



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Spokojenost těhotných žen s prenatální péčí

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Michaela Koutenská

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

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „Spokojenost těhotných žen s prenatální péčí“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 4. 5. 2022

.....

Michaela Koutenská

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala paní PhDr. Drahomíře Filausové, Ph.D. za odborné vedení, pomoc, ochotu, trpělivost a cenné rady během vypracovávání této práce. Zároveň bych chtěla poděkovat všem respondentkám za ochotu při vyplňování dotazníků. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině a partnerovi za psychickou i finanční podporu nejen při psaní této práce, ale v průběhu celého studia.

Spokojenost těhotných žen s prenatální péčí

Abstrakt

Tato bakalářská práce je zaměřena na spokojenost těhotných žen s poskytovanou prenatální péčí. Práce je složena z teoretické a praktické části. Teoretická část obsahuje popis vzniku a vývoje těhotenství, samotné prenatální péče a popis vyšetření, která jsou v rámci této péče prováděna. Dále je popsána prenatální diagnostika. Následně je v práci definována profese porodní asistentky a její role v prenatální poradně. Práce se také věnuje předporodní přípravě u těhotných žen. V neposlední řadě se teoretická část zabývá spokojeností pacientů s poskytovanou zdravotní péčí a faktory, které mohou spokojenost pacientů ovlivňovat.

K praktické části bylo využito kvantitativní výzkumné šetření. Celkem byly pro tuto práci stanoveny dva cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda jsou těhotné ženy spokojené s poskytovanou prenatální péčí. Dalším cílem bylo zjistit, zda jsou ženy spokojené s podanými informacemi o průběhu těhotenství a prováděných výkonech v prenatální poradně. Následně byly k cílům stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza zní: „Vícerodíčky jsou více spokojené s prenatální péčí než prvoroďičky.“ Tato hypotéza neplatí. Druhá stanovená hypotéza zní: „Ženy se středoškolským vzděláním a nižším jsou více spokojené s podanými informacemi než ženy s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním.“ Tato hypotéza platí.

Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 66,3 % respondentek je celkově s poskytovanou prenatální péčí spokojeno. S podanými informacemi v základních oblastech péče v prenatální poradně ale nebylo spokojeno vždy přibližně 10 % respondentek. Naopak s informacemi o prováděných výkonech bylo 66,4 % respondentek spokojeno.

Výsledky výzkumného šetření této bakalářské práce mohou sloužit jako zpětná vazba pro poskytovatele prenatální péče v České republice za účelem zvýšení spokojenosti jejich klientek. Zároveň tato práce může sloužit jako informační materiál pro těhotné ženy právě při výběru prenatální poradny.

Klíčová slova

Spokojenost; prenatální péče; prenatální poradna; těhotenství; žena

Satisfaction of pregnant women with prenatal care

Abstract

This bachelor's thesis is focused on the satisfaction of pregnant women with provided prenatal care. The thesis is composed of theoretical and practical part. The theoretical part contains a description of the origin and development of pregnancy, the prenatal care itself and the description of the examinations, which are performed under the terms of this care. Furthermore, the prenatal diagnostics is described. Subsequently, the profession of midwife and her role in the prenatal advice bureau is described. The thesis is also devoted on antenatal preparation of pregnant women. Last but not least, the theoretical part deals with the contentment of patients with provided medical care and factors, that can affect the satisfaction of patients.

The quantitative research was used for the practical part. Altogether, two goals were determined for this thesis. The first goal was to find out, if the pregnant women are satisfied with the provided prenatal care. As following goal was to discover, if women are satisfied with the information given about the course of pregnancy and procedures performed in the prenatal advice bureau. Afterwards, two hypotheses were set towards the goals. The first hypothesis is: "The multiparous women are satisfied with the prenatal care more than primiparas." This hypothesis is not valid. The second set hypothesis is: "Women with secondary and lower education are more satisfied with the given information than women with higher vocational or higher education." This hypothesis is valid.

The questionnaire survey emerged that 66,3 % of respondent are overall satisfied with the provided prenatal care. However, with the given information in basic area of care in the prenatal advice bureau were not always satisfied approximately 10 % of respondents. On the other hand, with the information about the procedures performed were satisfied 66,4 % of respondents.

The results of research in this bachelor's thesis can serve as feedback for providers of prenatal care in the Czech Republic in order to increase the satisfaction of their clients. Moreover, this thesis can also be used as informational material for pregnant women just when choosing some prenatal advice bureau.

Key words

Satisfaction; prenatal care; prenatal advice bureau; pregnancy; woman

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav	8
1.1 Vznik a vývoj těhotenství	8
1.2 Prenatální péče	9
1.2.1 Vyšetření těhotné v prenatální poradně.....	10
1.3 Prenatální diagnostika.....	11
1.4 Porodní asistentka.....	13
1.4.1 Role porodní asistentky v prenatální poradně.....	16
1.5 Předporodní příprava	19
1.6 Spokojenost pacientů.....	21
1.6.1 Spokojenost pacientů jako indikátor kvalitní ošetrovatelské péče.....	22
1.6.2 Cíle hodnocení spokojenosti pacientů	23
1.6.3 Faktory ovlivňující spokojenost pacientů.....	23
2 Cíle práce a hypotézy	26
2.1 Cíl práce.....	26
2.2 Hypotézy	26
2.3 Operacionalizace pojmů.....	26
3 Metodika.....	27
3.1 Metoda výzkumu.....	27
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	27
4 Výsledky výzkumu.....	29
4.1 Grafické zpracování dotazníkového šetření.....	29
4.2 Statistické zpracování dotazníků	45
5 Diskuze.....	49
6 Závěr	55
7 Seznam použité literatury	56
8 Seznam příloh	63
9 Seznam použitých zkratk	70

Úvod

Těhotenství je velmi významným obdobím v životě ženy, ale i muže, jakožto nastávajících rodičů, kdy dochází ke vzniku nového života – vývoji jejich potomka. Těhotenství začíná právě splnutím ženské a mužské pohlavní buňky, následně dochází k uhníždění v děloze a postupnému vývoji embrya. Celé prenatální období, tedy období před narozením dítěte, trvá přibližně 40 týdnů. Během této doby je těhotné ženě poskytována tzv. prenatální péče, která spočívá ve sledování stavu plodu v děloze a organismu těhotné ženy.

Těhotenství je velmi specifický stav, kdy je třeba k ženě přistupovat holisticky, tedy nahlížet na její bio – psycho – socio i spirituální potřeby, nejen sledovat její fyzický stav. Proto je třeba s ní otevřeně komunikovat a edukovat ji o všem, co může v těhotenství nastat. To může hrát roli právě v míře spokojenosti těhotné. Zároveň by spokojenost těhotných žen do určité míry mohlo ovlivnit, pokud by měly zvýšené povědomí o soukromých prenatálních poradnách vedených porodními asistentkami a o službách, které právě tyto porodní asistentky nabízí, čímž se také bakalářská práce zabývá.

Přestože se těhotné výrazně odlišují od jiných pacientů, jsou příjemkyněmi zdravotní péče stejně jako ostatní, a proto je hodnocení spokojenosti pacientů společné pro všechny lékařské obory. Cílem této bakalářské práce je tedy vytvoření dotazníku ohledně spokojenosti těhotných žen s prenatální péčí a následné vyhodnocení faktorů, které mohou spokojenost těhotných ovlivňovat.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že jako budoucí porodní asistentka bych se chtěla věnovat komunitní péči a poskytovat ženám komplexní péči a poradenství, ať už před otěhotněním, během těhotenství, při porodu anebo po porodu v průběhu šestinedělí. Mým cílem je tudíž zjistit, jaká je v současné době spokojenost těhotných s prenatální péčí a službami, které jsou aktuálně dostupné.

1 Současný stav

I přestože se průměrný věk rodiček stále zvyšuje, je mateřství a rodičovství cílem života většiny žen. Na toto období by se ale měly připravovat, stejně jako se následně v těhotenství připravují na porod a novou roli matky. Do kompetencí porodních asistentek spadá i prekoncepční péče a edukace právě v oblasti plánovaného těhotenství a přípravy na rodičovství. S přípravou na těhotenství by měla žena začít nejméně tři měsíce před početím (Procházka, 2020). Pařízek (2015) uvádí, že žena, která trpí nějakým chronickým onemocněním, by měla případné těhotenství konzultovat se svým lékařem. Některá onemocnění totiž mohou mít negativní důsledky na vývoj dítěte nebo porod, stejně jako užívání léčiv proti těmto nemocem (Pearlstein, 2015). Pokud se v rodinné anamnéze jednoho z budoucích rodičů vyskytuje nějaké vrozené onemocnění, měli by navštívit genetickou poradnu pro vyhodnocení rizika výskytu genetické vady u dítěte. Pro správný vývoj těhotenství je rovněž důležité, aby žena vykonávala bezpečné zaměstnání – neměla by pracovat s chemikáliemi, anestetiky, ionizačním zářením nebo v hlučném prostředí a neměla by zvedat těžká břemena. Důležitý je též zdravý životní styl během přípravy na těhotenství. Žena by měla mít vyváženou stravu s dostatkem vitamínů (Pařízek, 2015).

1.1 Vznik a vývoj těhotenství

Období od početí po narození dítěte se nazývá prenatální a obvykle trvá 40 týdnů (Langmeier a Krejčířová, 2006). Roztočil (2020) uvádí, že toto období trvá přibližně 10 lunárních měsíců, tzn. 280 dní. Těhotenství vzniká oplozením, tedy splynutím ženské zárodečné buňky – vajíčka a mužské zárodečné buňky – spermie (Slezáková et al., 2017). Po oplození nastává fáze blastogeneze, která trvá po dobu asi tří týdnů (Hájek et al., 2014). Během této fáze dochází k implantaci a nidaci blastocysty neboli zanoření a uhníždění do těhotensky změněné děložní sliznice (Slezáková et al., 2017). Další fází vývoje je embryogeneze, která je charakteristická pro vývoj orgánů embrya. Nejrychleji se vyvíjí kraniální části zárodka, zejména základy mozku a srdce (Hájek et al., 2014). Roztočil (2017) uvádí, že konec embryonálního vývoje nastává ve 12. týdnu těhotenství a embryo měří kolem 11 mm a jeho hmotnost je asi 19 g. Následně začíná období fetální, kdy se embryo již nazývá plodem a toto období trvá do konce těhotenství. Plod roste kontinuálně a dochází k plnému vyvinutí orgánových soustav (Roztočil, 2017).

Těhotenství lze přepokládat, pokud se objeví určité známky a příznaky, které lze rozdělit do tří skupin (Roztočil, 2020). Mezi nejisté příznaky těhotenství se řadí vynechání

menstruace, nadměrná únava, výrazné kolísání nálady, závratě a mdloby, nevolnosti a zvracení, změny na prsou (zvětšení, zvýšené napětí, bolestivost), polakisurie nebo změny chutí (Hanáková et al., 2015). Pravděpodobné známky též nejsou průkazem těhotenství, ale jsou jistější než známky nejisté. Lze do nich zařadit zvětšení břicha nebo změnu velikosti a tvaru dělohy (Roztočil, 2020). Jistě lze těhotenství prokázat ultrazvukovým (UZ) vyšetřením, na kterém je vidět srdeční akce plodu a stanovením hladiny volné beta podjednotky lidského choriového gonadotropinu (f-beta hCG) z krve těhotné. Hodnota f-beta hCG v 6. týdnu těhotenství by měla být alespoň 1000 IU/l (Wilhelmová et al., 2021). Jestliže se žena domnívá, že by mohla být těhotná, měla by navštívit svého gynekologa pro případné potvrzení gravidity (Hanáková et al., 2015).

1.2 Prenatální péče

Potvrdí-li gynekolog těhotenství, žena by měla být sledována v poradně pro těhotné, kde jí bude poskytnuta prenatální péče (Pařízek, 2015). Poskytovateli prenatální péče v České republice jsou gynekolog nebo porodní asistentka (Wilhelmová et al., 2021). Dle Vyhlášky č. 55/2011 Sb. může porodní asistentka poskytovat prenatální péči pouze ženám s fyziologickým těhotenstvím a v případě zjištění jakéhokoliv rizika předává těhotnou do péče lékaře se specializací v oboru gynekologie a porodnictví (Vyhláška č. 55/2011 Sb.). Těhotná žena si sama, dle vlastního uvážení, může vybrat, zda bude docházet do prenatální poradny vedené gynekologem či porodní asistentkou (Hájek et al., 2014). Frekvence návštěv v poradně je dána tím, do jaké skupiny, dle míry rizika, je těhotná zařazena při první kontrole (Zásady dispenzární péče v těhotenství, 2021). Dle Doporučených postupů ČGPS ČLS JEP jsou ženy s fyziologickým těhotenstvím bez komplikací zvány do poradny v intervalu 4 až 6 týdnů do 34. týdne těhotenství, dále jednou za 1 až 2 týdny do termínu porodu a po 40. týdnu těhotenství alespoň 2x týdně. Druhá skupina jsou těhotné s definovaným konkrétním rizikem a frekvence návštěv a vyšetření je dána zdravotním stavem dané těhotné. Do této skupiny lze těhotnou zařadit kdykoliv v průběhu těhotenství (Zásady dispenzární péče v těhotenství, 2021). Hlavním cílem prenatálních poraden je zajištění komplexní péče o těhotnou ženu, zejména včasné odhalení případných odchylek od fyziologického těhotenství (Hájek et al., 2014). Pařízek (2015) jako jeden z hlavních důvodů, proč ženy navštěvují poradny, uvádí, že je zde dlouhodobě sledován stav organismu těhotné ženy a vývoj plodu v děloze. Navíc při těchto kontrolách může těhotná žena získat veškeré potřebné informace o průběhu těhotenství, vlastním porodu i šestinedělí (Hájek et al., 2014). Soukromé porodní

asistentky mohou mimo jiné navíc nabízet návštěvní službu v šestinedělí, která může být v tomto období velmi užitečná. Porodní asistentka může ženě v šestinedělí pomoci s manipulací s novorozencem, s kojením nebo může kontrolovat případné porodní poranění (Pelenková, ©2021).

1.2.1 Vyšetření těhotné v prenatální poradně

Cílem vyšetření v prenatální poradně je udržení zdraví těhotné ženy a jejího nenarozeného dítěte. Výsledky vyšetření jsou zaznamenávány do těhotenské průkazky (Příloha 1), která je ženě vydána při jedné z prvních návštěv poradny (Laue, 2018). Průkazka obsahuje identifikační údaje, anamnézu, nálezy při jednotlivých návštěvách poradny, hmotnostní přírůstek těhotné, hodnoty krevního tlaku (TK), pánevní rozměry, zhodnocení cervix score (CS), výsledky laboratorních a UZ vyšetření a případně výsledky jiných doplňujících vyšetření (Slezáková et al., 2017). Od té doby, co je těhotné ženě průkazka vystavena, by ji měla nosit neustále u sebe (Laue, 2018).

Vyšetření v prenatální poradně se dělí na pravidelná a nepravidelná, podle toho, zda se provádí při každé návštěvě poradny nebo pouze v určitém týdnu těhotenství (Roztočil, 2020). Pravidelná vyšetření jsou ta, která se provádí při každé návštěvě a zahrnují rozhovor za účelem sběru a aktualizace anamnestických údajů a vyhodnocení míry rizika, měření TK a pulsu, kontrolu hmotnosti těhotné, sledování otoků končetin, chemické vyšetření moči diagnostickými proužky a přibližně od 20. týdne těhotenství zevní vyšetření těhotné a poslech ozev plodu. Vnitřní vaginální vyšetření ke zhodnocení CS je pouze doporučeno, není vhodné jej provádět rutinně (Wilhelmová et al., 2021).

