

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2019

Martina Korchová, DiS.

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B5349

Martina Korchová, DiS.

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

PÉČE O ŽENU V PRŮBĚHU RIZIKOVÉHO TĚHOTENSTVÍ

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2019

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Kateřině Ratislavové Ph.D. za odborné a inspirativní vedení této bakalářské práce, cenných rad, trpělivost a ochotu. Děkuji své rodině, která mi byla velkou oporou nejen při psaní bakalářské práce, ale i během průběhu celého studia.

Anotace

Příjmení a jméno: Martina Korchová, DiS.

Katedra: Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Péče o ženu v průběhu rizikového těhotenství

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Počet stran – číslované: 39

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 17

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 28

Klíčová slova: rizikové těhotenství – rizikové faktory – hospitalizace – hrozící předčasný porod – vícečetná gravidita – krvácení v těhotenství – nepravidelné polohy plodu – choroby ženy ovlivněné těhotenstvím – psychologické prožívání

Souhrn:

Tato bakalářská práce se zabývá péčí o ženu v průběhu rizikového těhotenství. Obsah práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretické část práce pojednává o obecných poznatkách rizikového těhotenství, dispenzarizaci rizikového těhotenství, hospitalizaci ženy na oddělení rizikového těhotenství, ošetrovatelskou péči porodní asistentkou. V poslední kapitola teoretické části je zaměřena na psychologii prožívání rizikového těhotenství žen. Všechny tyto informace pramení z odborné literatury a internetových zdrojů.

Praktická část práce se zabývá analýzou konkrétního případu dvou žen, které prožily rizikové těhotenství a to formou kvalitativního výzkumu. Jsou zde také uvedeny fragmenty rozhovorů s respondentkami. V závěru práce jsou uvedeny poznatky získané během výzkumné studie a doporučení pro praxi.

Annotation

Surname and name: Martina Korčová, DiS.

Department: Nursing and Midwifery

Title of thesis: Care for Women in the Course of High-risk Pregnancy

Consultant: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Number of pages – numbered: 39

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 17

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 28

Keywords: high-risk pregnancy – risk factors – hospitalization – imminent premature birth – multiple pregnancy – bleeding in pregnancy – fetal irregular positions - psychological experience

Summary:

This bachelor thesis deals with the care of a woman in the course of high-risk pregnancy. Thesis of this work are divided into theoretical and practical part.

The theoretical part gives attention to the general knowledge of high-risk pregnancy, dispensarisation of involved women, their hospitalisation in special departments and midwife nursing care. The last theoretical chapter think over the psychological experiences of high-risk pregnant women. All information of these work stem from professional literature and internet resources.

The practical part of the work deals with the analysis of a particular case of two women, who have experienced high-risk pregnancy, in the form of qualitative research. There are also fragments of interviews with respondents. At the end of the this research study obtained findings and recommendations for practice are given.

OBSAH

ÚVOD	11
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 RIZIKOVÉ TĚHOTENSTVÍ	13
1.1 Rizikové faktory	14
1.1.1 Demografické rizikové faktory.....	15
1.1.2 Sociální rizikové faktory.....	15
1.1.3 Prodělaná onemocnění před těhotenstvím	15
1.1.4 Předcházející reprodukční komplikace	15
2 DISPENZERIZACE RIZIKOVÉHO TĚHOTENSTVÍ.....	16
2.1 Poradny základní péče	16
2.2 Poradny s intermediární péčí.....	16
2.3 Poradny v perinatologickém centru	16
3 HOSPITALIZACE ŽENY NA ODDĚLENÍ RIZIKOVÉHO TĚHOTENSTVÍ.....	18
3.1 Hrozící předčasný porod	19
3.2 Vícečetná gravidita	20
3.3 Krvácení v těhotenství	20
3.4 Nepravidelné polohy plodu	21
3.5 Choroby ženy ovlivněné těhotenstvím.....	22
4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY	25
4.1 Přístup k těhotné ženě v praxi	25
5 PSYCHOLOGICKÉ PROŽÍVÁNÍ RIZIKOVÉHO TĚHOTENSTVÍ ŽEN.....	26
5.1 Přílišné obavy při rizikovém těhotenství	26
5.2 Vliv rizikového těhotenství na rodinu.....	27
5.3 Opožděná prenatální vazba k dítěti.....	27
PRAKTICKÁ ČÁST	29
6 METODOLOGIE.....	29
6.1 Formulace problému	29
6.2 Cíl výzkumu	29
6.2.1 Dílčí cíle	29
6.2.2 Výzkumné otázky	29
6.3 Druh výzkumu a výběr metodiky	30
6.3.1 Metoda	30
6.4 Výběr případu	30
6.5 Způsob získávání informací	31
6.6 Organizace výzkumu	31

7 KAZUISTIKA	32
7.1 Respondentka Anna	32
7.1.1 Anamnéza.....	32
7.1.2 Průběh těhotenství	33
7.1.3 První setkání.....	33
Anamnéza	33
Pocity po zjištění diagnózy rizikového těhotenství.....	34
Vztah ženy k plodu.....	34
7.1.4 Druhé setkání.....	35
Ovlivnění okolí ženy	35
Zvládání situace	35
Péče porodní asistentky	36
7.2 Respondentka Klára	37
7.2.1 Anamnéza.....	37
7.2.2 Průběh těhotenství	38
7.2.3 První setkání.....	39
Anamnéza	39
Pocity po zjištění diagnostiky rizikového těhotenství.....	39
Vztah ženy k plodu.....	39
7.2.4 Druhé setkání.....	41
Ovlivnění okolí ženy	41
Zvládání situace	41
Péče porodní asistentky	42
DISKUZE.....	43
ZÁVĚR	49
LITERATURA A PRAMENY.....	50
SEZNAM ZKRATEK.....	53
SEZNAM PŘÍLOH.....	54

ÚVOD

„ ... Stejná duše ovládá dvě těla... to, co si matka přeje v čase své naplněné touhy, se často zrcadlí v životě dítěte... jedna vůle, jedno nejvyšší přání, jeden strach, který matka pociťuje, nebo i duševní bolest mají větší moc nad dítětem než nad ní samou a mohou pro ně často znamenat i ztrátu života.“

Leonardo da Vinci

Narození dítěte je významnou událostí v životě ženy, která se pojí s očekáváním a nadějí. Představa krásného očekávání se však může náhle a nečekaně změnit s příchodem komplikací. Těhotenství se najednou naplní strachem, obavami a nejistotou. Z dosavadního aktivního života se žena náhle ocitne v pracovní neschopnosti. Ztrácí tak sociální kontakty, nemůže vykonávat či musí omezit své záliby. Pokud je ženě doporučen klidový režim a musí dokonce ležet, je ještě navíc závislá na ostatních lidech. Ženě se ze dne na den změní život a to bez možnosti se na to připravit. Vize bezstarostného období očekávání a přípravy na příchod nového člena rodiny se najednou rozplývá. To je pro ženu velmi náročné, protože, musí danou situaci zvládnout.

Již v době renesance si lidé byli vědomi propojení duševního světa matky a dítěte, jak uvádí výše uvedený citát. Prenatální psychologie dokládá, že toto pouto se vytváří již během těhotenství, dokonce už ve chvíli početí. To jakým způsobem žena prožívá své těhotenství, se odráží i na psychice dítěte, které očekává.

Těhotenství nemusí vždy probíhat fyziologicky. Pokud jsou přítomny rizikové faktory, které by mohly ovlivnit „normální“ průběh těhotenství i zdraví plodu, jedná se o rizikové těhotenství. Jestliže v těhotenství propuknou komplikace, které přímo těhotenství ohrožují, nazývá se tento stav - patologické těhotenství.

Cílem mé práce je komplexně zpracovat téma rizikového těhotenství a zaměřit se na prožitky žen, jejichž těhotenství je rizikové. Proto se ve své práci zaměřuji na ženu – nastávající matku, u které je těhotenství ohroženo nějakým rizikem. Rizikové těhotenství určitě dopadá i na partnery a na ostatní členy rodiny. I jejich každodenní režim života se může změnit, pokud pečují o ženu upoutanou na lůžku. Avšak nejvýrazněji změny dopadají na samotnou ženu, protože všechny komplikace se odehrávají v jejím těle. Budu se také věnovat pocitům a prožívání ženy, která prochází rizikovým těhotenstvím. Svoji pozornost zaměřím i na biologické, psychologické a sociální souvislosti.

Na základě zjištěných údajů a poznatkům stanovím důležitá doporučení pro studentky porodní asistentce, které by jim měly dodat sebevědomí a podpořit setkání s ženou, která prožívá rizikové těhotenství. Taková situace je určitě potká během školní praxe v nemocnici.

Zdroje jsem hledala pomocí rešerše, kterou jsem si nechala zhotovit ve Vědecké knihovně města Plzně a v knihovně. Vyhledávala jsem v databázi knihovny, v databázi Národní lékařské knihovny a v zahraniční databázi se vzdáleným přístupem z knihovny. Dále jsem hledala zdroje v knihovně Fakulty zdravotnických studií Západočeské univerzity v Plzni.

TEORETICKÁ ČÁST

1 RIZIKOVÉ TĚHOTENSTVÍ

Zachování lidského rodu je jednou ze základních životních pochodů, do kterého přirozeně patří fyziologické těhotenství a porod. Avšak v malém procentu gravidity se mohou objevit komplikace, které ohrožují nejen zdraví nebo život ženy, ale i vývoj plodu a narození jejího zdravého dítěte. Během pokroku vědy a postupným vývojem moderního porodnictví bylo zjištěno, že většina patologických těhotenství vzniká u rizikové skupiny žen. Některé ženy vstupují do „požehnaného“ stavu bez zjevných chorob a problémů, ale bývají zatíženy různými nepříznivě ovlivňujícími rizikovými faktory, které celý průběh těhotenství znepříjemní a těhotnou ženu potrápí. U těchto žen se tato těhotenství označují jako těhotenství riziková. Je zde také pravděpodobnost vzniku i dalších rizik nebo vzniku patologického těhotenství či neúspěšného ukončení těhotenství (Hájek a kol., 2014, s. 237).

Rizikové těhotenství je stav charakterizovaný biologickými, sociálními či demografickými faktory ovlivňujícími průběh těhotenství. Tento termín v sobě nese široké spektrum rizik, které je třeba sledovat. Je nutná identifikace a kvantifikace rizikových faktorů a následná péče o rizikově těhotné (Zwinger, 2004, s. 83, Hájek a kol., 2004, s. 25, 26).

Riziková gravidita nese obecný název pro všechna těhotenství, u kterých hrozí zvýšené nebezpečí pro matku, plod a po porodu i pro novorozence. Nejčastěji se jedná o hrozící potrat nebo předčasný porod, o těhotenství, kdy je podezření na vrozenou vývojovou vadu plodu a podobně. Rizikové těhotenství může způsobit nemoc nebo nepravidelnost matky (např. věk, dědičná zátěž, neúspěšná předcházející těhotenství, léčená neplodnost, vícečetná gravidita a podobně). Těhotenství jako takové bývá často spojováno s pozitivními pocity, které by nastávající matka měla prožívat. Může se zdát, že jinak by to ani být nemohlo, ale opak je pravdou. V dnešní době stále více těhotenství provází v různé míře rizika, která komplikují jeho průběh. Tato rizika nemusí být pouze ze zdravotních důvodů, ale mohou pocházet z psychické nerovnováhy, kdy je osobní život těhotné ženy narušen negativními myšlenkami a vlivy. To všechno se promítá i do způsobu, jak své těhotenství žena prožívá (Pařízek, 2009, s. 198).

1.1 Rizikové faktory

Většinu rizikových faktorů lékaři zjišťují u těhotných žen již při první návštěvě v prenatalní poradně. Tyto faktory jsou součástí všeobecného prenatalního screeningu na základě osobní a rodinné anamnézy, klinických či laboratorních vyšetření (Hájek a kol., 2014, s. 237). Z údajů, které lékař získal z anamnézy od těhotné ženy a podle klinického nálezu, rozhodne o stupni možného rizika a zařadí těhotnou ženu do jedné ze tří skupin.

- Těhotné s malým rizikem: U těchto žen nenajdeme rizikové faktory v anamnéze a všechny dostupné výsledky laboratorních i klinických vyšetření jsou v normě. Toto těhotenství lze označit za fyziologické.
- Těhotné se středním rizikem: Ženy se středním rizikem mají svou anamnézu zatíženou rizikovými faktory. I když jejich výsledky vyšetření odpovídají normě, musí se opakovat. Z tohoto důvodu označujeme toto těhotenství jako rizikové. Pokud se u těchto těhotných žen objeví výsledky laboratorního vyšetření mimo fyziologické rozmezí, musíme je zařadit do skupiny žen s vysokým rizikem.
- Těhotné s vysokým rizikem: U této skupiny žen mohou, ale nemusí být v anamnéze rizikové faktory. Výsledky vyšetření jsou patologické, tedy takové, které překročí fyziologické rozmezí. Ženy, které spadají do skupiny s vysokým rizikem, mají specifický medicínský problém, který jim byl definován již na začátku gravidity. Proto takové těhotenství označujeme jako patologické (Unzeiting a kol., 2015, s. 456-457).

