2 Výzkumné otázky

V1: Kterou z potřeb ženy vnímají jako nejvíce problematickou z hlediska uspokojení?

V2: Na koho se ženy nejčastěji obrací v případě problémů s uspokojováním potřeb?

3 Metodika výzkumu

3.1 Použitá metoda

Empirická část této bakalářské práce byla provedena kvalitativním výzkumným šetřením. Byla použita forma individualizovaného polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovory byly vedeny s těhotnými ženami. Samotné otázky k rozhovoru byly vytvořeny v návaznosti na stanovený cíl a výzkumné otázky.

Než byl zahájen rozhovor s těhotnou ženou, byla ujistěna o zachování anonymity (proto jsou těhotné ženy označeny písmenem F z latinského slova femina – žena, a číslem) při zpracování poskytnutých informací a souhlas s rozhovorem byl dán ústně. Tyto ženy byly informovány o účelu rozhovoru – že bude použit pouze pro výzkum bakalářské práce. Ženy byly informovány o předpokládané délce rozhovoru. Délka rozhovoru byla v průměru 30 minut. Nejdelší rozhovor trval 1 hodinu 15 minut.

Na začátku rozhovoru bylo zjištěno několik identifikačních údajů, jako například věk těhotné ženy, její nejvyšší dosažené vzdělání a týden těhotenství (Příloha 4). Během rozhovoru bylo položeno pět předem připravených otázek (Příloha 5). Podle situace a potřeby byly pokládány i doplňující otázky. První otázka se zabývala změněnými potřebami v těhotenství. Tato otázka byla z celého výzkumného šetření nejobsáhlejší. Při odpovídání na první otázku bylo zohledněno, zda ženy ve svých výpovědích zahrnuly všech 11 vzorců zdraví dle modelu M. Gordonové (vnímání zdravotního stavu, aktivity k udržení zdraví, výživa a metabolismus, vylučování, aktivita a cvičení, spánek a odpočinek, vnímání – poznávání, sebepojetí – sebeúcta, plnění rolí – mezilidské vztahy, sexualita – reprodukční schopnost, stres – zvládání, tolerance, a víra – životní hodnoty). (Dingová Šliková et al., 2018; Plevová et al., 2018). Pokud tomu tak nebylo, doplňujícími otázkami byly zjištěny i změny potřeb ve zbylých vzorcích zdraví podle modelu Marjory Gordonové. Dále bylo zjišťováno, jakou změnou potřeb byla žena nejvíce zaskočena, jak se se změněnými potřebami vypořádala, a se kterými bylo těžké se vyrovnat. Nakonec byla položena otázka, která se týkala získávání informací o změnách potřeb v těhotenství.

Rozhovor byl nahrán na mobilní telefon, následně doslovně přepsán do elektronické formy. Poté byla metodou papír-tužka provedena analýza textu, ta se stala podkladem

pro vytvoření významových kategorií a podkategorií. V bakalářské práci jsou ve výzkumné části odpovědi žen vyznačeny kurzívou.

Rozhovory byly provedeny v měsíci březnu roku 2022. Prostředí, kde rozhovory probíhaly, bylo odlišné – prostory Nemocnice Tábor, a.s. (viz Příloha 6), v kavárna anebo u ženy doma.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládal z deseti těhotných žen (Tabulka 1). Věkové rozmezí žen bylo 25-37 let. Vybrané ženy byly v různých fázích těhotenství. V nejnižším týdnu těhotenství byla F8 – v 19. tt. F4, která byla těhotná nejdéle, byla ve 40. tt. Pro F3, F4, F5, F7, F8 šlo o první těhotenství. F1, F2 byly těhotné podruhé, ale F2 byla nulipara. F6, F9, F10 byly těhotné potřetí, ale ani jedna z nich dvakrát nerodila. Všechny ženy byly během těhotenství sledované u svého gynekologa. Ženy se lišily ve výši dosaženého vzdělání, rodinného stavu i bydliště. Všechny ženy byly informovány, že rozhovor bude použit pro výzkum této bakalářské práce. Ženy byly také ujištěny o anonymitě výzkumného šetření.

4 Výsledky výzkumného šetření

Při zahájení výzkumného šetření byly zjišťovány identifikační údaje těhotných žen se kterými byly vedeny rozhovory (Tabulka1).

Tabulka 1: Identifikační údaje těhotných žen

	Věk (let)	Gravidita/ Parita	Týden těhotenství	Prenatální péče	Vzdělání	Rodinný stav	Bydliště
F1	28	II/I	27	gynekolog	vysokoškolské	vdaná	město
F2	35	II/0	37	gynekolog	Střední odborné s maturitou	vdaná	vesnice
F3	22	I/0	27	gynekolog	středoškolské	svobodná	město
F4	30	I/0	40	gynekolog	středoškolské	vdaná	vesnice
F5	32	I/0	39	gynekolog	vysokoškolské	vdaná	město
F6	29	III/I	32	gynekolog	vysokoškolské	vdaná	město
F7	25	I/0	28	gynekolog	vysokoškolské	vdaná	město
F8	26	I/0	19	gynekolog	vysokoškolské	vdaná	město
F9	37	III/I	27	gynekolog	vysokoškolské	vdaná	město
F10	30	III/I	37	gynekolog	vysokoškolské	vdaná	vesnice

Zdroj: Vlastní

F1 je 28 let, je podruhé těhotná a porodila již jednoho syna. Rozhovor byl veden ve 27. týdně těhotenství. Tato žena dochází na pravidelná vyšetření do prenatální poradny vedené lékařem, gynekologem. F1 má vysokoškolské vzdělání, je vdaná a bydlí ve městě.

F2 je 35 let, je podruhé těhotná, poprvé se jednalo o zamlklé těhotenství. Rozhovor byl veden ve 37. týdně těhotenství. Dochází na pravidelná vyšetření do prenatální poradny vedené lékařem, gynekologem. F2 má vystudovanou střední odbornou školu s maturitou, je vdaná a bydlí na vesnici.

F3 je 22 let, je poprvé těhotná. Rozhovor byl veden ve 27. týdně těhotenství. Tato žena dochází na pravidelná vyšetření do prenatální poradny vedené lékařem, gynekologem. F3 má středoškolské vzdělání, žije s přítelem ve městě.

F4 je 30 let, je poprvé těhotná. Rozhovor byl veden ve 40. týdnu těhotenství. Dochází na pravidelná vyšetření do prenatalní poradny vedené lékařem, gynekologem. F4 má středoškolské vzdělání, je vdaná a bydlí na vesnici.

F5 je 32 let, je těhotná poprvé. Rozhovor byl veden ve 39. týdnu těhotenství. Tato žena dochází na pravidelná vyšetření do prenatalní poradny vedené lékařem, gynekologem. F5 má vysokoškolské vzdělání, je vdaná a bydlí ve městě.

F6 je 29 let, je těhotná potřetí, druhé těhotenství bylo zamlklé těhotenství. Rozhovor byl veden ve 29. týdnu těhotenství. Dochází na pravidelná vyšetření do prenatalní poradny vedené lékařem, gynekologem. F6 má vysokoškolské vzdělání, je vdaná a bydlí ve městě.

F7 je 25 let, je těhotná poprvé. Rozhovor byl veden ve 25. týdnu těhotenství. Tato žena dochází na pravidelná vyšetření do prenatalní poradny vedené lékařem, gynekologem. F7 má vysokoškolské vzdělání, je vdaná a bydlí ve městě.

F8 je 26 let, je těhotná poprvé. Rozhovor byl veden v 19. týdnu těhotenství. Tato žena dochází na pravidelná vyšetření do prenatalní poradny vedené lékařem, gynekologem. F8 má vysokoškolské vzdělání, je vdaná a bydlí ve městě.

F9 je 37 let, je těhotná potřetí, druhé těhotenství bylo zamlklé těhotenství. Rozhovor byl veden ve 27. týdnu těhotenství. Dochází na pravidelná vyšetření do prenatalní poradny vedené lékařem, gynekologem. F9 má vysokoškolské vzdělání, je vdaná a bydlí ve městě.

F10 je 30 let, je těhotná potřetí, druhé těhotenství bylo zamlklé těhotenství. Rozhovor byl veden ve 37. týdnu těhotenství. Tato žena dochází na pravidelná vyšetření do prenatalní poradny vedené lékařem, gynekologem. F10 má vysokoškolské vzdělání, je vdaná a bydlí na vesnici.

Analýzou získaných dat z výzkumného šetření byly definovány dvě kategorie. U první kategorie byly následně určeny podkategorie (Tabulka 2). V těchto kategoriích jsou podrobně popsány získané informace z provedených rozhovorů s těhotnými ženami.

Tabulka 2: Seznam kategorií a podkategorií výzkumného šetření

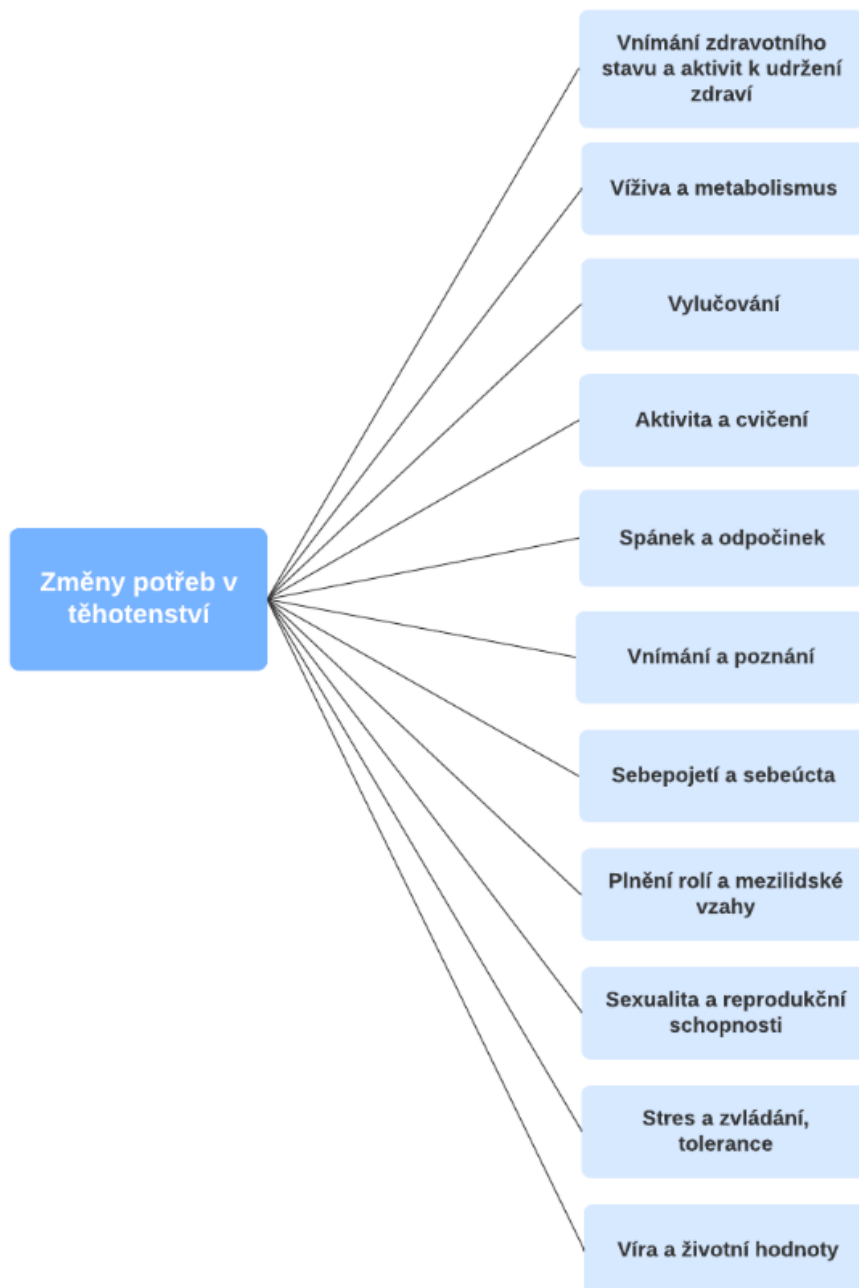
Kategorie	Podkategorie
Změny potřeb v těhotenství	Vnímání zdravotního stavu a aktivit k udržení zdraví Výživa a metabolismus Vylučování Aktivita a cvičení Spánek a odpočinek Vnímání a poznávání Sebepojetí a sebeúcta Plnění rolí a mezilidské vztahy Sexualita a reprodukční schopnost Stres a zvládání, tolerance Víra a životní hodnoty
Zdroje informací	

Zdroj: Vlastní

4.1 Změny potřeb v těhotenství

Kategorie Změny potřeb v těhotenství obsahuje 11 podkategorií podle ošetrovatelského modelu Marjory Gordonové. Tyto podkategorie jsou podrobně rozepsány na Grafu 1.

Graf 1: Změny potřeb v těhotenství



Zdroj: Vlastní

4.1.1 *Vnímání zdravotního stavu a aktivit k udržení zdraví*

Tato podkategorie se zabývá ženiným vnímáním zdravotního stavu. Popisuje frekvenci návštěv v prenatalní poradně a to, jak ženy tyto prohlídky vnímají. Taktéž se zaobírá celkovým pohledem na to, jak ženy vnímají svůj celkový zdravotní stav v těhotenství.

F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9 a F10 chodily do prenatalní poradny k obvodnímu gynekologovi. Žádná z těchto žen nezanedbávala pravidelné prohlídky. Například F3 popisovala svůj postoj tak, že i když nerada navštěvuje zdravotnická zařízení, tak během těhotenství nevynechala ani jednu kontrolu v prenatalní poradně. Svůj postoj odůvodnila tím, že jí záleží na jejím nenarozeném dítěti. Podle jejích slov by byla „*schopná udělat cokoliv*“ aby její dítě bylo v pořádku. F8 řekla: „*Asi by mě nikdy nenapadlo říct doktorovi, že nepřijdu.*“ F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9 a F10 vyjádřily důvěru ke svému gynekologovi. F5 uvedla: „*Já jsem spíš typ, který je rád, když mu někdo řekne, že je všechno v pořádku. Důvěřuji té autoritě toho zdravotníka.*“ F5 však poznamenala, že přes všechnu péči a výsledky screeningů, které ji vždy uklidní, vyšetřením vlastně nerozumí. Tato žena se zmínila o vaginálních prohlídkách, že nerozumí, proč je takto vyšetřována. Dále podotkla, že jí nebyly vysvětleny žádné zkratky v těhotenské průkazce a že si tyto informace musela následně hledat na internetu. Také by preferovala snížení frekvence návštěv v prenatalní poradně, a to zejména na konci těhotenství. To odůvodnila tím, že je pro ni velice náročné si i about boty.