Nepravidelná vyšetření se liší dle týdne těhotenství a prvním, které těhotná podstoupí, je komplexní prenatální vyšetření do 14. týdne těhotenství. Jedná se o kombinaci laboratorního a UZ vyšetření, při kterém se z odebrané krve těhotné zjišťuje krevní skupina a Rh faktor, hodnoty krevního obrazu, protilátky proti červeným krvinkám, sérologicky HIV a HBsAg, protilátky proti syfilis a hladina glykémie nalačno (Zásady dispenzární péče v těhotenství, 2021). První UZ vyšetření spočívá ve zjištění počtu plodů, u vícečetného těhotenství určení chorionicity či amnionicity, průkazu vitality plodu, biometrii a výpočtu termínu porodu dle CRL (temenokostrční vzdálenost) (Slezáková et al., 2017). Ve 20. - 22. týdnu těhotenství se provádí další UZ vyšetření, které se též zaměřuje na průkaz vitality plodu, dále jeho růst, množství plodové vody a uložení placenty. Při tomto vyšetření se rovněž zjišťují vrozené vývojové vady, nicméně ne

všechny lze pomocí ultrazvuku odhalit (Wilhelmová et al., 2021). Orální glukózový toleranční test je prováděn v rámci všeobecného screeningu všem těhotným, vyjma těch, které ho odmítnou a nemají žádný rizikový faktor v anamnéze. Obvykle se provádí mezi 24. – 28. týdnem těhotenství a jeho cílem je aktivní vyhledávání těhotných s gestačním diabetes mellitus (GDM) (Binder et al., 2015). Od 28. týdne těhotenství se ženám s negativním Rh faktorem preventivně aplikují protilátky anti-D, aby se v případě, že se dostanou do krevního oběhu matky krvinky plodu s pozitivním Rh faktorem, předešlo vytváření protilátek, které by poškozovaly embryo v dalším těhotenství (Slezáková et al., 2017). Při laboratorním vyšetření ve 28. – 34. týdnu těhotenství se znovu stanovují hodnoty krevního obrazu, a ještě jednou by mělo být provedeno vyšetření na syfilis (Zásady dispenzární péče v těhotenství, 2021). Ultrazvukovým vyšetření ve 30. – 32. týdnu těhotenství se kontroluje růst plodu se zaměřením na vyloučení intrauterinní růstové restrikce plodu (IUGR), dále na funkci fetoplacentární jednotky a lokalizaci placenty, množství plodové vody a případné odhalení pozdních vrozených vývojových vad (Roztočil, 2020). Při tomto UZ vyšetření se také sleduje průtok krve cévami pupečníku, tzv. dopplerovské vyšetření, kterým lze například diagnostikovat hypoxii plodu (Slezáková et al., 2017). Vaginorektální sěr na zjištění *Streptococcus agalactiae*, streptokoka skupiny B (GBS) ve 35. – 37. týdnu těhotenství se provádí jako screeningové vyšetření u všech těhotných. Streptokoky skupiny B jsou patogenní organismy, které mohou vážně ohrozit zdraví novorozence. V pochvě a rektu se běžně vyskytují, v těhotenství se ale mohou přemnožit a infikovat novorozence při průchodu porodními cestami (Hájek, 2014). Jako prevence proti infekci se při pozitivním výsledku těhotné podávají během porodu antibiotika, nejčastěji penicilin. S podáním by se mělo začít nejméně 4 hodiny před porodem (Binder et al., 2015). Ve 36. – 37. týdnu by se měla těhotná podle nejnovějších doporučených postupů zaevidovat do porodnice, v péči gynekologa nebo porodní asistentky ale může zůstat až do 41+0 týdne těhotenství. Od ukončeného 38. týdne může být ženě nabídnuto provedení Hamiltonova hmatu po předchozím vyhodnocení rizik nebo přínosů. Od roku 2019 je natáčení CTG záznamu doporučeno od 40. týdne těhotenství, ale záleží zcela na rozhodnutí lékaře či porodní asistentky (Zásady dispenzární péče v těhotenství, 2021).

1.3 Prenatální diagnostika

Prenatální diagnostika se v prenatální péči využívá v rámci sekundární prevence, kdy se podle určitých příznaků stanovuje konkrétní diagnóza a následně se rozhodne o fetální

terapii či případném ukončení těhotenství (Polák, 2017). V rámci primární prevence je prováděn screening, což znamená aktivní vyhledávání konkrétních těhotných, u kterých je vysoké riziko chromozomální vady plodu a je zapotřebí dalších vyšetření (Roztočil, 2020).

Přestože se většina dětí rodí zdravá, určité procento se narodí s vrozenou vývojovou vadou, ať již s vážným duševním či tělesným postižením. Mezi nejčastější závažné vrozené vady se řadí Downův syndrom, jehož pravděpodobnost se zvyšuje s věkem rodičky (Pařízek, 2015). Věk rodičky nad 35 let je rizikovým faktorem pro mnoho dalších vrozených vývojových vad (VVV), stejně tak jako porod dítěte s VVV v anamnéze těhotné, výskyt VVV v rodině matky nebo otce dítěte, opakované potraty, GDM, užívání návykových látek nebo vícečetné těhotenství (Polák, 2017).

Prenatální diagnostiku lze provádět pomocí neinvazivních a invazivních metod. V rámci screeningu se využívají metody neinvazivní – ultrazvuk a biochemické vyšetření (Roztočil, 2020). V prvním trimestru těhotenství, mezi 11.-14. týdnem, podstoupí žena tzv. „kombinovaný test“, který je kombinací právě biochemického a UZ vyšetření (Polák, 2017). Pomocí ultrazvuku se měří nuchální translucence a z krve těhotné se stanovuje plazmatický specifický těhotenský protein A (PAPP-A) a f-beta hCG (Hájek et al., 2014). Za zvýšenou, rizikovou, se považuje naměřená hodnota nuchální translucence 3,5 mm a více (Grande, 2015). Při pozitivním nálezu jsou hodnoty PAPP-A nižší než u fyziologického těhotenství, hodnoty f-beta hCG mohou být zvýšené i snižené oproti fyziologické graviditě, záleží na konkrétním onemocnění (Polák, 2017). Nízké hladiny PAPP-A mohou predikovat nejen riziko výskytu VVV, ale i zvýšené riziko předčasného porodu, IUGR, intrauterinního úmrtí plodu nebo hypertenzních chorob v těhotenství (Patil et al., 2014). Jako doplňkové vyšetření ke kombinovanému testu může být zjištění přítomnosti či nepřítomnosti nosní kůstky ultrazvukem (Hájek et al., 2014). Jako další z neinvazivních metod prenatální diagnostiky lze podstoupit tzv. „Panorama test“, jehož výsledek udává, jak vysoké je riziko výskytu konkrétních VVV. Výhodou tohoto testu je jeho velmi nízká falešná pozitivita i negativita a provádí se pouze z odebrané krve těhotné. Nevýhodou je, že není hrazený zdravotní pojišťovnou a cena základní verze Panorama testu stojí 12 500 Kč (Informace pro lékaře, © 2022). Jestliže výsledek screeningu vyjde pozitivní, je těhotné ženě doporučeno podstoupit podrobnější vyšetření pomocí některé z invazivních metod (Polák, 2017).

Mezi invazivní metody prenatalní diagnostiky lze v současné době zařadit aminocentézu (odběr plodové vody), odběr choriových klků (odběr vzorku tkáně placenty), kordocentézu (odběr krve z pupečníku) nebo odběr vzorků fetálních tkání (Roztočil, 2020). Získaný biologický materiál se poté odesílá ke genetickému vyšetření. Pokud je to možné, z časových důvodů se dává přednost odběru choriových klků před odběrem plodové vody, který lze provést až po 15. týdnu těhotenství (Polák, 2017). Všechny invazivní metody prenatalní diagnostiky se provádí pod UZ kontrolou (Slezáková et al., 2017).

Přestože výskyt VVV narůstá spolu se zvyšujícím se průměrným věkem rodiček, záchyt těchto vad je díky prenatalní diagnostice v České republice na velmi vysoké úrovni. Právě vývoj prenatalní diagnostiky a včasný záchyt vrozených vývojových vad velmi výrazně přispěly ke snížení perinatální mortality v naší zemi (Štembera, 2016).

1.4 Porodní asistentka

Porodní asistentka je vysokoškolsky vzdělaná zdravotnická pracovníce, do jejíchž kompetencí spadá péče o ženu s fyziologickým těhotenstvím, porodem a šestinedělím. Péči o těhotnou, rodící nebo ženu v šestinedělí může poskytovat v soukromé prenatalní poradně, v porodnici, v ordinaci gynekologa, v centrech porodní asistence nebo u ženy v domácnosti. Služby nabízené porodní asistentkou odpovídají jejímu pracovišti (UNIPA, 2021).

Mezinárodní definice uvádí, že *„porodní asistentka je osoba, která úspěšně ukončila vzdělávací program, uznávaný v dané zemi, vycházející z dokumentů „Nezbytné dovednosti (kompetence) pro základní praxi porodní asistentky“ a z rámce „Globálních požadavků na vzdělávání porodních asistentek“; která dosáhla nezbytné kvalifikace, aby byla registrovaná a/nebo, aby mohla získat povolení k výkonu povolání porodní asistentky a používat označení porodní asistentka; a která vykazuje potřebné znalosti a dovednosti pro praktický výkon povolání porodní asistentky.“* Tato definice je obsažena v dokumentu nazvaném Definition of the Midwife, který byl vytvořen v roce 1972 Světovou zdravotnickou organizací (WHO), Mezinárodní konfederací porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federací gynekologů a porodníků (FIGO). Současné znění pak bylo přijato na kongresu Mezinárodní konfederace porodních asistentek, který se konal v roce 2005 v Austrálii (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019).

Výkonu profese porodní asistentky také odpovídají požadavky na její odbornou způsobilost (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019). Aktuálně je třeba k získání profese porodní asistentky absolvovat tříletý bakalářský obor, který je zakončen státní závěrečnou zkouškou (Procházka, 2020). Odbornou způsobilost mají rovněž absolventky, které studovaly podle dřívějších právních předpisů, jejichž způsobilost zůstala zákonem číslo 96/2004 Sb. nedotčena (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019). V současné době lze zmíněné bakalářské studium absolvovat v České republice na jedenácti vysokých školách (Procházka, 2020).

V dřívějších dobách se porody odehrávaly v domácnosti těhotné ženy za asistence porodních babiček, které neměly žádné zdravotnické vzdělání. S postupem doby získávaly porodní babičky možnost vzdělávat se a porody a péče o těhotné ženy přesunuly ze soukromí domova do porodnic. I v porodnicích však porody vedly porodní asistentky, nicméně s lékařem v dosahu (Marek, 2010). Tento stav panoval až do 60. let, kdy porodní asistentky byly přejmenovány na ženské sestry. Mohly sice nově začít pečovat i o gynekologicky nemocné ženy, ale vedení porodu se stalo úlohou lékaře (Marek, 2010). V posledních letech situace vypadá tak, že ženy opět získaly větší svobodu a více věří své intuici, a tak si přejí rodit podle svých potřeb a instinktů. Stejně tak si porodní asistentky uvědomují, jaké jsou jejich kompetence a samy chtějí pečovat o těhotné a rodící ženy. Protože získání registrace pro poskytování komunitní péče v České republice je zatím velmi náročné, porodní asistentky stále ve velké míře pracují v porodnicích nebo v ordinacích lékařů a jejich služby zatím nahrazují duly nebo laktační poradkyně (Samková, 2020). Pokud chce porodní asistentka získat registraci pro poskytování komunitní péče v České republice, musí splňovat určité požadavky, mezi které patří dosažení 18 let věku, způsobilost k samostatnému výkonu zdravotnického povolání, způsobilost k právním úkonům a bezúhonnost. Dále odpovídající personální zabezpečení a technické a věcné vybavení jejího pracoviště, kde byl schválen provozní řád zdravotnického zařízení (Procházka, 2020). Nejen složité získání registrace, ale i špatná spolupráce se zdravotními pojišťovnami brání vzniku většího počtu prenatálních poraden vedených porodními asistentkami. I když soukromé porodní asistentky považují spolupráci s pojišťovnami za komplikovanou a finančně nevýhodnou, uvědomují si, že těhotné ženy mají nárok na hrazenou péči soukromou porodní asistentkou a chtějí smlouvy se zdravotními pojišťovnami uzavírat. Bohužel ale ve většině případů dochází ze strany pojišťovny k odmítnutí. Těhotné ženy si tudíž musí veškerou péči poskytovanou

soukromou porodní asistentkou hradit z vlastních nákladů, a to je pro některé velkou překážkou pro využití služeb, které porodní asistentka nabízí (Ratislavová a Ezrová, 2017).

Porodní asistentka poskytuje potřebnou péči těhotným ženám, která zahrnuje jak edukaci, tak samotnou péči o plod a matku během těhotenství, následně při porodu a v šestinedělí (Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb.). V těhotenství se s porodní asistentkou můžeme setkat jako s osobou, která vede těhotenskou poradnu a předporodní kurzy, která připraví těhotnou ženu na porod a roli rodiče, konzultuje porodní plán (UNIPA, 2021). Poskytuje poradenství ohledně životosprávy v těhotenství a v otázkách sociálně-právních (Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb.). Porodní asistentka nabídne těhotné ženě možnost těhotenského cvičení a masáží. Veškerými činnostmi podporuje zdravé těhotenství a ženu podpoří v náročných situacích (UNIPA, 2021). Během porodu porodní asistentka pečuje o rodičku ve všech dobách porodních a může sama vést fyziologický porod (Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb.). Porodní asistentka pomáhá těhotné ženě načasovat odjezd do porodnice a může ji tam doprovodit (UNIPA, 2021). Pokud je to třeba, provádí a ošetřuje epiziotomii. Po porodu pečuje o ženy až do konce šestinedělí. Porodní asistentka může bez odborného dohledu provést první ošetření novorozence, případně zahájit resuscitaci a poskytovat ošetrovatelskou péči fyziologickému novorozenci. V šestinedělí podporuje a edukuje matku o péči o novorozence a kojení (Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb.). Edukuje o péči o případné porodní poranění. Porodní asistentka může nabídnout poporodní cvičení. V rámci komunitní péče lze ženu a novorozence navštěvovat v domácnosti (UNIPA, 2021). V případě komplikací, ať už v prenatální poradně či v porodnici při porodu nebo během šestinedělí, musí být porodní asistentka schopna zprostředkovat lékařskou pomoc. Nicméně, není-li lékařská pomoc okamžitě dostupná, musí být schopna sama poskytnout neodkladnou péči vedoucí k záchraně života matky i plodu (Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb.)

Zdůraznit je třeba také roli porodní asistentky ve zdravotním poradenství a vzdělávání (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019). Edukace patří mezi jednu z nejzákladnějších a nejdůležitějších kompetencí porodní asistentky (Dušová et al., 2019). Tato role cílí nejen k samotným těhotným ženám, ale i k jejich rodinám či celým komunitám. Jde konkrétně o předporodní přípravu, přípravu k rodičovství nebo péči o dítě. Poradenství a vzdělávání může být rozšířeno i do oblasti zdraví ženy nebo sexuálního či reprodukčního zdraví. Podstatný je přitom i fakt, že porodní asistentka může

vykonávat svoji profesi v jakémkoliv prostředí, tedy nejen ve zdravotnických zařízeních, nemocnicích, klinikách, zdravotních střediscích, nýbrž i v domácím prostředí těhotné ženy (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019).

1.4.1 Role porodní asistentky v prenatální poradně

Porodní asistentka může sama vést prenatální poradnu pro těhotné s fyziologickým těhotenstvím (Vyhláška MZ ČR č. 55/2011 Sb.). Pokud se těhotná žena rozhodne, že chce docházet do takové prenatální poradny, měla by co nejdříve kontaktovat porodní asistentku, se kterou si domluví návštěvu. Ta může proběhnout u ženy v domácnosti nebo právě v poradně porodní asistentky (Laue, 2018).

První setkání s porodní asistentkou by mělo proběhnout kolem 12. týdne těhotenství a bývá většinou nejdelší, protože se sepisuje podrobná anamnéza, díky které lze odhalit případná rizika (Drandić, 2019). Anamnéza je pro lepší přehlednost rozdělena do několika oblastí. Rodinná anamnéza zahrnuje informace o zdravotním stavu přímých příbuzných pacientky a otce dítěte, zaměřuje se především na onemocnění, která mohou být dědičná (Roztočil, 2020). Do osobní anamnézy se zaznamenávají všechna onemocnění a poruchy, které se u ženy od dětství objevily (Hájek et al., 2014). V rámci gynekologicko – porodnické anamnézy jsou podstatné údaje o menstruaci – kdy začala a její charakter, dále gynekologické operace a onemocnění, užívání antikoncepce a průběh předchozích gravidit (Roztočil, 2020). Poslední oblastí anamnézy jsou sociální a pracovní poměry těhotné (Wilhelmová et al., 2021). Během tohoto setkání porodní asistentka též určí předpokládaný termín porodu pomocí výpočtu podle prvního dne poslední menstruace nebo dle data oplodnění (Slezáková et al., 2017).

Frekvence dalších návštěv je doporučena přibližně jedenkrát za 4 až 6 týdnů do 34. týdne těhotenství, dále jedenkrát za 1 až 2 týdny do 40. týdne těhotenství, poté alespoň 2x týdně (Zásady dispenzární péče v těhotenství, 2021). Součástí každé návštěvy poradny je doplnění anamnézy, měření TK, vyšetření moči a kontrola hmotnosti těhotné. Hodnoty TK se obvykle v prvním trimestru těhotenství výrazně nemění, ve druhém trimestru spíše klesají a ve třetím se vrací k fyziologickým hodnotám (Procházka, 2020). Pokud při pravidelném měření TK zjistí porodní asistentka odchylku od fyziologie ($\leq 100/60$; $\geq 140/90$), měla by těhotnou edukovat o hypotenzi nebo možném výskytu některé z hypertenzních chorob (chronická hypertenze, gestační hypertenze, superponovaná preeklampsie, preeklampsie, eklampsie) a odeslat ji do péče lékaře (Management

hypertenzních onemocnění v těhotenství, 2019). Vyšetření moči se provádí pomocí diagnostických proužků, které snadno a rychle určí pH, přítomnost bílkoviny, glukózy, ketolátek, urobilinogenu, bilirubinu nebo krve. Porodní asistentka by se měla zaměřit hlavně na bílkoviny a na glukózu. Bílkoviny mohou spolu s hypertenzí predikovat preeklampsii, glukóza v moči může odhalit diabetes mellitus (Wilhelmová et al., 2021). Porodní asistentka by si měla všimnout i hustoty moči. Vysoká hustota může znamenat nedostatečný příjem tekutin a je třeba těhotnou edukovat o důležitosti dodržování pitného režimu. Vyšetření porodní asistentkou jsou prováděna pohledem, pohmatem a od 24. týdne i poslechem (Procházka, 2020). Pohledem se sledují otoky, tvar a velikost břicha, podle čehož lze odhadnout polohu a postavení plodu. Otoky mohou být dalším faktorem preeklampsie. Kontroluje se stav kůže, přítomnost strií nebo pigmentace. Pohledem lze též sledovat pohyby plodu nebo možnou děložní aktivitu. Důležité je v těhotenství pohledem kontrolovat i stav prsů, zejména bradavek a podle toho případně doporučit možnosti, kterými lze bradavky tvarovat (Wilhelmová et al., 2021). Procházka (2020) uvádí, že zevní vyšetření pohmatem se provádí pomocí čtyř tzv. „Leopoldových manévrů“, kterými se zjišťuje výška děložního fundu, tvar dělohy, poloha a postavení plodu. Výška děložního fundu, metrem naměřená vzdálenost spony od fundu děložního a obvod břicha udávají gestační stáří plodu. Třetí „Leopoldův manévr“ se též nazývá „Pawlíkův hmat“. Právě „Pawlíkův hmat“ určuje postavení plodu, jeho naléhající část a krční rýhu, díky které lze rozpoznat úroveň vstupu naléhající části do porodních cest (Roztočil, 2020). Porodní asistentka může pouze za pomoci svých rukou odhadnout množství plodové vody. Vyšetření poslechem se provádí dřevěným stetoskopem nebo elektronickým Dopplerem a poslouchají se ozvy plodu (Drandić, 2019). Pro dobrou slyšitelnost ozev musí porodní asistentka znát polohu a postavení plodu (Procházka, 2020). Model péče porodních asistentek je založen na tom, že těhotenství stačí pouze sledovat a zasahovat jen v případě podezření na komplikace (Drandić, 2019). Při podezření na jakékoliv riziko či patologii, předá porodní asistentka těhotnou do péče lékaře (Procházka, 2020).