V rodinné anamnéze nás zajímají nemoci, u kterých je prokázána dědičnost anebo se předpokládá, že onemocnění má familiární dispozici. Těhotná žena by měla sdělit všechna závažná onemocnění, jako jsou ischemické choroby srdeční, zhoubná nádorová onemocnění, psychiatrická onemocnění, diabetes mellitus, tromboembolické nemoci a v případě úmrtí rodičů a sourozenců i příčinu úmrtí. Tyto informace jsou důležité pro lékaře a porodní asistentku, aby mohli zachytit případné rizikové faktory (Pařízek, 2009, s. 86).

Problematiku rizikových faktorů v osobní anamnéze lze rozdělit do čtyř podskupin, a to na demografické rizikové faktory, sociální rizikové faktory, prodělaná onemocnění před těhotenstvím a předcházející reprodukční komplikace (Hájek a kol., 2014, s. 238).

1.1.1 Demografické rizikové faktory

Mezi demografické rizikové faktory řadíme výšku ženy pod 150 cm, u níž hrozí riziko kefalopelvického nepoměru. Dále sem patří věk matky nižší než 17 let, protože u těchto žen hrozí riziko předčasného porodu. U těhotných žen s věkem nad 35 let hrozí riziko výskytu genetických vad, především Downova syndromu, tzv. trisomie 21. chromozomu a také je vyšší pravděpodobnost výskytu hypertenze a gestačního diabetu (Gregora a Velemínský, 2011, s. 23).

1.1.2 Sociální rizikové faktory

Do sociálních rizikových faktorů patří abuzus alkoholu, drog, kouření, nízká úroveň vzdělání a nechtěná gravidita. Ženám, které jsou závislé na alkoholu hrozí samovolný potrat, abrupce placenty. U novorozence se může objevit fetální alkoholový syndrom nebo může dojít k jeho náhlému úmrtí. Mezi další sociální rizikový faktor patří abúzus kouření. Cigaretový kouř obsahuje nikotin, kyanidy, oxid uhelnatý a antraceny. Tyto látky mají negativní vliv na plod, mohou ho poškodit a mohou i předčasně těhotenství ukončit. U těhotných žen-kuřaček bývá častější odtok plodové vody, abrupce placenty nebo větší riziko novorozenecké nemoci a úmrtnosti. Velmi závažný je abuzus drog. U drogově závislé těhotné ženy hrozí infekce hepatitidami a pohlavně přenosnými chorobami. Novorozenec většinou trpí abstinenčním syndromem (Kobilková, 2005, s. 338-340).

1.1.3 Prodělaná onemocnění před těhotenstvím

Mezi tato prodělaná onemocnění řadíme chronické onemocnění ledvin, plicní onemocnění nebo poruchy krevní srážlivosti (Hájek a kol., 2014, s. 238).

1.1.4 Předcházející reprodukční komplikace

Do této skupiny patří předčasné porody v minulé graviditě, operace na děloze, léčená sterilita, multiparita, samovolné potraty a interrupce. Do rizikových faktorů, které se mohou vyskytnout v probíhající graviditě, řadíme Rh-negativitu matky, přítomnost cukru, acetonu a asymptomatické bakteriurie, poloha plodu koncem pánevním, vícečetná gravidita, včestné lůžko a zvýšené cervikální skóre (Hájek a kol., 2014, s. 238, Pařízek, 2009, s. 198, 206).

2 DISPENZERIZACE RIZIKOVÉHO TĚHOTENSTVÍ

V České republice je zavedený propracovaný systém, který zajišťuje péči o těhotnou ženu. Po celé zemi je síť poraden pro těhotné, která se dělí na poradny základní péče o těhotné, poradny s intermediární péčí o těhotné a poradny v perinatologickém centru. Smyslem tohoto rozdělení péče pro těhotné je, aby ohroženým ženám byla zajištěna nejvyšší možná diagnostická a léčebná péče. Pro porody dětí po rizikových či patologických těhotenstvích je pak v porodnici zajištěna vyhovující porodnická a neonatologická péče. Porodnická péče je v České republice nabídnutá každé těhotné ženě, která je nějakým způsobem ohrožena na svém zdraví nebo je ohroženo zdraví jejího dítěte (Pařízek, 2009, s. 84).

2.1 Poradny základní péče

Tyto poradny zajišťují péči těhotným, které jsou zcela zdravé. Pečovat o klientky mohou po dobu celého fyziologického těhotenství i po dobu šestinedělí gynekologové nebo porodní asistentky. Kontroly porodní asistentkou, která má oprávnění k poskytování zdravotních služeb a má uzavřenou smlouvu se zdravotní pojišťovnou, mohou být hrazeny z veřejného zdravotního pojištění a jsou poskytovány na základě poukazu vystaveného gynekologem. Pokud komunitní porodní asistentka smlouvu se zdravotní pojišťovnou nemá, poskytuje péči za přímou úhradu nákladů na péči na základě smlouvy uzavřené s klientkou (Pařízek, 2009, s. 84).

2.2 Poradny s intermediární péčí

Jedná se o ambulance, kde je péče poskytována ženám s rizikovým nebo s patologickým těhotenstvím. Takovouto poradnu lze nazvat i poradnou pro riziková těhotenství. Riziková těhotenství vyžadují pravidelné a hlavně častější kontroly než fyziologická těhotenství. Cílem poraden s intermediární péčí je vyšší kvalita předporodní péče, zajištění včasného záchytu možných rizikových faktorů nebo patologií v těhotenství a následná odpovídající léčba na multidisciplinární úrovni. Včasný záchyt rizikových těhotenství a centralizace těchto těhotných žen zvyšuje kvalitu péče a především snižuje riziko jak pro matku, tak i pro plod (Pařízek, 2009, s. 84).

2.3 Poradny v perinatologickém centru

Poradny soustřeďující se na péči o těhotné s nejzávažnějšími riziky. Jsou to perinatologická centra, která bývají dostupná v krajských nemocnicích nebo

na gynekologicko-porodnických klinikách. V takových centrech funguje multidisciplinární péče, kde pracuje tým odborníků, do kterého patří specialisté z jiných oborů, především genetici, neonatologové, internisté, anesteziologové, hematologové, biochemici, mikrobiologové aj. V České republice se nachází 12 perinatologických center (Pařízek, 2009, s. 84-85).

3 HOSPITALIZACE ŽENY NA ODDĚLENÍ RIZIKOVÉHO TĚHOTENSTVÍ

Mohou být různé důvody, které vedou k hospitalizaci těhotné ženy na oddělení rizikového těhotenství. Trendem dnešní moderní medicíny je co nejdéle udržet pacientky v domácím prostředí, avšak mohou nastat situace, které léčbu v domácím prostředí neumožňují. A proto je důležité, aby lékař zvážil případnou ambulantní péči nebo hospitalizaci těhotné ženy, protože hospitalizace pro těhotnou ženu představuje vždy stresovou situaci a hlavně izolaci od jejich nejbližších (Vytečková, 2011, s. 37).

Na základě zjištěných rizikových faktorů ze sociálních, demografických, rodinných a osobních anamnéz provádí lékař vyhodnocení rizik a používá metody všeobecného nebo specifického screeningu. Proto těhotná žena, která má vysoké rizikové faktory, je hospitalizována na oddělení rizikového těhotenství (Koudelková, 2007, online).

Během hospitalizace v nemocnici je také důležité chápat pocity, potřeby a starosti nejen těhotné ženy, ale i pocity rodinných příslušníků. Spolupráce s rodinnými příslušníky by měla být pro zdravotnický personál samozřejmostí a neměla by být považována za práci, která je vykonávána navíc. Každá rodina má jiné tradice a zvyky, což je dobré si uvědomit. Proto by měla mít porodní asistentka dostatek empatie, aby navodila pocit důvěry a pochopení u rodinných příslušníků. Žena je na oddělení rizikového těhotenství hospitalizována s konkrétními problémy, které popisují další kapitoly práce. Porodní asistentka na oddělení neplní jen ordinace lékaře, ale je si vědoma souvislostí a rizik, která jsou spojena se stavem ženy, a při své péči o ženu se na ně specificky zaměřuje. Měla by také využít příležitosti k navázání vztahu se ženou a podpořit její důvěru ve zdravotnický personál. Prioritou porodní asistentky je podpořit přirozený proces těhotenství, porodu a šestinedělí, pokud to stav ženy dovoluje, s poskytnutím dlouhodobé spolupráce. Předat těhotné ženě rady o stravování, aktivitě, relaxaci a užívání návykových látek. Porodní asistentka je schopna určit psychický stav ženy a poskytnout potřebnou podporu. Je dostatečně informovaná o onemocnění ženy a možných komplikacích a také o možnostech při poskytnutí odborné péče. Poskytuje ženě individuální psychoprofylaktickou přípravu (Droszol; Nowosielski; Skrzypulec, 2010, s. 81; Malá, 2007, s. 16).

V následujících podkapitolách se věnujeme nejčastějším diagnózám, které jsou důvodem pro hospitalizaci těhotné ženy na oddělení rizikového těhotenství.

3.1 Hrozící předčasný porod

Nejčastější diagnózou, pro kterou jsou ženy hospitalizované, je hrozící předčasný porod. Ženy bývají přijímány na základě subjektivního vnímání děložních kontrakcí anebo při progresi vaginálního nálezu.

Předčasný porod je definován jako těhotenství ukončené před 37. týdnem gestačního stáří. Asi u 50 % případů, kde hrozí předčasný porod, nelze příčinu identifikovat. Mezi průkazné příčiny předčasného porodu řadíme např. urogenitální infekce, patologie děložního hrdla, stres, abrupce placenty, předčasný porod v anamnéze matky. Pokud nedojde k odtoku plodové vody, může být diagnostika předčasného porodu obtížná, jelikož vnímání děložní činnosti je u jednotlivých těhotných žen velmi individuální. Ale jestliže dojde k odtoku plodové vody, lékař musí rozhodnout o tom, zda těhotenství může pokračovat nebo hrozí předčasný porod (Roztočil a kol., 2008, s.163, 167).

Léčba předčasného porodu spočívá v hospitalizaci ženy na oddělení rizikového těhotenství, v relativním či absolutním klidu na lůžku. V případě inkompetence hrdla je u ženy indikována Trendelenburgova poloha (poloha na zádech, kdy pánev je uložena výše jak hlava) či provedení chirurgické metody, a to cerkláž děložního hrdla. Pokud ženě hrozí předčasný porod v období 24+0 až 33+6, jsou jí podávány kortikoidy, které podporují plicní zralost plodu. Mezi další léčbu patří podávání tokolytik. Tokolytika patří ke skupině léčebných prostředků, které mají za účinek omezení nebo zastavení svalové děložní činnosti. Pokud byla ženě prokázána infekce při předčasném odtoku plodové vody, podávají se jí antibiotika (Roztočil a kol., 2008, s. 163-167).

Porodní asistentka sleduje pravidelně u rizikové těhotné ženy děložní činnost, ozvy plodu, odtok plodové vody (popřípadě kvalitu odtékající plodové vody), tělesnou teplotu a potenciální známky infekce. Edukuje ženu o polohování, o prevenci tromboembolických nemocí. Podle nálezu je také možnost připravit šetrně ženu na předčasný porod a péči o nezralého novorozence. Asi nejdůležitějším úkolem porodní asistentky je být pro ženu oporou, vyslechnout ji v nelehké situaci, předat informace ohledně aktivit, relaxace a stravování.

3.2 Vícečetná gravidita

Jedním z důvodů k hospitalizaci těhotné ženy na oddělení rizikového těhotenství mohou být komplikace, které jsou spojené s vícečetnou graviditou. Vícečetné těhotenství je stav, při kterém se v děložní dutině vyvíjí více jak jeden plod. Podle počtu plodů v děloze rozlišujeme dvojčata (gemini), trojčata (trigemini), čtyřčata (quadrigemini) atd. Vícečetná gravidita klade vyšší nároky na organismus těhotné ženy, které se mohou projevat chudokrevností, hypertenzí, mohou se objevit příznaky preeklampsie. Objemově zvětšena děloha má vliv přes útlak břišních orgánů na zhoršení žilní cirkulace, na gastrointestinální trakt a na močové cesty. Jelikož hrozí vyšší riziko komplikací, má perinatální péče svá specifika. Mezi tato specifika patří včasná diagnostika počtu plodů, sonografickým určením chorionicity a amnionicity, včasná diagnostika komplikací a rizikových stavů v graviditě, včasné zjištění známek hrozícího předčasného porodu s následnou hospitalizací (Koterová, 2007, s. 3-6; Hájek a kol., 2014, s. 288, 291).

Péče porodní asistentky o vícečetnou graviditu spočívá v kontrolování děložního tonu, srdečních ozev plodů, měření krevního tlaku a kontrolování celkového stavu těhotné, protože vícečetná gravidita klade na organismus žen vyšší nároky. Porodní asistentka může využít příležitosti k edukaci ženy o péči o vícerčata po porodu, o kojení a psychicky ji podpořit. Péče ženy o vícerčata je náročná, může se na ni připravit a vytvořit si i plán sociální opory pro sebe.

3.3 Krvácení v těhotenství

Mezi další komplikace v těhotenství patří krvácení. Krvácení v těhotenství vyžaduje neprodlené lékařské vyšetření a je nutná hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství. Na začátku gravidity se může objevit krvácení nebo špinění, což může být způsobené uhnizďováním embrya v děloze. Ke krvácení dochází zhruba pátý až desátý den po oplození a jedná se o naprosto přirozený jev. Mnohem závažnější je krvácení, které se objeví v prvním trimestru, což může znamenat hrozící nebo probíhající potrat nebo mimoděložní těhotenství (Gregorová, 2007, online).