F5, F7, F8 a F9 měly domluvenou soukromou porodní asistentku, která je bude doprovázet při porodu (shodou okolností se u všech žen jednalo o stejnou osobu). Tato porodní asistentka jim nezajišťovala celkovou prenatalní péči. Ženy s ní byly domluvené, že povede jejich porod v nemocnici. Tato porodní asistentka je zaměstnankyní nemocnice. Nejednalo se tedy o péči porodní asistentkou v těhotenství, ale o doprovod během porodu s předchozím setkání, aby se žena a poradní asistentka seznámily. F1, F2, F3, F4, F5, F6, F8, F9 a F10 navštívily během těhotenství zubního lékaře. F7 byla pouze na zubní hygieně. F1, F2, F3, F4, F5, F6 a F8 se během těhotenství začaly více starat samy o sebe. Dávaly si větší pozor, aby jedly zdravě, aby nenosily těžké věci, zachovávaly klidný režim a více spaly.

F1, F6 a F8 se vlivem těhotenství změnil postup léčby jejich onemocnění. F1 a F6 jsou sledovány na endokrinologii pro hypofunkci štítné žlázy. Oběma ženám musela být

v těhotenství změněna medikace. F8 má histaminovou intoleranci. Toto onemocnění v průběhu těhotenství mění svůj průběh, a tak F8 nemusí držet tak přísnou dietu. V rozhovoru uváděla, že může například konzumovat lepek, který jí před těhotenstvím způsoboval alergické reakce.

F6 a F10 uvedly naprosto odlišné vnímání zdravotního stavu v těhotenství. F6 řekla, že ze všech změn v těhotenství je zaskočená právě tím, že předchozí a současné těhotenství není stejné. Očekávala, že jí v těhotenství již žádná změna nezaskočí. Nakonec ale byla překvapená. Během prvního těhotenství F6 nepocítovala v tak velké míře únavu a netrpěla ranními nevolnostmi. Průběh těhotenství je také ovlivněn tím, že F6 je již matkou. Nemůže si tedy podle potřeby odpočinout. F10 má naprosto odlišnou zkušenost. Tato žena má pocit, že její těhotenství jsou si velice podobná a že jí během tohoto těhotenství v celkovém vnímání zdravotního stavu nic nepřekvapilo.

F1, F2, F3, F4, F5, F6, F8, F9 a F10 přijaly změny ve svých potřebách, které souvisí s jejich těhotenstvím. F1 se vyjádřila: „*změny k těhotenství patří, příroda to tak má dobře vymyšlené*“. F3 se na těhotenství těšila a pozitivní přístup, který k těhotenství měla, jí dodával sílu překonávat změny. F9 změny v těhotenství přijala s radostí a postupně si na ně zvykla. F10 řekla, že neměla s žádnou změnou problém a na vše v souvislosti těhotenství si zvykla. F7 v celém těhotenství nedokázala přijmout změny v chování. Byla v těhotenství podrážděnější.

4.1.2 Výživa a metabolismus

Tato podkategorie se zaměřuje na změny potřeb ve výživě těhotných žen. Ukazuje, jak se ženám měnil jídelníček a jak změnily svůj pitný režim.

F1, F2, F4, F5, F9 a F10 se v těhotenství začaly stravovat zdravěji, upravily jídelníček a dávaly si pozor, aby nepřijímaly nedoporučené potraviny. F1 v rozhovoru dopodrobna popsala, jak se jí změnily její stravovací návyky. Tato žena začala více konzumovat kyselinu listovou. Neužívala ji však ve formě tablet, jako například F2, F5 a F8, ale získávala ji ze zeleniny, ve které je tato kyselina obsažená. Konzumovala více špenát, saláty a kapustu. Také zařadila do jídelníčku více rybího masa. Před otěhotněním F1 ráda smažila maso a zeleninu. V těhotenství začala tyto potraviny péct v troubě. F3 uvedla, že jí pořád stejné potraviny jako před otěhotněním. F2 a F4 měly gestační

diabetes mellitus, a tak se během těhotenství snažily dodržovat diabetickou dietu. F2 dietu dodržovala. F4 ale vypověděla: „*Ze začátku jsem se hodně snažila jíst zdravě, ale pak už jsem to nedodržovala.*“ I přesto, že F4 má těhotenskou cukrovku, tak v těhotenství začala jíst více sladkého. Změnu ve stravování popsala i F8. Tato změna byla ovlivněna zejména ženiným onemocněním – histaminovou intolerancí. V těhotenství F8 nemusela dodržovat tak striktní dietu. F8 řekla: „*Já teď můžu jíst spoustu věcí, který jsem nemohla jíst, když jsem nebyla těhotná, což je super. Teď třeba můžu jíst lepek, který normálně jíst nemůžu. Takže první trimestr jsem strávila tím, že jsem jedla rohlíky se šunkou. To bylo skvělý.*“ F6 v rozhovoru uvedla, že její stravování se v těhotenství změnilo. Tuto změnu však uvedla jako „*změnu k horšímu*“. Nyní má více chuť na čokoládu, bonbóny a jiné sladkosti. Oproti tomu ztratila zájem o konzumaci zeleniny. F9 naopak v těhotenství začala jíst více vlákniny a byla zaskočená tím, že v prvním trimestru úplně ztratila chuť na čokoládu, kterou do té doby jedla každý den.

F2, F5, F8 zmínily, že v těhotenství také užívaly doporučené vitamínové doplňky jako například kyselinu listovou. F2, F5, F9 se jasně vyjádřily, že v těhotenství pijí více vody. F9 řekla, že pije více minerálních vod. F7 uvedla, že stále pije lehkou kolu a perlivé vody, i když ví, že tyto tekutiny nejsou v těhotenství vhodné. Co se týče dalších nedoporučených tekutin, jako je například alkohol a káva, tak některé ženy nebyly schopny během těhotenství opustit potřebu konzumovat tyto nápoje. Kávu si během těhotenství dopřávala F2, F4, F5 a F7. F7 byla zvyklá pít pět hrnků kávy během dne. Nyní v těhotenství omezila konzumaci kávy na tři hrnky za den. F5 v rozhovoru řekla: „*...ve druhém a třetím trimestru jsem začala pít kávu. Prvně to bylo sem tam, teď už je to skoro každý den.*“ Ne všechny ženy v rozhovoru mluvily o alkoholu. F2 a F4 prohlásily, že alkohol během těhotenství vůbec nekonzumovaly. F1, F5 a F7 vypověděly, že během těhotenství alkohol konzumovaly. F5 na oslavě narozenin vypila 1 dl vína a také uvedla, že několikrát požila po obědě sklenici piva (2 dl) na zažívání. Současně ale řekla, že jí to nikdy nepomohlo. F1 uvedla, že jednou za týden pije jednu deci vína s přáteli a F7 konzumuje víno dvakrát do týdne. F2, F7 a F10 před otěhotněním kouřily, ale když se dozvěděly, že jsou těhotné, tak F2, F7 i F10 s kouřením přestaly.

4.1.3 Vylučování

Tato podkategorie se zabývá změnami potřeb v oblasti vylučování.

F1, F2, F3, F5, F6, F7, F8 a F10 zažívaly ranní nevolnosti. Některé z nich řekly, že se musely omezit ve stravování. F2 bylo během prvního trimestru nevolno, a tak jedla menší množství jídla než před otěhotněním. F3 uvedla, že měla značné nevolnosti a velice jí to omezovalo. Tato změna pro ni byla velice markantní a bylo pro ni náročné se s touto změnou vypořádat. F8 také zažívala ranní nevolnosti. Popisovala tuto změnu takto: „*Nikdy jsem nezvracela, párkrát jsem byla nad záchodem, ale nikdy jsem nakonec nezvracela, ale bylo mi fakt blbě.*“ S nevolností se pojí zvracení. Tím v těhotenství trpěla F3, F7 a F10. F3 a F10 v rozhovoru řekly, že zvracely až do pátého měsíce. F10 zmínila, že i nyní, ve 37. týdnu těhotenství občas pociťuje nevolnost. F5 v prvním trimestru pociťovala nechutenství. F6, F7 a F10 pálila v těhotenství žáha. F10 prohlásila, že pyrózu vnímá hlavně večer. F7 uvedla, že cítí velmi silné pálení žáhy každý den. Subjektivně popisuje, že ji pálení žáhy souží „*dvacet čtyři hodin denně, sedm dní v týdnu*“. Tuto změnu pociťuje velmi útrpně.

Zácpou v těhotenství trpěla F2, F4, F8 a F10. F10 verbalizovala, že sice zácpu měla, ale neomezovala ji. Pouze si všimla, že nemá pravidelnou stolici, jako před otěhotněním. Markantnější změnu potřeb v oblasti vylučování měla F2. Ta v rozhovoru popisovala, že pro ni bylo velice náročné se vyprázdnit. Zácpu měla F2 již od začátku těhotenství a uvedla, že tato změněná potřeba vylučování pro ni byla nejnáročnější změnou v těhotenství. F2 se snažila tento problém řešit tím, že získávala informace o změněné potřebě vylučování v těhotenství. Snažila se tedy řídit těmito radami: pila více vody, užívala probiotika a jedla více vlákniny. Aby byla F2 schopná se vyprázdnit, musela začít užívat glycerínové čípky. Dále též užívala magnesium v podobě šumivých tablet. Nyní na konci těhotenství, ve 37. tt trpí F2 spíše průjem. F8 o své zácpě mluvila takto: „*No, občas mívám pocit, že se mi chce na záchod a nejde to. No, když to nejde, tak si dám pár dní za sebou sušené švestky a pak je to v pohodě.*“

Změnu potřeb v močení verbalizovala F1, F2, F3, F4, F5 F7 F9 a F10. Tyto ženy prohlásily, že mají větší potřebu na močení než před těhotenstvím. F6 a F8 se o této změně vylučování v rozhovoru nezmínily. F1 řekla, že se této změny velice bála a že měla strach, že v práci nebude mít čas jít na toaletu. Nakonec však zjistila, že se v práci nemusí močit v tak vysoké frekvenci, jak předpokládala. V domácím prostředí však na

toaletu chodí častěji. F1 se ještě zmínila, že někdy ji plod kope do močového měchýře a je to velice nepříjemné a nutí ji to na močení. F4 popsala, jak se změnila její frekvence močení takto: „...*pocítila jsem to v tom, že když jsem si dala něco sladkého k pití, třeba slazený čaj nebo džus, tak okamžitě, okamžitě to tělo to hnalo ven.*“ F9 se zmínila, že doba močení se prodloužila, že jí trvá déle se vyprázdnit. F5 a F7 si přímo stěžovaly na to, že je noční buzení na močení omezuje. F5 vnímala, jak je tato změna náročná pro ni i pro jejího partnera, kterého v noci, když jde na toaletu, vždy vzbudí. F5 se budí třikrát až čtyřikrát za noc kvůli močení a uvádí, že má deficit spánku, který nyní na konci těhotenství řeší tím, že spí i v dopoledních hodinách. F7 také špatně nesla potřebu na močení, která ji budí ze spánku: „*Chodím častěji čůrat, třikrát, čtyřikrát chodím v noci čůrat, to mě docela omezuje.*“

4.1.4 Aktivita a cvičení

Tato podkategorie se zabývá tím, jak byly ženy během svého těhotenství aktivní a jak se jim tato potřeba měnila.

Některé ženy vlivem těhotenství snížily svou tělesnou aktivitu. F8 svou aktivitu snížila na nejspíše minimum. V rozhovoru řekla, že její fyzická aktivita se v těhotenství snížila asi jen na 20 % oproti tomu, jak tomu bylo před otěhotněním. Tato její potřeba se zlomově změnila. F8 popsala, že těhotenství na sobě poznala velice rychle, a to právě kvůli změně aktivity. Uvedla, že před otěhotněním pravidelně cvičila v posilovně. Tato činnost ji vždy velice těšila a vždy si po cvičení připadala méně unavená a více zdravá. Krátce po otěhotnění však fyzickou zátěž vnímala následovně: „...*měla pocit, že jsem narazila do zdi. Jsem byla v té posilovně a nezvládla jsem ani půlku toho, co předtím.*“ F8 si myslela, že tato změna je v souvislosti s premenstruačním syndromem, ale protože jí následně několik dní bylo nevolno a byla velice unavená, tak ji napadlo, že by mohla být těhotná. F7 vypověděla, že je smutná, protože nemůže vykonávat pohybové aktivity, na které byla před otěhotněním zvyklá. Jejím oblíbeným sportem je lyžování a jízda na kole. Také se zmínila, že ji mrzí, že nemůže chodit do sauny. Velmi jí sauna chybí. F2 byla v těhotenství méně aktivní, a to hlavně kvůli svým minulým zkušenostem: „*Tak já jsem to měla tak, že jsem prvně měla jako potrat. Takže jako tohle druhý těhotenství bylo takové, že jsem na sebe byla taková hodně opatrná. Takže jsem si spíš na sebe dávala pozor. Takže to se změnilo...*“ Také F6 měla samovolný potrat a stejně jako F2

si nyní v těhotenství dává pozor, aby tolik nepřetěžovala své síly. Říká, že je jí nepříjemné, když ví, že si musí nechat pomoci. Ráda dělá věci sama a snaží se být nezávislá. Říká ale, že v těhotenství to nelze a opravdu pomoc potřebuje. F4 také snížila svou fyzickou aktivitu, chodila pouze třikrát týdně na krátké procházky. Chodila sama nebo s manželem.

Na druhou stranu ve výzkumném souboru byly i ženy, pro které se těhotenství stalo výzvou k větší aktivitě. Například F10 vypověděla, že během těhotenství zvýšila svou fyzickou aktivitu a více začala chodit na procházky. Také F9 vlivem těhotenství začala být více aktivní: *„Chodím na dvě různá těhotenská cvičení, na těhotenskou jógu a na cvičení s balóny, tyto cvičení střídám. Před těhotenstvím jsem nikam cvičit nechodila.“* F5 byla před těhotenstvím fyzicky aktivní. S příchodem těhotenství musela sice posilovnu i některé sezónní sporty opustit, avšak nepřestala s fyzickou aktivitou, jen ji vyměnila za jinou. F5 začala cvičit těhotenskou jógu. Vždy, když se ze cvičení vrátila, připadala si víc svěží, než když na cvičení šla. Také každý den chodila na procházky venčit psy.

4.1.5 Spánek a odpočinek

Tato podkategorie se zabývá potřebou spánku. Zaznamenává, jak se tato potřeba mění a vyvíjí během těhotenství.