Mimo tato vyšetření se porodní asistentka zaměřuje především na individuální potřeby konkrétní těhotné a vyjadřuje jí náklonnost a podporu (Laue, 2018). Zodpoví jí veškeré dotazy a edukuje ji o všem, co by mohla očekávat v následujících čtyřech týdnech do příští návštěvy. Drandić (2019) doporučuje, aby se těhotná kolem 37. týdne domluvila s porodní asistentkou, aby byla k dosažení 24 hodin denně až do porodu. Porodní

asistentky totiž obvykle nabízí pomoc při načasování odjezdu do porodnice a doprovodu do ní, případně přítomnost u samotného porodu (UNIPA, 2021).

Edukace těhotné ženy v prenatální poradně probíhá při každé návštěvě a je zaměřena zejména na životosprávu v těhotenství. Ideálně by se těhotná žena měla začít stravovat zdravě a pokud jedla zdravě již před otěhotněním, v těhotenství by v tom měla pokračovat (Slimáková, 2018). Edukace ohledně stravy v těhotenství je ale individuální, právě podle stravovacích návyků ženy před otěhotněním. Základní zásady stravování v těhotenství jsou jíst přibližně 5x denně, nepřejídat se, jíst čerstvé potraviny, ne instantní pokrmy nebo nestravovat se v rychlém občerstvení. Těhotná by se měla vyhýbat syrovému masu nebo plísňovým sýrům. Měla by jíst takové potraviny, které obsahují dostatek důležitých živin. Jsou jimi například mléko a mléčné výrobky, maso, ryby, luštěniny a těstoviny (Dušová et al., 2019). Měla by jíst dostatek ovoce a zeleninu by si měla dávat ideálně ke každému jídlu (Slimáková, 2018). V těhotenství je důležité konzumovat potraviny s dostatkem bílkovin, tuků, sacharidů, vlákniny, vápníku, železa, jódu, hořčiku a některých vitamínů, protože všechny tyto složky jsou nezbytně nutné pro správný vývoj placenty nebo plodu v děloze (Dušová et al., 2019). Káva a kofeinové nápoje nejsou v těhotenství doporučovány, případně by je měla těhotná konzumovat ve velmi malém množství. Pitný režim se musí navýšit vzhledem k těhotenským změnám mateřského organismu, těhotná by měla vypít 2–3 litry vody za den (Laue, 2018). Porodní asistentka těhotnou ženu dále edukuje o tom, že by měla přestat kouřit, resp. se pokusit nekouřit, měla by se vyvarovat nadměrné konzumaci alkoholu, především pak tvrdého a zcela se vyvarovat užívání drog (Behinová a Ašenbrenerová, 2012). Pokud těhotná tyto látky v těhotenství užívá, může se u novorozence po porodu objevit tzv. „novorozenecký abstinencií syndrom“, který se projevuje nejčastěji třesem, křečemi, záškuby, neklidem nebo pláčem (Novorozenecký abstinencií syndrom – příznaky, příčiny a léčba, 2018). Stejně tak by neměla nadbytečně užívat léky, neboť i to může vést k závažným poruchám vývoje plodu v děloze. Většina žen má ale strach z užívání léků v těhotenství, protože klinické studie nových léků jsou zakázány provádět na těhotných, tudíž je téměř nemožné prokázat, že lék není teratogenní a nevyvolává žádné poškození plodu (Rowe, 2015). Porodní asistentka edukuje těhotnou o užívání léků, které jsou v těhotenství bezpečné a zároveň jsou volně prodejné. Pokud by měla těhotná užívat některé léky na předpis, její lékař musí vědět, které jsou v graviditě nezávadné (Behinová a Ašenbrenerová, 2012). Edukace probíhá i v oblasti pohybu a sportování (Drandić, 2019). Pohyb je pro těhotnou ženu velmi přínosný, ale měla by se

vyvarovat určitým činnostem. V těhotenství není vhodné koupání ve znečištěných vodách, lyžování, jízda na kole, jízda na koni, sportování na vrcholové úrovni nebo jakýkoliv druh silových sportů (Pařízek, 2015). Ideálními aktivitami může být plavání, chůze, tanec, těhotenská jóga nebo lehké posilování břišních svalů (Laue, 2018). V průběhu těhotenství by se těhotná také měla vyvarovat přepínání, nenosit těžká břemena, ve vysokém stupni těhotenství necestovat letadlem, vyhýbat se stresu, naopak pobývat na čerstvém vzduchu a nezanedbávat spánek (Behinová a Ašenbrenerová, 2012). Metody vhodné pro přípravu organismu těhotné k porodu je masáž hráze, bylinné napářky, pití čaje z maliníku, užívání homeopatických léků nebo ricinového oleje (Laue, 2018). Nezbytné informace o porodu a průběhu šestinedělí může též poskytnout porodní asistentka během návštěvy v prenatální poradně, ale je vhodné doporučit těhotné ženě, aby absolvovala předporodní kurz (Dušová et al., 2019).

Porodní asistentka musí sledovat nejen fyzický stav těhotné, ale měla by se zaměřit i na její psychickou pohodu. V porodní asistenci je důležité přistupovat ke klientkám holisticky (celostně) – tedy uspokojovat nejen jejich biologické, ale i psychické, sociologické a spirituální potřeby. Pro těhotnou ženu je důležité navázat s porodní asistentkou důvěrnější vztah, přesto však stále na profesionální úrovni. Těhotná musí porodní asistentce důvěřovat a nebát se jí svěřit s jakýmkoliv pocity. Proto je ale důležité, aby měla porodní asistentka na každou návštěvu těhotné v prenatální poradně vyhrazeno dostatek času a věnovala se jí tak dlouho, jak je potřeba (Kašová a Hendrych Lorenzová, © 2022). Pro získání důvěry je také potřeba správně a efektivně s těhotnou komunikovat – informace podat včas a vhodným způsobem nebo dokázat ženu podpořit. Porodní asistentka musí projevit zájem o konkrétní těhotnou a musí jí umět naslouchat. V neposlední řadě by každá porodní asistentka měla mít schopnost empatie a měla by se dokázat vcítit do situace a pocitů těhotné (Takács et al., 2015).

1.5 Předporodní příprava

Předporodní příprava probíhá formou kurzů nejčastěji vedených porodní asistentkou (Český červený kříž, © 2017). Předporodní kurzy, které jsou pořádány porodními asistentkami bez ohledu na to, zda pracují v soukromé poradně nebo v porodnici či u gynekologa, nejsou zdravotními pojišťovnami hrazeny, ale je možné od pojišťovny získat alespoň finanční příspěvek (Laue, 2018). Kurzy by měly obsahovat přípravu na samotný porod, ale i přípravu na roli rodičů (Barimani et al., 2018). Mohou být rozděleny

do několika lekcí podle tématu v různých termínech (Český červený kříž, 2017). Jiné mohou probíhat jako celodenní kurzy (Porodní dům U Čápa, © 2000–2020). Forma kurzů může být skupinová nebo individuální. Skupinové kurzy se nejčastěji odehrávají v porodnicích nebo v různých mateřských centrech (Samková, 2020). Nevýhodou předporodních kurzů v porodnicích je, že jsou většinou poměrně krátké a obsahují pouze nejn nutnější informace, které se vztahují ke konkrétnímu zdravotnickému zařízení (Porodní dům U Čápa, © 2000–2020). Samková (2020) jako další z nedostatků skupinových kurzů uvádí, že se účastníci ve větším počtu cizích lidí ostýchají pokládat některé dotazy. Výhodou kurzů v porodnici může být možnost prohlídky porodního sálu. Zároveň některým nastávajícím matkám vyhovuje právě skupinová forma předporodní přípravy (Samková, 2020). Individuální kurz probíhá pouze za přítomnosti porodní asistentky a těhotné ženy, případně jejího partnera. Za výhody individuálních kurzů lze považovat to, že se porodní asistentka věnuje pouze konkrétní těhotné, kurz probíhá formou rozhovoru, ne přednášky nebo že délka trvání kurzu není předem stanovena, je přizpůsobena těhotné. Bezesporu největší výhodou je možnost konání kurzu u ženy v domácnosti (Porodní dům U Čápa, © 2000–2020). Tato forma kurzů může proběhnout několikrát během těhotenství, záleží na těhotné ženě kolikrát bude setkání vyžadovat (Samková, 2020). Vhodnou alternativou může být spojení skupinových kurzů s těmi individuálními, na kterých může těhotná probrat s porodní asistentkou jakékoliv informace a dotazy (Samková, 2020). Náplní obou forem kurzů je zejména edukace, a to v oblastech přípravy na porod, průběhu samotného porodu, průběhu šestinedělí nebo péče o novorozence a kojení (Laue, 2018). Těhotná se dozví informace o tom, co si má sbalit do porodnice, jak pozná začátek porodu nebo jaké může využít úlevové polohy, jak by měla prodýchat kontrakce nebo jak může pomoci partner v I. době porodní. Je vhodné teoretické znalosti prakticky nacvičit. Těhotná je dále edukována o průběhu II., III. a IV. doby porodní též s praktickým nácvikem. Porodní asistentka by měla zmínit i patologie, které mohou během porodu nastat a edukovat ji o průběhu akutního císařského řezu (Předporodní kurzy, © 2021). Další důležitou oblastí předporodních kurzů je průběh šestinedělí – psychické a fyzické změny po porodu, péče o případné porodní poranění, hygiena v šestinedělí nebo kojení, s čímž souvisí i příprava prsů na kojení ještě před porodem. Poslední z hlavních oblastí edukace je péče o novorozence. Edukaci může provádět buď porodní asistentka nebo dětská sestra (Dušová et al., 2019). Těhotná je edukována o tom, jaké vybavení by si pro novorozence měla pořídit, dále dostane informace zvláště o péči o novorozence v porodnici (manipulace, koupání, výživa,

vyšetření) a o péči o novorozence po propuštění (manipulace, psychomotorický vývoj, oblékání, denní režim aj.) (Předporodní kurzy, © 2021).

1.6 Spokojenost pacientů

Těhotné ženy jsou příjemkyněmi zdravotní péče, stejně jako všichni ostatní pacienti. Kapitola se proto zabývá spokojeností pacientů s poskytovanou zdravotní péčí obecně, nejen spokojeností těhotných žen, kterým je poskytována péče prenatální. Spokojenost pacientů s poskytovanou zdravotní péčí velmi úzce souvisí s kvalitou této péče. Obecně na otázku spokojenosti pacientů s poskytovanými zdravotními službami může dát odpověď Velký lékařský slovník, který uvádí, že jde o „konzumentovo hodnocení přiměřenosti, účinnosti a přijatelnosti (hodnoty) poskytovaných zdravotních služeb ve srovnání s jeho představami, zkušenostmi a očekáváním.“ (Vokurka a Hugo, 2015, s. 945).

Požadavky na hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou lékařskou péčí se pochopitelně nevztahují pouze na těhotné ženy, ale na pacienty veškerých lékařských oborů. Potvrzením může být znění zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, který ukládá m. j. povinnost zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb (Zákon č. 372/2011 Sb.). Protože systém sledování spokojenosti pacientů byl velmi nejednotný a výsledky neměly téměř žádné využití, byl Ministerstvem zdravotnictví vytvořen v roce 2020 projekt Národní hodnocení spokojenosti pacientů. Hlavním cílem tohoto projektu bylo vytvořit jednotný systém sledování a hodnocení spokojenosti pacientů, ale i posílení hlasu pacienta. Metodou sledování spokojenosti pacientů je standardizovaný dotazník. Výsledky jsou porovnávány mezi jednotlivými pracovišti, ale i mezi celými zdravotnickými zařízeními. Nejsou veřejně dostupné, slouží pouze pro potřeby daných zdravotnických zařízení a Ministerstva zdravotnictví (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

Pro veřejnost byl vytvořen projekt Kvalita očima pacientů, který vznikl za cílem měření kvality zdravotní péče pomocí spokojenosti pacientů. Pacient vyplněním dotazníku poskytne informace o daném lůžkovém či ambulantním zařízení. Po vyhodnocení dotazníku jsou výsledky uveřejněny na webových stránkách projektu a kdokoli se může podívat, v jakém zdravotnickém zařízení byli pacienti více či méně spokojeni. Dotazník ambulantní péče obsahuje 8 dimenzí kvality: dostupnost péče (čekací doba, množství

ambulantních zařízení v daném místě), prostředí čekárny a ordinace (hluk, čistota, teplo), návštěva zdravotnického pracovníka, přístup, úcta a respekt k pacientovi (představení personálu, komunikace, důvěra k personálu, zapojení pacienta do péče, zajištění soukromí), informovanost o vyšetřeních a léčbě (srozumitelnost, adekvátnost odpovědí), informace o užívaných lécích, následná péče (edukace), celkový dojem (Raiter, ©2010).

V roce 2020 byl nejlépe hodnoceným zdravotnickým zařízením v projektu „*Kvalita očima pacientů*“ Masarykův onkologický ústav (Raiter, ©2007–2020). V celostátním projektu HealthCare Institute „*Nemocnice ČR 2020*“ zvítězila Nemocnice České Budějovice, a.s., kde byly hodnoceny oblasti bezpečnosti a spokojenosti hospitalizovaných pacientů, ambulantních pacientů a zaměstnanců a finanční zdraví nemocnice (Celostátní projekt *Nemocnice ČR 2020*, 2021).

1.6.1 Spokojenost pacientů jako indikátor kvalitní ošetrovatelské péče

Světová zdravotnická organizace popisuje kvalitní zdravotní péči jako tu, která je efektivní, tudíž poskytovaná těm, kteří to potřebují. V rámci efektivity by též měly být maximálně využity všechny dostupné zdroje. Dále bezpečná, tedy bychom se měli vyhnout poškození člověka, kterému je péče určena a zaměřena na individuální požadavky dané osoby. Pro realizaci přínosů poskytování kvalitní zdravotní péče musí být zdravotní služby poskytovány včas. Měly by být zkráceny čekací doby a někdy škodlivé prodlevy. Poskytované zdravotní služby musí být spravedlivé, tedy bez rozdílu u odlišného pohlaví, lidské rasy, zeměpisné polohy nebo socioekonomického postavení. Dále by měly být jednotné – zdravotní péče by měla poskytovat celou řadu zdravotních služeb po celý život. WHO též uvádí, že kvalitní ošetrovatelská péče je založena na Evidence Based Nursing – ošetrovatelství založeném na důkazech (World Health Organization, ©2021).

Indikátory kvality jsou určitá kritéria, která po porovnání s určitým standardem popisují, do jaké míry bylo standardu dosaženo. Mezi indikátory kvalitní ošetrovatelské péče se řadí personál a jeho kvalifikační struktura, množství nežádoucích situací spojených s ošetrovatelskou péčí, množství pádů nebo množství katérových infekcí. Důležitým indikátorem kvality ošetrovatelské péče je právě spokojenost pacientů (Brabcová, 2016). Pacienti jsou spokojeni, pokud je jim poskytnuta kvalitní lékařská a ošetrovatelská péče, ale jejich spokojenost zároveň ovlivňuje i personál nebo prostředí (Borovský et al., 2011). Ve Velkém lékařském slovníku je kvalita zdravotní péče popsána jako úroveň

poskytované péče, jež je charakterizována dostupností, přiměřeností, včasností, účinností, soustavností, hospodárností, bezpečností, tak i perspektivními hledisky pacienta (Vokurka a Hugo, 2015, s. 549). Podmínky pro poskytování kvalitní zdravotní péče v porodnictví jsou například dostatek kvalifikovaných porodních asistentek a lékařů, kteří mají umožněné celoživotní vzdělávání, technické vybavení a organizační zajištění pracoviště, návaznost, spojitost a plynulost diagnostické a léčebné péče (Brabcová, 2016).