Jestliže žena krvácí v prvním a druhém trimestru těhotenství, měl by lékař vyloučit případnou abrupci placenty, což je úplné nebo částečné odlučování placentární tkáně od děložní stěny nebo včestné lůžko. Pokud se lůžko odlučuje centrálně, může žena silně krvácet do dutiny děložní a hrozí tak vznik hemoragického šoku. Při silném krvácení lékař těhotenství ukončuje. Včestné lůžko neboli placenta praevia je uložení placenty v dolním

děložním segmentu. Jestliže má lékař podezření na placentu praevii, vyšetří ženu ultrazvukem. Rizika, která ohrožují plod při náhlém odlučování placenty praevie mohou vést k těžké hypoxii plodu a ve vysokém procentu k jeho úmrtí. Při současné velké krevní ztrátě bývá ohrožena na životě i matka (Kobilková, 2005, s. 314; Hájek a kol., 2014, s. 309 – 310).

Péče porodní asistentky o ženu s krvácením v těhotenství je velmi zodpovědná. Žena musí být řádně poučena o tom, že musí nahlásit změnu stavu, krvácení nebo kontrakce dělohy. Porodní asistentka pravidelně kontroluje stav ženy a plodu. Pro ženu je situace psychicky náročná, stav je spojen s nejistotou a obavami o osud těhotenství. Porodní asistentka pečuje o psychiku ženy především komunikací s těhotnou ženou, aktivním nasloucháním, event. může vést těhotnou ženu k nácviu relaxačních technik.

3.4 Nepravidelné polohy plodu

Dalším důvodem k hospitalizaci ženy mohou být i nepravidelné polohy plodu. Do nepravidelných poloh řadíme příčnou, šikmou a polohu podélnou koncem pánevním. Jestliže je plod v poloze příčné, je jeho hlava uložena na jedné lopatě kosti kyčelní a konec pánevní na druhé lopatě kosti kyčelní. Poloha příčná se vyskytuje v 0,5 % těhotenství (Roztočil, 2008, s. 288). Těhotná žena, u které byla zjištěna příčná poloha plodu, musí být hospitalizována, aby se předešlo případným komplikacím, které by mohly ohrozit ženu a její dítě. K ukončení těhotenství se primárně volí císařský řez (Hájek a kol., 2014, s. 302 – 303).

U šikmých poloh hlavička plodu naléhá na pánevní vchod excentricky. Šikmá poloha je poloha přechodná, která se mění v průběhu těhotenství a hlavně po odtoku vody plodové na polohu příčnou nebo na polohu podélnou hlavičkou (Roztočil a kol., 2008, s. 290). Příčinou této polohy je např. placenta praevia, myoma praevium, absolutně nebo relativně krátký pupečník, kefalopelvický nepoměr atd. Tyto příčiny jsou indikací k ukončení porodu císařským řezem. Těhotné ženy se zjištěnou šikmou polohou se preventivně hospitalizují před termínem porodu, aby se předešlo riziku předčasného odtoku plodové vody a tím i výhřezu pupečníku či malých částí plodu (Hájek a kol., 2014, s. 303).

Poloha podélná koncem pánevním je fyziologická poloha, která bývá zatížená vyšší perinatální mortalitou a morbiditou plodu. Plod je svou hýžd'ovou částí převrácen do pánevního vchodu a hlavička směřuje do oblasti děložního fundu. Tato poloha se vyskytuje

na začátku třetího trimestru u 15-20 % těhotenství a na konci těhotenství u 3 % případů (Slezáková, 2011, s. 218).

Podle způsobu držení plodu se rozlišuje konec pánevní úplný a konec pánevní neúplný. Při úplném konci pánevním plod naléhá na vchod pánevní hýžděmi a oběma nožkami. U polohy koncem pánevním neúplným, plod naléhá na pánevní vchod distálními částmi. Proto zde rozlišujeme příznivou variantu, což je konec pánevní neúplná řitní, u kterého jsou obě nožky plodu nataženy a vztyčeny a na pánevní vchod naléhá pouze hýžd'ová část. Mezi nepříznivé varianty patří, když plod naléhá jednou nožkou nebo oběma nožkami, kolínkem nebo oběma kolínky eventuálně kolínkem a nožkou. Indikací k hospitalizaci není jen plánovaný císařský řez nebo obrat zevními hmaty.

Porodní asistentka připravuje ženu na porod císařským řezem nebo na vaginální porod koncem pánevním (dle stavu). Provádí individuální psychoprafylaxi a kontroluje případné změny polohy plodu během hospitalizace.

3.5 Choroby ženy ovlivněné těhotenstvím

Mezi choroby matky, které vznikají nebo jsou ovlivněny těhotenstvím, patří například hypertenze. Hypertenzní onemocnění v těhotenství tvoří nejčastější závažnou komplikaci a patří mezi hlavní příčiny mateřské úmrtnosti. Mezi hypertenzní onemocnění se řadí gestační arteriální hypertenze, kde je zvýšený krevní tlak nad 140/90 mm Hg matky po 20. týdnu těhotenství a spontánně po porodu vymizí. Chronická arteriální hypertenze je zjištěna před 20. týdnem těhotenství a přetrvává po porodu. Specifické onemocnění pro těhotenství je preeklampsie, což je těhotensky podmíněná hypertenze s proteinurií a otoky končetin a obličeje. Toto onemocnění se vyskytuje od 20. týdne těhotenství a je vyvoláno samotným těhotenstvím. Rizikové faktory pro vznik preeklampsie jsou vícečetná gravidita, primigravida, preexistující hypertenze, diabetes mellitus nebo preeklampsie v předchozím těhotenství. Léčba preeklampsie spočívá v klidovém režimu s horizontální polohou na levém boku a aplikací antihypertenziv a magnezia sulfuricum. Pokud se jedná o závažnou preeklampsii, je těhotenství ukončené císařským řezem. V návaznosti na preeklampsii může dojít ke vzniku tzv. eklampsie. Eklampsie je preeklampsie spojená s výskytem tonicko-klonických křečí. Eklamptický záchvat má 4 fáze. V první fázi tzv. aura si žena stěžuje na bolesti hlavy, bolesti v epigastriu, závratě a úzkosti. V další fázi následují tonické křeče, poté tonicko-klonické křeče a v posledním stádiu žena upadá na několik minut do kómatu (Roztočil a kol., 2008, s.173-174).

Závažnou komplikací těžké preeklampsie je tzv. HELLP syndrom. Jedná se o velice závažné onemocnění v těhotenství, které je spojeno s vyšší perinatální mortalitou a morbiditou. HELLP syndrom se nejčastěji vyskytuje u multipar kolem 25. roku věku, a to nejčastěji do 36. týdne těhotenství. Laboratorním nálezem se prokazuje jako hemolýza, zvýšené jaterní testy a trombocytopenie. Mezi příznaky tohoto onemocnění patří bolest v epigastriu a v pravém podžebří, nevolnost, zvracení, příznaky preeklampsie, v pokročilém stádiu se objevují krvácivé projevy. Ženy s HELLP syndromem jsou hospitalizované na oddělení rizikového těhotenství a jejich léčba spočívá v klidu na lůžku, aplikaci kortikoidů, antihypertenziv, hepatoprotektivních léků, protikřečové profylaxe. Při postupujících laboratorních výsledcích se těhotenství ukončí císařským řezem (Hájek a kol., 2014, s. 324 – 325).

Kardiovaskulární onemocnění se rozdělují podle míry rizika pro těhotenství na onemocnění s nízkým, středním a vysokým rizikem. Do skupiny kardiovaskulárních onemocnění s nízkým rizikem patří lehké středně významné zkratkové vady, chlopenní nedomykavost se zachovanou funkcí komor a asymptomatické hypertrofické kardiomyopatie bez obstrukce a arytmií. Mezi onemocnění se středním rizikem patří mitrální stenóza, chlopenní náhrady a zkratkové vady s cyanózou. Do skupiny onemocnění s vysokým rizikem patří plicní hypertenze, akutní infarkt myokardu a tromboembolická nemoc. Prenatální péče u žen s kardiovaskulárním onemocněním probíhá ve specializované ambulanci, kde kardiolog spolupracuje s porodníkem. Tato péče se zaměřuje na stanovení diagnózy a prognózy pro těhotnou a vedení porodu. Systémové hemodynamické změny během těhotenství představují zvýšenou zátěž organismu ženy. Zdravá těhotná žena se s nimi vyrovnává bez problémů, ale u ženy s latentním nebo manifestním kardiovaskulárním onemocněním mohou tyto změny vést k zhoršení zdravotního stavu, které může ženu ohrozit na životě. Kritické období bývá hlavně třetí trimestr a období kolem porodu (Hájek a kol., 2014, s. 325 – 326; Roztočil a kol., 2008, s. 175).

Další komplikace, které se mohou během těhotenství vyskytnout, jsou onemocnění ledvin a vylučovacího aparátu. Ledviny a vylučovací močový aparát jsou v těhotenství vystaveny velkým změnám. Jedná se o změny anatomické, funkční a hormonální a dochází k mechanické obstrukci rostoucí dělohou. Těhotenství vyvolává změny ledvinných funkcí, které mohou vést ke zhoršení již existujícího onemocnění nebo ke vzniku primárního onemocnění močového traktu (Roztočil a kol., 2008, s. 183). Urologické komplikace

v těhotenství lze rozdělit na infekce močových cest a na poruchy funkce dolního močového traktu. Diagnostika infekcí močových cest se opírá o klinické příznaky a také o vyšetření, mezi které patří mikrobiologické vyšetření moči (bakteriologické a kultivační). K léčbě infekcí se užívají antibiotika podle citlivosti a s ohledem na bezpečnost podávání v těhotenství (Hájek a kol., 2014, s. 342, 344).

Do endokrinních onemocnění v těhotenství řadíme diabetes mellitus. Je to skupina metabolických poruch projevujících se hyperglykémiami, které jsou způsobené inzulinovou rezistencí nebo nedostatečnou sekrecí inzulinu pankreatem nebo kombinací obou. Diabetes mellitus I. typu tvoří kolem 10 % všech případů diabetu. Vlivem zničených beta buněk Langerhansových ostrůvků dochází k nedostatku inzulinu a ke vzniku ketoacidózy. Diabetes mellitus II. typu tvoří 90 % všech případů diabetu. U tohoto typu dochází ke zvýšené inzulinové rezistenci cílových tkání. Diabetické těhotenství nese rizika pro samotnou ženu, ale i rizika pro plod. Mezi rizika pro matku řadíme vznik polyhydramnia, hypertenzní onemocnění, recidivující urogenitální onemocnění, operační porod, porodní poranění, přetrvávání diabetu po ukončení těhotenství nebo opakování v dalším těhotenství. Mezi rizika pro plod patří intrauterinní úmrtí, diabetická fetopatie, plicní fetopatie s rizikem vzniku syndromu respirační tísně, traumatický porod (dystokie ramének) a riziko vzniku diabetu v dětství a v adolescenci. Diagnostika gestačního diabetu spočívá v provedení orálně glukózového tolerančního testu a laboratorních vyšetřeních. Léčba gestačního diabetu spočívá v dietním režimu a zvýšené tělesné aktivitě. Jestliže se nepodaří dietním režimem upravit glykémie, musí se aplikovat inzulinoterapie. Ženy po porodu mají zvýšené riziko vzniku diabetu II. typu a někdy i diabetu I. typu (Hájek a kol., 2014, 355 – 356; Roztočil a kol., 2008, s. 213).

4 OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE PORODNÍ ASISTENTKY

Jaká je tedy role porodní asistentky neboli souhrn určitých očekávání vyplývajících z jejího povolání? Role porodní asistentky úzce souvisí s takzvaným rolovým chováním, což jsou ty stránky pracovního výkonu, které jsou očekávány a odměňovány. To mohou být například ošetřovatelské intervence, které se v průběhu gravidity provádí nebo které je nutno v závislosti na situaci provést (Hewstone, 2006, s. 624).

Porodní asistentka může pracovat v celé řadě pozic od práce na porodním sále, přes gynekologickou ambulanci, šestinedělí či na gynekologickém oddělení. Může však pracovat i jako soukromá porodní asistentka v komunitním prostředí. Porodní asistentka poskytuje ženám odborné rady, pomáhá ženám při zvládnání nových životních rolí a je pro ženu podporou po duševní, fyzické i sociální stránce (Čermáková, 2017, s. 6).

4.1 Přístup k těhotné ženě v praxi

Přístup k těhotné, tak jak se s ním asi nejčastěji setkáváme v praxi, bývá mnohdy zdrojem stížnosti matek. Právě proto, že způsob, jakým se k těhotné ženě přistupuje, považujeme za zdroj možného negativního působení na psychiku. V dnešním medicínském prostředí jsou kladeny velké nároky na ošetřovatelskou péči a tím i na zdravotnický personál, který je ne vždy adekvátně ohodnocen. Při tom není jednoduché najít si dostatek času na pacientku/klientku a vyslechnout si její problémy a pochybnosti. Celostní pohled na pacienta, a to nejen v porodnictví, jenž se označuje pojmem „humanizace zdravotnictví“, by mohl v rámci vytváření osobního a vroucího kontaktu nápomoci k lepšímu zvládnání zdravotních komplikací (Ratislavová, 2008, s. 6, Stadelmann, 2009, s. 35-36).