F1, F2, F4, F6 a F7 řekly, že je těhotenství velice unavuje a že by nejrady stále spaly. F5, F8, F9 a F10 měly stejnou zkušenost, ale tato potřeba spánku se zmírnila po uplynutí prvního trimestru. F3 naopak v prvním trimestru spala špatně, ale nyní, ve 27. tt by podle jejích slov *„prospala den a noc“*. F4 nyní spí dvanáct hodin denně. Nechodí spát přes den, ale usíná brzy večer. F7 uvedla, že v těhotenství potřebuje o dvě hodiny více spánku, aby mohla být produktivní v práci. Před otěhotněním spala F7 pět hodin, nyní sedm. O víkendech F7 spí více než dvanáct hodin. Tuto změnu v potřebě spánku označila F7 jako jednu z nejnáročnějších. Bylo pro ni náročné se smířit s tím, že nemá sílu k činnostem, které byla zvyklá v domácnosti běžně vykonávat. Nakonec musela přestat každý den vytírat, o víkendech přestala péct buchty a v práci začala chodit do jídelny – nevařila si doma vlastní obědy. F5 také pociťovala, že potřebuje více spánku. Měla strach, že celé těhotenství bude velice unavená. Nakonec se ale ve druhém

trimestru se tato zvýšená potřeba spánku snížila, za což byla F5 velice ráda. F8 nejvíce překvapilo, že je v těhotenství velice unavená. O své únavě promluvila takto: „...*prostě jsem fakt byla, jako by mě někdo ze dne na den vypnul*“. Když je F8 v odpoledních hodinách unavená, tak odpočívá při četbě knih o těhotenství a mateřství.

F1 popsala, že i kvalita spánku během těhotenství je jiná, než na kterou byla zvyklá před otěhotněním. Tato kvalita spánku je ovlivněná nejen samotným těhotenstvím, ale také podmínkami v ženině domácnosti. F1 uvedla: „*Pak to taky omezuje to první dítě, protože k nám chodí v noci do postele. Takže teď, aby mě někdo nekopl, do toho břicha, takže se tak jako otáčím. Mám ten kojící polštář. S tím spím, protože mi už vadí mít koleno na koleni. Takže člověk je takový omezenější v té posteli a ta kvalita spánku je taková omezená.*“ F6 v rozhovoru vyjádřila lítost nad tím, že jí únava a fyzické změny znesnadňují trávit čas se svým dvouletým synem a ovlivňují tak jejich vztah. Tato změna je pro F6 nejnáročnější v celém těhotenství.

4.1.6 Vnímání a poznávání

Tato podkategorie se zabývá změnami vnímání v těhotenství. Zaobírá se změněnými smysly, prožíváním bolesti a kognitivními změnami.

F4, F8 a F10 si stěžovaly na vyšší míru vnímání pachů. F4 na začátku těhotenství více vnímala silné pachy, ve druhém trimestru však tato zvýšená citlivost opět vrátila do stavu, který F4 měla před otěhotněním. F8 popsala tuto změnu takto: „*Asi dva měsíce jsem nemyla nádobí, protože čmouch ty houbičky mi dělal, že jsem si myslela, že se pozvracím. Ted' už je to lepší, tolik mi ty věci nesmrdí.*“ F4 zmínila, že se jí v těhotenství změnila chuť. V těhotenství jí F4 více sladkého i když by raději jedla zdravěji než před otěhotněním. Doslova řekla, že jí „*spoustu bonbónů*“. Tuto změnu v chuti na sladké také uvedla F6.

V těhotenství F1, F2, F4, F5, F6, F7, F8 a F9 trápil různý druh bolesti. F1 a F9 bolela jizva po císařském řezu. F2 měla v těhotenství bolesti hlavy a F6 bolely ruce. F4 bolela záda, ale v rozhovoru uvedla, že tuto bolest vnímala jako součást těhotenství. F8 v těhotenství bolela prsa a do této doby občas vnímá píchnutí v prsou, což je jí velice nepříjemné. F7 v těhotenství také bolela prsa a objevily se jí křečové žíly. F5 v těhotenství bolela záda. Také se zmínila o tom, že jí bolel žlučník. Z toho měla strach,

a tak byla na ultrazvukovém vyšetření, po němž ženu ujistili, že je vše v pořádku. F5 také uvedla, že má oteklé nohy.

F1 v těhotenství jinak vnímala bolest, více jí věnovala pozornost: *„Co vnímám víc, že se o sebe více bojím, ve smyslu toho, že prostě sleduju každé, já nevím...bolí mě záda a už vidím, že mám zánět ledvin nebo močáku. Člověk si vsugeruje, že je všechno špatně.“* F8 v rozhovoru popsala, jak vnímá pohyby plodu: *„Takže občas sedím a najednou cítím v břiše nějaké hýbání. Říkám si ježkovy voči, vono tam fakt to dítě je. Jako že se to fakt děje“.* F2 uvedla, že někdy má z pohybů plodu strach, že je to pro ni *„divný pocit mít něco v břiše“.*

F8 okomentovala také změnu myšlení v těhotenství. F8 celý rozhovor uvedla následujícími větami: *„Mám mnohem menší mozkovou kapacitu. Mám jako půlku mozku, co jsem měla předtím. Takže věci v práci mi trvají dýl.“* F4, F5, F7, F8 a F9 v rozhovoru vyjádřily změnu vnímání svých emocí. F9 popisovala, že je citlivější a hůře snáší to, když se s manželem neshodne nebo s ním řeší důležitá rozhodnutí, na které mají rozdílný názor. Po těchto konfliktních rozhovorech vnímá, že ji bolí břicho. F5 v rozhovoru zmínila, že je v těhotenství více citlivá a rychleji se dojme. F4 popisovala podobnou zkušenost. Myslela si, že velké změny emocí a výkyvy nálad jsou pouze zveličené změny, kterými žena v těhotenství prochází. Byla překvapená tím, že tuto změnu také zažila. Podle jejích slov *„probrečela celý čtvrtý až šestý měsíc“.* F7 a F8 prožívaly tyto změny intenzivněji. F7 v rozhovoru řekla, že není schopná se smířit s psychickými změnami. V těhotenství se jí velice změnilo prožívání. Je více podrážděná, a není schopna vhodně komunikovat se svými blízkými. Tato změna je pro ni nejnáročnější v celém těhotenství. F7 doslova říká, že v této oblasti je *„všechno špatně“.* Z tohoto důvodu i F7 začala docházet k psychoterapeutovi. F8 také prožila dramatickou psychickou změnu, byla však pozitivní. F8 vypověděla: *„Já jsem posledních šest let brala antidepresiva a teď během těhotenství se mi je podařilo vysadit. Já jsem jako přestala mít problémy, jaké jsem měla předtím. Úzkosti, které jsem měla předtím, úplně přestaly.“* F8 dále popsala, že na terapii k psychologovi chodí již čtyři roky. Je pro ni důležité, že může o změnách v těhotenství mluvit se svým psychologem a také se svým manželem. Také jí pomáhá, že se spolu s manželem vzdělávají o průběhu těhotenství, porodu a péči o dítě.

4.1.7 *Sebepojetí a sebeúcta*

Tato podkategorie pojednává o potřebě sebepřijetí a její změně v těhotenství.

Se sebepojetím úzce souvisí obraz těla. Ten se v těhotenství změnil F1, F2, F4, F5, F7 a F8. Ženy na tuto změnu reagovaly různými způsoby. F1, F2 a F7 se se změnou obrazu svého těla nesmířily. F1 řekla, že při pohledu do zrcadla si nepřipadá hezká. Tato situace jí ale nevadila, protože ví, že své tělo má ráda, když není těhotné. Ví tedy, že po porodu a šestinedělí se sama sobě bude zas líbit. F7 se také nevyrovnala s tím, jak nyní vypadá. Má pocit, že všude slyší, jak si těhotné ženy přijdou krásné, ale ona říká, že se nyní cítí špatně. F4 popisuje, jak se její pohled na sebe samu během těhotenství měnil. Na počátku těhotenství si F4 připadala krásná a dělalo jí radost zvětšující se břicho, které jí připomínalo, že bude matkou. Poté, asi v polovině těhotenství, si začala připadat nepřitažlivě a to zejména, když spolu s manželem přestali pohlavně žít. Nyní na konci těhotenství opět své tělo přijímá. Poté ještě doplnila, jak se vnímá: *„No, kolikrát jsem šla a člověk se vidí v té výkladní skříni, to svoje břicho a člověk si to jako neuvědomuje, když to má na sobě furt, to břicho. A teď si řekne, že ho ty lidi tak vidí pořád. To si pak připadám jako exot, pak si zas říkám, že to přejde.“* F4 se tedy nyní přijímá, ale má trochu strach z toho, jak ji vnímá její okolí.

F5 a F8 změny vzhledu těla během těhotenství přijaly. F5 svůj pohled uvedla takto: *„Já jsem zjistila, že existují matky, nebo budoucí matky, které si v těhotenství připadají jako děsný bohyně. A pak jsou ženský, který úplně nenávidí být těhotný. Tak já to mám asi tak, že se mi to líbí – být těhotná, že je to hezký, nějak tak mezi to vnímám.“* F5 dále pokračovala, že je nyní zaskočená tím, jak se jí na konci těhotenství velmi rychle zvyšuje hmotnost. Udivilo ji, že v prvních měsících přibrala pravidelně – 1 kg za tři týdny. Nyní na konci těhotenství začala přibírat rychleji. F3 naopak řekla, že je překvapená tím, že tolik nepřibírá a je z toho smutná, protože se na očekávaný váhový přírůstek těšila. F8 řekla, že je vděčná svému tělu za to, jak to všechno samo zvládá. Že si váží toho, že má fyziologické těhotenství a že s manželem neměli problém s početím. Naopak řekla, že těhotenstvím je schopná přijmout sama sebe a že se jí tím zvýšilo sebepřijetí. F8 dále uvedla, že si podle jejích slov připadá více *„sexuální“*. F8 pak více přiblížila, že tím měla na mysli, že si připadá krásnější a přitažlivější. Tuto změnu připisuje zvětšujícím se prsům, které jí dodávají pocity ženskosti.

F3 a F4 zmínily, že jsou méně sobecké. F3 řekla, že si myslí, že v těhotenství je to právě největší změna - že člověk méně myslí sám na sebe. F4 uvedla: „*Je to takové to, že člověk už nikdy nebude moc být sám za sebe. Už nemůže být ten sobec a opravdu se muset starat...*“. F1, F2, F3, F4, F5, F7 a F8 zažívaly více strach. F1 v těhotenství zažívala strach z porodu. První těhotenství bylo ukončeno císařským řezem z důvodu nepostupujícího porodu. Na porod má F1 špatné vzpomínky a těžko se jí vypořádává s představou blížícího se porodu. F2 měla strach sexuálně žít během těhotenství a F3 měla strach o své nenarozené dítě. S tímto strachem bylo pro F3 velice náročné se vypořádat. F4 měla strach z těhotenství a že nedokáže být dobrou matkou. Z přicházející role matky má strach také F7, ale zejména proto, že má pocit, že se stále jako matka necítí. F5 popsala, jak nyní zažívá strach z porodu. Řekla, že má strach z toho, že bude v nadcházejících dnech rodit a pak v náručí bude držet své dítě. Strach z porodu také zažívá F8, kterou na blížícím se porodu nejvíce znervózňuje nevědomost, že přesně neví čas porodu.

4.1.8 Plnění rolí a mezilidské vztahy

Tato podkategorie popisuje změny potřeb v oblasti rolí a mezilidských vztahů.

F1, F3 a F8 v těhotenství prožily změnu své role během těhotenství. F3 svou potřebu akceptace nové role popsala tak, že se snaží měnit svůj pohled na výchovu a sama sebe již nyní vnímá jako matku. Také vnímá, že když hlídá svého pětiletého bratra, tak o něj má větší strach, a dětské hry, které před otěhotněním považovala za neškodné, nyní vnímá jako nebezpečné. F3 tuto změnu popsala takto: „*Začínám se na určité věci dívat jako máma.*“ F8 se také během těhotenství začala vnímat jako matka. Dále řekla, že již nyní vnímá ke svému dítěti city. To bylo podpořeno zejména tím, že začala cítit pohyby plodu. F1 již matkou před otěhotněním byla, ale změnu také prožila: „*Také vnímám změnu své role a to v tom, že teď se o sebe víc bojím. Ale nebojím se o sebe víc, nebo jako jo, o to, že jsem těhotná. Ale i proto, že jsem i matka a mám i tu zodpovědnost o nějakého tvora, a tak nechci zbytečně...Nechci zbytečně být třeba v nemocnici na nějakým rizikovým.*“

F2 a F4 změnu své role nevnímají. F2 vyjádřila, že se na novou roli těší, ale během těhotenství se nepovažuje být už matkou. F4 v rozhovoru řekla, že zatím změnu své role nevnímá a že doufá, že se to po porodu změní. F10 poznamenala: „*Už mámou jsem, jen*

budu dvojnásobnou.“ F10 tedy nevnímá, že by se její role tímto těhotenstvím výrazně změnila. F5 a F7 vyjádřily, že mají v souvislosti se změnou role strach. F5 řekla, že si neumí představit, že tuto novou roli zvládne, ale že se velice těší. F7 popsala, že se na roli matky těší, že se snaží na ni připravit. Zároveň ale řekla, že se obává toho, že tato potřeba přijetí nové role stále nepřichází.

F2, F5, F7 a F8 popsaly, jak těhotenství ovlivnilo jejich vztah s manželem. F5 řekla, že těhotenství bylo chtěné a plánované a že nevnímá změnu ve vztahu s manželem. Uvedla ale, že s manželem již *„nechodí na rande“*. F8 vnímá, že o ní manžel více pečuje, že si váží toho *„že nosím to jeho dítě“*. F2 vnímala změnu ve vztahu s manželem podobně: *„...je víc opatrný, všechno mi bere z rukou. Abych něco netahala.“* F7 v těhotenství zažívala veliké změny ve vztahu s manželem. Vztah byl ovlivněn výše uvedenými psychickými změnami ženy: *„Ta psychika dost ovlivňuje náš vztah s manželem, což nás překvapilo, protože jsme si mysleli, že to bude to nejhezčí, co spolu prožijeme. Ale zatím to tak není. Zatím je to nejhorší období, co jsme měli. Ale to se spraví, až porodím.“*

F3, F4 a F10 přímo uvedly, že se jejich rodina těší na nenarozené dítě. F3 verbalizovala, že celá její rodina byla z jejího těhotenství nadšená a že vnímá, že během těhotenství se zlepšily rodinné vztahy. Markantní změnu ve vztazích zažila F4 se svou kamarádkou. Tato změna byla vyvolána hlavně tím, že F4 v těhotenství přestala žít stylem života, kterým žila před otěhotněním. Změnu v sociálních vztazích označila v těhotenství jako nejnáročnější. F4 přestala chodit na diskotéky, do klubů a na koncerty. Také přestala konzumovat alkohol. Konkrétně se tento nový návyk promítl do předchozích přátelských vztahů. F4 popisovala, že její nejlepší kamarádka za ní během těhotenství ani jednou nepřišla na návštěvu. F4 má pocit, že jejich kamarádství stálo pouze na alkoholu. Řekla: *„...a přišlo mi, že teď nemám cenu, když nemůžu pít.“* Tato zkušenost tuto ženu vedla k uvědomění si, jak jsou vztahy v rodině důležité. Řekla, že si dříve neuvědomovala důležitost širší rodiny. Během těhotenství se však změnila její potřeba mít funkční vztahy právě i v širší rodině. Poté dodala: *„Že mi ségra řekne, že se na malou těší – to mě fakt dojíká, že vám to ty lidi tak přejou. Tohle je fakt důležité.“* F4 je za toto uvědomění si důležitosti rodiny velice ráda. Řekla, že k tomu, aby ocenila, jak je rodina důležitá, musela dospět. F6 se smutkem sdělila, že těhotenství ovlivňuje vztah k jejímu již narozenému dítěti. Popisovala, že únava a celkové fyzické změny, především rostoucí břicho, ji omezují v pohyblivosti. Udávala, že již není schopná být aktivní, když si například její syn hraje na dětském hřišti, nemůže si k němu pohodlně

sednout nebo lehnout, když si hraje doma na zemi. Tato změna je pro ni v celém těhotenství nejtěžší.