Kvalitu poskytované perinatologické péče určují statistické ukazatele, jimž jsou např. perinatální úmrtnost, mateřská a infantilní morbidita nebo mateřská úmrtnost (Binder, 2015). Pokud jde o perinatální úmrtnost (součet mrtvorozených a zemřelých do 7 dnů po porodu na 1000 živě narozených dětí), toto číslo je v České republice opravdu velmi nízké (rok 2010 – 3,51 ‰, rok 2015 – 4,53 ‰). V roce 2019 byla perinatální úmrtnost v České republice 4,54 ‰ (511 dětí) (Narození a zemřelí do 1 roku 2019, ©2021).

1.6.2 Cíle hodnocení spokojenosti pacientů

Opakované sledování spokojenosti pacientů má mnoho cílů. Je třeba je chápat obecně, jde tedy o cíle, které jsou společné pro celé zdravotnictví, ale mohou se vztahovat i k samotným lékařským oborům, tedy i k porodnictví. Pomocí výsledků z vyhodnocených dotazníků spokojenosti pacientů lze například hodnotit kvalitu jednotlivých zdravotnických pracovišť, oddělení nebo případně jednotlivých pracovníků. Výsledky dále mohou sloužit jako podnět pro změny ve způsobu a režimu poskytování zdravotní péče nebo jako podnět pro organizační změny, které mohou zlepšit celkovou spokojenost a zvýšit komfort pacientů v nemocnici. Následně je též z dotazníků spokojenosti pacientů vyhodnoceno, zda provedené změny měly vliv na kvalitu poskytované péče. Dále je možné pomocí výsledků hodnotit čistotu a hygienu, kvalitu a vybavení sociálních zařízení, kvalitu stravy a její servírování, celkový komfort pobytu v nemocnici nebo vybavenost oddělení. Posledním cílem hodnocení spokojenosti pacientů je, že výsledky mohou být pokladem pro srovnávání kvality péče v různých zdravotnických zařízeních (Bártlová a Hnilicová, 2000).

1.6.3 Faktory ovlivňující spokojenost pacientů

V praxi lze bezesporu nalézt velké množství faktorů, které velmi výrazně ovlivňují spokojenost pacienta s poskytovanou lékařskou péčí. Fang (2019) ve své studii uvádí, že

nejdůležitějšími faktory jsou postoj zdravotníků k pacientovi, technické vybavení a komfort zdravotnického zařízení. Méně důležité faktory ovlivňující spokojenost pacientů jsou demografické údaje (Fang et al., 2019). Podle studie z roku 2012 ovlivňuje spokojenost těhotných také výběr gynekologa dle pohlaví. Těhotné upřednostňují ženy gynekoložky před muži, a to především kvůli způsobu komunikace. Ke spokojenosti rovněž přispívá, když je ženě poskytnuta péče lékařem, který má bohaté zkušenosti z praxe. Ze studie nebylo zcela jasné, zda má na spokojenost významný vliv věk nebo národnost pacientky (Janssen a Lagro-Janssen, 2012). Také edukace těhotných je faktorem, který velmi ovlivňuje jejich spokojenost (Dušová, 2019). Podle Bártlové a Hnilicové (2000) ve spokojenosti se zdravotní péčí hrají velmi významnou roli právě demografické charakteristiky pacientů. Jde zejména o pohlaví, i když právě to nehraje v případě sledování spokojenosti pacientů s prenatální péčí příliš významnou roli, neboť pacientkami jsou výhradně ženy. Nicméně Bártlová uvádí, že jsou to právě ženy, které častěji inklinují k větší kritičnosti a menší spokojenosti se zdravotní péčí (Bártlová a Hnilicová, 2000). Výzkumy rovněž ukazují, že existuje určitý vztah mezi vzděláním pacientů a spokojeností se zdravotní péčí. Pacientky s vyšším vzděláním jsou častěji kritičtější a o něco méně spokojeny s poskytovanou péčí. Nejprůkazněji však determinuje spokojenost pacientů s léčebnou péčí věk pacienta. Realizované výzkumy totiž potvrdily, že čím je pacient starší, tím je spokojenější. (Bártlová a Hnilicová, 2000).

Nejen prostředí lůžkové péče, ale i prostředí ambulantní péče může velmi ovlivnit spokojenost pacienta. Už prostředí čekárny by mělo působit klidným dojmem a mělo by zde být k dispozici dostatek pohodlných sedaček, lavic či křesel. Zdi ve všech prostorách, kam se mohou pacienti dostat, by měly být pastelově vymalovány a je vhodné je ozdobit veselými a pozitivními obrazy či kresbami (Kelarová et al., 2015). V místnosti by měl být zajištěn dostatek denního světla. Neméně důležité je zajistit dobrou orientaci ve zdravotnickém zařízení pomocí map a značení (Škubová, 2012). Hluk v nemocničním prostředí je dalším faktorem ovlivňujícím spokojenost pacientů. Dlouhé nemocniční chodby a velké rovné plochy dobře nesou a odrážejí zvuk, proto je dobré využívat akustické prvky, které nepříznivý hluk eliminují. Nejčastěji se využívají akustické panely nebo podhledy (Hluk v nemocnicích škodí všem, 2017). Eliminací hluku se snižuje výskyt stížností nebo pádů u pacientů (Škrla a Škrlová, 2008).

Dalšími faktory, které mohou negativně ovlivnit spokojenost pacienta, ať už v lůžkovém či ambulantním zařízení jsou anonymita (oslovování pacienta číslem, diagnózou nebo

obecnými názvy), nedostatečná informovanost o svém zdravotním stavu, vyšetřeních, zákrocích apod., pobyt mezi pacienty s rozdílnou diagnózou, vyřazení z běžného života nebo u některých pacientů vzniklá porucha soběstačnosti (Kelnarová et al., 2015).

2 Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Cíl 1: Zjistit, zda jsou ženy spokojené s poskytovanou prenatální péčí.

Cíl 2: Zjistit, zda jsou ženy spokojené s podanými informacemi o průběhu těhotenství a prováděných výkonech v prenatální poradně.

2.2 Hypotézy

H1: Vícerodičky jsou více spokojené s prenatální péčí než prvorodičky.

H2: Ženy se středoškolským vzděláním a nižším jsou více spokojené s podanými informacemi než ženy s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním.

2.3 Operacionalizace pojmů

Prenatální péče – komplexní péče o matku a plod v průběhu celého těhotenství (Wilhelmová et al., 2021).

Větší spokojenost – spokojenost hodnocena respondentkami na Likertově škále od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší) hodnotou „1“ nebo „2“

Prvorodička – žena, která zatím nerodila (Procházka, 2020).

Vícerodička – žena, která již v minulosti rodila (Procházka, 2020).

Nižší vzdělání – základní, středoškolské odborné

3 Metodika

3.1 Metoda výzkumu

Výzkumné šetření pro tuto bakalářskou práci bylo provedeno pomocí jedné z kvantitativních metod. Pro sběr dat byl použit anonymní online dotazník vlastní konstrukce. Výhodou této metody je rychlý a ekonomický sběr dat od velkého počtu respondentů. Anonymním dotazníkem lze navíc získat pravdivější údaje (Chráška, 2016).

Dotazník (Příloha 2) byl vytvořen webovou aplikací Google Forms. Distribuce probíhala prostřednictvím sociální sítě Facebook v uzavřených skupinách těhotných žen. Dále dotazník vyplňovaly ženy, které byly maximálně jeden rok po porodu. Dotazník sestával celkem z 24 otázek, z toho bylo 20 uzavřených, 2 polouzavřené a 2 otevřené. Prvních 7 otázek sloužilo k získání identifikačních údajů (věk, nejvyšší dosažené vzdělání, gravidita, parita, týden těhotenství, profesní vztah ke zdravotnictví). Zbylé otázky se vztahovaly ke spokojenosti s poskytovanou prenatální péčí a poskytovanými informacemi v prenatální poradně.

Sběr dat probíhal od 9. 3. do 16. 3. 2022 a zúčastnilo se celkem 300 respondentek. Před vyplněním byly obeznámeny, že je dotazník dobrovolný, anonymní a výsledky budou použity pouze pro účely bakalářské práce. Na základě pilotáže, která byla provedena před zahájením sběru dat, byly některé otázky upraveny z důvodu lepší srozumitelnosti. Výsledky výzkumného šetření jsou graficky zpracovány a doplněny o slovní komentář. Stanovené hypotézy byly ověřeny na základě vypočtené p-hodnoty pomocí Welchova t -testu. Výpočty byly provedeny v programu TIBCO STATISTICA 13, hladina významnosti činila 5 %.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

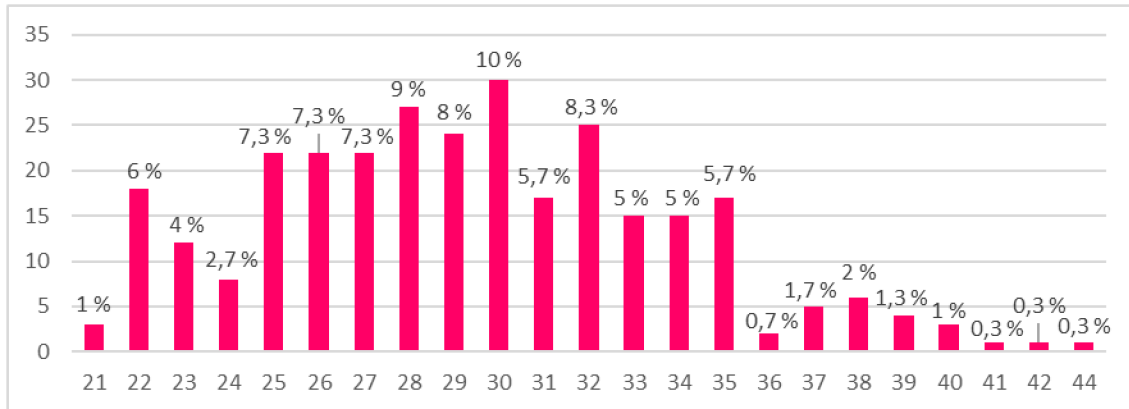
Výzkumný soubor tvořily těhotné ženy a ženy, od jejichž poslední návštěvy prenatální poradny uplynulo maximálně 12 měsíců. Dotazník vyplnilo celkem 300 žen ve věku 21–44 let. Ve věku 21–25 let odpovědělo 63 žen (21 %). Největší skupinu tvořily ženy ve věku 26–30 let, celkem 125 (41,7 %). Respondentek ve věku 31–35 let bylo 89 (29,7 %). Nejméně respondentek bylo ve věku 36–44 let, a to pouze 23 (7,7 %). Z celkového počtu 300 žen, bylo 83 (27,7 %) těhotných a 217 (72,3 %) žen navštívilo naposledy prenatální poradnu právě v uplynulých 12 měsících. Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 132 (44 %) žen ze všech dotazovaných. Druhou největší skupinou byly ženy se

středoškolským vzděláním s maturitou, celkem 117 (39 %). Vyššího odborného vzdělání dosáhlo 25 (8,3 %) respondentek. Středoškolské odborné vzdělání uvedlo 21 (7 %) dotazovaných jako nejvyšší dosažené a 5 (1,7 %) žen získalo vzdělání základní.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Grafické zpracování dotazníkového šetření

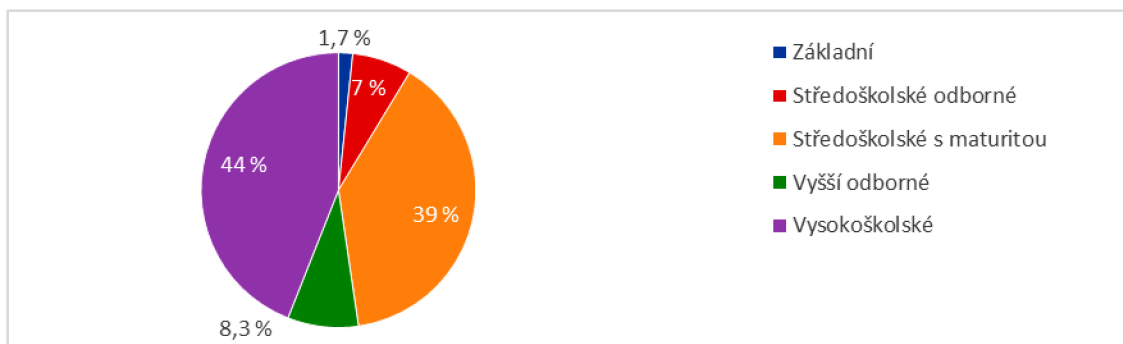
Graf 1 Věk



Zdroj: Vlastní

Graf 1 zobrazuje věk dotazovaných žen. Z celkového počtu 300 (100 %) žen bylo nejvíce ve věku 30 let, celkem 30 (10 %). Ve věku 21 let odpověděly 3 (1 %) ženy, ve věku 22 let 18 (6 %) žen, ve věku 23 let 12 (4 %) žen, ve věku 24 let 8 (2,7 %) žen a ve věku 25,26 a 27 let vždy 22 (7,3 %) žen. Ve věku 28 let bylo 27 (9 %) žen a 24 (8 %) žen bylo ve věku 29 let. Ve věku 31 let odpovědělo 17 (5,7 %) žen, ve věku 32 let 25 (8,3 %) žen, ve věku 33 a 34 let 15 (5 %) žen, ve věku 35 let 17 (5,7 %) žen a ve věku 36 byly 2 (0,7 %) ženy. Ve věku 37 let bylo 5 (1,7 %) žen, ve věku 38 let 6 (2 %) žen, ve věku 39 let 4 (1,3 %) ženy a ve věku 40 let 3 (1 %) ženy. Ve věku 41, 42 a 44 let byla 1 (0,3 %) žena.

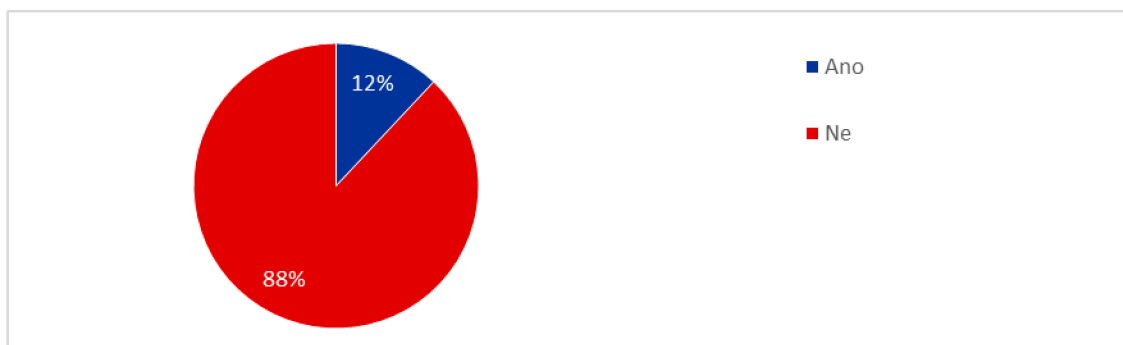
Graf 2 Vzdělání



Zdroj: Vlastní

Graf 2 zobrazuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Z celkového počtu 300 (100 %) žen nejvíce dosáhlo vysokoškolského vzdělání, celkem 132 (44 %). Jako druhé nejvíce zastoupené bylo středoškolské vzdělání s maturitou, které uvedlo 117 (39 %) respondentek. Vyššího odborného vzdělání dosáhlo 25 (8,3 %) žen. Středoškolské odborné vzdělání jako své nejvyšší dosažené uvedlo 21 (7 %) dotazovaných a 5 respondentek (1,7 %) dosáhlo základního vzdělání.

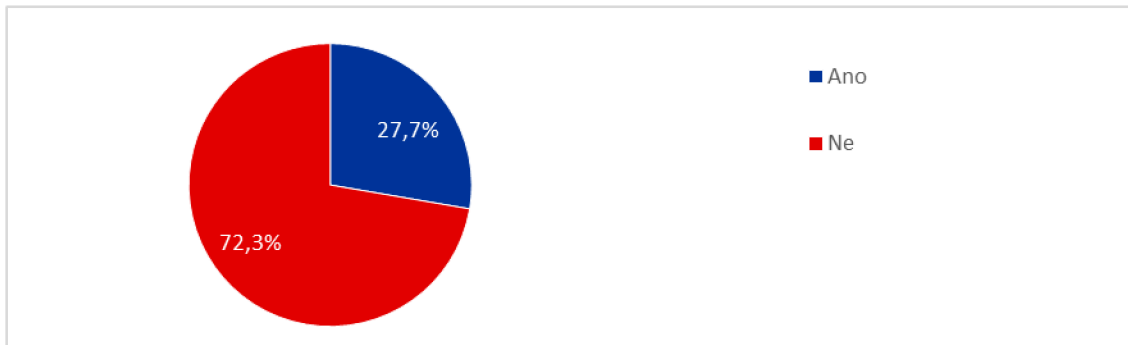
Graf 3 Profesní vztah ke zdravotnictví



Zdroj: Vlastní

Graf 3 znázorňuje, zda dotazované ženy pracují ve zdravotnictví či nikoliv. Z celkového počtu 300 (100 %) žen pracuje ve zdravotnictví 36 (12 %) z nich. Zbýlých 264 (88 %) respondentek nemá profesní vztah ke zdravotnictví.