Porodní asistentka by měla ke každé rizikově těhotné ženě přistupovat individuálně a rozhodně ne jako ke skupině těhotných žen s určitými atributy. Pro lepší navázání vztahu důvěry a bezproblémovou spolupráci s těhotnou je důležitá dobrá komunikace. Vhodnou komunikací může porodní asistentka u rizikově těhotné ženy snížit stres a úzkost, ale může přispět i k její spokojenosti. Schopnost porodní asistentky, jakým způsobem podá důležitou informaci nebo projeví ženě podporu v momentě, kdy to nejvíce potřebuje, přispěje k eliminaci negativních pocitů těhotné. Také je důležité, aby porodní asistentka spolupracovala s rodinou ženy. (Štomerová, 2010, s. 14 – 15, 20 - 21)

5 PSYCHOLOGICKÉ PROŽÍVÁNÍ RIZIKOVÉHO TĚHOTENSTVÍ ŽEN

I fyziologické těhotenství je kritickým obdobím významných změn a růstu. Těhotenství, které je doprovázeno komplikacemi, bývá zatíženo i dalšími stresory, které se u fyziologického těhotenství nevyskytují. Důležitý faktor, který ovlivňuje průběh rizikového těhotenství, je bezesporu ženská psychika. Jde o velmi důležitý prvek, na který musíme brát vždy zřetel a nelze ho rozhodně jen tak opomenout. Nepříznivé psychické faktory mohou mít za následek těhotenské komplikace, jako je nadměrné těhotenské zvracení, samovolný potrat, předčasný porod, vysoký tlak, preeklampsie, nitroděložní růstová retardace plodu (Leifer, 2004, s. 128; Gregorová, 2015, online).

5.1 Přílišné obavy při rizikovém těhotenství

Jak k rizikovému těhotenství přistupovat? Lékaři doporučují vědomě se netrápit tím, že těhotenství neprobíhá fyziologicky. Důležité je znát míru rizika a důvody, pro které bylo těhotenství označeno za rizikové. Také psychický stav těhotné ženy velmi ovlivňuje délka rizikového těhotenství. Jinak prožívá nesnadnou situaci žena s pár týdny do porodu, než žena, která má před sebou několik měsíců pochybností a strachu (Gregorová, 2015, online).

Rizikové těhotenství je pro ženu obrovskou zátěží, se kterou se musí psychicky vyrovnat nejen ona, ale také její partner. Žena po dobu rizikového těhotenství musí být neustále pod dohledem lékaře, ale zároveň musí sama vědět, která práce je pro ni v tomto období vhodná a která ne. Měla by si uvědomit, že některé činnosti jsou pro ni zkrátka méně vhodné, protože by mohly ohrozit zdraví plodu. Psychika žen v období rizikového těhotenství je poněkud labilnější, ženy jsou více citlivé a plačtivé. V tomto ohledu by měl být ženám oporou zejména manžel či partner, který by ji měl pomáhat vyrovnat se s náhlými problémy, které se mohou vyskytnout. Zejména ke konci těhotenství se mohou objevovat výrazné změny v chování ženy, je neklidná a netrpělivá. Občas se stává, že manžel či partner však tyhle stavy nezvládne a namísto vzájemné podpory přijde partnerská krize. To může průběh těhotenství značně narušit. Nicméně důležité je z hlediska zdravotního nic nezanedbat. Žena by si měla ve svém zájmu a s ohledem na rizika těhotenství pravidelně kontrolovat správné užívání léků, hlídat si termíny vyšetření a eventuálních testů. Neměla by se rozhodně stresovat běžnou návštěvou v prenatalní

poradně a obávat se výsledků vyšetření (Leifer, 2004, s. 128; Ratislavová str. 33; Gregorová, 2015, online).

5.2 Vliv rizikového těhotenství na rodinu

Budoucí rodiče prožívají jedno z radostných chvil, plánují a připravují se na svoji zcela novou životní roli. Rizikově těhotná žena musí však překonat několik omezení. Ke strachu o miminko se připojí ještě změna životního rytmu. Tato nepředvídatelná situace zasáhne nejen samotnou ženu, ale ovlivní i život celé její rodiny. Často se stává, že žena prožívající náročné těhotenství musí dodržovat klidový režim buď doma nebo v nemocnici, a to i několik týdnů. Proto pak ženu musí zastoupit v rodině ostatní členové, zvláště pokud už má žena děti (Leifer, 2004, s. 128; Potužníková, 2017, online).

U ženy se mohou objevit pocity opuštěnosti, pocity viny zda svým chováním během gravidity nějakým způsobem nezapříčinila současné problémy, pocity neschopnosti - proč vše nezvládne jako ostatní ženy prožívající těhotenství bez komplikací nebo dokonce i zlost. Tu si ženy pak mohou vybíjet na partnerovi nebo rodině. I to, že častěji žena musí žádat o pomoc u osob blízkého okolí, může být pro ni velmi stresující (Murkoffová, 2004, s. 489).

V takovýchto situacích mohou ženě pomoci různé směry a metody psychoterapie, které pomohou snížit stupeň prožívané úzkosti, strachu a stresu. Do režimu ženy, která je dlouhodobě hospitalizovaná s klidem na lůžku, by bylo vhodné začlenit ergoterapii, arteterapii nebo muzikoterapii. Tyto metody ženám pomůžou ke zklidnění, exploraci emocí, odpoutání pozornosti a psychické stimulaci. Rozhodně by si rizikově těhotná žena své problémy a nejistoty neměla nechávat pro sebe, ale měla by mluvit se svým okolím a svou situaci včas řešit. Kontakt na odborníka ji může nabídnout porodní asistentka nebo její ošetřující gynekolog (Leifer, 2004, s. 129; Ratislavová, 2008, s. 3).

5.3 Opožděná prenatální vazba k dítěti

Prenatální komunikace je kontakt s ještě nenarozeným dítětem. Plod v děloze velmi dobře vnímá všechny prožitky své matky. Podle prenatální psychologie má nenarozené dítě paměť, vědomí a zážitky, které získá během života v děloze a ty pak zůstávají a ovlivňují jeho pozdější život. Žena během fyziologického těhotenství postupně přijímá plod a vytváří si k němu citové pouto, obzvláště když cítí jeho pohyby. Zatímco u ženy, která prožívá rizikové těhotenství, se může stát, že se citově oddálí plodu, a to proto, aby se tak

ubránila případné bolesti ze ztráty, pokud by těhotenství nedopadlo podle očekávání.
(Leifer, 2004, s. 128; Jurašková, Čobejová, 2011, online).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGIE

6.1 Formulace problému

Ať už porodní asistentka pracuje v lékařské ambulanci, nemocnici nebo komunitním prostředí, stará se nejčastěji o těhotné ženy s fyziologickým těhotenstvím.

Ale ne vždy těhotenství probíhá fyziologicky. V těhotenství se může vyskytnout celá řada problémů a komplikací. Pokud je určena diagnóza, která značí, že těhotenství bude probíhat rizikově, musí se péče porodní asistentky v určitých směrech změnit. Péče o rizikově těhotné ženy bývá i pro samotnou porodní asistentku náročná, zvláště na psychiku a komunikaci se ženou. Na druhou stranu porodní asistentka by měla umět pečovat o jakoukoli těhotnou ženu, porozumět její psychice, jejím přáním a prožitkům.

Moje výzkumná otázka tedy zní: *Jaké jsou pocity a prožitky žen, u kterých probíhá rizikové těhotenství?*

6.2 Cíl výzkumu

Hlavním cílem daného výzkumného šetření je získání informací o prožitcích ženy s probíhajícím rizikovým těhotenstvím.

6.2.1 Dílčí cíle

Dílčí cíle si stanovuji na podkladě hlavního cíle. Jejich stanovení pomáhá lépe specifikovat oblasti, kterými se v rámci daného výzkumného šetření zabývám.

1. Specifikovat prožitky ženy s rizikovým těhotenstvím.
2. Popsat vztah ženy s rizikovým těhotenstvím k plodu.
3. Popsat vliv okolí na ženu s probíhajícím rizikovým těhotenstvím.
4. Analyzovat, co ženám pomáhá zvládat těžkou situaci.
5. Specifikovat péči porodní asistentky o ženu s rizikovým těhotenstvím.

6.2.2 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky, které jsem si v rámci daného výzkumného šetření stanovila, slouží ke splnění popsaných cílů.

1. Jaké pocity převažují u žen po zjištění diagnózy rizikového těhotenství?
2. Jakým způsobem ovlivňuje rizikové těhotenství vztah těhotné ženy k plodu?
3. Jakým způsobem ovlivňuje prožívání ženy na rizikovém těhotenství její sociální okolí?
4. Co ženám s rizikovým těhotenstvím pomáhá jejich situaci zvládat?
5. Jak ovlivňuje péče porodní asistentky prožívání ženy s rizikovým těhotenstvím?

6.3 Druh výzkumu a výběr metodiky

Druh výzkumu, který jsem si vybrala pro získávání informací, je kvalitativní. Kvalitativní výzkum se používá ke hlubšímu zkoumání problému, umožňuje porozumět jednání člověka v daném prostředí a za daných okolností. Výzkumník zaznamenává všechny skutečnosti a podrobnosti, o kterých se v průběhu výzkumu dozvěděl. Takovým způsobem je možné na zkoumaný problém nahlížet z různých stran a hledat souvislosti mezi jednotlivými procesy (Hendl, 2005, s. 52).

6.3.1 Metoda

Pro bakalářskou práci s názvem „Péče o ženu v průběhu rizikového těhotenství“ jsem použila metodu případové studie (case study). Tuto metodu jsem si vybrala z důvodu záměrného výběru dvou respondentek, které měly možnost vyjádřit svůj názor. Za tímto účelem jsem se zajímala o rodinnou, osobní, gynekologickou, porodnickou a sociální anamnézu respondentky a průběh těhotenství. Následovaly otázky, jejichž cílem bylo zjistit, jak rizikové těhotenství ovlivňuje psychiku ženy a její vztah k plodu a k rodině.

6.4 Výběr případu

Výběr případu pro dané výzkumné šetření byl záměrný. Zkoumané ženy byly vybrány cíleně, neboť požadavkem pro tento výběr byla skutečnost, že u nich probíhalo rizikové těhotenství. Na spolupráci jsem se dohodla se ženami, o kterých jsem věděla, že prochází rizikovým těhotenstvím. Cílem bylo zjistit jejich psychické prožívání v těhotenství. Uvědomovala jsem si, že vzpomínat na pocity, kterými ženy trpěly nebo nadále trpí, může být pro ně velmi těžké. Před začátkem šetření jsem je proto ujistila, že mají právo neodpovídat na otázky, které by jim mohly být nepříjemné. Rovněž ženy

podepsaly informovaný souhlas, kterým jim byla zajištěna absolutní anonymita. Informovaný souhlas s výzkumem je uveden v příloze.

6.5 Způsob získávání informací

K získávání informací do bakalářské práce jsem použila polostrukturovaný rozhovor. Tento druh rozhovoru dává možnost respondentovi volně mluvit a nějakým způsobem rozvíjet téma a zároveň umožňuje tazateli v rozhovoru pohybovat se v určitých okruzích a zjišťovat doplňujícími otázkami další souvislosti a skutečnosti (Hendl, 2005, s. 174).

Při rozhovorech jsem ženy pečlivě pozorovala, a dělala jsem si i poznámky. Všimla jsem si neverbálních projevů těhotných žen a jejich pocitů.

6.6 Organizace výzkumu

Setkání se ženami, s kterými jsem si povídala, jsem rozdělila do dvou částí. První i druhé setkání obou žen se konalo u nich doma. Schůzka trvala přibližně jednu hodinu. Rozhovor byl se svolením respondentek nahráván na diktafon. Délka zvukového záznamu trvá cca 55 minut.

Výzkum probíhal od ledna 2018 do února 2019. Setkání obou respondentek proběhla v Plzeňském kraji. Z důvodu zachování anonymity jsem v bakalářské práci neuvedla přesná místa bydliště respondentek.

7 KAZUISTIKA

V mé bakalářské práci uvádím celkový popis dvou případů žen s rizikovým těhotenstvím, které jsem si pro dané výzkumné šetření vybrala. Na začátku uvádím anamnézu každé respondentky, poté se zajímám o průběh těhotenství a jejich prožívání i z pohledu psychiky.

7.1 Respondentka Anna

První respondentkou je paní Anna, narozena v roce 1989. Žije v Plzeňském kraji v rodinném domku s manželem a se dvěma psy. Anna je velmi energetická, optimistická a cílevědomá mladá žena. Má ráda, když má vše svůj pevný řád. Mezi její záliby patří cyklistika, běh, pilates, meditace a psi.

7.1.1 Anamnéza

Rodinná anamnéza: Anny matka je zdravá a v současné době se s ničím neléčí. Maternální babička se léčí s hypertenzí a diabetem II. typu. Babička z otcovy strany se léčí s hypothyroidizací a dědeček prodělal v roce 2014 infarkt myokardu.

Osobní anamnéza: Anna se léčí s hypothyroidizací (Euthyrox 200 1x denně) a je sledována na endokrinologii od 16. let. V dětství prodělala běžné dětské nemoci. Je alergická na penicilin.