F1 popsala, jak vnímá svou změněnou roli ve společnosti. Velice jí překvapilo, že když nastoupí do městské hromadné dopravy, tak ji nikdo nepustí na sedadlo. F5 měla stejné postřehy jako F1. Říká, že ji překvapil přístup společnosti k těhotné ženě. Řekla, že očekávala, že přístup lidí k těhotné ženě bude daleko vstřícnější.

4.1.9 Sexualita a reprodukční schopnost

Tato podkategorie se zaměřuje na sexualitu v těhotenství. Popisuje změnu libida a důvody pro tuto změnu. F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9 a F10 shodně uvedly, že se v těhotenství změnil jejich sexuální život a že se frekvence pohlavního styku snížila.

Jediná žena, která uvedla pozitivní změnu v této oblasti byla F8. Popsala, že si v těhotenství připadá přitažlivější a více „sexy“. Toto změněné vnímání sama sebe však neovlivnilo její sexuální život. F8 v prvním trimestru neměla dva měsíce pohlavní styk, a to hlavně kvůli nevolnostem. Dále pokračovala tím, že nyní s manželem opět sexuálně žijí. Upřesnila ale, že frekvence pohlavního styku je nižší než před otěhotněním, a to zejména kvůli únavě. K tomu dodala: *„Takže musíme tak jako vymýšlet...jakože se změnil ten rytmus, kdy se setkáváme kurčitým aktivitám. Na což je skvělá práce z domova, že jo. Prostě polední pauzy o trošku delší.“* F1 řekla, že na začátku těhotenství nechtěla mít sex, protože jí bylo často nevolno. Poté F1 uvedla, že následoval krátký časový úsek, kdy její břicho ještě nebylo tak omezující, a tedy pohlavně žila. Nyní, ve 27. tt, si podle jejích slov připadá *„velrybí a nepřitažlivá“*. O této změně v oblasti sexuality však F1 dále řekla, že se pro ni jedná o zásadní změnu a velice špatně se s ní vyrovnává. Řekla, že vnímá, že z důvodu snížené frekvence pohlavního styku se jí změnil vztah s jejím partnerem. Uvedla, že je pro ni náročnější dávat manželovi najevo svou lásku, když s ním nemůže mít sex. F2 doslova řekla, že její sexuální život s manželem je *„řidší“*.

F1, F4, F5 a F6 v rozhovoru jasně uvedly, že si připadají nepřitažlivé. F4 je ráda, že dokáže *„vstát z gauče“* a je vděčná, že ji *„nikdo neotravuje“*. Dále se svěřila, že již dva měsíce neměla s manželem sex. F6 se k tomu tématu vyjádřila takto: *„Nevím, zda by mi to bylo příjemné v tom stavu, v jakém jsem, a také nevím, zda bych se líbila partnerovi,*

je tam divný blok.“ Dále zmínila, že je ale vděčná svému muži, že na ni nevyvíjí nátlak, že spolu musí mít sex. F5 se vyjádřila, že má strach, jak bude vypadat její pohlavní život, když již bude matkou. Od 27. tt pohlavně nežije se svým manželem a má strach, že po porodu se zásadně změní jejich role a bojí se, že již nebudou „milenci“, ale jen „máma a táta“. F5 se nechce smířit s představou, že by se frekvence pohlavního styku měla snížit.

F3 a F9 během těhotenství nemají pohlavní styk. F3 nemůže uspokojovat svou sexuální potřebu, protože má rizikové těhotenství – hrozící předčasný porod. O sexualitě mluvila takto: „*Mám to celé těhotenství zakázané. Co si budeme, někdy je to těžké, ale dokážu to nějak ovládat.*“ Dále ale řekla, že pro jejího partnera je tato změna velice náročná, a tak se oba těší, až těhotenství skončí a budou moci spolu zas pohlavně žít. F9 má strach pohlavně žít z důvodu předcházejícího samovolného potratu. F2, F4, F5, a F10 měly během těhotenství strach pokračovat v pohlavním životě. F2, F4 a F10 však dokázaly nad strachem zvítězit nebo se jim povedlo strachu zbavit. A tak i přesto, že měly na začátku těhotenství strach pohlavně žít, nakonec sex během těhotenství mají. F5 popisovala, že během prenatální poradny ve 27. tt, jí lékařka vyšetřila a sdělila jí, že jí hrozí předčasný porod. Jelikož předchozí noc měla F5 s manželem pohlavní styk, začali se bát dále sexuálně žít. F5 dále pokračovala: „*Takže jsme pak začali mít takový sexuální půst. Takže to jako není takové ideální a já cítím, že ten muž, že mu to jako chybí. No, mě jako taky, ale je to jiný, protože já jsem jako velká, tlustá a člověk se na to už jako necítí.*“ F10 se také vyjádřila, že na začátku těhotenství měla strach ze stejného důvodu. Dále však řekla, že po třetím měsíci těhotenství dokázala odbourat strach a s manželem začali pohlavně žít.

4.1.10 Stres a zvládání, tolerance

Tato podkategorie se zabývá potřebou zvládání stresu v těhotenství. Také pojednává o tom, jak stres působí na těhotné ženy.

F1, F8, F9 a F10 řekly, že se jim v těhotenství v této oblasti potřeby významně nezměnily. F8 vnímá, že když začne pociťovat stres, tak si vědomě řekne, ať je více v klidu. Snaží se tedy stresovat méně. F9 uvedla, že také nezažívá vyšší míru stresu a nepřipadá jí, že by prožívala úzkost. F10 měla se stresem v těhotenství podobnou zkušenost: „*Smýšlení mám jiné, dřív byly věci, které mě víc rozhodily. Ted' se nějak*

umím od věcí oprostít. Dřív jsem se víc zabývala nějakýma věcmi a teď už to nedělám. A v práci jsem to pocítila. Jsem si vždycky řekla, že se to nějak vyřeší.“ F1 popsala, jak na stres reaguje její tělo. Vypověděla, že když pocítuje stres, tak cítí, že jí tvrdne břicho a má pocit, že plod začne více kopat. Tyto fyzické projevy F1 vždy upozorní a ona se poté již snaží nebýt tolik ve stresu.

F2, F3, F5 a F7 uvedly, že v těhotenství zažívají stres jinak než před otěhotněním. F5 řekla, že v těhotenství měla hodně starostí v práci. Uvedla, že si myslela, že když pracuje v ženském kolektivu, tak k ní nadřizené a spolupracovnice budou v těhotenství mírnější a nebudou jí zadávat tolik práce. F5 řekla, že jí často stresuje i pomyšlení na to, že stres, který prožívá, může negativně ovlivnit vývoj plodu. F7 zažívá stres z psychických změn, kterými si v těhotenství prochází. F2 nevnímá změnu v prožívání stresu v souvislosti s těhotenstvím, spíše mluvila o strachu, který prožívá v souvislosti s hrozícím předčasným porodem. F2 ale zažívá stres ze situace, která nyní panuje ve světě: *„Spíš ten stres z té války asi teďka, tak poslední měsíc byl takovej hodně špatnej, protože tam máme rodinu, takže je to takový hodně osobní.“* F3 zažívá podobnou situaci. Její přítel má rodinu na Ukrajině a nyní u nich bydlí jeho babička a dvouletá sestřenice. F3 popsala, jak se cítila v době, kdy její přítel odjel na Ukrajinu pro své příbuzné: *„To jsem čtyři dny byla úplně na nervy....Takže to bylo takový...stres docela slušnej. Nebylo to nic příjemného.“* Pro F2 a F3 tedy samotné těhotenství není stresovým faktorem. Stres zažívají v souvislosti tím, co se děje ve světě. F2 a F3 ale řekly, že stres snáší hůře než před těhotenstvím.

4.1.11 Víra a životní hodnoty

Tato podkategorie pojednává o hodnotách v těhotenství. Zaznamená změny životních hodnot, zda nějaké během těhotenství nastávají.

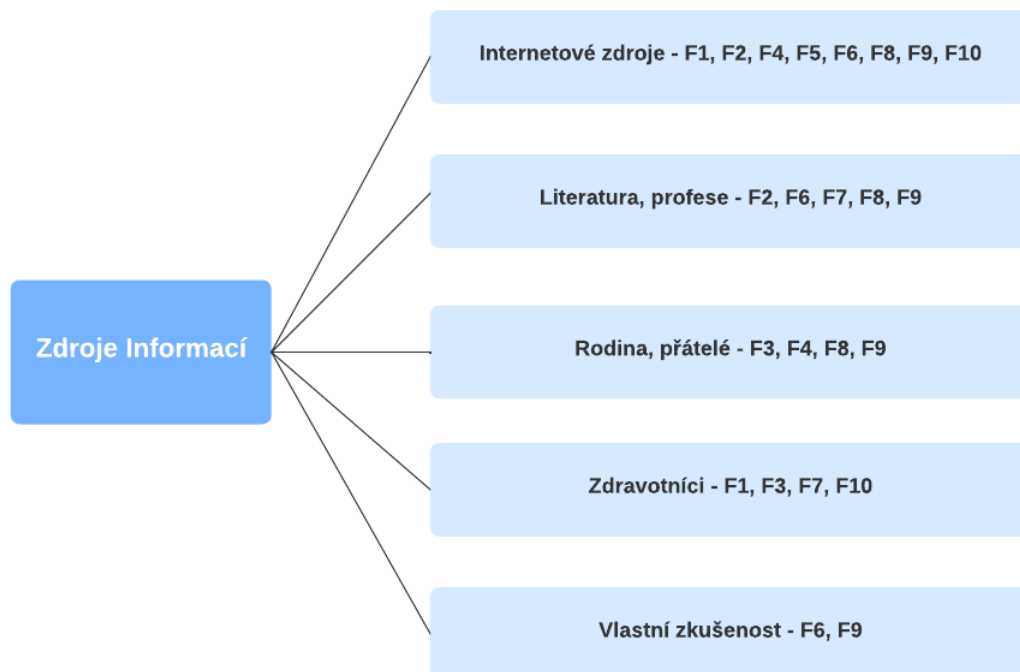
F1, F2, F7, F8, F9 a F10 neznamenal, že by v těhotenství měly potřebu měnit své hodnoty nebo přehodnocovat, v co věří. F3 a F4 popsaly, že přehodnotily své postavení. Dříve měly na prvním místě sebe. F4 dále uvedla, že začala jinak vnímat svou rodinu: *„Člověk se furt za něčím žene, práce, a i kdyby i kamarádi, ale rodina je fakt nejdůležitější. To jsem zjistila až teď v těch třiceti, předtím to byla taková automatika. Člověk k tomu musí dospět.“* Tato žena tedy díky těhotenství změnila své životní

hodnoty. F5 v rozhovoru řekla, že je nevěřící a v těhotenství se to nezměnilo, mnohem víc ale vnímá, že těhotenství je dar. F6 situaci popisuje stejně, a to z důvodu předchozího zamlklého potratu. F8 popsala, že je nyní více hrdá na své tělo a je mu vděčná, že dokáže zvládnout něco tak obdivuhodného, jako je těhotenství.

4.2 Zdroje informací

Druhá kategorie popisuje, kde těhotné ženy získávají informace o změnách potřeb v těhotenství (Graf 2). Tato kategorie uvádí, že ženy čerpají informace z internetových zdrojů. Následně popisuje, že zdrojem informací je pro ženy literatura a jejich profese, poté rodina a přátelé. Dále pak uvádí, že těhotné ženy čerpají informace od zdravotníků a z vlastních zkušeností.

Graf 2: Zdroje informací



Zdroj: Vlastní

F1, F2, F4, F5, F6, F8, F9 a F10 uvedly, že informace o změnách v těhotenství hledají na internetu. F1 sledovala zejména instagramové profily porodních asistentek. F2 hledala stránky, kde na otázky odpovídají lékaři. Občas se informovala i na fórech, tedy internetových diskuzích, eMimino a Modrý koník. To ale doplnila: „*Ale to беру hodně s rezervou. Tam jsou takové názory, že jo. To jenom, spíš jako třeba ta zácpa, nebo něco, když jsem potřebovala tu rychlou pomoc, tak jsem hledala, jestli už se to někomu stalo a co dělal. A spíš najdete na fórech.*“ F4 se také snažila hledat informace na stránkách, na kterých odpovídají lékaři. Občas ale, stejně jako F2, zkusila hledat i na

fórech, na kterých psaly své zkušenosti matky. To okomentovala takto: „*Ale tam vždycky psaly nějaké hrůzy, tak jsem si to raději mazala z paměti. No, lepší to nečíst, ale já si vždycky dokázala vybrat to, co jsem potřebovala.*“ F5 se cíleně vyhýbala výše zmíněným fórům. Tato žena čerpala informace zejména z podcastů. Poslouchala hlavně Pidi lidi, Příběhy zrození a Pediatrie na vlastní kůži. Dále si četla na stránkách Porodnice.cz, aby porozuměla základním pojmům. Také sledovala instagramový profil mojeporodniasistentka. F6 řekla, že má hodně kamarádek, které již byly těhotné a mohly by jí poradit, ale je pro ni jednodušší hledat odpovědi na otázky na internetu. Tato žena také využívá aplikaci Těhotenství plus, kterou používala i při prvním těhotenství. F8 se snažila nečíst výše zmíněná fóra. Občas navštěvuje odborné stránky týkající se těhotenství. F9 informace o těhotenství zjišťovala na internetu stejně jako F8. F10 stejně jako F6 používala aplikaci Těhotenství plus. Dále pak zjišťuje informace na webech, ke kterým má důvěru. Také ale řekla, že i přesto, že nemá ráda servery Modrý koník a eMimino, občas na nich informace hledala. Řekla, že chtěla vědět, jaké mají ženy zkušenosti.