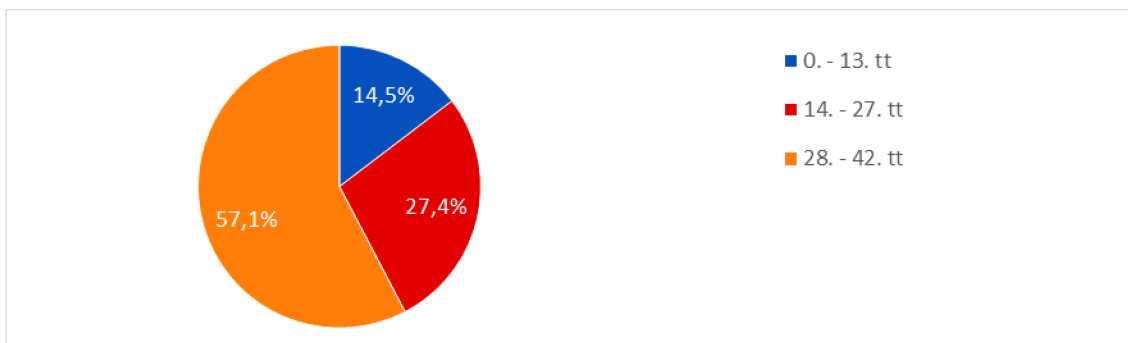
Graf 4 Gravidita



Zdroj: Vlastní

Graf 4 znázorňuje odpověď na otázku, zda je žena momentálně těhotná. Odpovědělo celkem 300 (100 %) žen, z toho 217 (72,3 %) zvolilo možnost „ne“. Těhotných bylo v době sběru dat 83 (27,7 %).

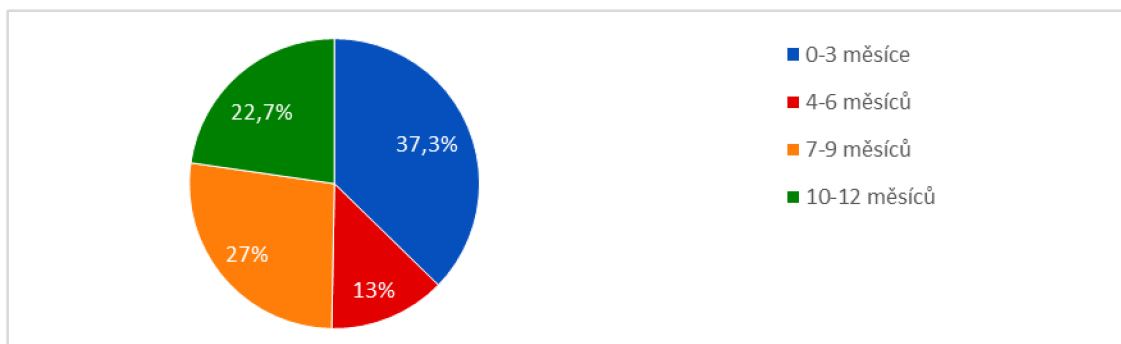
Graf 5 Týden gravidity



Zdroj: Vlastní

Graf 5 rozšiřuje předchozí graf 4 a zobrazuje v jakém týdnu gravidity těhotná žena byla. Těhotných bylo celkem 83 (100 %), z toho 12 (14,5 %) zvolilo možnost „0.–13. tt“. Odpověď „14.–27. tt“ zvolilo 23 (27,7 %) těhotných. Nejvíce žen zvolilo možnost „28. – 42. tt“, celkem 48 (57,8 %).

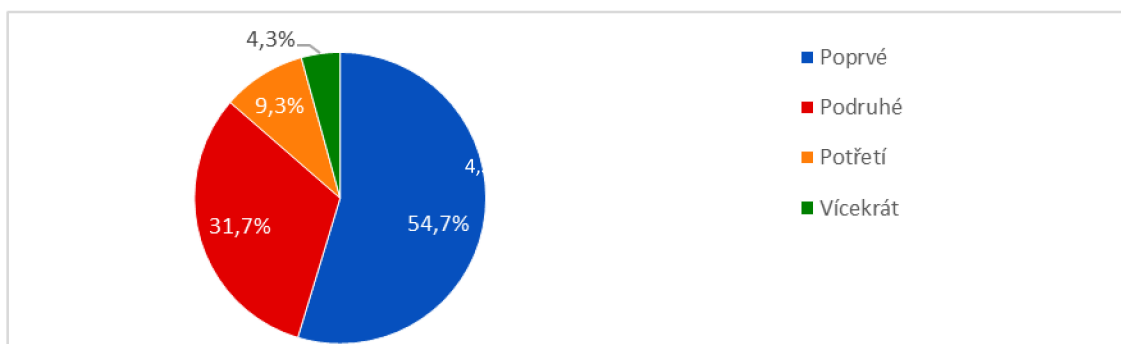
Graf 6 Poslední návštěva prenatalní poradny



Zdroj: Vlastní

Graf 6 zobrazuje před kolika měsíci naposledy respondentky navštívily prenatalní poradnu. Z celkového počtu 300 (100 %) dotazovaných zvolilo možnost „0–3 měsíce“ 112 (37,3 %) žen. Před 4–6 měsíci navštívilo naposledy prenatalní poradnu 39 (13 %) dotazovaných. V uplynulých 7–9 měsících navštívilo naposledy prenatalní poradnu 81 (27 %) žen. Možnost „10–12 měsíců“ zvolilo celkem 68 (22,7 %) respondentek.

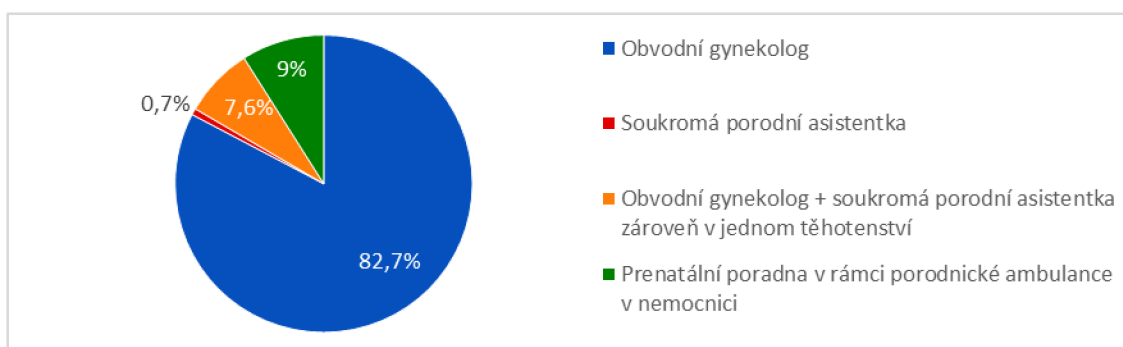
Graf 7 Parita



Zdroj: Vlastní

Graf 7 znázorňuje pokolikáté byla dotazovaná žena těhotná. Na danou otázku odpovědělo celkem 300 (100 %) žen, z toho 164 (54,7 %) bylo těhotných poprvé. O druhé těhotenství se jednalo u 95 (31,7 %) žen. Možnost „potřetí“ zvolilo 28 (9,3 %) respondentek a 13 (4,3 %) žen uvedlo, že bylo těhotných více než třikrát.

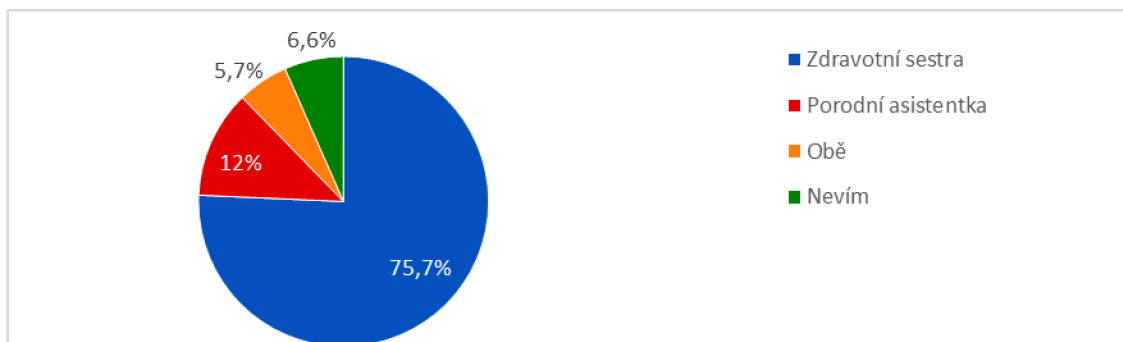
Graf 8 Prenatální poradna



Zdroj: Vlastní

Graf 8 zobrazuje, kam respondentky docházely do prenatální poradny. Celkem odpovídalo 300 (100 %) žen. Nejvíce z nich, celkem 248 (82,7 %), uvedlo možnost „obvodní gynekolog“. K obvodnímu gynekologovi a k soukromé porodní asistenci zároveň v jednom těhotenství docházelo 23 (7,6 %) žen. Prenatální poradnu v rámci porodnické ambulance v nemocnici uvedlo 27 (9 %) dotazovaných. Do prenatální poradny vedené soukromou porodní asistentkou docházely 2 (0,7 %) ženy ze všech dotazovaných.

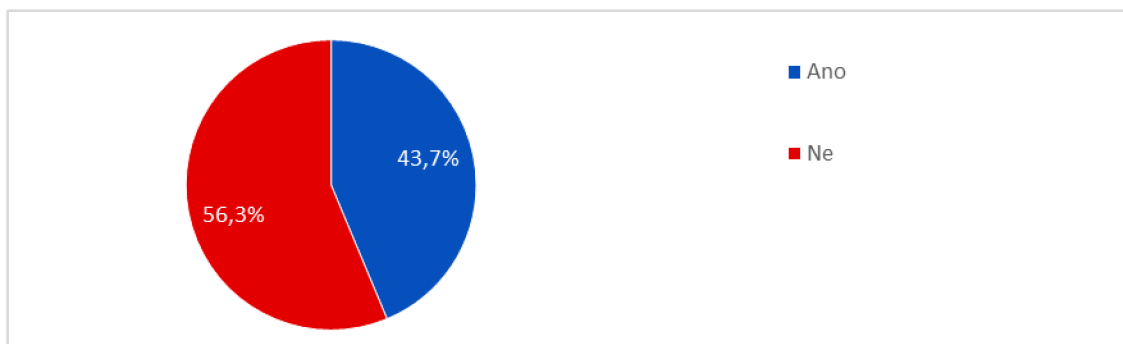
Graf 9 Osoba pracující v ordinaci gynekologa



Zdroj: Vlastní

Graf 9 zobrazuje odpovědi na otázku, zda pracuje v ordinaci gynekologa zdravotní sestra nebo porodní asistentka. Odpovídalo celkem 300 (100 %) žen. Možnost „zdravotní sestra“ uvedlo 227 (75,7 %) respondentek. Odpověď „porodní asistentka“ zvolilo 36 (12 %) žen. Možnost „obě“ zvolilo 17 (5,7 %) žen a možnost „nevím“ 20 (6,6 %) žen.

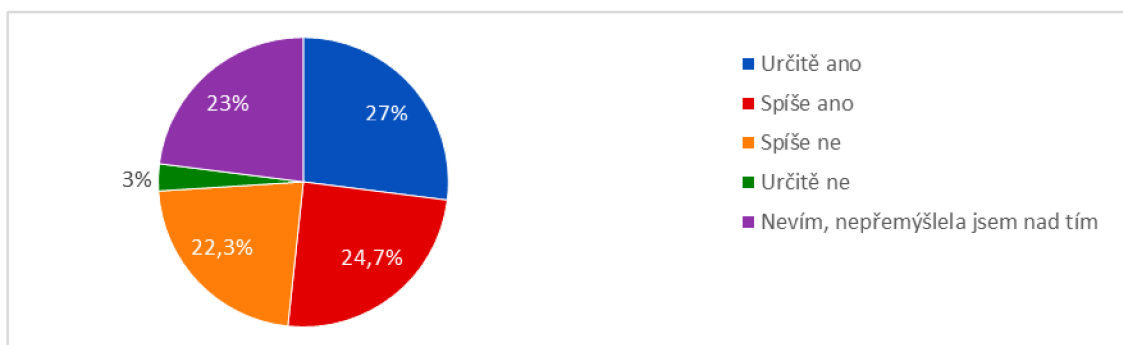
Graf 10 Povědomí žen o možnosti vedení prenatalní poradny porodní asistentkou



Zdroj: Vlastní

Graf 10 znázorňuje povědomí žen o tom, zda může porodní asistentka sama vést prenatalní poradnu pro ženy s fyziologickým těhotenstvím. Z celkového počtu 300 (100 %) respondentek možnost „ano“ zvolilo 131 (43,7 %) a 169 (56,3 %) žen uvedlo, že o této kompetenci porodních asistentek neví.

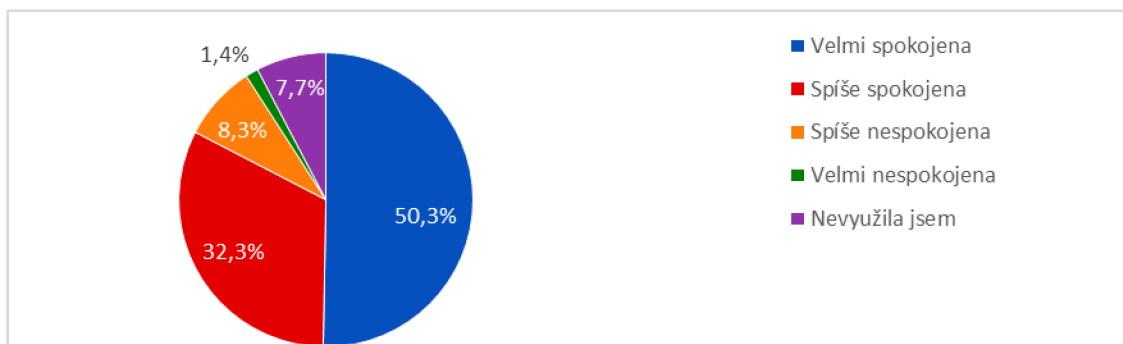
Graf 11 Zájem o navštěvování prenatalní poradny vedené porodní asistentkou



Zdroj: Vlastní

Graf 11 zobrazuje, zda by v případě dalšího těhotenství měla žena zájem o navštěvování prenatalní poradny vedené porodní asistentkou. Celkem odpovědělo 300 (100 %) žen, z toho 81 (27 %) zvolilo možnost „určitě ano“. Možnost „spíše ano“ uvedlo 74 (24,7 %) respondentek, možnost „spíše ne“ uvedlo 67 (22,3 %) respondentek a možnost „určitě ne“ zvolilo 9 (3 %) dotazovaných. Odpověď „nevím, nepřemýšlela jsem nad tím“ zvolilo 69 (23 %) ze všech dotazovaných.

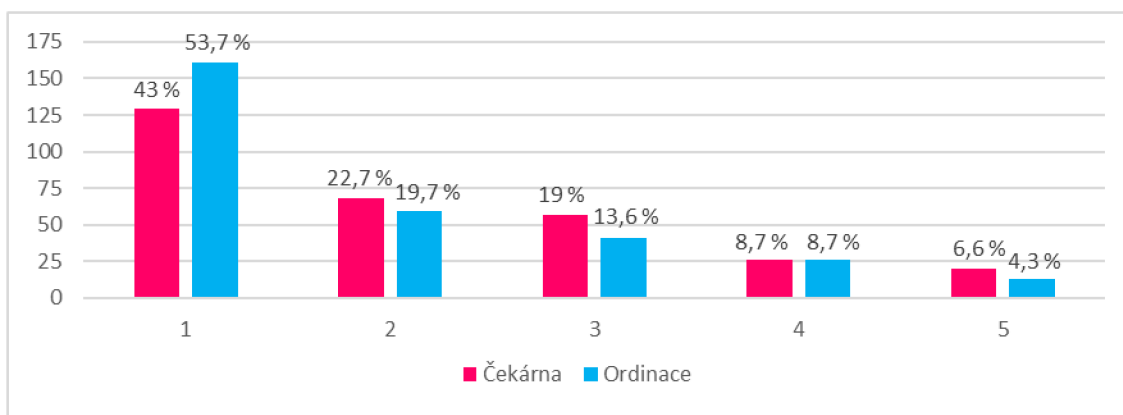
Graf 12 Spokojenost s telefonní dostupností do prenatalní poradny



Zdroj: Vlastní

Graf 12 znázorňuje, jak byly dotazované ženy spokojené s telefonní dostupností do prenatalní poradny. Odpovídalo celkem 300 (100 %) žen. Polovina z nich, 151 (50,3 %), byla s telefonní dostupností velmi spokojena. Spíše spokojeno bylo 97 (32,3 %) žen. Spíše nespokojeno bylo 25 (8,3 %) respondentek a 4 (1,4 %) respondentky uvedly, že byly velmi nespokojeny. Možnost „nevyužila jsem“ uvedlo 23 (7,7 %) žen.