Gynekologická anamnéza: První menstruaci uvádí ve 13 letech. Menstruační cyklus je pravidelný 28/5, krvácení první dva dny střední a poté slabé. Hormonální antikoncepci nikdy neužívala. V roce 2016 prodělala nekomplikovaný samovolný potrat v pátém týdnu těhotenství, který nevyžadoval instrumentální revizi děložní dutiny ani hospitalizaci, pouze byla zkontrolována u svého obvodního gynekologa.

Sociální anamnéza: Paní Anna je vdaná, bydlí se svým manželem a dvěma psy v rodinném domě v jedné vesničce. S manželem mají krásný vztah, znají se 10 let a ve šťastném manželství jsou spolu 5 let. Jejich vztah Anna popisuje jako láskyplný a harmonický. Se svojí rodinou i s rodinou manžela mají výborné vztahy. Paní Anna má magisterský titul, vystudovala pedagogickou fakultu. Před otěhotněním učila v základní škole na prvním stupni. Na finančním zajištění rodiny se podílí společně s manželem, který také vystudoval pedagogickou školu a učí ve střední škole. Ani jeden z manželů nekouří a alkohol pijí jen příležitostně.

7.1.2 Průběh těhotenství

Těhotenství Anny bylo plánované, miminko si s manželem moc přáli, už z důvodu předešlého nevydařeného těhotenství. Anna byla nadšená, když si udělala těhotenský test, a ten byl pozitivní. A jak své pocity popisuje Anna po zjištění, že je těhotná: „*Byla jsem nesmírně šťastná a to ještě i proto, že jsem to zjistila dva dny před manželovými narozeninami. Takže jsem pro něj měla krásný narozeninový dárek*“. Zeptala jsem se, jak manžel reagoval na narozeninový dárek, Anna se začala smát a odpověděla: „*Na začátku se díval na ten pozitivní test jak „nevěřící Tomáš“ a pak ho popadl radostný amok a nosil mě po bytě na rukou (usmívá se)*“. Anna si s manželem porod představovali co nejpřirozenější. Slova respondentky: „*Aby do něj zdravotníci co nejméně zasahovali a nechali ho běžet fyziologicky*“.

Od začátku diagnostikované těhotenství probíhalo fyziologicky, až do doby, než začala Anna krvácet, což bylo v době, kdy ji čekalo ultrazvukové vyšetření (19. týden gravidity). „*Hrozně jsem se lekla, co se děje, protože jsem měla jít odpoledne k obvodnímu gynekologovi. Zavolala jsem ihned manželovi a řekla mu, co se děje a jestli by mě mohl odvézt k lékaři. Jeli jsme rovnou do nemocnice, kde mi řekli, že důvodem mého krvácení je přítomnost vcestného lůžka. Byl mi doporučen klidový režim a co nejméně vstávat. A pokud bych začala opět krvácet, tak jsem měla urychleně přijet*“. Pro manželský pár to byl veliký šok, protože si mysleli, že Anny těhotenství bude probíhat bezproblémově.

7.1.3 První setkání

Datum: 14. 1. 2018

Cíl setkání: Ujasnění si vzájemných očekávání, sepsání anamnézy, rozhovor se ženou, subjektivní prožívání těhotenství.

Místo: Sešly jsme se u Anny doma, vzhledem k jejímu klidovému režimu a i proto, aby se cítila dobře a bezpečně. Náš rozhovor trval 45 minut.

Týden gravidity: 23+2

Hlavní témata našeho rozhovoru:

Anamnéza

Zjištěná anamnéza je sepsána v podkapitole 7.1.1 Anamnéza.

Pocity po zjištění diagnózy rizikového těhotenství

Když lékař Anně oznámil důvod krvácení během těhotenství, prolétlo Anně hlavou jako úplně první tato myšlenka: „*Proč zrovna já, proč nemůžu mít bezproblémové těhotenství (má v očích slzy)*“. Manželé opouštěli nemocnici v šoku a s pochybnostmi. Během cesty domů spolu nepromluvili ani slovo, protože byli v šoku. Po příjezdu domů se Anna psychicky zhroutila, plakala a nemohla uvěřit, co se to stalo. Naštěstí byl u ní manžel, který ji pevně objal a řekl: „*Bude to dobré, spolu to zvládneme. Jsme na to přece dva*“. Tahle slova Anně v tu chvíli hodně pomohla. Vědět, že v takové těžké situaci nebude sama a že ji manžel bude oporou, by chtěla slyšet každá žena, která prožívá něco podobného. A i v této chvíli si Anna uvědomila, že má skvělého manžela: „*Jen jsem se ujistila, že jsem si vybrala správně. Bez něj bych to rozhodně nezvládla*“. Anna měla především strach o své ještě nenarozené dítě: „*Asi největší obavy jsem měla o dítě, aby bylo především v pořádku, abych ho donosila*“.

Vztah ženy k plodu

Během těhotenství byl Anně doporučen klidový režim. Pro Annu to nebylo vůbec jednoduché, neboť je velmi akční a nevydrží být chvíli v klidu: „*Hodně dlouho jsem si zvykala, že musím být v absolutním klidu, ale na druhou stranu jsem se více mohla spojit se svým miminkem (usmívá se a hladí si břicho)*“. Po oznámení diagnózy měla Anna hrozný strach o své miminko a chtěla, aby už bylo na světě. Během návštěvy u svého obvodního gynekologa se Anna informovala u porodní asistentky jestli, je pravda, že některé maminky, které prožívají rizikové těhotenství, se mohou od svého miminka distancovat. Porodní asistentka ji to potvrdila a poradila, jak tomu může předejít a být s miminkem ve spojení. Naštěstí Anna takový problém neměla a s nenarozeným miminkem měla hezký vztah: „*Často jsem s miminkem mluvila, zpívala jsem mu a dokonce jsme mu s manželem četli pohádky (blažený pohled). Občas jsem si připadala jako blázen, když jsem si uvědomila, že mluvím s břichem (směje se)*“. Bylo vidět, že pro oba rodiče tahle forma komunikace s dítětem přinášela radost z těhotenství, i když neprobíhalo fyziologicky. A oplátkou jim bylo i to, že „*je syn vnímal, když s ním komunikovali*“.

Moje pozorování a sebereflexe:

Anna je hezky upravená, usměvavá žena, má hydratovanou kůži, otoky nevidím. Po psychické stránce je trochu nesvá až nervózní, ale to vyplývá ze situace, která se Anně udála. Nečekala, že její těhotenství bude mít rizikový průběh a že bude muset mít klidový režim. Jak jsem vyposlechla a vyposlorovala, je Anna velmi energetická a aktivní pohyb, jí

v těhotenství dost chybí. O své dítě má strach a vidím, že ho má moc ráda. Jinak je Anna optimistická, pořád se usmívá a vypráví mi příběhy, které se netýkají těhotenství. Očekávala jsem, že na ní bude znát třeba únava ze stresu a zátěže, ale není. Když mi povídala o svých pocitech a problémech, bylo z jejího výrazu a hlasu poznat, že je ráda, že se může svěřit někomu jinému než je manžel a rodina.

Spadlo z ní napětí a myslím, že náš rozhovor byl v duchu přátelské konverzace. Před prvním setkáním jsem byla trochu nervózní i já. Nevěděla jsem, jestli Anna bude chtít sdělovat své pocity, jestli se jí bude líbit způsob, jak rozhovor povedu. Také jsem si nebyla jistá v tom, na co přesně jsem se mohla zaměřit při prvním setkání. Myslím si, že to bylo příjemné pro obě.

7.1.4 Druhé setkání

Datum: 23. 3. 2018

Cíl setkání: Rozhovor se ženou, subjektivní prožívání těhotenství.

Místo: Opět jsme se sešly u Anny doma. Náš rozhovor trval 45 minut.

Týden gravidity: 33+2

Hlavní témata našeho rozhovoru:

Ovlivnění okolí ženy

Když Anna oznámila rodině, že těhotenství neprobíhá zcela fyziologicky, byli z toho všichni „špatní“. Avšak jakékoliv strasti a obavy nedávali najevo a snažili být se co nejvíce optimističtí. Během těhotenství, kdy Anna měla klidový režim, jí byla oporou i celá rodina nejen manžel. Každý den za Annou chodila manželova maminka, která bydlela ve stejné vesnici jako Anna: „*Manželova maminka byla skvělá, chodila za mnou každý den, nosila mi samé dobroty a hlavně mi krátila čas, než přišel manžel z práce*“. I Anniny rodiče byli oporou, sice bydleli daleko, ale každý víkend za ni jezdili a každý den si volala s maminkou. A jak Anna řekla: „*Všichni mi byli nesmírnou oporou, především manžel, který mi věnoval hodně svého volného času*“.

Zvládání situace

Nelehká situace, která Annu potkala během těhotenství, byla pro ni velmi náročná. Co však Anně nejvíce pomohlo zvládat stávající situaci, bylo to, že při ní stál manžel: „*Je mi velkou oporou a se vším se na něj můžu obrátit, což je hrozně super. Nedovedla bych si představit, že bych na to byla sama*“. Samozřejmě i zbytek rodiny Anně velmi velice

pomáhal. Jak už jsem zmínila, manželova maminka za Annou chodila každý den, což bylo dobré, že nebyla celý den doma sama. Mohla s ní sdílet své pocity, ať už ty pozitivní i ty negativní: *„Manželovu maminku mám moc ráda, je to fajn žena a mám ji jako druhou mámu (usmívá se). To, že za mnou chodila ve svém volném čase, bylo moc příjemné. Nedovedu si vůbec představit, že bych byla celý den doma zavřená a nikdo by na mě nepromluvil, dokud by se manžel nevrátil z práce. Za to jsem ji moc vděčná“*. Taky nesmím opomenout Aniny dna psy, které dělali Anně po celou dobu společnost a nehnuli si od ní: *„To jsou hrozní mazlové, i oni vnímali, že se něco děje. Bylo fajn je mít vedle sebe. Sice neumí mluvit, ale stačí jejich pohled a hned se mi udělalo lépe po psychické stránce“*. Hodně Anně pomohla i porodní asistentka u obvodního lékaře, kterou zná už delší dobu. Byla Anně oporou ohledně zdravotnické stránky, ale nejen té: *„Bylo hrozně fajn svěřit se někomu, který o tom něco ví a slyšet, že to všechno zvládnou jako jiné ženy, které byly v podobné situaci“*. Hlavně Anně pomáhala strategie být co nejvíce „v pohodě“, být v klidu, být pozitivně a optimisticky naladěná a věřit v dobrý konec těhotenství: *„I když se mi to vždy nedařilo, alespoň jsem se o to snažila, nechtěla jsem svými negativními pocity ovlivňovat dítě v břiše“*.

Péče porodní asistentky

Během těhotenství jí hodně pomáhala porodní asistentka u obvodního gynekologa: *„Se všemi problémy, dotazy, ale i radostmi jsem se jí mohla svěřit. Ochotně mi se vším poradila nebo něco doporučila. Byla to taková moje zповědnice (směje se)“*. Právě porodní asistentka dávala Anně hodně naděje, že vše bude dobré. Anně pomáhalo, že když něco nevěděla, tak se zeptala a porodní asistentka ji dokázala poradit nebo i stačilo, když ji vyslechla a řekla svůj názor. Když Anna v 19. týdnu navštívila nemocnici ohledně krvácení, byla v šoku, ale dost ji pomohl přístup porodních asistentek: *„Musím pochválit porodní asistentky, které v ten den sloužily, protože já jsem byla v šoku a hrozně jsem vyváděla a byla hysterická. A ony mě uklidňovaly, že bude vše v pořádku, byly moc vstřícné a po vyšetření lékařem mi všechno znova vysvětlily a poradily“*. Z toho přístupu byla Anna velmi mile překvapena a zároveň už byla rozhodnuta, že do této nemocnice půjde родit. Anna byla nadšena, že porodní asistentky dokážou podat dostatek informací podobně jako lékař a někdy to umí i lépe vysvětlit: *„Je hrozně fajn, když máte dostatek informací, pak nemusíte malovat čerty na zeď a zbytečně vyšilovat“*.

Moje pozorování a sebereflexe:

Anna mě vítá se slovy: „*Konečně jste tady, už jsem se na Vás těšila*“. Jsme opět samy doma, a tak máme klid na rozhovor. První, na co se Anny zeptám, je jak se má a jak se má miminko. Během toho si všímám, jak se Anna chová, jak je naladěná a jak komunikuje s dítětem. Anna je opět upravená a hezky oblečená. Zase z ní vyzařuje optimismus a zdá se mi, že má lepší náladu než minule. Už se těší, jak mi všechno bude vyprávět, co nového se stalo. Již nakupuje drobnosti pro miminko, které mi hned musí ukázat a pochlubit se s nimi. Chlubí se, jak manžel upravuje pokojíček pro miminko, který je mimochodem moc hezký. Je vidět, že po psychické stránce je na tom lépe než při poslední návštěvě. Jen má obavy z porodu, jestli vše zvládne. Tak jsem jí řekla, že se nemusí bát, že tam nebude sama, že bude mít podporu nejen v manželovi, ale i v porodních asistentkách.