F8 a F9 četly knihy o těhotenství. F8 řekla: „*Ted' čtu knížku o tom hypnoporodu, což mi přijde skvělý, protože jsem chtěla vědět, oni tam jako fyziologicky vysvětlují ty věci. Ale většina těch věcí není ozdrojovaných, takže to většinou přeskakuju. Snažím se to mít hodně ozdrojované.*“ F9 řekla, že má vypůjčené knížky z knihovny o těhotenství a porodu. F2 si zakoupila knihu, která se však nezabývá těhotenstvím, ale následnou péčí o novorozence. F6 v těhotenství knihy nečetla, ale vypověděla, že těhotenství ji od dětství zajímalo. Má dostatek informací z mládí, kdy si četla mnoho knih o těhotenství. F7 vystudovala porodní asistentku. Většinu znalostí tedy získala vzděláním a profesí, kterou vykonává.

F3 a F4 řekly, že když něco neví, ptají se svých matek. F3 je nejstarší ze čtyř sourozenců. Nejmladšímu bratrovi je pět let, a tak si tedy F3 pamatuje, jak její matka toto těhotenství prožívala. Čerpá tedy informace i ze svých vzpomínek a zkušeností. F4 vyjádřila svůj obdiv nad svojí matkou, že si toho z těhotenství tolik pamatuje, když to je od jejího posledního těhotenství tak dlouho. Od ní se tedy dozvídá většinu věcí, které chce vědět. F4 má švagrovou, která je již matkou. I ona je pro ni velkým zdrojem informací. F8 a F9 uvedly, že se často dotazovaly svých kamarádek. F8 řekla, že se často ptá své kamarádky, která má již tři děti. F9 také čerpá ze zkušeností dalších žen.

F1, F3 a F10 řekly, že informace čerpají od svého gynekologa, F7 od soukromé porodní asistentky. F1 uvedla, že její doktorka je velice otevřená a při prenatálních poradnách s ní rozmlouvá a odpovídá jí na veškeré dotazy. F3 se v případě nejasností obrací na doktora. Uvedla k tomu: *„Když nevím něco a mamka to taky neví, tak se pak přímo ptám doktora. Si myslím, že je to lepší, než vyzvídat od sestřiček. Co si budeme, doktor je doktor.“* F10 se také informuje u svého obvodního gynekologa. F7 během těhotenství dochází na konzultace k porodní asistentce, od které získává informace.

F6, F9 zmínily, že zdrojem informací jim byly vlastní zkušenosti z předchozích těhotenství.

5 Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak těhotné ženy řeší změny v oblasti potřeb. Těhotenství je období, které průměrně trvá čtyřicet týdnů. V ženě těle dojde k oplodnění a následnému vývoji plodu (Hájek et al., 2014; Gregora a Velemínský, 2017). Tělo dále prochází fyzickými a psychickými změnami, které poté vedou ke změně potřeb (Bašková, 2015). Aby bylo dosaženo zadaného cíle a zjištěno, jak ženy řeší změny v oblasti potřeb, bylo zapotřebí nejprve zjistit, jaké změny potřeb ženy v těhotenství zažívají. Z tohoto důvodu se velká část výzkumu zabývá právě nově vzniklými potřebami v těhotenství.

Z výzkumu vyplynulo, že ženy nezanedbávají pravidelné návštěvy v prenatalních poradnách. Lze říci, že těhotenstvím se ženám může měnit pohled na zdravotnickou péči. F2, F3, F5 a F9 se v rozhovorech totiž vyjádřily, že nerady navštěvují zdravotnická zařízení. Během těhotenství však navštěvovaly prenatalní poradny pravidelně. Během prenatalních poraden jsou ženám prováděna pravidelná vyšetření, do kterých podle Roztočila et al. (2020) patří sběr anamnézy, měření tlaku krve a hmotnosti, chemické vyšetření moči, bimanuální vaginální vyšetření a detekce vitality plodu. V prenatalní péči jsou zahrnuta i nepravidelná vyšetření (ultrazvukové screeniny, laboratorní vyšetření, orální glukózový toleranční test, u RhD negativních žen antepartální profylaxe RhD aloimunizace a vyšetření GBS) (Sbírka doporučených postupů č.1/2021). Hudáková a Kopáčiková (2017) upozorňují, že je vhodné, aby žena byla v těhotenství vhodně edukována. Bašková (2015) uvádí, že je vhodné edukovat ženu o vyšetřeních, která jsou jí v prenatalní poradně prováděna. Ukázalo se, že ne všechna vyšetření jsou ženám vhodně vysvětlována. F5 v rozhovoru uvedla, že jí „*vaginální vyšetření nic nepřináší*“. Je tedy zřejmé, že tato žena nebyla efektivně edukována o vaginálních vyšetřeních v těhotenství. F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F9 a F10 navštívily v těhotenství zubního lékaře. Podle Gregory a Velemínského (2017) je vhodné zubního lékaře během těhotenství navštívit. F1, F2, F3, F4, F5, F6 a F8 se v těhotenství umocnila potřeba se více starat o sebe samu.

Z výzkumu je patrné, že většina těhotných žen je schopná se vyrovnat se změnou ve výživě. Pro některé z nich to byla příležitost začít jíst zdravěji. Pro F9 bylo v těhotenství nejvíce překvapivé, že ztratila chuť na čokoládu, kterou před otěhotněním jedla každý den. Některé naopak bojovaly s tím, že jim v těhotenství zdravě jíst nešlo. Bylo

zarážející, že F2, F4, F5, F7 během těhotenství pily kávu, ačkoliv věděly, že v těhotenství není její pití doporučováno. Gregora a Velemínský (2020) uvádí, že káva je v těhotenství zcela nevhodná. Také studie z roku 2017 ukazuje, že konzumace kávy může mít účinky na plod. 300 mg kávy (tj. 3 šálky) zvyšují riziko spontánního potratu (Lyngsø et al., 2017). Ještě překvapivější bylo zjištění, že F1, F5 a F7 v těhotenství pijí alkohol. Sharma et al. (2018) popisují, že alkohol v těhotenství může u plodu způsobit dysfunkci mozku nebo srdce. Dušová et al. (2019b) ho také označují jako nevhodný nápoj.

K dalším změnám v těhotenství patří potřeba vylučování. Ve výzkumném vzorku trpěla nevolnostmi F1, F2, F3, F5, F6, F7, F8 a F10. Tyto ženy verbalizovaly, že tato změna je velice omezovala. F3 dokonce řekla, že se v těhotenství dokázala vypořádat s každou změnou, až na nevolnosti. Žádná z nich ale neřekla, že užívala zázvor jako antiemetikum, což doporučují Samavati et al. (2017). Bylo by tedy vhodné těhotné ženy edukovat o účincích zázvoru. F1, F2, F4, F5, F8, F9 a F10 v těhotenství upravily svůj jídelníček. Koroun et al. (2020) uvádějí, že 40 % těhotných žen trpí zácpou. Z žen ve výzkumném souboru trpěla zácpou F2, F4, F8 a F10. Pro F2 byla tato změna v potřebě vylučování nejvíce omezující a zhoršovala jí kvalitu života. Uvedla, že tuto potřebu převážně řešila zaváděním glycerinových čípků. Užívání čípků však F2 nekonzultovala se svým lékařem. Podle příbalového letáku léčiva Suppositoria glycerini (2018) lze zmíněné čípky v těhotenství užívat. Je ale doporučeno se o jejich užívání nejprve poradit s ošetřujícím lékařem (Suppositoria glycerini léčiva, 2018). F4 řešení zácpy hledala ve vyšší konzumaci vlákniny a příjmu tekutin. Tato režimová opatření také doporučuje Binder (2020). F1, F2, F3, F4, F5, F7, F9 a F10 v těhotenství udávalo častější potřebu na močení. Tato změna je popsána Baškovou (2015), Hudákovou a Kopáčikovou (2017), a je dána fyziologickými změnami v těhotenství. F5 a F7 si stěžovaly, že je potřeba na močení budí v noci. Zvýšenou frekvenci probouzení se v noci potvrzují Neau et al. (2009), který ve své studii uvádí, že 75 % žen se v těhotenství budí častěji než před otěhotněním. Definuje, že tato potřeba je zvýšena nejen častým močením, ale i pohyby plodu, bolestmi zad a syndromem neklidných nohou.

F2, F3, F4, F7 a F8 byly v těhotenství méně aktivní než před těhotenstvím. F3 v těhotenství z důvodu hrozícího předčasného porodu nemohla cvičit a být aktivní. To odpovídá doporučení Roztočila et al. (2017), kteří uvádí, že ženy, kterým hrozí

předčasný porod, by neměly být fyzicky aktivní. F7 musela v těhotenství opustit své oblíbené sporty – jízdu na kole a lyžování. Bašková (2015) upozorňuje na tyto sporty a označuje je jako nevhodné. Za vyhovující aktivitu v těhotenství označuje chůzi, kterou také doporučuje jako nejvhodnější pro ženy, které před otěhotněním nebyly fyzicky aktivní. Hudáková a Kopáčiková (2017) uvádějí, že v těhotenství je vhodné chodit na těhotenská cvičení. Právě F9 a F10 začaly být v těhotenství aktivnější. F9 chodila více na procházky. F10 začala navštěvovat těhotenská cvičení. Výzkumem bylo tedy potvrzeno tvrzení Roztočila et al. (2017), že některé ženy sníží svou tělesnou aktivitu a jiné naopak zvýší.

Z výzkumu vyplynulo, že F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9, F10 se v těhotenství navýšila potřeba spánku. F1, F2, F4, F6 a F7 uvedly, že jsou v těhotenství více unavené a že tato změna je velice omezující. F5, F8, F9 a F10 řekly, že více spaly v průběhu prvního trimestru, ale následně se tato potřeba upravila a potřeba spánku již nebyla tak vysoká, jako během prvního trimestru, který byl z tohoto důvodu velmi náročný. F3 na rozdíl od ostatních řekla, že první trimestr nemohla vůbec spát, ale že nyní je velice unavená. Z rozhovorů bylo zřejmé, že ženy únava velice omezuje. Hudáková (2010) uvádí, že únava patří k časným projevům v těhotenství. Těhotné ženy jsou více unavené z důvodu hormonálních a metabolických změn. Dále doporučuje, aby těhotné ženy dbaly na to, aby více spaly a odpočívaly. F5 v těhotenství zažívala v zaměstnání únavu a nedokázala tedy vykonat takovou práci jako před otěhotněním. F6 se kvůli únavě změnil vztah se synem, F7 zažívala prudké výkyvy nálad, které jistě mohly souviset s vyšší mírou únavy a F8 byla velice málo pohybově aktivní.

F4, F8 a F10 v těhotenství zažily změnu ve vnímání pachů. F4 i změnu v chuti. Tato změna potřeb je fyziologická a popisuje ji Gregora a Velemínský (2017) a Slezáková et al. (2017). Ženy také během těhotenství vnímaly různé druhy bolesti, například bolesti hlavy a bolesti zad. Tyto symptomy v těhotenství uvádějí Čepický et al. (2018). F1 a F9 také pociťovaly bolest v jizvě po císařském řezu. F5 trápí oteklé nohy. Roztočil et al. (2017) popisuje, že ve třetím trimestru těhotenství těhotné ženy mohou mít oteklé nohy z důvodu křížení iliické žíly a tepny. F1 a F8 v rozhovoru mluvily o pohybech plodu. F8 o nich mluvila s údivem, jako o důkazu toho, že je opravdu těhotná. F8 si stěžovala, že pohyby plodu ji nutí častěji na močení. F2 pohyby plodu dokonce děsí, nemá ráda ten pocit pohybu v břiše. Slezáková et al. (2017) popisují, že žena v těhotenství vnímá pohyby plodu. F8 má pocit, že „*má nějakou poruchu mozku*“, že

nedokáže přemýšlet tak, jako před těhotenstvím. Weiss et al. (2010) a Roztočil et al. (2017) popisují tuto změnu a uvádějí, že žena v těhotenství může mít poruchou paměti, soustředění a učení. Tento stav se nazývá benigní těhotenská encefalopatie. F8 se v těhotenství také změnil její psychický stav. Před otěhotněním chodila již 4 roky a měla psychické problémy – měla úzkosti a nedokázala přijmout sama sebe. V těhotenství se však její stav zlepšil a ona již neužívá medikaci, kterou měla před otěhotněním. F7 naopak v těhotenství zažívá velice výrazné zhoršení psychického stavu. Je výbušná, nedokáže kontrolovat své reakce, a tak během těhotenství musela začít docházet na psychoterapii. Z této změny je F7 velice nešťastná a uvědomuje si, že tato změna ovlivňuje vztahy s blízkými lidmi.

Výzkumné šetření ukázalo, že ženino sebepojetí se během těhotenství mění. Mnohé z dotazovaných žen mluvily o tom, jak vnímají tělesné změny týkající se těhotenství. Dušová et al. (2019b) popisují, že některé ženy se v těhotenství nedokáží smířit se svým změněným obrazem těla. F1 a F7 řekly, že se nesmířily s tím, jak se jejich tělo v těhotenství proměnilo. F4 prožívala období, ve kterých se jí střídalo přijetí sama sebe a pocity, kdy si nepřípadala hezká. Řekla, že se vnímala méně hezká v době, kdy s manželem přestali mít pohlavní styk. Wilhelmová et al. (2021) tvrdí, že sebedůvěra ženy je velice ovlivněna tím, jestli ji partner podporuje. Naopak F8 si v těhotenství dokonce připadala krásnější a zvýšilo jí to sebevědomí. Zajímavým výsledkem bylo, že F3 a F4 jsou méně sobecké než před otěhotněním. F1, F2, F3, F4, F5, F7 a F8 popsaly, že zažívá vyšší míru strachu, a to hlavně v souvislosti s průběhem těhotenství, porodem nebo péčí o novorozence. Tyto obavy z těhotenství, porodu a mateřství také popisují Roztočil et al. (2017).