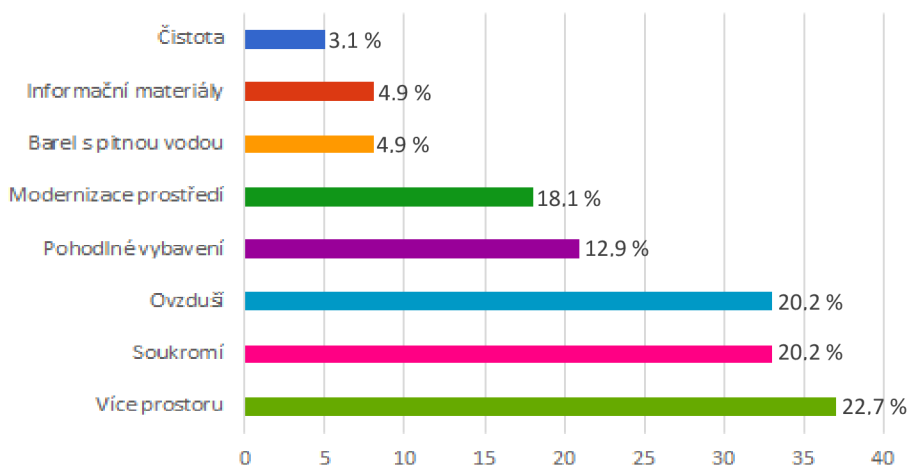
Graf 13 Spokojenost s prostředím čekárny a ordinace prenatalní poradny



Zdroj: Vlastní

Graf 13 znázorňuje, jak byly ženy spokojené s prostředím čekárny a ordinace prenatalní poradny, do které docházely. Celkem odpovědělo 300 (100 %) respondentek. Spokojenost byla vyjádřena čísly na Likertově škále od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší). U prostředí čekárny zvolilo možnost „1“ 129 (43 %) žen, možnost „2“ 68 (22,7 %) žen, možnost „3“ 57 (19 %) žen, možnost „4“ 26 (8,7 %) žen a možnost „5“ 20 (6,6 %) žen. V případě ordinace zvolilo možnost „1“ 161 (53,7 %) žen, možnost „2“ 59 (19,7 %) žen, možnost „3“ 41 (13,6 %) žen, možnost „4“ 26 (8,7 %) žen a možnost „5“ 13 (4,3 %) žen.

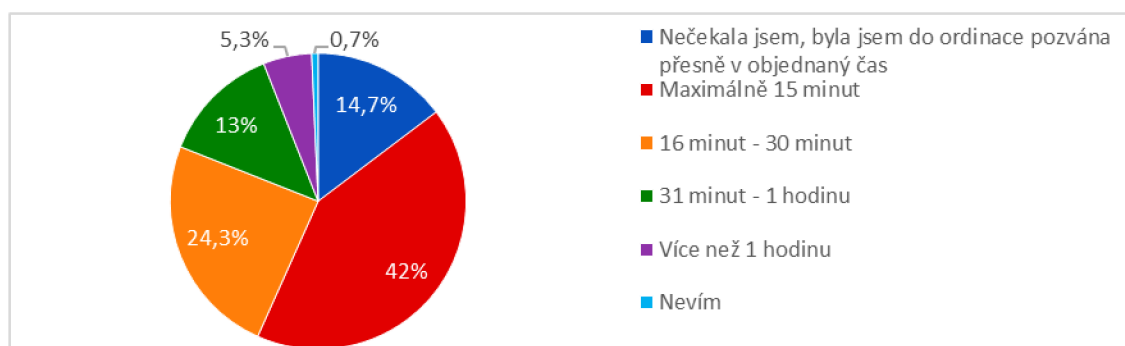
Graf 14 Vylepšení prostředí čekárny a ordinace



Zdroj: Vlastní

Graf 14 rozšiřuje odpovědi znázorněné v grafu 13. Zobrazuje, co by ženy případně chtěly vylepšit v prostředí čekárny nebo ordinace. Celkem odpovědělo 163 (100 %) žen. Nejvíce z nich, 37 (22,7 %), odpovědělo, že by ocenilo více prostoru, případně méně objednaných pacientek najednou. Více soukromí by chtělo 33 (20,2 %) žen a stejně tak 33 (20,2 %) žen odpovědělo, že by uvítaly lepší ovzduší. Pohodlné vybavení čekárny a ordinace uvedlo 21 (12,9 %) žen. Modernizaci prostředí výmalbou či dekoracemi uvedlo 18 (11,1 %) dotazovaných. Barel s pitnou vodou by uvítalo 8 (4,9 %) žen a stejně tak 8 (4,9 %) žen by chtělo k dispozici více informačních materiálů. Další nejčastější odpovědí byla větší čistota v čekárně a ordinaci, kterou uvedlo celkem 5 (3,1 %) žen.

Graf 15 Čekací doba v čekárně prenatální poradny

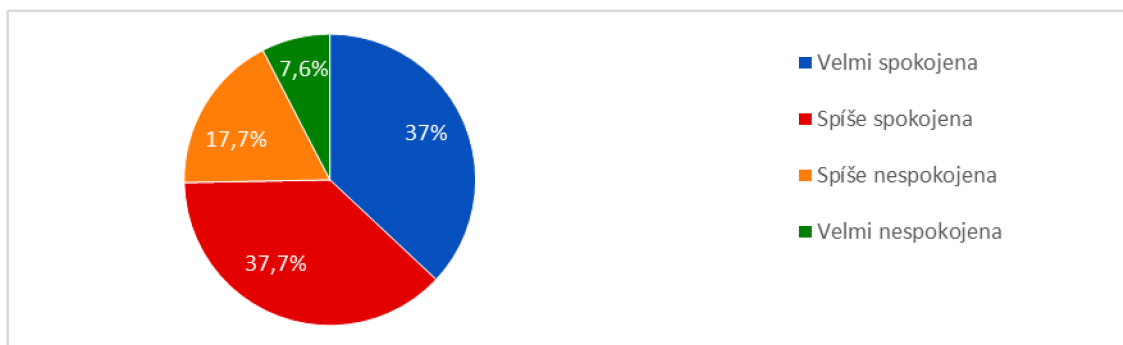


Zdroj: Vlastní

Graf 15 zobrazuje, jak dlouho ženy čekaly v čekárně prenatální poradny, než byly pozvány do ordinace. Celkem odpovědělo 300 (100 %) žen, z toho 126 (42 %) uvedlo, že

čekaly maximálně 15 minut. Možnost „16–30 minut“ zvolilo 73 (24,3 %) žen. Možnost „31 minut – 1 hodinu“ uvedlo 39 (13 %) žen. Více než 1 hodinu čekalo v čekárně 16 (5,3 %) žen. Možnost „nevím“ zvolily 2 (0,7 %) ženy a 44 (14,7 %) žen uvedlo, že v čekárně nečekaly a byly pozvány do ordinace přesně v objednaný čas.

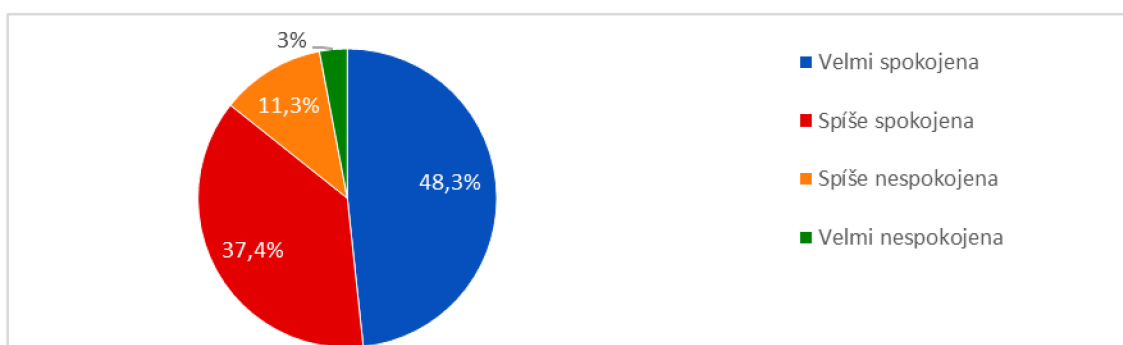
Graf 16 Spokojenost s čekací dobou



Zdroj: Vlastní

Graf 16 navazuje na předchozí graf 15 a zobrazuje, jak byly ženy spokojené s uvedenou dobou čekání. Z celkového počtu 300 (100 %) žen bylo 111 (37 %) velmi spokojených. Spíše spokojených bylo 113 (37,7 %) respondentek, spíše nespokojených bylo 53 (17,7 %) a velmi nespokojených bylo 23 (7,6 %) dotazovaných.

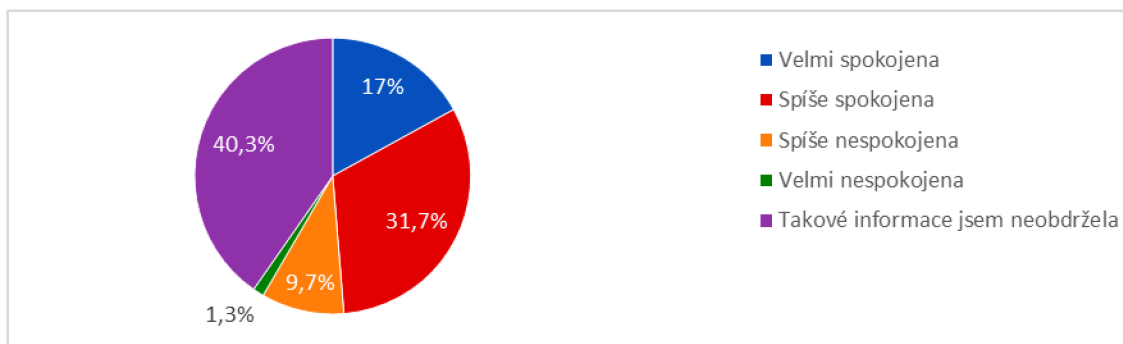
Graf 17 Spokojenost s dobou vyhrazenou pro návštěvu prenatální poradny



Zdroj: Vlastní

Graf 17 zobrazuje, jak byly ženy spokojené s dobou, kterou měl lékař či porodní asistentka vyhrazenou pro jejich návštěvu prenatální poradny. Celkem odpovědělo 300 (100 %) žen, z toho 145 (48,3 %) bylo velmi spokojených. Spíše spokojených bylo 112 (37,4 %) žen. Spíše nespokojených bylo 34 (11,3 %) a velmi nespokojených bylo 9 (3 %) dotazovaných.

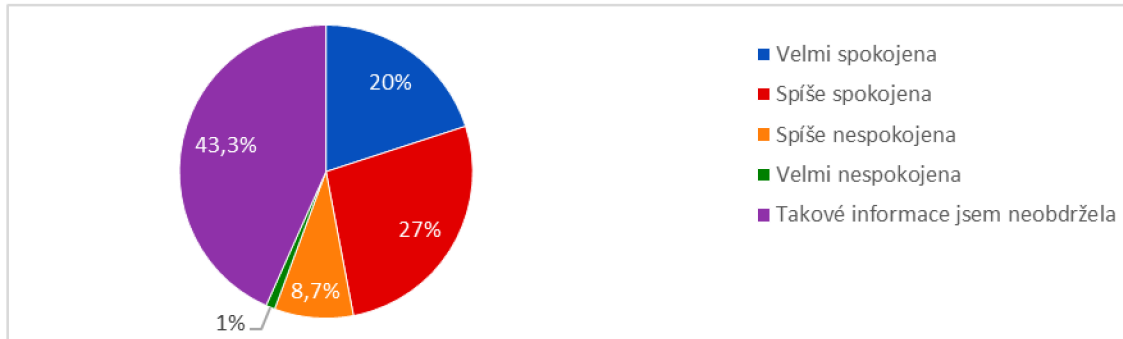
Graf 18 Spokojenost s podanými informacemi o stravování v těhotenství



Zdroj: Vlastní

Graf 18 zobrazuje, jak byly ženy spokojené s podanými informacemi v prenatalní poradně ohledně stravování v těhotenství. Z celkového počtu 300 (100 %) žen, 51 (17 %) uvedlo, že byly s podanými informacemi velmi spokojeny. Spíše spokojených bylo 95 (31,7 %) žen, spíše nespokojených 29 (9,7 %) žen, velmi nespokojené byly 4 (1,3 %) ženy a 121 (40,3 %) žen uvedlo, že takové informace v prenatalní poradně neobdržely.

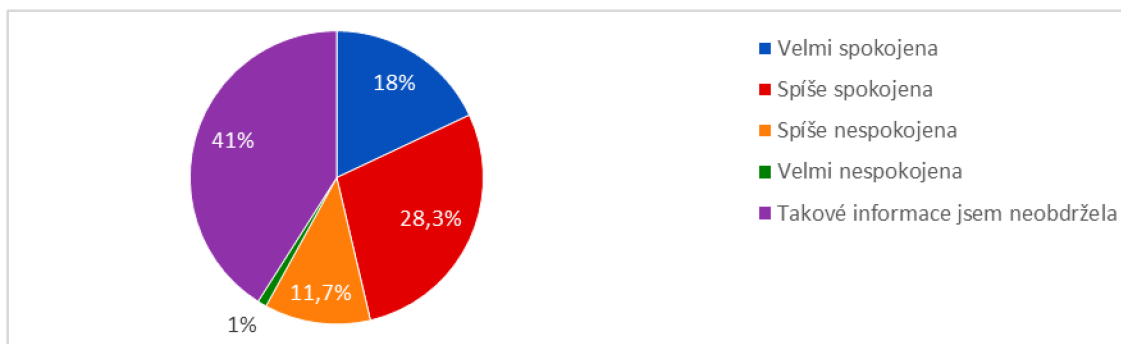
Graf 19 Spokojenost s podanými informacemi o pitném režimu v těhotenství



Zdroj: Vlastní

Graf 19 zobrazuje, jak byly ženy spokojené s podanými informacemi v prenatalní poradně ohledně pitného režimu v těhotenství. Celkem odpovědělo 300 (100 %) žen, z toho 60 (20 %) uvedlo, že byly velmi spokojeny. Spíše spokojených bylo 81 (27 %) žen. Spíše nespokojených bylo 26 (8,7 %) žen, velmi nespokojené byly 3 (1 %) ženy a 130 (40,3 %) žen uvedlo, že takové informace v prenatalní poradně neobdržely.

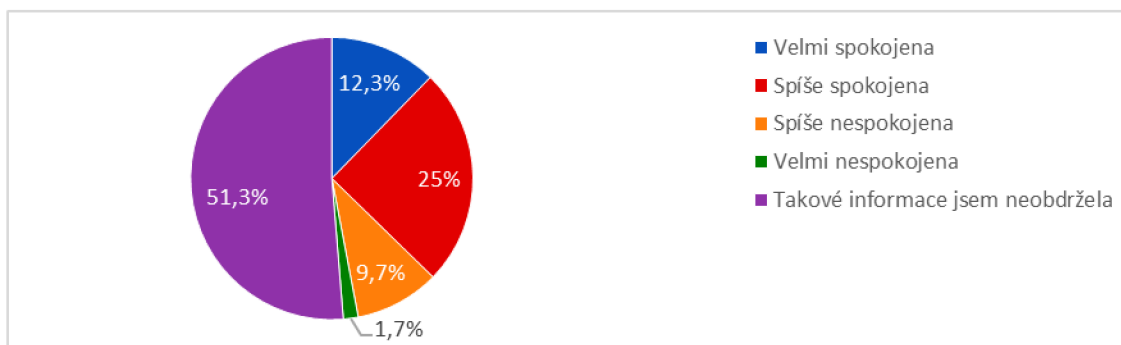
Graf 20 Spokojenost s podanými informacemi o pohybu a sportu v těhotenství



Zdroj: Vlastní

Graf 20 zobrazuje, jak byly ženy spokojené s podanými informacemi v prenatalní poradně ohledně pohybu a sportu v těhotenství. Z celkového počtu 300 (100 %) žen, 54 (18 %) uvedlo, že byly velmi spokojeny. Možnost „spíše spokojena“ uvedlo 85 (28,3 %) žen, možnost „spíše nespokojena“ uvedlo 35 (11,7 %) žen, možnost „velmi nespokojena“ zvolily 3 (1 %) ženy a 123 (41 %) žen zvolilo možnost „takové informace jsem neobdržela“.

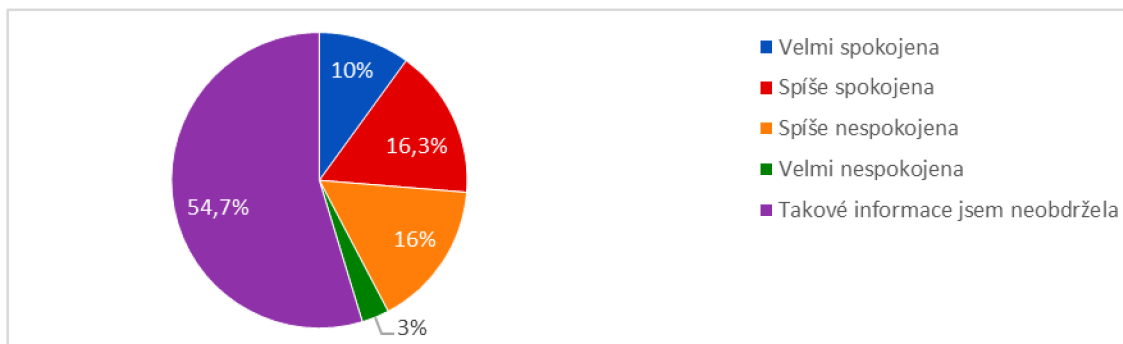
Graf 21 Spokojenost s podanými informacemi o vyprazdňování v těhotenství



Zdroj: Vlastní

Graf 21 zobrazuje, jak byly ženy spokojené s podanými informacemi v prenatalní poradně ohledně vyprazdňování v těhotenství. Odpovídalo celkem 300 (100 %) žen. Velmi spokojených bylo 37 (12,3 %) dotazovaných. Spíše spokojeno bylo 75 (25 %) žen. Spíše nespokojeno bylo 29 (9,7 %) respondentek a 5 (1,7 %) respondentek uvedlo, že byly velmi nespokojeny. Odpověď „takové informace jsem neobdržela“ zvolilo 154 (51,3 %) dotazovaných.