7.2 Respondentka Klára

Druhou respondentkou pro moji bakalářskou práci je paní Klára. Paní Klára je narozena v roce 1977 a žije v Plzni v panelovém bytě se svým manželem. Klára je klidná, celkem optimistická žena. Má ráda svůj klid a nerada se moc podřizuje, chce mít vše podle sebe. Mezi její záliby patří křížovky, běhání, příroda.

7.2.1 Anamnéza

Rodinná anamnéza: Matka Kláry má problémy s varixy. Maternální babička – onemocnění srdce a maternální dědeček proděl ischemickou chorobu srdeční (+). Paternální dědeček prodělal cévní mozkovou příhodu (+).

Osobní anamnéza: V dětství Klára prodělala běžné dětské nemoci. Jen jí byla zjištěna nedoslýchavost na pravé ucho.

Gynekologická anamnéza: První menstruaci uvádí v 14. letech. Menstruační cyklus je pravidelný 28/5, krvácení první dva dny střední a poté slabé. Hormonální antikoncepci užívala od 17. let, cca 6 let. V roce 2004 proběhl dvakrát spontánní potrat (8. a 11. týden gravidity) s revizí. V roce 2014 SAB (4. týden gravidity) bez revize. A v roce 2016 missed abortus (8. týden gravidity, stav po IVF) s revizí.

Sociální anamnéza: Paní Klára je vdaná, bydlí se svým manželem v panelovém bytě. Jsou spolu 5 let. Jejich vztah Klára popisuje, že někdy idylický a jindy se zase chytanou kvůli maličkosti. Se svojí rodinou i s rodinou manžela má Klára hezký vztah. Paní Klára je vyučená v oboru prodavačka s maturitou. Před otěhotněním pracovala jako barmanka. Manžel je osoba samostatně výdělečně činná, pracuje jako zedník. Na finančním zajištění rodiny se podílejí oba manželé. Oba pijí jen příležitostně, Klářin manžel kouří.

7.2.2 Průběh těhotenství

Těhotenství Kláry bylo plánované až skoro vymodlené. Klára si miminko přála, ale s manželem nemohla dlouho přijít do „jiného stavu“. Klára už třikrát potratila, jednou ještě když byla s jiným partnerem a jednou se současným manželem. Proto se s manželem rozhodli, že zkusí umělé oplodnění: *„Bylo to těžké rozhodování, protože to manžel nesl dost těžko. Měl pocit, že chyba je na jeho straně. Ale nakonec souhlasil, a tak jsem umělé oplodnění podstoupila“*. Umělé oplodnění, které Klára podstoupila v květnu 2018, se bohužel nepodařilo a Klára opět potratila: *„Byl to hrozný pocit, když jsem zase potratila a začala jsem už ztrácet naději. Taký už nejsem nejmladší, takže už bylo na čase“*. V plánu bylo tak druhý pokus o umělé oplodnění, ale Kláře se podařilo otěhotnět spontánně a to v červenci: *„Když jsem zjistila, že se to povedlo přirozenou cestou, byla jsem šťastná, ale zároveň jsem měla strach, že zase potratím“*.

I přesto, že Klára byla už starší na první těhotenství, tak vše probíhalo v pořádku. Kolem 14. týdne gravidity měla Klára problémy s močovým ústrojím, kdy ji hospitalizovali pro ledvinovou koliku. Během gynekologické prohlídky, kterou v nemocnici podstoupila, ji ještě k tomu diagnostikovali inkompetenci děložního hrdla. Kláře byla doporučena cerkláž, protože už předtím třikrát potratila: *„Byl to šok, když jsem se dozvěděla, že se mi otevírá děložní hrdlo. V té chvíli jsem byla zase bezradná a už jsem nevěřila, že dítě někdy budu mít (má slzy v očích)“*. Po prodělané cerkláži (17. týden gravidity) Klára nastoupila na rizikové těhotenství. Měla doporučený klidový režim a bez větší fyzické námahy.

7.2.3 První setkání

Datum: 21. 11. 2018

Cíl setkání: Ujasnění si vzájemných očekávání, sepsání anamnézy, rozhovor se ženou, subjektivní prožívání těhotenství.

Místo: Sešly jsme se u Kláry doma, vzhledem k jejímu klidovému režimu a i proto, aby se cítila dobře a bezpečně. Náš rozhovor trval 45 minut.

Týden gravidity: 21 + 2

Hlavní témata našeho rozhovoru:

Anamnéza

Zjištěná anamnéza je sepsána v podkapitole 7.2.1 Anamnéza.

Pocity po zjištění diagnostiky rizikového těhotenství

Jakmile Kláře obvodní gynekoložka potvrdila, že je těhotná, byla nadšená, už jen proto, že to bylo skoro „vymodlené“ těhotenství. Avšak měla i obavy, jak to všechno bude probíhat. Jednak už Klára nebyla nemladší, byla věkově nad 35 let a patřila do skupiny rizikově těhotných. Dále měla za sebou čtyři potraty, z toho jeden po umělém oplodnění, což v ní vyvolávalo obavy, strach a nejistotu: „*Na jednu stranu jsem byla ráda, že se to konečně povedlo, ale zároveň jsem nemohla přestat myslet na to, co bych dělala, kdybych zase potratila*“. Už jenom to, že Klára nemohla dlouho přijít do „jiného stavu“ v ní vyvolalo pochybnosti, jestli ještě někdy bude mít děti. A k pochybnostem k tomu nepřispělo ani neúspěšné umělé oplodnění. Když byla Klára hospitalizována kvůli renální kolice, bylo jí řečeno při gynekologické prohlídce, že bude muset podstoupit cerkláž, aby nepotratila. Zažila velký šok: „*Bylo to nečekané a vůbec jsem nevěděla co to je, co to obnáší. Jen jsem chtěla, abych konečně těhotenství dokončila. Je to dost psychicky náročné, když jsem měla už tolik neúspěšných těhotenství. Hned jsem to volala manželovi, že budu muset podstoupit tento zákrok, on se lekl, ale bral to tak nějak normálně (sklesl ji hlas a vypadala, že ji to doted' mrzí)*“. Takovou reakci od manžela asi Klára nečekala, takže jí to bylo dost líto, že nedostala potřebnou podporu. Nejenže byla Klára z toho všeho nemile překvapena, ale měla strach, jak všechno zvládne.

Vztah ženy k plodu

Ze začátku těhotenství měla Klára ke svému plodu trochu odstup. Bylo pro ni těžké se svým plodem navázat jakýkoliv kontakt. Měla strach si na něj zvyknout, protože

nevěděla, zda jej vůbec donosí: „*Asi je to sobecké, ale nemohla jsem s miminkem jakkoliv komunikovat, měla jsem od něj odstup. Měla jsem prostě v sobě blok, nechtěla jsem si zvykat, když jsem nevěděla, jak těhotenství dopadne*“. Když pak Klára ležela v nemocnici, tak se to trochu zlepšilo, přeci jen už byla v 17. týdnu gravidity, což pro ni byl „zárak“, po všech potratech. Také jí dost pomohlo, když se v nemocnici seznámila s paní, která měla stejnou zkušenost: „*U mě na pokoji byla paní, která měla stejnou zkušenost a také podstoupila cerkláž. Řekla mi, jak vše snášela. Uklidňovala mě, že to bude dobré, a dočkám se vytouženého miminka. Bylo moc příjemné si o tom s někým popovídat a říct jak se cítím. Doma s manželem jsem o tom moc nemluvila*“. Rozhovor tak dodal Kláře trochu naděje, že všechno dobře dopadne. Hodně ji pomohla manželova neteř, která v té době studovala obor porodní asistentku. Řekla jí, že dítě za to nemůže, co teď prožívá a že by měla s dítětem zkusit aspoň trochu nějak komunikovat, aby vědělo, že se na něj za to nezlobí, co teď prožívá. Nějak je to pak sblížilo s dítětem. Navázala s ním vztah, začala si hladit břicho, komunikovat s ním: „*Bylo to hrozně fajn (usmívá se a hladí břicho), pak jsem si i trochu vyčítala, že jsem měla ke svému dítěti takový odstup*“.

Moje pozorování a sebereflexe:

Klára je velmi příjemná, usměvavá, ale je na ni vidět únava z celé té situace. Po psychické stránce je dost nervózní, všimla jsem si, že si škrabe kůži kolem palců během rozhovoru. Zeptala jsem se ji na to, řekla mi, že tenhle zlovyk dělá, když se bojí, že to má už od dětství. Klára je dost tichá, takže jsem se snažila navázat příjemnou a přátelskou atmosféru, nechtěla jsem, aby se z rozhovoru cítila nesvá. Při rozebírání anamnézy, hlavně z gynekologické stránky, byl na Kláře dost vidět smutek, když mluvila o potratech. Bylo mi ji až líto, že měla takovou smůlu. Nedovedu si ani představit co to udělá s psychikou ženy, musí to být hrozné. Ale na druhou stranu bylo na Kláře vidět, že je ráda, že si o tom může s někým promluvit, že ji někdo vyslechne. Přišlo mi, že si doma s manželem moc o těchto problémech nemluví, že to v sobě raději dusí, aby nikomu nepřidělávala starosti.

Začátek rozhovoru byl dost napjatý a byl z Kláry cítit trochu odstup, ale pak se to dost zlepšilo a Klára se zklidnila. To mělo dost vliv i na mě. Také já jsem byla dost v napětí, jak tenhle rozhovor dopadne. Ale myslím, že jsme to zvládly a nakonec to bylo příjemné setkání.

7.2.4 Druhé setkání

Datum: 20. 2. 2019

Cíl setkání: Rozhovor se ženou, subjektivní prožívání těhotenství.

Místo: U Kláry doma. Náš rozhovor trval 45 minut.

Týden gravidity: 34+3

Hlavní témata našeho rozhovoru:

Ovlivnění okolí ženy

Situace kolem Klářina těhotenství byla pro všechny dost náročná. Všichni byli nervózní, jestli Klára dítě donosí a těhotenství neskončí opět na začátku: „*Hodně těžko to nesly obě maminky. Těšily se na vnouče, i když už mají vnoučata od sourozenců, maminka manžela má už dospělou vnučku a moje maminka dva vnuky v pubertě (usmívá se)*“. Pro Kláru bylo výhodou, že obě maminky bydlely vedle sebe, takže za Klárou chodily každý den. Hodně Kláře pomáhala manželova neteř, která studovala porodní asistentku. Dost často ji navštěvovala a snažila se jí třeba pomoci nebo ji vysvětlit, když něco nevěděla: „*Je super, když máte v rodině někoho, kdo o tom něco ví, myslím jako z té druhé strany – ze zdravotnictví. Hodně mi pomohla, když jsem se mohla zeptat na něco, co jsem zrovna nevěděla anebo jen tak si popovídat o tom, co mě zrovna trápí*“. A jak to ovlivnilo manžela?: „*Manžel byl takový neutrální, bral to jako, že se to povedlo a že se udrželo a už to nějak neřešil (je na Kláře vidět smutek). Moc jsme se o tom nebavili*“. Možná trochu dělal Kláře problém, že musela být v klidu a nedělat žádné těžké fyzické aktivity. Musela trochu přeorganizovat svůj volný čas: „*To, že jsem nemohla chodit běhat, bylo pro mě dost těžké, protože jsem tím hodně trávila času. A navíc se při běhu setkávala s některými kamarádkami, které jsem jinak neměla šanci vidět*“.

Zvládání situace

První tři měsíce byly pro Kláru dost stresující, když nevěděla, jestli se těhotenství udrží. Nepřidalo jí ani to, když byla hospitalizovaná. Během hospitalizace jí ale pomohlo, že byla na pokoji s paní, která měla podobné problémy a to, že za ní chodila manželova neteř: „*Obě dvě mi dodávaly naděje a energii v nemocnici. Hrozně špatně nesu nemocniční zařízení, takže jsem byla ráda za každou návštěvu*“. Klára si začátek těhotenství moc nepřipouštěla, bála se, že o plod zase přijde a proto si myslela, že tato strategie bude pro ni nejlepší. Postupem času se však Klára snažila jednak napojit na své dítě, ale především sama na sebe a začala chodit na meditaci, aby začala více sama sobě věřit. Ale jinak

všechny své starosti, obavy i radosti nosila v sobě a nikomu se moc nesvěřovala: „*Občas jsem si popovídala s neteří, ale zase jsem ji nechtěla zbytečně přidělovat starosti, protože měla starosti se školou. Přesto že vím, že mi říkala, ať se jí svěřím se vším, co mě trápí. Ale jsem prostě taková a radši v sobě všechno držím*“.

Péče porodní asistentky

Během těhotenství Klára uvádí, že nevyhledávala cíleně péči porodní asistentky. Jediná péče, která jí byla poskytnuta ze strany porodní asistentky (jak Klára říká), byla u obvodního gynekologa: „*Vyloženě péči porodní asistentky jsem záměrně nevyhledávala. Porodní asistentka od mého obvodního gynekologa byla milá a hodně empatická, to bylo vidět a cítit z jejího chování. Snažila se mi vše vysvětlit, když jsem něco nevěděla nebo když jsem o něčem pochybovala. Také mě dost utěšovala, že tohle těhotenství konečně dopadne dobře a já budu mít vytoužené miminko*“. Když byla Klára v nemocnici, tak byla s péčí porodních asistentek spokojená: „*Na péči v nemocnici si nemůžu stěžovat, všichni byli na mě hodní, i když občas se našla nějaká porodní asistentka, která nebyla třeba ve své kůži, a na mě se to trochu přeneslo, ale brala jsem to tak, že ne každý den musí být veselý*“. Takže celkově by se dalo říct, že Klára byla s péčí ze strany porodních asistentek spokojena. Velkou oporou pro ni byla neteř, hlavně v době kdy ležela v nemocnici a nevěděla, co bude: „*Neteř byla skvělá, myslím, že z ní bude výborná porodní asistentka*“.