Bašková (2015) a Roztočil et al (2017, 2020) popsali adaptační mechanismus, kterým ženy během těhotenství prochází. Je zajímavé, že výzkumem nebyl tento mechanismus potvrzen. Žádná z dotazovaných žen nepopsala proces, který by připomínal celý po sobě jdoucí adaptační mechanismus. Cílem první fáze adaptačního mechanismu je těhotenství přijmout. F1, F2, F3, F4, F5, F6, F7, F8, F9 a F10 v rozhovoru nevedly, že by měly problém těhotenství přijmout. Touto fází se tedy prošly. Žádná z dotazovaných žen se však ani nezmínila o ničem podobném, co by napodobovalo fázi hraní role, kdy žena vyhledává kontakt s dětmi. Třetí fází si některé ženy prošly. F3 popisovala, že se jí mění pohled na věci okolo ní, dívá se na ně více jako matka. F1 zmínila, že má více strach o sebe, ale zejména proto, že již matkou je. Vnímá, že má zodpovědnost za svého

syna a nechce, aby se jí přihodilo něco zlého. Žádná z žen však nemluvila o tom, že by o svém dítěti snila. Možná se jedná o velmi intimní věc, a ženy ji tedy nezmiňovaly. Několik žen si také prošlo introjekcí. Přijímaly rady od svých kamarádek, které již jsou matkami. Projekce, tedy fáze, kdy si žena sama sebe představuje jako matku se též neobjevila u všech žen. F3 se vyjádřila, že se sama na sebe snaží dívat jako na matku. F8 řekla, že se jako matka již vnímat začala. F2 a F4 popisovaly, že změnu role zatím nevnímají. F5 a F7 měly dokonce strach, že žádná změna ve vnímání nové role stále nepřišla. Výzkum však nebyl zaměřen v první řadě na tuto problematiku – potvrdit či vyvrátit tento mechanismus. Je tedy pravděpodobné, že bližším výzkumem a vhodně kladenými otázkami by byl výše zmíněný adaptační mechanismus potvrzen. Slezáková et al. (2017) upozorňují, že se během těhotenství mohou měnit i vztahy s okolím. F2 a F8 popisovaly, že se jim pozitivně změnil vztah s manželem. F7 však uvedla, že vlivem psychických změn nyní s manželem zažívají nejhorší období jejich vztahu, přestože těhotenství bylo chtěné. F6 popsala, že těhotenství změnilo vztah s jejím dítětem. Tato informace byla velice zajímavá. Žena se totiž vlivem fyzických změn – zvětšující se dělohou a únavou, není schopná tolik věnovat svému dvouletému synovi. F4 se markantně změnil vztah s její nejlepší kamarádkou. F1 a F5 byly překvapeny, jak společnost reaguje na jejich těhotenství. Obě předpokládaly, že lidé budou mít větší pochopení a budou k nim více ohleduplní, když jsou těhotné. F5 očekávala, že v zaměstnání nebude vykonávat takové množství práce jako před otěhotněním. F1 překvapilo, že jí v městské hromadné dopravě lidé automaticky neuvolní sedadlo, ale že je musí poprosit.

Z výzkumu vyplynulo, že všem ženám se v těhotenství proměnila potřeba sexuality. Sexuální život většiny žen kopíroval popis Dušové et al. (2019b). Ta uvádí, že žena během prvního trimestru může ztratit zájem o pohlavní styk. To se ve výzkumu potvrdilo u všech žen. F1, F2, F4, F8 a F10 potvrdily, že ve druhém trimestru se touha po sexuálním styku zvyšuje a že ve třetím opět klesá. Žádná z žen však neuvédla, že by během těhotenství zažívala větší touhu po sexuálním styku. To je v rozporu s tvrzením Dušové et al. (2019b). Pouze F8 si připadala v těhotenství atraktivnější. Popsala, že pro ni byla rychle rostoucí prsa největším změnou v průběhu těhotenství. F1, F4, F5 a F6 se svěřily, že si v těhotenství připadají nepřitažlivé. Tento změněný obraz v oblasti sexuality, kdy si ženy připadají nepřitažlivé a stydí se za sebe, popisuje také Gregora a Velemínský (2017) a Dušová et al., (2019b). Velice důležitá je v této oblasti také

edukace. Roztočil et al. (2020) popisují, že je důležité, aby byla žena poučena o tom, že v průběhu fyziologické gravidity lze mít pohlavní styk. Je pravděpodobné, že některé ženy nebyly v této oblasti edukovány. F9 zmínila, že má strach, protože první těhotenství skončilo samovolným potratem, a tak s manželem nemá sexuální styk celé těhotenství. F5 při popisu jedné z návštěv u lékaře popsala, že ji lékař informoval o hrozím předčasném porodu, ale neřekl jí, zda mohou s manželem pohlavně žít. Manželé pak následně dostali strach a od té doby již neměli sex. Naopak F3 jasně řekla, že v těhotenství má pohlavní styk od lékaře zakázaný.

F1, F8, F9 a F10 v rozhovoru uvedly, že stres neprožívají více než před těhotenstvím. Naopak řekly, že se stres snaží více odsouvat, a tedy jej prožívají méně. F2, F3, F5 a F7 uvedly, že stres prožívají v těhotenství jinak. Mei et al., 2021 uvádí, že covidová pandemie ovlivňuje prožívání stresu žen v těhotenství. V těchto dnech již však covid 19 není zdrojem stresu pro těhotné ženy. Celosvětovým problémem a tím, co těhotné ženy stresuje, je válka na Ukrajině. Mluvily o tom dvě ženy - F2 a F3. Jejich partneři jsou Ukrajinci, a mají tedy na Ukrajině rodinu. F3 popsala, že na počátku konfliktu nemohla vůbec spát. Řekla, že když její přítel odjel na Ukrajinu pro svou rodinu, byla ve velikém stresu.

Dále ve výzkumném šetření vyšlo najevo, že se v těhotenství ženám zlomově nemění jejich hodnoty ani vyznání. F3 a F4 vlivem těhotenství začaly být méně sobecké. F4 popsala změnu ve vnímání své rodiny. V těhotenství si uvědomila, rodina je důležitější než práce a kamarádi, kterým před otěhotněním věnovala většinu času.

Nakonec se výzkum zabýval tím, kde ženy získávají informace o změnách potřeb v těhotenství. Ženy se informovaly na internetu, v literatuře, u rodiny a přátel, dotazovaly se zdravotníků či se řídily vlastními zkušenostmi. Nejhojnější zastoupení u žen měly internetové zdroje. Tuto možnost využila F1, F2, F4, F5, F6, F8, F9 a F10. F2, F4, F8, F9 a F10 řekly, že často navštěvovaly internetové stránky, kde na dotazy odpovídají lékaři. F2, F4 a F10 poznamenaly, že občas hledají informace na fórech eMimino a Modrý koník. F6 a F10 využívaly aplikaci Těhotenství plus. F1 a F5 se informovaly na instagramových profilech. Nejmenší zastoupení v internetových zdrojích měly podcasty. Informace z nich čerpala F5, a to konkrétně z podcastů Pidi lidi, Příběhy zrození a pak Pediatrie na vlastní kůži. Dále ženy využívaly literaturu nebo svou profesi. Knihy v těhotenství četla F2, F8 a F9. F6 uvedla, že v dospívání četla

několik knih o těhotenství a mateřství a že nyní čerpá z těchto v minulosti nabitých vědomostí. F7 je porodní asistentka, a tedy čerpala informace ze svého vzdělání a profese. Třetím nejčastějším zdrojem informací byla rodina a přátelé. F3 a F4 čerpaly velké množství informací od svých matek a švagrové. F8 a F9 od svých kamarádek. Dalším uváděným pramenem informací byli zdravotníci. Konkrétně F1, F3 a F7 se dotazovaly zdravotníků. Bylo zajímavé, že ženy, které v rozhovorech uvedly, že mají domluvený doprovod k porodu se soukromou porodní asistentkou, ji nezmínily jako zdroj informací. Výjimkou byla F7, která porodní asistentku uvedla. Bylo zarážející, že F3 uvedla, že by ji nenapadlo se zeptat porodní asistentky v gynekologické ambulanci, kdyby něco potřebovala vědět. Poslední definovanou oblastí, kde ženy získávaly informace, jsou vlastní zkušenosti. Tento zdroj informací uvedla pouze F6 a F9. F1 a F10 neuvedla, že informace čerpají z předchozích těhotenství, přestože jsou to také obě primipary.

6 Závěr

Těhotenství je období v životě ženy, které je plné očekávání. Zároveň je ale náročnou životní situací. V těhotenství žena zažívá významné změny, které ji do značné míry ovlivňují a častokrát i znepríjemňují život. Tato bakalářská práce má název „*Změna potřeb u ženy v těhotenství*“. Cílem práce bylo zjistit, jak těhotné ženy řeší změny v oblasti potřeb.

Teoretická část bakalářské práce popisovala, jak se v těhotenství mění ženiny potřeby. Pro systematický postup při popisování jednotlivých oblastí potřeb byl vybrán ošetrovatelský model Marjory Gordonové, který v sobě zahrnuje jedenáct vzorců zdraví. Jedna kapitola teoretické části se také zaměřila na roli porodní asistentky v uspokojování potřeb těhotných žen.

Cílem praktické části práce bylo zjistit, jak těhotné ženy řeší změny v oblasti potřeb. Byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Kvalitativní metodou polostrukturovaných rozhovorů bylo na tyto otázky odpovězeno.

První výzkumná otázka byla zaměřená na to, jakou potřebu těhotné ženy vnímají jako nejvíce problematickou z hlediska uspokojení. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že pro F1, F2, F3, F4, F4, F5, F6, F7, F8, F9 a F10 bylo náročné přijmout změny v potřebě odpočinku a spánku. Zejména F1, F2, F4, F6 a F7 byly v těhotenství velice unavené. F1, F2, F3, F4, F4, F5, F6, F7, F8, F9 a F10 uvedly, že se jim v těhotenství snížila frekvence pohlavního styku. F1 vnímala, že je nemožné v těhotenství uspokojit sexuální potřeby. F5 a F7 uváděly jako problematickou častější potřebu na močení, a to zejména v noci, kdy jim ovlivňovala kvalitu spánku. F2 měla celé těhotenství zácpu, a bylo pro ni tedy problematické uspokojit potřebu vylučování. F3 stále zažívala úzkost z důvodu hrozícího předčasného porodu. Nejtěžší pro ni ale bylo vypořádat se s pocity nevolnosti v průběhu těhotenství. F1 a F7 poukazovaly, že v těhotenství bylo náročné se vypořádat se změnou svého těla. Další významnou změnou, kterou pro F7 nebylo lehké uspokojit a vyrovnat byla změna v psychickém prožívání. V těhotenství také nebylo pro ženy lehké uspokojit sociální potřeby. Pro F4 bylo náročné období, kdy přestala chodit do práce a netrávila již tolik času ve společnosti. Pro F6 bylo těžké uspokojit potřebu role matky u svého syna.

Druhá výzkumná otázka se zabývala tím, na koho se těhotné ženy nejčastěji obrací, když mají problém s uspokojováním potřeb. Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že ženy pro získávání informací nejčastěji využívají internet. Čerpají z internetových stránek, aplikací pro těhotné a instagramových profilů, které se věnují tématu těhotenství. F5 dokonce zmínila, že poslouchá podcasty. Dalším zdrojem je literatura a vlastní profese. Dále se ženy v případě problémů obrací na svou rodinu, zejména matku, a své kamarádky. Z rozhovorů dále vyplynulo, že ženy pokládají otázky svým ošetřujícím lékařům gynekologům. Nakonec F6 a F9 uvedly, že informace čerpají ze svých zkušeností, tedy z předchozích těhotenství.

Většina těhotných žen změněné potřeby v těhotenství přijala. Ženy tyto změny očekávaly, vnímaly je jako přirozené a věděly, že změny k těhotenství patří. Proto pro ně bylo řešením přijetí změněných potřeb. Jiné ženy hledaly řešení svých potřeb v získávání informací o těhotenství. Ženy se také řídily režimovými opatřeními, které jim v těhotenství umožňovaly řešit některé potřeby. F7 byla změnami natolik zaskočená, že se musela obrátit na psychoterapeuty.

Výsledky této bakalářské práce a získaná data lze prezentovat při seminářích pro porodní asistentky.

7 Seznam použité literatury

1. ANA, Y. et al., 2021. Is physical activity in pregnancy associated with prenatal and postnatal depressive symptoms?: Results from MAASTHI cohort study in South India. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. (144), 7 [cit. 2021-11-21]. ISSN 0022-3999.
2. AYERS, S., DE VISSER, R., 2015. *Psychologie v medicíně*. Praha: Grada Publishing, 568 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5230-3.
3. BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 112 s. ISBN 978-802-4753-614.
4. BINDER, T. et al., 2020. *Nemoci v těhotenství: a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Praha: Grada Publishing, 368 s. ISBN 978-80-271-2009-3.
5. ČÁP, J., ROZSYPALOVÁ, M., ČECHOVÁ, V., 2002. *Psychologie: obecná psychologie pro střední pedagogické školy*. Praha: H & H. 206 s. ISBN 80-86022-36-6.
6. ČECHOVSKÁ, I., MILER, T., 2019. *Didaktika plavání: vybrané kapitoly*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 306 s. ISBN 978-80-246-4283-3.
7. ČEPICKÝ, P. et al., 2018. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví* [online]. Praha: Grada Publishing, 232 s. [cit. 2022-2-19]. ISBN 978-80-247-5604-2.
Dostupné z:
<https://books.google.cz/books?id=aem4DwAAQBAJ&pg=PT218&dq=t%C4%9Bhotenstv%C3%AD+chu%C5%A5&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwi34puzxIv2AhWQOOwKHem0BroQ6AF6BAgHEAI#v=onepage&q=t%C4%9Bhotenstv%C3%AD%20chu%C5%A5&f=false>
8. DINGOVÁ ŠLIKOVÁ, M., VRABELOVÁ, L., LIDICKÁ, L., 2018. *Základy ošetřovatelství a ošetřovatelských postupů pro zdravotnické záchranáře* [online]. Praha: Grada Publishing, 316 s. [cit. 2022-1-29]. ISBN 978-80-271-0717-9.

Dostupné

Z:

<https://books.google.cz/books?id=KPWSDwAAQBAJ&pg=PA69&dq=modely+o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwj62cv5otf1AhVQ66QKHRuDBW0Q6AF6BAgFEAI#v=onepage&q=modely%20o%C5%A1et%C5%99ovatelstv%C3%AD&f=false>

9. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., JANÍKOVÁ, E., SALOŇOVÁ, R., 2019a. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.
10. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., MAJDYŠOVÁ, V., 2019b. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 144 s. ISBN 978-802-7108-374.
11. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2017. *Těhotenství a mateřství: Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 2. dopl. vyd. Praha: Garda, 256 s. ISBN 9788024755793.
12. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2020. *Čekáme dítětko*. 3., aktualizované vydání. Praha: Grada, 400 s. ISBN 978-80-271-1343-9.
13. HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 538 s. ISBN 978-802-4745-299.
14. HAMPLOVÁ, L., 2019. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro zdravotnické obory*. Praha: Grada Publishing, 132 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0568-7.
15. HANÁKOVÁ, T., 2010. *Velká česká kniha o matce a dítěti: vše, co potřebujete vědět o těhotenství a porodu : péče o novorozence a kojence* [online]. Brno: Computer Press, 256 s. [cit. 2022-2-19]. ISBN 978-80-251-2788-9. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=vR8nCwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Velk%C3%A1+%C4%8Desk%C3%A1+knih+a+o+matce+a+d%C3%ADt%C4%9Bti&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwjztNuOv4v2AhUNlf0HHdveDX4Q6AF6BAgKEAI#v=onepage&q=Velk%C3%A1%20%C4%8Desk%C3%A1%20knih+a%20o%20matce%20a%20d%C3%ADt%C4%9Bti&f=false>

16. HELUS, Z., 2018. *Úvod do psychologie: učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ. 2.,* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 312 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4675-3.
17. HUDÁKOVÁ, Z., KOPÁČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe.* Praha: Grada Publishing, 136 s. ISBN 978-80-271-0274-7.
18. KANTOVÁ, K., 2016. *Je načase být šťastný!.* Praha: Grada, 136 s. ISBN 978-80-247-5696-7.
19. KASPER, H., 2015. *Výživa v medicíně a dietetika.* Praha: Grada, 592 s. ISBN 978-80-247-4533-6.
20. KELNAROVÁ, J., CAHOVÁ, M., KŘEŠŤANOVÁ, I., KŘIVÁKOVÁ, M., KOVÁŘOVÁ, Z., HAUSEROVÁ, D., *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník* [online]. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2015, 244 s. [cit. 2022-04-19]. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5332-4. Dostupné z:
<https://books.google.cz/books?id=FTtECgAAQBAJ&pg=PA39&dq=o%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%BD+proces+realizace&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwjAwZqrt6D3AhXhhP0HHa3uDD04ChDoAXoECAsQA#v=onepage&q=o%C5%A1et%C5%99ovatelsk%C3%BD%20proces%20realizace&f=false>
21. KIM, J.H., CHOI, Y.Y., YOO, S.-I., KANG, D.R., 2021. Association between ambient air pollution and high-risk pregnancy: A 2015–2018 national population-based cohort study in Korea. *Environmental Research* [online]. 197 [cit. 2021-12-26]. DOI: 10.1016/j.envres.2021.110965. ISSN 00139351.
22. KOLIBA, P., WEISS, P., NĚMEC, M., DIBONOVÁ, M., 2019. *Sexuální výchova pro studenty porodní asistence a ošetrovatelství.* Praha: Grada Publishing, 184 s. ISBN 978-80-271-2039-0.
23. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl: učebnice pro obor sociální činnost.* Praha: Grada, 264 s. ISBN 978-80-247-3877-2.