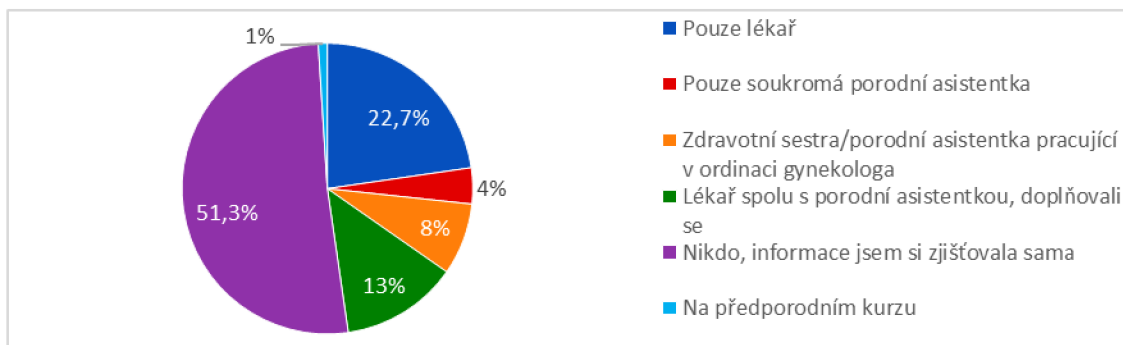
Graf 22 Spokojenost s podanými informacemi o přípravě prsů na kojení v těhotenství



Zdroj: Vlastní

Graf 22 zobrazuje, jak byly ženy spokojené s podanými informacemi v prenatalní poradně ohledně přípravy prsů na kojení v těhotenství. Celkem odpovědělo 300 (100 %) žen, z toho 30 (10 %) uvedlo, že byly s podanými informacemi velmi spokojeny. Spíše spokojených bylo 49 (16,3 %), spíše nespokojených bylo 48 (16 %) a velmi nespokojených bylo 9 (3 %) žen. Informace o přípravě prsů na kojení v prenatalní poradně neobdrželo 164 (54,7 %) žen.

Graf 23 Osoba podávající informace

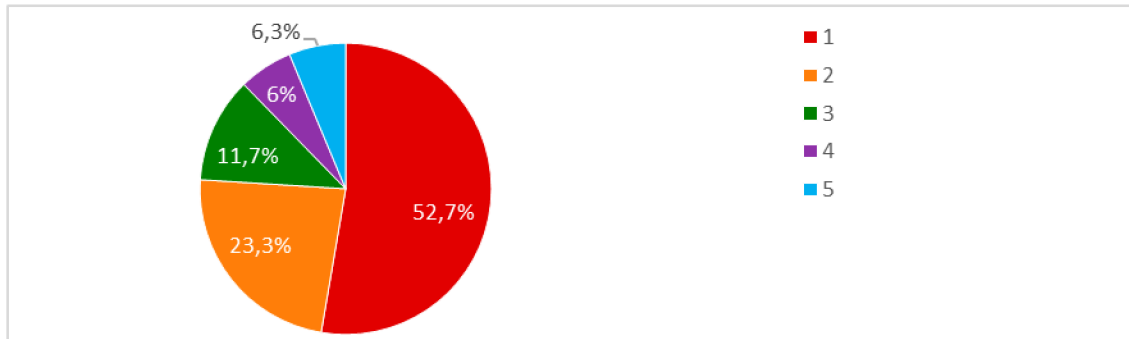


Zdroj: Vlastní

Graf 23 zobrazuje, kdo ženám podával informace v prenatalní poradně ohledně stravování, pitného režimu, sportu a pohybu, vyprazdňování a přípravě prsů na kojení v těhotenství. Z celkového počtu 300 (100 %) žen nejvíce zvolilo možnost „nikdo, informace jsem si zjišťovala sama“, celkem 154 (51,3 %). Možnost „pouze lékař“ uvedlo 68 (22,7 %) žen. Možnost „lékař spolu s porodní asistentkou, doplňovali se“ zvolilo 39 (13 %) respondentek. Zdravotní sestra/porodní asistentka pracující v ordinaci gynekologa

podávala informace 24 (8 %) ženám. Soukromou porodní asistentku uvedlo 12 (4 %) žen. Možnost „jiné“ zvolily 3 (1 %) ženy a jako zdroj informací uvedly předporodní kurzy.

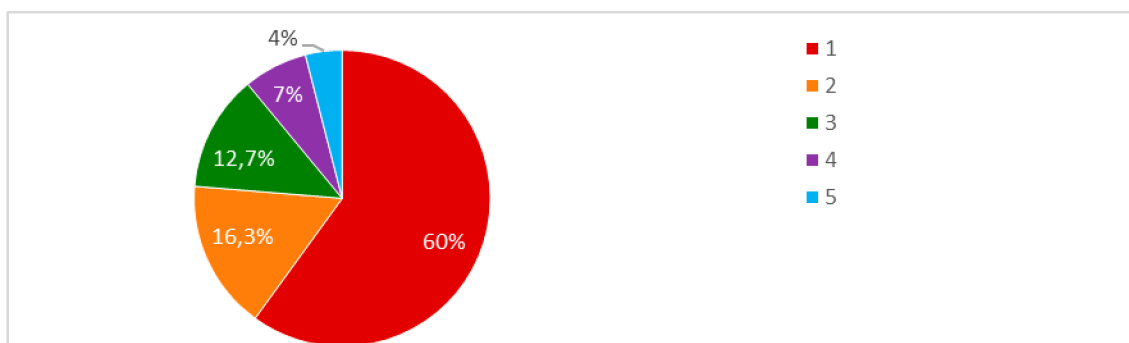
Graf 24 Spokojenost s dobou trvání jedné návštěvy prenatalní poradny



Zdroj: Vlastní

Graf 24 zobrazuje, jak byly ženy spokojeny s dobou trvání jedné návštěvy prenatalní poradny. Spokojenost byla vyjádřena čísly na Likertově škále od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší). Z celkového počtu 300 (100 %) žen bylo 158 (52,7 %) respondentek velmi spokojeno, 70 (23,3 %) respondentek spíše spokojeno, 35 (11,7 %) respondentek zaujímá k tomuto aspektu neutrální postoj. Spíše nespokojeno bylo 18 (6 %) respondentek a velmi nespokojeno 19 (6,3 %) respondentek.

Graf 25 Spokojenost s chováním, náladou a zájmem personálu v prenatalní poradně

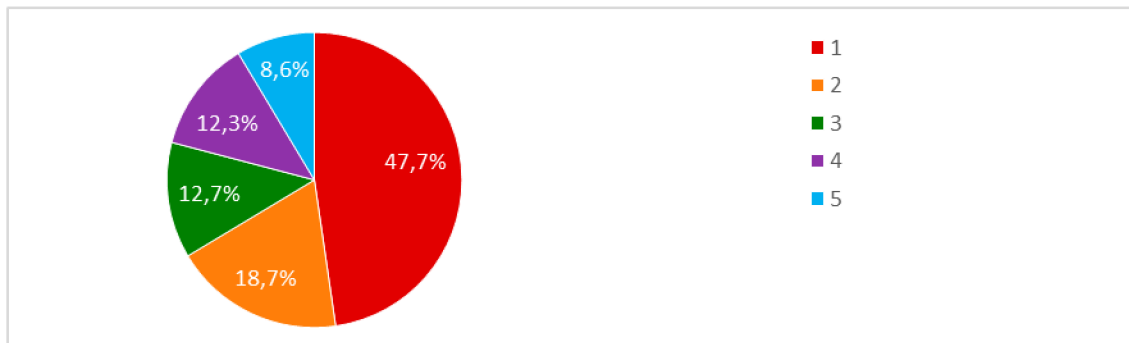


Zdroj: Vlastní

Graf 25 zobrazuje, jak byly ženy spokojeny s chováním, náladou a zájmem personálu při návštěvě prenatalní poradny. Spokojenost byla vyjádřena čísly na Likertově škále od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší). Celkem odpovědělo 300 (100 %) žen, z toho 180 (60 %) dotazovaných bylo velmi spokojeno, 49 (16,3 %) dotazovaných bylo spíše spokojeno

a 38 (12,7 %) dotazovaných zaujímá k tomuto aspektu neutrální postoj. Spíše nespokojeno bylo 21 (7 %) dotazovaných a velmi nespokojeno 12 (4 %) dotazovaných.

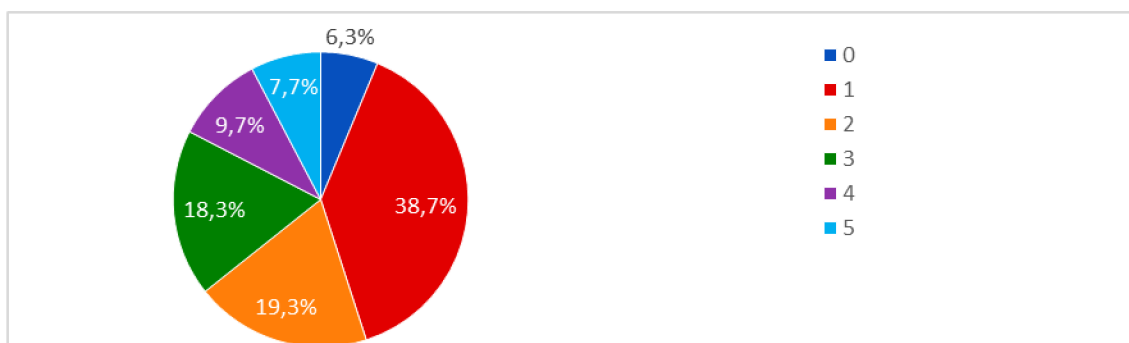
Graf 26 Spokojenost s podanými informacemi o prováděných vyšetřeních v prenatalní poradně



Zdroj: Vlastní

Graf 26 zobrazuje, jak byly ženy spokojeny s podanými informacemi o prováděných vyšetřeních v prenatalní poradně. Spokojenost byla vyjádřena čísly na Likertově škále od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší). Otázku zodpovědělo celkem 300 (100 %) žen, z toho bylo 143 (47,7 %) velmi spokojeno, 56 (18,7 %) žen spíše spokojeno a 38 (12,7 %) žen zaujímá k tomuto aspektu neutrální postoj. Spíše nespokojeno bylo 37 (12,3 %) respondentek a velmi nespokojeno 26 (8,6 %) respondentek.

Graf 27 Spokojenost s podanými informacemi o běžných potížích v těhotenství v prenatalní poradně

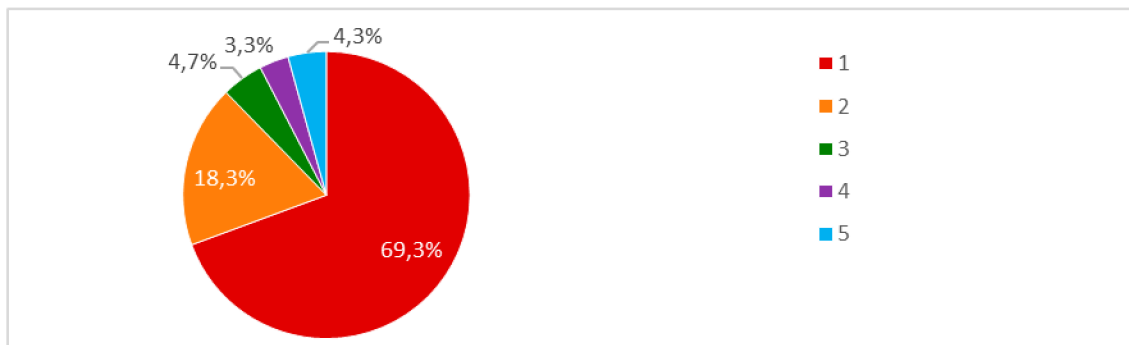


Zdroj: Vlastní

Graf 27 zobrazuje, jak byly ženy spokojeny s podanými informacemi o běžných potížích v těhotenství. Spokojenost byla vyjádřena čísly na Likertově škále od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší). Z celkového počtu 300 (100 %) žen, 116 (38,7 %) uvedlo, že bylo velmi

spokojeno, 58 (19,3 %) uvedlo, že bylo spíše spokojeno a 55 (18,3 %) respondentek zaujímá k tomuto aspektu neutrální postoj. Spíše nespokojeno bylo 29 (9,7 %) respondentek a velmi nespokojeno 23 (7,7 %) respondentek. Možnost „0“ bylo zvolena 19 (6,3 %) respondentkami, a to v případě, že nemohly daný aspekt hodnotit.

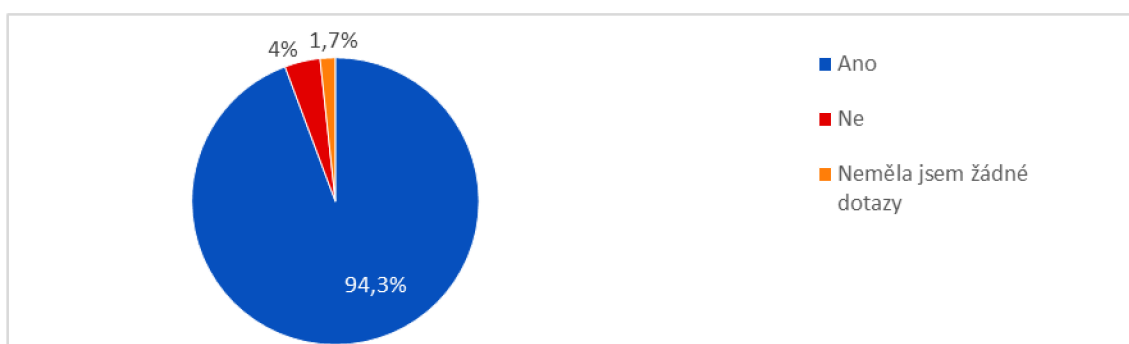
Graf 28 Spokojenost se zacházením při jednotlivých výkonech v prenatální poradně



Zdroj: Vlastní

Graf 28 zobrazuje, jak byly ženy spokojeny se zacházením při prováděných výkonech v prenatální poradně, konkrétně zda bylo zacházení šetrné a nebolestivé. Spokojenost byla vyjádřena čísly na Likertově škále od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší). Celkem odpovědělo 300 (100 %) žen, z toho 208 (69,3 %) bylo velmi spokojeno, 55 (18,3 %) bylo spíše spokojeno a 14 (4,7 %) respondentek zaujímá k tomuto aspektu neutrální postoj. Spíše nespokojeno bylo 10 (3,3 %) žen a velmi nespokojeno bylo 13 (4,3 %) žen.

Graf 29 Prostor pro vlastní dotazy

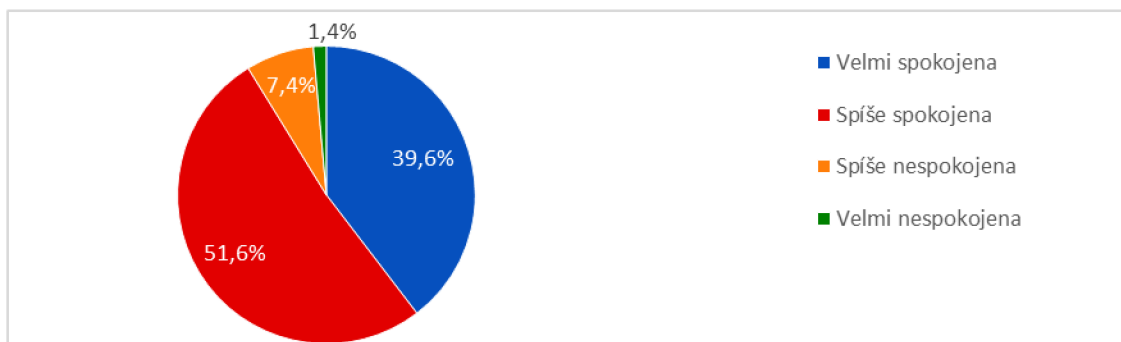


Zdroj: Vlastní

Graf 29 zobrazuje odpovědi na otázku, zda měly ženy v prenatální poradně prostor pro vlastní dotazy. Z celkového počtu 300 (100 %) žen, 283 (94,3 %) uvedlo, že měly prostor

pro vlastní dotazy. Možnost „ne“ zvolilo 12 (4 %) žen a 5 (1,7 %) žen uvedlo, že žádné vlastní dotazy neměly.