Moje pozorování a sebereflexe:

Když jsem přišla ke Kláře domů, bylo vidět, že už je připravena na příchod nového člena rodiny. Měla krásný pokojíček pro miminko, a bylo na ni vidět, že z toho má radost. Ale zároveň už na ni byla vidět únava i nervozita s blížícím se porodem. Co mě velmi zarazilo během rozhovoru, bylo to, že manžel nebyl Kláře téměř vůbec oporou. Říkala, že se s ním nedělí o své pocity, ať už o ty pozitivní nebo negativní. Nevím, jak to měli se vztahem před těhotenstvím, jestli spolu vůbec komunikují o problémech a radostech. Když jsem se Kláry zeptala, jak to celé vnímá její manžel, řekla mi jen to, že bývá dost unavený z práce a že ho ještě nechce zatěžovat se svými problémy. To mě hodně překvapilo, přece jen by na to Klára neměla být sama. Bylo vidět, že jí hodně pomáhají obě maminky asi nejen fyzicky ale hlavně psychicky. A manželova neteř, ta si myslím, že Kláře hodně pomáhala v odborné péči i radami a Klára ji za to byla velmi vděčná.

DISKUZE

V dané kvalifikační práci se zabývám problematikou péče o ženu při rizikovém těhotenství. Zaměřuji se především na pocity a prožitky těhotné ženy během zjištění diagnózy rizikového těhotenství a dále na pocity a prožitky během těhotenství. Snažím se pojmout celý případ holisticky, hledat bio-psycho-sociální souvislosti nemoci, což umožňuje vytvořit doporučení pro porodní asistentky pečující o ženu na rizikovém těhotenství. Tato část práce obsahuje výsledky daného výzkumného šetření, jejich porovnání s odbornou literaturou a následný výstup mé práce.

Nejdříve shrnu získané poznatky k jednotlivým výzkumným otázkám.

1. *Jaké pocity převažují u žen po zjištění diagnózy rizikového těhotenství?*

Respondentky vyjadřovaly nejčastěji strach a obavy v nejrůznějších podobách. Strach začíná možným vyskytem nečekaných i očekávaných komplikací, nebo může začít už ve chvíli zjištění těhotenství v případě, že má žena za sebou opakované těhotenské ztráty. Ve výpovědích respondentek zazníval strach o ještě nenarozené dítě, žádná nevyjádřila strach o sebe samu, což se shoduje i s výsledky (Ratislavové, 2008). Druhá respondentka měla od počátku těhotenství strach těšit se na dítě, protože opakované potraty v ní vyvolávaly obavy ze ztráty dítěte. Již tato její gynekologická anamnéza byla rizikem pro těhotenství. Pak se ještě přidaly potíže s inkompetencí děložního hrdla, což strach ženy ještě posílilo. Uvedla, že jí byla doporučena cerkláž, ale ona nevěděla „*co to je a co to obnáší*“. Nedostatečná informovanost její obavy prohloubila. Naopak první respondentka měla začátek těhotenství bezproblémový, ke zjištění diagnózy rizikového těhotenství došlo v 19. týdnu gravidity, což v ní vyvolalo šok. Doma se „*zhroutila, plakala, byla plná pochybností o dalším osudu těhotenství*“. Z výpovědí žen bylo patrné, že ihned při zjištění problémů v těhotenství (stanovení diagnózy) prožívaly intenzivní strach a obavy o osud těhotenství, později prožívaly spíše ambivalentní pocity: těšení se na dítě a zároveň strach těšit se; radost, ale i obavy; blízký vztah k plodu i snaha o emoční odstup od něj.

To, jaké žena na rizikovém těhotenství prožívá pocity, však pravděpodobně závisí na její osobnosti, na závažnosti jejich komplikací, míře nařízených omezení každodenního fungování a hlavně předvídatelnosti dalšího průběhu těhotenství.

2. *Jakým způsobem ovlivňuje rizikové těhotenství vztah ženy k plodu?*

U první respondentky se vztah k plodu po zjištění problému během těhotenství nijak nezměnil, možná to ještě vztah posílilo. U druhé respondentky, se vlivem předchozích těhotenských ztrát ukázal emoční odstup od plodu. U této ženy jsem identifikovala nepřipouštění si těhotenství, snahu netěšit se na dítě, kdyby těhotenství náhodou nevyšlo. Závěry studie provedené Gaudetovou (2010, in Ratislavová, 2016, s. 117) nasvědčují tomu, že např. vyšší počet ztrát je rizikovým faktorem pro zármutek, vysokou úzkostnost a slabé připoutání k plodu v dalším těhotenství. Pocity smutku a depresivní symptomy interferují s kvalitou prenatálního připoutání k dalšímu dítěti /něha, blízkost, radost z interakce s dítětem). Potíže emočně investovat do těhotenství a připoutat se k dítěti je obranným procesem, který má ženu chránit před možností další případné ztráty.

Během těhotenství se naštěstí u druhé respondentky pomalu začal rozvíjet vztah k plodu, když věděla, že už dosáhla týdne gestace, kdy by o plod už neměla přijít. Zejména tomu přispěla studentka porodní asistence, se kterou žena komunikovala.

3. *Jakým způsobem ovlivňuje prožívání ženy na rizikovém těhotenství její sociální okolí?*

U první respondentky byl nejvýznamnější vztahovou osobou v době těhotenství manžel. Byl jí oporou, doprovázel ženu na důležitá vyšetření, obstaral domácnost v době rizikového těhotenství či ženu vyslechl ve slabé chvílce. Hodně to ženě pomohlo nemyslet tolik na svůj stav. Naopak u druhé respondentky, která uvedla, že „*manžel měl svých starostí dost a příliš o jejím stavu neměl povědomí*“, oporu převzala manželova neteř, budoucí porodní asistentka. Byla pro ženu velkou oporou, vyslechla ji, když potřebovala. S chodem domácností respondentce většinou pomáhala maminka nebo tchýně. Vztah s matkou (vlastní i manžela) se aktivoval u obou našich respondentek, chválily si především možnost kontaktu, komunikace, ale i drobných radostí („dobrot“).

Na reakce z okolí byly obě ženy velmi citlivé a zvláště dobře jim dělal zájem a podpora. Ani jedna z respondentek se ze strany okolí nesetkala s negativními reakcemi na těhotenství. Moje poznatky ohledně izolace se shodují i s popisem Potužníkové (online, 2017), kde mluví o sociální izolaci v důsledku domácího klidu. Obě respondentky těžce snášely sociální izolaci danou pracovní neschopností a nutnost klidového režimu.

Výsledky mého výzkumu se shodují s výsledky jiných (např. Giurgescu et al, 2006; Szetei, 2009) v tom, že velký význam na prožívání těhotenství má přítomnost sociální opory. U první respondentky se však rozchází výzkum Schroederové (1996) v tom, jaký vliv má rizikové těhotenství při setrvání na lůžku na partnerský vztah. Schroederová zjistila, že setrvání na lůžku má vyloženě negativní vliv na partnerský vztah, který se v průběhu těhotenství problematizuje. Z výpovědi ženy z mého výzkumu vyplývá, že naopak tato zkušenost vztah posílila. U obou žen šlo o první těhotenství a možná i o první větší zátěžovou situaci pro jejich partnerský vztah. Nemohu zatím dělat žádné závěry, teprve další situace (především péče o novorozence a později kojence) partnerský vztah dále prověří. Jistý je fakt, že porodní asistentka by měla podporovat partnerský vztah nastávajících rodičů, vést je k pochopení jejich pocitů a otevřené komunikaci v páru. To chybělo především u druhé respondentky.

4. Co ženám na rizikovém těhotenství pomáhá jejich situaci zvládat?

Obě respondentky uváděly členy rodiny. První respondentka uvedla především manžela a druhá manželovu neteř a obě maminky. Dále první respondentka uvedla, že ji pomáhala přítomnost jejich dvou psů, rozptýlili ji od myšlenek a mohla se s nimi pomazlit. Další identifikovatelnou strategií, kterou respondentka použila, byla snaha být co nejvíce „v pohodě“, být v klidu a pozitivně naladěná a neovlivnit tak plod. Její zvládací strategie byly zaměřeny především na emoce. Dokázala je sdílet se svým partnerem a pracovat s nimi. Druhé respondentce nelehkou situaci pomohla zvládat manželova neteř, která ji byla po celou dobu těhotenství velkou oporou. Zvládací strategie druhé respondentky byly zaměřeny spíše na problém, snažila se zjistit od spolupacientky i od své neteře (studentky porodní asistence), jak jí může cerkláž pomoci. Emoce si však spíše nechávala pro sebe, event. je potlačovala. Z toho možná vyplývá, že si raději nepřipouštěla těhotenství, a to hlavně na začátku, aby nebyla pak zdrcena z neúspěchu. Obě respondentky zmínily i své porodní asistentky od obvodního gynekologa v tom smyslu, že jim byly dost nápomocné, především když si nebyly s něčím jisté.

5. Jak ovlivňuje péče porodní asistentky prožívání ženy s rizikovým těhotenstvím?

Jako velmi významné téma se ukázala informovanost. Těhotné ženy jsou velice citlivé na nedostatek informací. Obě respondentky uvedly, že pro ně bylo důležité přesně vědět, co se s nimi děje a jaké mají vyhlídky. Pozitivně vnímaly, pokud jim gynekolog vysvětlil, co se s nimi děje. A pokud něčemu neporozuměly, obě respondentky se ptaly

porodních asistentek. Vyslechnutí, porozumění, pomoc a uklidnění porodní asistentkou mělo velmi pozitivní vliv na prožívání těhotenství obou žen. Zároveň bylo z rozhovorů patrné, že ženy nemají velká očekávání, která by se týkala péče porodních asistentek. Takže se dá říci, že obě respondentky byly spokojeny s poskytováním péče porodní asistentky, ale i celkově zdravotnickou péčí. Tyto výsledky jsou v souladu s výzkumem Lermanové a kol. (2007). Rovněž zdůraznily pozitivní vliv informovanosti pro spokojenost se zdravotnickými službami.

Pokusím se nyní ještě celkově shrnout a propojit zjištěné údaje a popsat, jak ženy prožívají své rizikové těhotenství.

Z mých výsledků vyplývá, že prožívání rizikového těhotenství se odvíjí jednak od závažnosti komplikací, kterým žena čelí a především od toho, kdo je ženou v nelehké situaci oporou. Vliv na to má i skutečnost, zda žena problémy očekávala anebo se vyskytly neočekávaně. To může úzce souviset s porodnickou anamnézou. Pokud je zatížena těhotenskými ztrátami a dlouhodobými neúspěšnými pokusy otěhotnět, už může být všemi těmi neúspěchy psychicky oslabená a může velmi těžce nést další problémy v těhotenství. Může být úzkostnější a pesimističtější. Nedá se říct, že by problémy mohla očekávat nebo je dokonce lépe snášet. Ženy, které mají porodnickou anamnézu nezatíženou, mohou být méně úzkostné a své těhotenství prožívají pozitivněji, i když je rizikové. Nepřipouštějí si tolik problémy, na druhou stranu však pro ně výskyt komplikací může být velkým šokem. Na to, jak se žena s komplikacemi vyrovnává, mají určitě velký vliv osobnostní charakteristiky, obzvláště: optimistické/pesimistické naladění, internalismus/externalismus či míra úzkostnosti. Asi největší význam pro zvládnání rizikového těhotenství má sociální podpora, především pak pečující partner. Pokud žena nemá podporu a péči od nejbližších lidí, prožívá těhotenství hůře až možná negativněji. Mezi další vlivy, které mohou ovlivnit těhotenství, patří i informovanost. Pokud žena neví, jak na tom je, pokud nerozumí lékařským zprávám nebo výsledkům důležitých vyšetření, zvyšuje se tak její obava a úzkost. Nedostatečná informovanost může pak vést ke snaze dohledávat informace od spolupacientek, známých nebo na internetu, které však mohou být mylné nebo neúplné a ještě ženu více znervózní. Jasně, srozumitelné a ne příliš podrobné informace nejlépe od lékaře, mají uklidňující efekt. Dále pozitivní a empatický přístup porodní asistentky je pro ženu povzbuzující. Porodní asistentka může ženu velmi pozitivně ovlivnit, pokud je dostatečně vzdělaná. Porodní asistentka je tady pro ženu a může jí být „psychologem“, odborníkem, konzultantem a velkou oporou. Mezi strategie zvládnání náročné životní

situace, jako je např. rizikové těhotenství patří strategie zaměřené na problém, na emoce, anebo odpoutání pozornosti od svého současného stavu. V ideálním případě by se tyto strategie měly střídat. Pozitivní vliv na prožívání má činnost, která upoutá myšlenky a nedovolí tak ženě přemýšlet o problémech. I v případě, že je ženě doporučen klidový režim, je důležité, aby tato žena měla nějaký program nebo zájmy a zaplnila tak co nejvíce svůj volný čas.