24. KURONEN, M. et al., 2020. Pregnancy, puerperium and perinatal constipation - an observational hybrid survey on pregnant and postpartum women and their age-matched non-pregnant controls. *BJOG-AN INTERNATIONAL JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY* [online]. [cit. 2021-11-27]. DOI: 10.1111/1471-0528.16559. ISSN 14700328.
25. LYNGSØ J. et al., 2017. Association between coffee or caffeine consumption and fecundity and fertility: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Clin Epidemiol.* [online]. [cit. 2022-04-08]. DOI: 10.2147/CLEP.S146496
26. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb. 2., aktualizované a doplněné vydání.* Praha: Grada Publishing, 304 s. ISBN 978-80-271-2030-7.
27. MARES, P., SIPROUDISH, L., TEURNIER, F., 2011. Complications urinaires et digestives chez la femme et pendant la grossesse: une meilleure hydratation permet-elle de réduire les risques?. *La Revue Sage-Femme* [online]. 10, 5 [cit. 2022-1-22]. ISSN 1637-4088.
28. MARPEAU, L. et al., 2011. *Traité d'obstétrique* [online]. Paris: Elsevier Masson, 496 s. [cit. 2022-1-28]. ISBN: 9782294717130. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=ymAibyz7K0C&pg=PT138&dq=h%C3%A9mogramme+gravidit%C3%A9&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwjxx_uY09L1AhUN66QKH_e_BXMQ6AF6BAgFEAI#v=onepage&q=cardiaque&f=false
29. MARROUN, I. et al, 2017. *Nouveau dictionnaire médical. 7e edition* [online]. Paris: Elsevier Masson, 1490 s. [cit. 2021-11-22]. ISBN 9782294743573. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=v_DQDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=.+Nouveau+dictionnaire+m%C3%A9dical.+7e+edition&hl=cs&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=.%20Nouveau%20dictionnaire%20m%C3%A9dical.%207e%20edition&f=false

30. MEI, H. et al., 2021. Depression, anxiety, and stress symptoms in pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychosomatic Research* [online]. 149 [cit. 2021-12-14]. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2021.110586. ISSN 00223999.
31. MOHR, P., 2021. Deprese. *dTest*. Praha, 18.(9), 52-55. ISSN 1210-731X.
32. NOVEAU J. P. et al., 2009. Sleep and vigilance disorders in pregnancy. *Eur Neurol*. [online]. 62(1):23-9 [cit. 2022-04-09]. DOI: 10.1159/000215877.
33. OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J., 2017. *Generalizovaná úzkostná porucha v klinické praxi* [online]. Praha: Grada Publishing, 264 s. [cit. 2022-2-27]. ISBN 978-80-247-5822-0. Dostupné z: https://books.google.cz/books?id=jKbFDgAAQBAJ&pg=PA66&dq=%C5%BEivotn%C3%AD+hodnoty+t%C4%9Bhotenstv%C3%AD&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwif3pzVxaD2AhWG_KQKHcUgCnE4ChDoAXoECAYQA#v=onepage&q=%C5%BEivotn%C3%AD%20hodnoty%20t%C4%9Bhotenstv%C3%AD&f=false
34. PIGGOTT, J., 2021. Belly dancing in pregnancy. *International Journal of Birth* [online]. 8(4), 17-17 [cit. 2021-11-25]. ISSN 20540779.
35. PLAMÍNEK, J., 2015. *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. 3., rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 160 s. ISBN 978-80-247-5515-1.
36. PLEVOVÁ, I. et al., 2018. *Ošetřovatelství I. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 288 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0888-6.
37. ROKYTA, R. et al., 2015. *Fyziologie a patologická fyziologie: pro klinickou praxi*. Praha: Grada Publishing, 712 s. ISBN 978-80-247-4867-2.
38. ROZSYPAL, H., 2013. *Infekční nemoci ve standardní a intenzivní péči* [online]. Praha: Karolinum [cit. 2022-4-17]. ISBN 9788024627571. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=HFfJCQAAQBAJ&pg=PA18&dq=Infek%C4%8D>

[n%C3%AD+nemoci+ve+standardn%C3%AD+a+intenzivn%C3%AD+p%C3%A9%
C4%8Di+o%C5%A1+proces&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwiS0Imolpv3AhWCzKQ
KHZ7vCtUQ6AF6BAgHEAI#v=onepage&q=Infek%C4%8Dn%C3%AD%20nemoc
i%20ve%20standardn%C3%AD%20a%20intenzivn%C3%AD%20p%C3%A9%C4
%8Di%20o%C5%A1%20proces&f=false](https://www.perinatologie.eu/wp-content/uploads/2022/02/p-2021-01-zasady-dispenzarni-pece-v-tehotenstvi.pdf)

39. ROZTOČIL, A. et al., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada Publishing, 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7.
40. ROZTOČIL, A. et al., 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
41. SAMAVATI, R., DUCZA, E., HAJAGOS-TÓTH, J., GASPAR, R., 2017. Herbal laxatives and antiemetics in pregnancy. *Reproductive Toxicology* [online]. 72, 153-158 [cit. 2021-12-28]. DOI: 10.1016/j.reprotox.2017.06.041. ISSN 08906238.
42. *Sbírka doporučených postupů č.1/2021 - Zásady dispenzární péče v těhotenství*, 2021. [online] Česká gynekologická a porodnická společnost (ČGPS) a České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP). [cit. 2022-3-16]. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/wp-content/uploads/2022/02/p-2021-01-zasady-dispenzarni-pece-v-tehotenstvi.pdf>
43. SENTILHES, L. et al., 2022. *Obstétrique pour le praticien* [online]. 7 é édition. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson [cit. 2021-12-30]. ISBN 9782294762505. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=GdVVEAAAQBAJ&pg=PR6&dq=obstetrique&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwik-d2s1ov1AhWD7rsIHQyoBV44ChDoAXoECAgQAg#v=onepage&q=obstetrique&f=false>
44. SHARMA, S. et al., 2018. *Klinická výživa a dietologie: v kostce*. Praha: Grada Publishing, 240 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0228-0.

45. SIMKIN, P. et al., 2018. *Pregnancy, Childbirth, and the Newborn: The Complete Guide* [online]. 5th edition. Boston: Da Capo Lifelong Books [cit. 2022-2-10]. ISBN 512 978-0738284972. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=1t9KDwAAQBAJ&pg=PT140&dq=Pregnancy,+Childbirth,+and+the+Newborn:+The+Complete+Guide+herbal+tea&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwjIq83f9fT1AhWPPewKHUPSCn8Q6AF6BAgGEAI#v=onepage&q=Pregnancy%2C%20Childbirth%2C%20and%20the%20Newborn%3A%20The%20Complete%20Guide%20herbal%20tea&f=false>
46. SLEZÁKOVÁ, L., ANDRÉSOVÁ, M., KADUCHOVÁ, P., ROUČOVÁ, M., STAROŠTÍKOVÁ, E., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada Publishing, 280 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.
47. SLEZÁKOVÁ, L. et al., 2016. *Stomatologie I: pro SZŠ a VOŠ*. Praha: Grada Publishing, 264 s. ISBN 978-80-247-5826-8.
48. *SUPPOSITORIA GLYCERINI LÉČIVA* - příbalový leták, 2018. Praha. [cit. 2022-4-9]. Dostupné také z: <https://nonstop-lekarna.cz/suppositoria-glycerini-leciva-6696/pribalovy-letak>
49. ŠEDO VÁ, L., 2020. *Vybrané kapitoly z ošetrovatelství: (pro obor Zdravotně-sociální péče)*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. ISBN 978-80-7394-822-1.
50. ŠNÝDROVÁ, I. et al., 2021. *Motivace pracovního jednání* [online]. Praha: Vysoká škola ekonomie a managementu, 149 s. [cit. 2022-1-22]. ISBN 978-80-88330-20-2. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=M6lYEAAAQBAJ&pg=PA15&dq=plam%C3%ADnek+murray&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwin9vntmsb1AhXvhv0HHekbDQUO6AF6BAgGEAI#v=onepage&q=plam%C3%ADnek%20murray&f=false>
51. ŠTUMPF, A., 2018. *Těhu v běhu*. Brno: CPress, 200 s. ISBN 978-802-6418-818.

52. TÓTHOVÁ, V., 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-785-9.
53. TÓTHOVÁ, V. et al., 2019. *Význam ošetrovatelství v preventivní kardiologii* [online]. Praha: Grada, 160 s. [cit. 2022-1-29]. ISBN 978-80-271-2197-7. Dostupné z:
<https://books.google.cz/books?id=dPYOEAAAQBAJ&pg=PA24&dq=model+Gordonov%C3%A9&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwjCpujLl9f1AhWDjaQKHVEGBVsQ6AF6BAgHEAI#v=onepage&q=model%20Gordonov%C3%A9&f=false>
54. VACEK, Z., 2006. *Embryologie: učebnice pro studenty lékařství a oborů všeobecná sestra a porodní asistentka*. Praha: Grada, 256 s. ISBN 80-247-1267-9.
55. VÁGNEROVÁ, M., 2016. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 416 s. ISBN 978-80-246-3268-1.
56. Vyhláška č. 55/2011 Sb. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011., In: *Sbírka zákonů České republiky*,. Částka 20, s. 516. ISSN 1211-1244.
57. WATKINS, V.Y. et al., 2021. The impact of physical activity during pregnancy on labor and delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* [online]. 225(4), 437-437 [cit. 2021-11-25]. DOI: 10.1016/j.ajog.2021.05.036. ISSN 00029378.
58. WEISS, P. et al., 2010. *Sexuologie* [online]. Praha: Grada, 744 s. [cit. 2022-2-24]. ISBN 978-80-247-2492-8. Dostupné z: <https://books.google.cz/books?id=-oQJQWva5-4C&pg=PA296&dq=emoce+t%C4%9Bhotenstv%C3%AD&hl=cs&sa=X&ved=2ahUKEwj-9bo15b2AhWWn4sKHS9wAlM4FBD0AXoECAQQA#v=onepage&q=emoce%20%C4%9Bhotenstv%C3%AD&f=false>

59. WILHELMOVÁ, R. et al., 2021. *Vybrané kapitoly porodní asistence I a II*. [online]. Brno: Masarykova univerzita. 1. elektronické vydání. 551 s. [cit. 2022-2-24]. ISBN 978-80-210-8204-5. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/docs/vybrane_kapitoly_porodni_asistence.pdf
60. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing, 128 s. ISBN 978-80-271-0156-6.
61. Zákon č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004., In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 30, s. 1454. ISSN 1211-1244.
62. Zákon č. 262/2006 Sb. Zákoník práce, 2006., In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 84, s. 3188-3189. ISSN 1211-1244.

8 Seznam příloh

Textové soubory

Příloha 1: Dělení potřeb dle zakladatelů

Příloha 2: Fyzické a psychické změny v těhotenství

Příloha 3: Doslovné znění zákona č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních (Hlava II; Díl 1; §6)

Příloha 4: Sběr identifikačních údajů

Příloha 5: Otázky k rozhovoru

Příloha 6: Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Tabulky

Tabulka 1: Identifikační údaje těhotných žen

Tabulka 2: Seznam kategorií a podkategorií výzkumného šetření

Grafy

Graf 1: Změny potřeb v těhotenství

Graf 2: Zdroje informací

Příloha 1: Dělení potřeb dle zakladatelů

Aby bylo lépe porozuměno pojmu potřeba, bude definován na základě psychologických směrů, respektive dle psychologů, kteří pojem potřeba definují různými způsoby.

Představitel psychoanalytického směru Sigmund Freud se zabýval zkoumáním nevědomí, vnitřních rozporů a potlačování tužeb a potřeb do pozadí (Kopecká, 2015). To, čím je Freud tak známý, je jeho teorie založená na pudech. Jeho hlavní myšlenkou bylo, že člověk je řízen především dvěma pudy – erós a thanatos. Thanatos je symbolem smrti, která se projevuje hlavně jako vztek a krutost (Vágnerová, 2016). Erós je symbolem života, z něhož v nejvyšší míře vystupuje sexuální pud. Freud tvrdí, že sexuální potřeby jsou nejvýznamnější a jsou hybatelkami v chování všech lidí (Kopecká, 2015; Plamínek, 2015).

Představitelem dalšího směru je Henry Alexander Murray, který se ve svém pozorování zabýval potřebami vědomými a nevědomými. Ve svém výzkumu také zohlednil vnější prostředí, které na člověka působí a individualitu, která má význam ve vyhodnocování prioritních potřeb v závislosti na cílech člověka (Šnýdrová et al., 2021). Také určil, že jednotlivé potřeby se doplňují a podporují anebo naopak potlačují. Nejdůležitější potřeby dle Murrayho jsou následující: potřeba úspěchu, začlenění, autonomie, dominance, podřízení, pečovat, podpory a potřeba přijmout vinu (Vágnerová, 2016).

Dalším představitelem je Abraham Maslow, jehož model klasifikace potřeb je ve zdravotnictví a v ošetrovatelství nejvíce využíván (Malíková, 2020). Tento model-pyramida neboli hierarchie potřeb symbolizuje uspořádání od nejnižších potřeb až po ty nejvyšší (Helus, 2018). Jeho teorie se odvíjí od předpokladu, že potřeby se musí naplňovat v určité posloupnosti – od základu pyramidy výše. V prvním základním patře pyramidy jsou fyziologické potřeby. Patří do nich například potřeba potravy, spánku, kyslíku a sexuální potřeby. Maslow předpokládal, že pokud má jedinec dospět k uspokojování potřeb v pomyslném vyšším patře potřeb, musí před tím uspokojit své potřeby na hierarchicky nižší úrovni (Helus, 2018). V dalším patře pyramidy je potřeba bezpečí (Plamínek, 2015). Může se jednat o bezpečí fyzické i psychické (Čáp et al., 2002). Nad tyto potřeby je v hierarchii řazena potřeba sounáležitosti a lásky. Naplněním této potřeby jsou pocity přijetí. Toto přijetí může být naplňováno v rodině, v zaměstnání, mezi přáteli nebo v jakékoliv skupině osob (Plamínek, 2015). Pokud je tato potřeba sounáležitosti naplněna, člověk by neměl pociťovat odcizení a cítit se sám –

měl by se cítit milovaný (Vágnerová, 2016). Přitom však platí již výše řečené, že prioritní je uspokojení základních potřeb v pyramidě – např. pokud člověk strádá dlouhodobě hladem, jde o natolik silnou potřebu, že nemá pomyslení na něco krásného (Helus, 2018). Ve čtvrtém patře pyramidy je potřeba uznání a úcty. Na tuto potřebu lze nahlížet ze dvou úhlů. V prvním případě se může jednat o uznání okolím. Jde o zažívání pocitů, že člověk něčím vyniká. Druhý pohled je, že člověk sám na sebe nahlíží jako na dostatečného a váží si sám sebe (Helus, 2018). Vrchol pyramidy znázorňuje sebeaktualizaci neboli seberealizaci. Tato potřeba nutí člověka jít za svým cílem, dává mu odhodlání být tím, kým má pocit, že může být (Plamínek, 2015).

Maslow klade důraz na vědomé potřeby. Zastává názor, že člověk má možnost volby se rozhodnout, jak své potřeby bude naplňovat, a dává člověku zodpovědnost za jeho chování. Jako nejvyšší cíl vidí potřebu rozvoje osobnosti. Jeho teorie vidí naplnění smyslu života v naplnění potenciálu, který člověk ve své podstatě má (Vágnerová, 2016).

Příloha 2: Fyzické a psychické změny v těhotenství

Aby se dalo mluvit o změnách fyziologických potřebách, je nutné přiblížit alespoň základní fyziologické změny v těhotenství, kterými žena prochází. V první řadě je zde zjevná biologická změna, a to zvětšená děloha, která může mít na konci těhotenství objem až 20 l. V průběhu těhotenství se zvyšuje hmotnost ženy. Doporučený hmotnostní přírůstek, pokud má žena před těhotenstvím BMI v normě, je 11,5 – 16 kg (Bašková, 2015). V souvislosti s vlivem rostoucí dělohy a plodu v ní se mění rovnováha ženina těla. Vzniká nadměrné zakřivení bederní páteře a namáhání vazů v pánevní oblasti. Žena může během těhotenství, a hlavně ve III. trimestru, prožívat velké bolesti zad (Roztočil et al., 2017). Dále se ženě vlivem estrogenů více prokrvují a rostou prsa, je zamezeno ovulaci a žena má fyziologickou amenorheu (Roztočil et al., 2017). Také se více prokrvuje vagina a na konci těhotenství se zvyšuje produkce hustého hlenu (Roztočil et al., 2020). Progesteron, který je produkován placentou pro udržení těhotenství, ovlivňuje orgány a systémy ženina těla. Změkčuje ligamenta, což je velice důležité při porodu. Ke změně dochází i v gastrointestinálním traktu, kde má progesteron funkci relaxační, což je důležité například s výše uvedenými ligamenty, ale zároveň s tím je spojeno riziko vzniku zácpy. Žena také může vlivem progesteronu zažívat pocity plynatosti. Během těhotenství se zvyšuje krevní průtok ledvinami, a to až o 50 %. To vede k častému nucení na močení. Také respirační systém je v těhotenství zatížen. Na konci tohoto období je potřeba kyslíku až o 15-20 % větší (Bašková, 2015). I kardiovaskulární systém prochází změnami. Srdeční výdej se na konci těhotenství zvyšuje až o 40 %. Ani složení krve nezůstává beze změn. V těhotenství přibývá plazma, a to až o 40-50 %. Přibývají také ostatní krevní elementy, avšak počet erytrocytů narůstá pouze o 20 %, a tak vzniká fyziologická anemie (Marpeau et al., 2011).

Žena během těhotenství zažívá i psychické změny, které mohou být ovlivněny změnami fyzickými, ale i sociálními a ekonomickými (Roztočil et al., 2020). I když je těhotenství chtěné, vždy se jedná o období, které bude plné změn. Záleží poté již jen na těhotné ženě a jejím okolí, jak graviditu přijme (Slezáková et al., 2017). Celé těhotenství může být z psychologického pohledu rozděleno do tří období, která časově přibližně kopírují trimestry (Roztočil et al., 2017). V prvním období je žena náladová, unavená a může být i rozmrzelá (Slezáková et al., 2017). Žena se uzavírá a pozoruje se. Cílem této doby je těhotenství přijmout (Roztočil et al., 2020). Ve druhém trimestru žena již cítí pohyby,

a to je pro ni z psychologického pohledu velice důležité pro plné uvědomění si existence plodu. Z tohoto důvodu žena také myslí více na své těhotenství a snaží se o jeho zdárný průběh (Roztočil et al., 2017). V tomto období je důležité, aby si žena uvědomila, že plod je samostatný jedinec. Úkolem třetí fáze je příprava na porod a přijetí, že její plod bude žít mimo ni (Slezáková et al., 2017).

Příloha 3: Doslovné znění zákona č. 96/2004 o nelékařských zdravotnických povoláních (Hlava II; Díl 1; §6)

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

Příloha 4: Sběr identifikačních údajů

Identifikační údaje těhotných žen:

Věk

Gravidita a parita

Týden těhotenství

Prenatální péče

Vzdělání

Rodinný stav

Bydliště

Příloha 5: Otázky k rozhovoru

Co se u Vás změnilo v těhotenství?

Jakou změnou v těhotenství jste byla nejvíce zaskočena?

Jak jste se vypořádala se změnami v těhotenství?

Se kterou změnou v těhotenství bylo obtížné se vyrovnat?

Kde jste získávala informace o změnách, které souvisí s těhotenstvím?

Příloha 6: Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Zdravotně sociální

Studijní obor: Porodní asistence

Jméno a příjmení studentky: Támar Vaňková

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): tamarvankova@seznam.cz, 777 828 337

Název zdravotnického zařízení: Nemocnice Tábor, a.s.

Oddělení: Rizikové těhotenství, porodnická ambulance

Název práce: Změna potřeb u ženy v těhotenství

Výzkumné otázky:

V1: Kterou z potřeb ženy vnímají jako nejvíce problematickou z hlediska uspokojení?

V2: Na koho se ženy nejčastěji obrací v případě problémů s uspokojováním potřeb?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Výzkum bude probíhat v prostorách Nemocnice Tábor, a.s., a to na oddělení rizikového těhotenství nebo v porodnické ambulanci. Během rozhovoru bude dbáno, aby byla zcela zachována intimita ženy. Samotný kvalitativní výzkum bude prováděn metodou individualizovaných polostrukturovaných rozhovorů. Dále budou ženám pokládány doplňující otázky. Délka rozhovoru bude 20-30 minut. Rozhovor je anonymní a bude proveden s 5-10ti těhotnými ženami.

Již dopředu dané otázky jsou následující:

Co se u Vás změnilo v těhotenství?

Jakou změnou v těhotenství jste byla nejvíce zaskočena?

Jak jste se vypořádala se změnami v těhotenství?

Se kterou změnou v těhotenství bylo obtížné se vyrovnat?

Kde jste získávala informace o změnách, které souvisí s těhotenstvím?

Předpokládané výstupy:

Předpokládaným výstupem bude provedení několika (5-10 ti) rozhovorů s těhotnými ženami na oddělení šestinedělí nebo v porodnické ambulanci. Cílem tohoto výzkumu je zjistit, jak těhotné ženy řeší změny v oblasti potřeb.

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

Jméno: Flausová Drahomíra, Ph.D., Ph.D.

Podpis: 

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno:

Ivana Skočdopolová
hlavní sestra
Nemocnice Tábor, a.s.

Podpis: 

Tabulka 1: Identifikační údaje těhotných žen

	Věk (let)	Gravidita/ Parita	Týden těhotenství	Prenatální péče	Vzdělání	Rodinný stav	Bydliště
F1	28	II/I	27	gynekolog	vysokoškolské	vdaná	město
F2	35	II/0	37	gynekolog	Střední odborné s maturitou	vdaná	vesnice
F3	22	I/0	27	gynekolog	středoškolské	svobodná	město
F4	30	I/0	40	gynekolog	středoškolské	vdaná	vesnice
F5	32	I/0	39	gynekolog	vysokoškolské	vdaná	město
F6	29	III/I	32	gynekolog	vysokoškolské	vdaná	město
F7	25	I/0	28	gynekolog	vysokoškolské	vdaná	město
F8	26	I/0	19	gynekolog	vysokoškolské	vdaná	město
F9	37	III/I	27	gynekolog	vysokoškolské	vdaná	město
F10	30	III/I	37	gynekolog	vysokoškolské	vdaná	vesnice

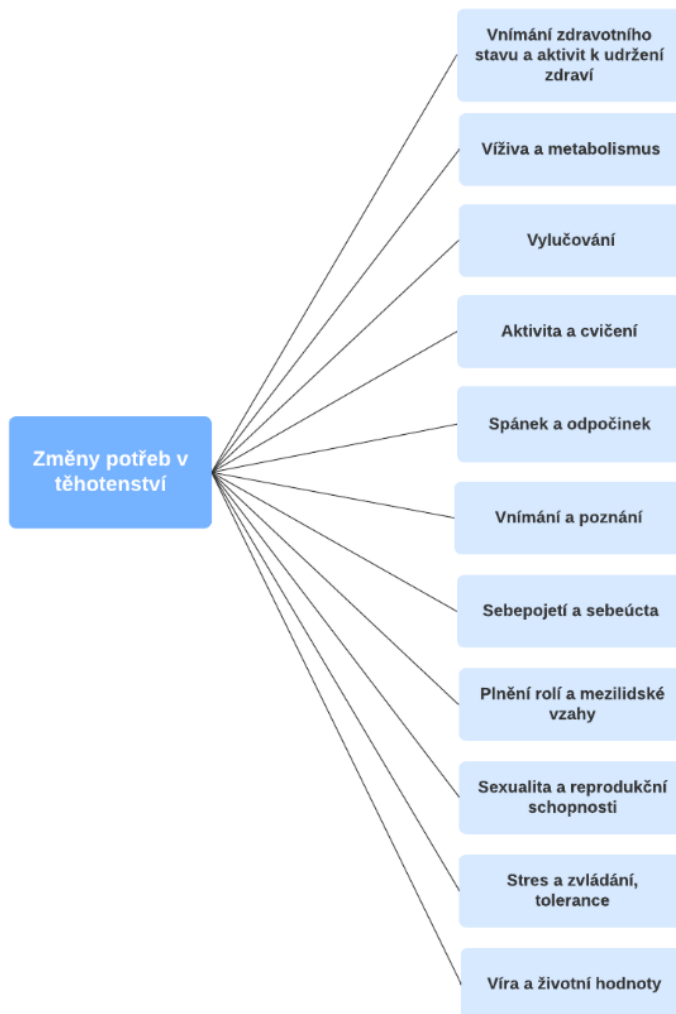
Zdroj: Vlastní

Tabulka 2: Seznam kategorií a podkategorií výzkumného šetření

Kategorie	Podkategorie
Změny potřeb v těhotenství	Vnímání zdravotního stavu a aktivit k udržení zdraví Výživa a metabolismus Vylučování Aktivita a cvičení Spánek a odpočinek Vnímání a poznávání Sebepojetí a sebeúcta Plnění rolí a mezilidské vztahy Sexualita a reprodukční schopnost Stres a zvládání, tolerance Víra a životní hodnoty
Zdroje informací	

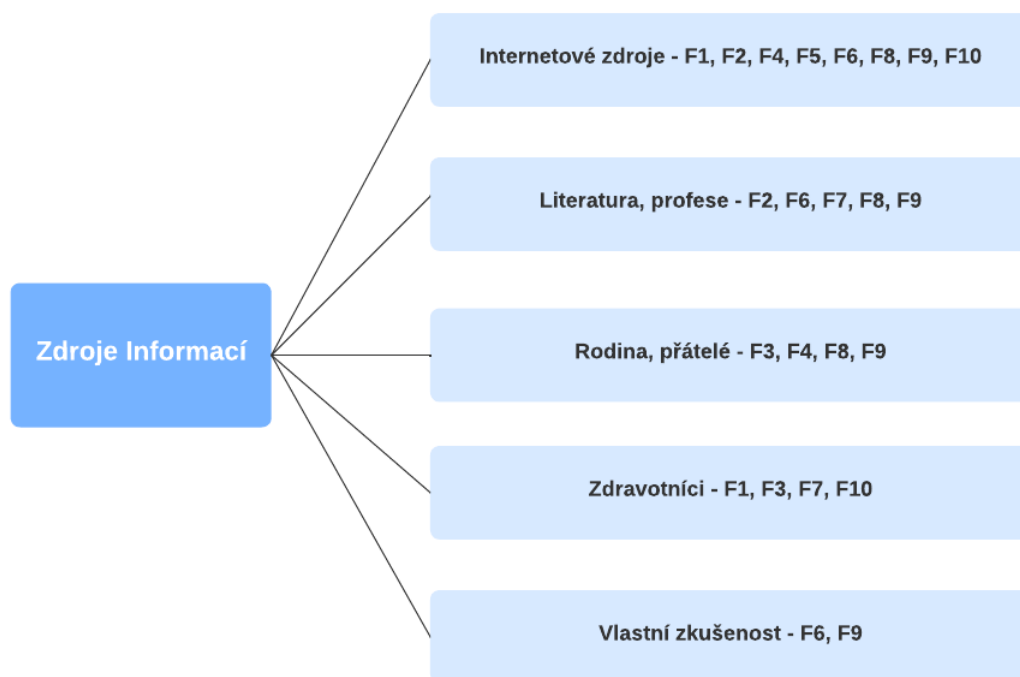
Zdroj: Vlastní

Graf 1: Změny potřeb v těhotenství



Zdroj: Vlastní

Graf 2: Zdroje informací



Zdroj: Vlastní

9 Seznam zkratek

hCG – humánní choriový gonadotropinu

BMI – body mass index (index tělesné hmotnosti)

GBS - Group B Streptococcus (streptokok skupiny B)

HELLP - Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets (Hellp syndrom – komplikace v těhotenství – hemolýza, elevace jaterních enzymů a pokles počtu trombocytů)

tt – týden těhotenství

dl - decilitr