Největší omezení mého výzkumu spočívá ve skutečnosti, že jde o kvalitativní výzkum prováděný jednou výzkumníci. Jsem si vědoma skutečnosti, že veškeré závěry, které nastiňuji, mohou být ovlivněny mojí osobou, především mými předpoklady, zkušenostmi a pohledem na svět. Proto je dobré na ně nahlížet jako na určité hypotézy, které by vyžadovaly další ověření, aby je bylo možné zevšeobecnit. Dala by se z nich odvodit celá řada výzkumných otázek a hypotéz pro další výzkum.

Výstupem dané bakalářské práce je vytvořený mnou informativní internetový blog o rizikovém těhotenství, který má adresu: https://www.instagram.com/rizikove_tehotenstvi/. Vzhled stránek blogu uvádím jako přílohu č. 2.

Zpracování tématu mé bakalářské práce bylo zajímavé a přineslo mi řadu poznatků. Práce mě obohatila jak po studijní stránce, nabyla jsem nové informace o tomto tématu, tak po stránce praktické, práce se ženou v tak specifické situaci. V praxi bych své nově nabyté zkušenosti chtěla využít především v komunikaci se ženami. Rozhodně se nebudu bát navázat s těhotnou ženou kontakt, i když se bude nacházet třeba ve špatné životní situaci, protože vím, že komunikace je velmi důležitá.

Doporučení pro praxi studentek porodní asistence:

- Naslouchat ženě. Zajímat se o její pocity, potřeby a přání.
- Respektovat přání ženy, pokud to není v rozporu s jejím zdravím.
- Zjistit si z dokumentace a od zdravotnického personálu všechny důležité informace.
- Poskytnout ženě čas na dotazy, poskytnout všechny informace procesní i emocionální pod dohledem porodní asistentky, event. domluvit společně konzultaci s lékařem nebo psychologem.

- Nebrat si to osobně. Těžké případy často přinášejí těžkou atmosféru, někdy i nezvyklé chování pacientky.
- Zajímat se o ženin vztah k plodu, podpořit boxing.
- Nesnažit se nutně vyplnit chvíle ticha. Jsou totiž důležité pro urovnání myšlenek. Někdy stačí se ženou jen „být“.
- Péče o ženy s rizikovým těhotenstvím je psychicky náročná. Proto je důležité zajímat se a aplikovat pravidla osobní psychohygieny, postarat se sama o sebe, o svoji psychiku.
- Konzultovat své nejistoty s mentorkou, porodní asistentkou nebo vyučující. Ujistit se o správném postupu a rozvíjet své komunikační dovednosti.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo prozkoumat, jak rizikové těhotenství ovlivňuje život ženy. Pokusila jsem se zachytit, jaké pocity dominují u těchto žen po zjištění diagnózy. Jak rizikové těhotenství ovlivňuje jejich každodenní fungování, a také, jak rizikové těhotenství těchto žen ovlivňuje rodinu a sociální okolí. Zajímalo mě také, jaký vliv na jejich stav má především péče porodní asistentky a jak rizikové těhotenství působí na vytváření vztahu těhotné ženy k dítěti, které čeká.

V teoretické části práce jsem popsala rizikové těhotenství a rizikové faktory, které jsou právě příčinou rizikového těhotenství. Současně jsem se zabývala dispenzarizací rizikového těhotenství a typy poraden, které mohou ženy navštěvovat. Podrobněji jsem se zaměřila na hospitalizaci budoucí matky na rizikovém oddělení, kde jsem uvedla nejčastější diagnózy, kvůli kterým může být žena hospitalizovaná. S tím souvisí i péče porodní asistentky. V poslední části jsem se zaměřila na psychiku ženy, která prochází rizikovým těhotenstvím, jak působí na vztah ženy k plodu a zkoumala vliv na rodinu.

V praktické části mé práce jsem kontaktovala dvě ženy, které si tímto náročným obdobím prošly a situaci zvládly. V rámci případové studie kromě anamnézy respondentek se zabývám popisem průběhu rizikového těhotenství. V popisu uvádím i části rozhovoru, ve kterých respondentky samy popisují vlastní pocity a svůj pohled na danou situaci.

Údaje zjištěné během šetření později porovnávám mezi oběma respondentkami navzájem a i s odbornou literaturou v rámci diskuze. V diskuzi rovněž uvádím důležitá doporučení pro praxi pro studentky porodní asistentce v péči o ženu v průběhu rizikového těhotenství. Cílem mé práce bylo získat informace o prožitcích ženy s probíhajícím rizikovým těhotenstvím. Z mého zkoumání je patrné, že je nutné mít rozsáhlé znalosti, velkou míru empatie k ženě s rizikovým těhotenstvím a mít dobrou odolnost k velké dávce emocí. Role ženy – matky je ve společnosti nezastupitelná a ženě jako nositelce nového života by měla být poskytnuta maximální péče, zejména pokud je na rizikovém těhotenství.

LITERATURA A PRAMENY

ČERMÁKOVÁ, Blanka. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress, 2017, 144 s. ISBN 978-80-265-0579-2.

GIURGESCU, Carmen, Sue PENCKOFER, Marcia C. MAURER a Fred B. BRYANT. Impact of Uncertainty, Social Support, and Prenatal Coping on the Psychological Well-being of High-risk Pregnant Women. *Nursing Research* [online]. 2006, **55**(5), 356-365 [cit. 2019-03-10]. DOI: 10.1097/00006199-200609000-00008. ISSN 0029-6562. Dostupné z: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006199-200609000-00008>.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, 2011, 229 s. ISBN 978-80-247-3081-3.

GREGOROVÁ, Radka. *Jste těhotná? Nejprve se mění vaše psychika* [online]. 2015 [cit. 2018-12-01]. Dostupné z: <https://www.babyweb.cz/jste-tehotna-nejprve-se-meni-vase-psychika>

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 538 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

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

HEWSTONE, Miles a Wolfgang STROEBE, ed. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál, 2006, 776 s. ISBN 80-736-7092-5.

HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.

JURAŠKOVÁ, Bibiána a Andrea ČOBEJOVÁ. [online]. 2011 [cit. 2019-01-01]. Dostupné z: <http://www.neonatologickasestra.sk/prezentacie.html>

KOBILKOVÁ, Jitka. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, c2005, 368 s. ISBN 80-7262-315-X.

KOTEROVÁ, Kateřina. *Moderní babičtví 16: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii*. Praha: Levret, 2008, 62 s. ISSN 1214-5572.

KOUDELKOVÁ, Vlasta. *Problematika hospitalizovaných žen s rizikovým těhotenstvím*. *Moderní babičtví* [online]. 2007, roč. 5, č. 12 [cit. 2018-09-18]. Dostupné z: <<http://www.levret.cz>>

LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004, 952 s. ISBN 80-247-0668-7.

LERMAN, Sheera F., Golan SHAHAR, Kathryn A. CZARKOWSKI, Naamit KURSHAN, Urania MAGRIPILES, Linda C. MAYES a C. Neill EPPERSON. Predictors of Satisfaction with Obstetric Care in High-risk Pregnancy: The Importance of Patient–Provider Relationship. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* [online]. 2007, **14**(4), 330-334 [cit. 2019-03-10]. DOI: 10.1007/s10880-007-9080-9. ISSN 1068-9583. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10880-007-9080-9>.

MALÁ, Andrea, 2007. *Rodina a hospitalizace*. *Sestra*. roč. 17, č. 2. s. 20. ISSN 1210-0404.

MURKOFF, Heidi Eisenberg, Arlene EISENBERG a Sandee Eisenberg HATHAWAY. *Co čekat v radostném očekávání*. V Praze: Slovart, 2004, 595 s. ISBN 80-7209-457-2.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, c2009, 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.

POTUŽNÍKOVÁ, Jana. *Rizikové těhotenství může být velmi náročné na psychiku ženy* [online]. 2017 [cit. 2019-03-24]. Dostupné z: <https://www.maminka.cz/clanek/rizikove-tehotenstvi-jake-jsou-duvody-a-na-co-se-pripravit>

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

RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Perinatální paliativní péče: péče o ženu a její rodinu, rituály rozloučení, proces truchlení a vyrovnávání se se ztrátou*. Praha: Grada, 2016. Psyché (Grada), 200 s. ISBN 978-80-271-0121-4.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

SCHROEDER, Carole A. Women's Experience of Bed Rest in High-Risk Pregnancy. *Image: the Journal of Nursing Scholarship* [online]. 1996, **28**(3), 253-258 [cit. 2019-03-10]. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1996.tb00360.x. ISSN 07435150. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1547-5069.1996.tb00360.x>.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011, 269 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.

STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přeprac. vyd. Přeložila Barbora SADÍLKOVÁ, přeložila Barbora TOMEČKOVÁ. Praha: One Woman Press, 2009, 514 s. ISBN 978-80-86356-50-1.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010, 313 s. ISBN 978-80-257-0324-3.

UNZEITIG, Vít. Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství. *Česká gynekologie*. Praha: ČGPS, 2012, roč. 77, č. 3, s. 270. ISSN 1210-7832.

VYTEJČKOVÁ, Renata. *Ošetrovatelské postupy v péči o nemocné I: obecná část*. Praha: Grada, 2011, 228 s. ISBN 978-80-247-3419-4.

ZWINGER, Antonín. *Porodnictví*. Praha: Galén, c2004, 532 s. ISBN 80-246-0822-7.

SEZNAM ZKRATEK

tzv. – takzvaný

event. - eventuálně

mm Hg - milimetr rtuťového sloupce

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

Příloha č. 2 – Stránky blogu o rizikovém těhotenství

Příloha č. 1 - Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Název bakalářské práce: Péče o ženu v průběhu rizikového těhotenství

STUDENT

Jméno: Martina Korchová, DiS.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: martina.korchova@seznam.cz

VEDOUcí BP:

Jméno: Mgr. Kateřina Ratislavová, Ph.D.

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: ratislav@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je získat informace o prožitcích ženy s probíhajícím rizikovým těhotenstvím.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu:.....Datum:

Podpis studenta:.....Datum:

Příloha č. 2 - Stránky blogu o rizikovém těhotenství

The image shows a screenshot of an Instagram profile for 'rizikove_tehotenstvi'. The profile has 4 posts, 1 follower, and 0 following. The posts are arranged in a grid. The first post on the left has a text overlay: 'á onemocnění před těhotenstvím o prodělaná onemocnění řadíme chronické on o poruchy krevní srážlivosti (Hájek a kol., 2014, s. rející reprodukční komplikace skupiny pět předčasně porodů v minulé graviditě multiparita, samovolné potraty a interrupce. Do rizí nut v probíhající graviditě, řadíme Rh-negativitu u rptomatické bakteriurie, poloha plodu koncen se lůžko a zvýšené cervikální skóre (Hájek a kol. 5)).' The middle post has a text overlay: '1. Demografická riziková faktory Mladí demografická riziková faktory patří věk ženy pod 18 let, a věk nad 35 let, když se zvyšuje riziko chromosomálních změn. Dále jsou patřící věk matky nad 37 let, pokud do žen jsou riziko předčasných porodů. U těhotných žen s věkem nad 35 let h se zvyšuje pravděpodobnost vzniku Downova syndromu, tzv. trisomie 21. chromosomu a také je větší pravděpodobnost výskytu hypertenze a gestaceho diabetes (Votavská, 2011, s. 22). 2. Sociální riziková faktory Do sociálních rizikových faktorů patří stres, alkohol, drogy, kouření, ne sání vitamínů a nevhodná gravidita. Ženy, které jsou závislé na alkoholu h vysoký počet, abstinence plynoucí. U nerozvinuté se málo objeví fetální skolióza kromě toho může dojít k jeho snížení smrti. Mladí lidé se také rizikové faktory p tu kouření. Cigaretový kouř obsahuje nikotin, kyanid, oxid uhličitý a mnoho dalších nebezpečných látek. U těhotných žen kouření může způsobit nízkou porod, abnormální placenta a riziko nerozvinuté nebo mrtvého dítěte. V tomto ohledu je důležité žen být pravidelně sledovány během těhotenství a předložit pravidelné ultrazvukové vyšetření. Například: vyšetření typu ultrazvukové vyšetření (Hodlíková, 2003, s. 3).' The right post has a text overlay: 'bolen s malým rizikem: U těchto žen nenajdeme rizikové fa naměřené a všechny dostupné výsledky laboratorních i klinic šetření jsou v normě. Toto těhotenství lze označit za fyziologické. Bolest se středním rizikem: Ženy se středním rizikem mají v anamnézě zřetelnou rizikovou faktory. I když jejich výsledky vyšetřování jsou normální, musí se opakovat. Z tohoto důvodu označujeme těhotenství jako rizikové. Pokud se u těchto těhotných žen objeví výše dozentovaná vyšší rizika fyziologické rozměry, nemáme je zařadit skupiny žen s vysokým rizikem. Ženy s vysokým rizikem: U této skupiny žen mohou, ale nemusí nastat rizikové faktory. Výsledky vyšetření jsou patologické, a škve, která pokrývá fyziologické rozměry. Ženy, které spadají do skup vysokým rizikem, mají specificky medicínský problém, který jim způsobuje potíže se zvládnutím gravidity. Proto takové těhotenství označujeme jako patologické (Uhereňing a kol., 2015, s. 456-457).'