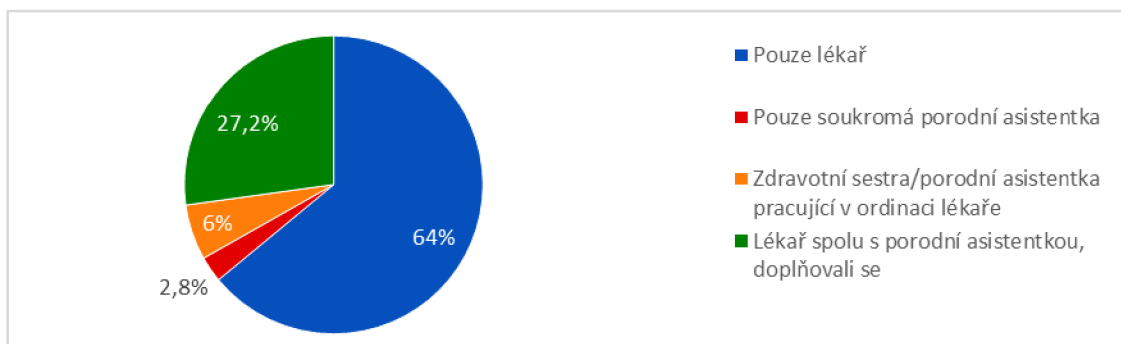
Graf 30 Spokojenost s odpověďmi na případné dotazy



Zdroj: Vlastní

Graf 30 rozšiřuje předchozí graf 29 a uvádí, zda byly ženy spokojené s odpověďmi na případné dotazy. Odpovědělo celkem 283 (100 %) žen, z toho 112 (39,6 %) bylo s odpověďmi velmi spokojených. Spíše spokojených bylo 146 (51,6 %) žen, spíše nespokojených bylo 21 (7,4 %) a velmi nespokojené byly 4 (1,4 %) ženy.

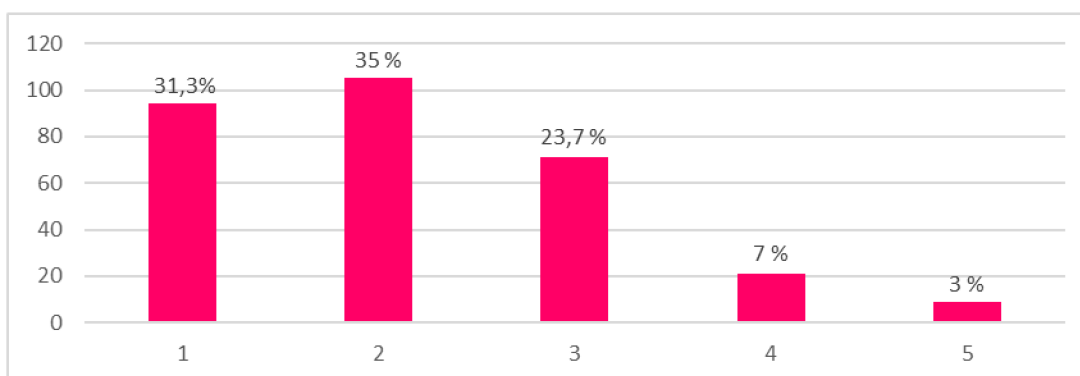
Graf 31 Osoba, která případné dotazy zodpověděla



Zdroj: Vlastní

Graf 31 rozšiřuje graf 29 a uvádí, kdo ženám zodpověděl jejich případné dotazy v prenatalní poradně. Z celkového počtu 283 (100 %) žen, 181 (64 %) uvedlo, že jim dotazy zodpověděl pouze lékař. Možnost „lékař spolu s porodní asistentkou, doplňovali se“ zvolilo 77 (27,2 %) respondentek. Zdravotní sestru/porodní asistentku pracující v ordinaci lékaře zvolilo 17 (6 %) žen jako tu, která dotazy zodpověděla a 8 (2,8 %) žen uvedlo, že jim dotazy zodpověděla pouze soukromá porodní asistentka.

Graf 32 Celková spokojenost s prenatální péčí



Zdroj: Vlastní

Graf 32 zobrazuje celkovou spokojenost respondentek s prenatální péčí. Spokojenost byla vyjádřena čísly na Likertově škále od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší). Z celkového počtu 300 (100 %) respondentek zvolilo možnost „1“ 94 (31,3 %) žen. Možnost „2“ zvolilo 105 (35 %) dotazovaných, možnost „3“ zvolilo 71 (23,7 %) dotazovaných, možnost „4“ uvedlo 21 (7 %) žen a možnost „5“ zvolilo 9 (3 %) žen.

4.2 Statistické zpracování dotazníků

H1: Vícerodičky jsou více spokojené s prenatální péčí než prvorodičky.

Pracovní hypotézy:

H0: Celková spokojenost s prenatální péčí nezávisí na tom, zda se jedná o první těhotenství.

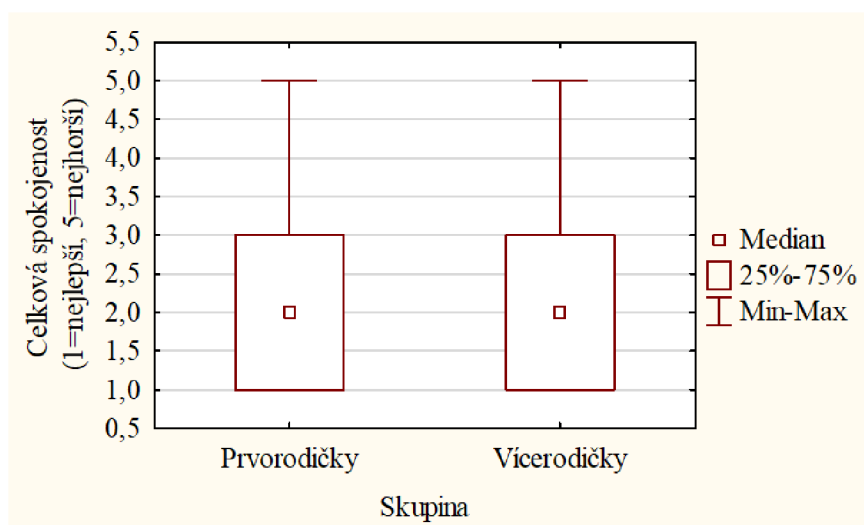
HA: Celková spokojenost s prenatální péčí závisí na tom, zda se jedná o první těhotenství.

Tabulka 1 Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	počet	průměr	sm. odch.	p-hodnota
Prvorodičky	164	2,18	1,01	0,670
Vícerodičky	136	2,13	1,08	(nezamítáme H ₀)

Vliv parity na celkovou spokojenost, měřenou na pětibodové stupnici, byl testován pomocí Welchova t-testu. Celková spokojenost prvorodiček byla na stupnici od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší) v průměru 2,18 při směrodatné odchylce 1,01 a spokojenost vícerodiček byla v průměru 2,13 bodů při směrodatné odchylce 1,08 bodů.

Graf 33 Vliv parity na celkovou spokojenost s prenatální péčí



Graf 33 zobrazuje vliv parity na celkovou spokojenost s prenatální péčí (medián, dolní a horní kvartil, minimum a maximum). Celkem odpovídalo 300 (100 %) respondentek. Byly rozděleny do 2 skupin na prvorodičky (54,7 %) a víceřodičky (45,3 %). Celková spokojenost respondentek byla měřena na Likertově škále od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší). P-hodnota Welchova t-testu byla vypočtena s ohledem na 3 desetinná místa 0,670, tj. vyšší než zvolené hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza nebyla zamítnuta. Na hladině významnosti 0,05 nebyl prokázán rozdíl v celkové spokojenosti s prenatální péčí mezi prvorodičkami a víceřodičkami. Hypotéza tedy neplatí.

H2: Ženy se středoškolským vzděláním a nižším jsou více spokojené s podanými informacemi než ženy s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním.

Pracovní hypotézy:

H0: Spokojenost s podanými informacemi nezávisí na stupni dosaženého vzdělání.

HA: Spokojenost s podanými informacemi závisí na stupni dosaženého vzdělání.

Tabulka 2 Welchův t-test: p-hodnota a číselné charakteristiky

Skupina	počet	Průměr	sm. odch.	p-hodnota
ZŠ + SŠ	143	8,48	7,59	0,011
VOŠ + VŠ	157	6,25	7,48	(zamítáme H ₀)

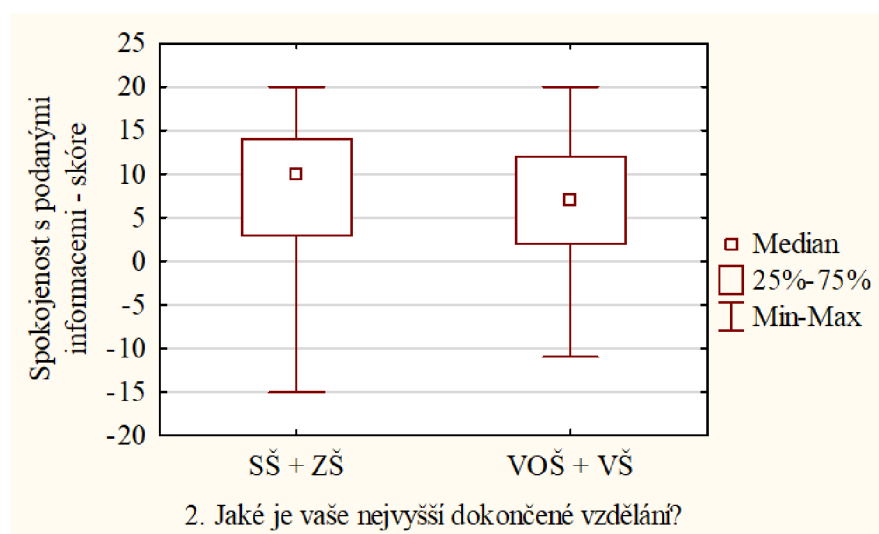
Skóre spokojenosti s podanými informacemi činilo pro ZŠ + SŠ v průměru 8,48 bodů při směrodatné odchylce 7,59 bodů a pro VOŠ + VŠ v průměru 6,25 bodů při směrodatné odchylce 7,48 bodů. P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná

místa 0,011. Závislost spokojenosti s podanými informacemi na dvou skupinách dle stupně dosaženého vzdělání byla testována také pomocí Welchova t-testu. Skóre spokojenosti s podanými informacemi bylo pro každého respondenta vypočteno jako součet odpovídajících položek otázky č. 18 (spokojenost s podanými informacemi ohledně stravování, pitného režimu, pohybu a sportu, vyprazdňování a přípravu prsů na kojení v těhotenství) a otázky č. 20 (informovanost o prováděných vyšetřeních a o běžných potížích v těhotenství) dle následujícího kódování:

Tabulka 3 Kódování odpovědí otázky č. 18 a otázky č. 20

Otázka 18	Kód	Otázka 20	Kód
velmi spokojena	2	1	2
spíše spokojena	1	2	1
spíše nespokojena	-1	3	-1
velmi nespokojena	-2	4	-2
takové informace jsem neobdržela	0	5	0
		0	0

Graf 34 Vliv vzdělání na spokojenost s podanými informacemi



Graf 34 zobrazuje vliv vzdělání na spokojenost s podanými informacemi (medián, dolní a horní kvartil, minimum a maximum). Celkem odpovídalo 300 (100 %) respondentek. Byly rozděleny do dvou skupin podle stupně dosaženého vzdělání na ZŠ+SŠ (47,7 %) a VOŠ+VŠ (52,3 %). P-hodnota Welchova t-testu vyšla s ohledem na 3 desetinná místa 0,011, tj. nižší než zvolená hladina významnosti 0,05. Nulová hypotéza byla zamítnuta ve prospěch alternativní hypotézy. Na hladině významnosti 0,05 byl prokázán rozdíl

ve spokojenosti s podanými informacemi mezi skupinami ZŠ+SŠ a VOŠ+VŠ. Skóre spokojenosti s podanými informacemi bylo pro skupinu ZŠ+SŠ statisticky významně vyšší než pro skupinu VOŠ+VŠ. Stanovená hypotéza, že ženy se středoškolským vzděláním a nižším jsou více spokojené s podanými informacemi než ženy s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním, byla potvrzena.

5 Diskuze

Vzhledem k narůstajícímu trendu využívání služeb soukromých porodních asistentek v těhotenství v rámci prenatalní péče jsme chtěly zjistit, jaká je spokojenost s poskytovanou prenatalní péčí a kdo je právě jejím poskytovatelem. V České republice může být dle zákona poskytovatelem prenatalní péče gynekolog nebo porodní asistentka (Wilhelmová et al., 2021). Právě volba poskytovatele prenatalní péče může mít velký vliv na spokojenost žen s touto péčí. Mezi další faktory, které ale spokojenost ovlivňují lze zařadit vzdělání nebo věk dotazovaných (Bártlová a Hnilicová, 2000).

Výzkumný soubor tvořilo celkem 300 žen ve věku 21–44 let. Celková spokojenost s prenatalní péčí byla ve všech věkových kategoriích hodnocena na Likertově škále hodnotou „2“, tudíž nebylo možné vyhodnotit, zda věk spokojenost ovlivňuje. Proto jsme celkovou spokojenost s prenatalní péčí porovnály mezi věkovými kategoriemi ještě pomocí aritmetického průměru. Ve věkových kategoriích 21–25 let, 26–30 let a 36–40 let byla celková spokojenost s prenatalní péčí dle aritmetického průměru 2,1. U žen ve věku 31–35 let byla spokojenost dle aritmetického průměru 2,3. Spokojenost s prenatalní péčí u žen ve věku 41, 42 a 44 byla podle vypočteného aritmetického průměru 2. Bártlová a Hnilicová (2000) uvádí, že čím je člověk starší, tím je i spokojenější s poskytovanou zdravotní péčí, což se potvrdilo i u našeho výzkumného souboru. Přestože nejsou naše respondentky ve významném věkovém rozdílu, je patrné, že věk spokojenost ovlivňuje.

Dále jsme zjišťovaly nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Tyto údaje pro nás byly důležité vzhledem k druhé stanovené hypotéze: „Ženy se středoškolským vzděláním a nižším jsou více spokojené s podanými informacemi než ženy s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním.“ Respondentky byly rozděleny do dvou skupin právě podle dosaženého vzdělání. Základního a středoškolského vzdělání dosáhlo 47,7 % respondentek. Vzdělání vyšší odborné a vysokoškolské uvedlo 52,3 % respondentek. Zjišťovaly jsme, jak jsou ženy spokojené s podanými informacemi v prenatalní poradně ohledně stravování, pitného režimu, pohybu a sportu, vyprazdňování, o přípravě prsů na kojení, o prováděných vyšetřeních a o běžných potížích v těhotenství. P-hodnota Welchova t-testu byla vypočtena nižší než zvolená hladina významnosti, a tak naše hypotéza byla potvrzena a nejvyšší dosažené vzdělání ovlivňuje spokojenost s podanými informacemi. Respondentky se středoškolským vzděláním a nižším byly více spokojené než respondentky ze skupiny VOŠ+VŠ. Bártlová a Hnilicová (2000) též uvádí, že právě

pacienti s vyšším vzděláním jsou méně spokojeni a jsou kritičtější k poskytované zdravotní péči.

Dále nás zajímalo, zda může mít vliv na spokojenost s prenatální péčí i to, zda žena pracuje ve zdravotnictví či nikoliv. Z celkového počtu 300 (100 %) žen pracuje ve zdravotnictví pouze 12 % z nich (Graf 3). Jejich spokojenost s prenatální péčí je podle aritmetického průměru 2,2. Naprosto shodná je hodnota spokojenosti se ženami, které nemají profesní vztah ke zdravotnictví. Z našeho výzkumného šetření tedy vyplynulo, že profesní vztah ke zdravotnictví nemá vliv na spokojenost s poskytovanou prenatální péčí.

Paritu neboli pokolikáté je žena těhotná, jsme zjišťovaly vzhledem k první stanovené hypotéze: „Víceřodičky jsou více spokojené s prenatální péčí než prvorodičky.“ Celková spokojenost respondentek byla měřena na Likertově škále od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší). Pro potvrzení této hypotézy jsme respondentky rozdělily na prvorodičky (54,7 %) a víceřodičky (45,3 %) a u těchto dvou skupin jsme následně zjišťovaly celkovou spokojenost s poskytovanou prenatální péčí. Průměrná celková spokojenost prvorodiček byla 2,18 a průměrná celková spokojenost víceřodiček byla 2,13. Naše hypotéza tedy nebyla potvrzena a parita nemá vliv na celkovou spokojenost s poskytovanou prenatální péčí. Vzhledem k tomu, že víceřodičky již mají zkušenosti a informace z předchozího těhotenství, domnívaly jsme se, že budou více spokojené s poskytovanou prenatální péčí než prvorodičky.

Podle Vyhlášky č. 55/2011 Sb. může porodní asistentka sama vést prenatální poradnu pro ženy s fyziologickým těhotenstvím (Vyhláška č. 55/2011 Sb.). Proto jsme chtěly zjistit, zda ženy ví o této kompetenci, případně zda by chtěly tuto službu porodní asistentky využít. Na otázku, zda ženy ví o možnosti vedení těhotenské poradny porodní asistentkou, odpověděla téměř polovina (43,7 %) respondentek „ano“, což nás překvapilo, vzhledem k tomu, že 82,7 % respondentek dochází do prenatální poradny k obvodnímu gynekologovi. Na otázku, zda by ženy v případě dalšího těhotenství využily tuto možnost odpovědělo 27 % „určitě ano“ a dalších 24,7 % respondentek uvedlo možnost „spíše ano“, a to je pro nás milým zjištěním. Těhotné ženě je u gynekologa bezpochyby poskytována maximální možná péče, z fyzického hlediska. Vzhledem k psychickým změnám v těhotenství je ale důležité, aby těhotná měla dostatek času na případný rozhovor a dotazy a aby neměla pocit, že na ni nemá poskytovatel prenatální péče vyhrazeno dostatek času (Kašová a Hendrych Lorenzová, © 2022). Toto si myslíme, že je největší

výhodou právě soukromých porodních asistentek, které jsou schopné věnovat ženě tolik času, kolik potřebuje a jsou schopné těhotné ženě poskytnout podporu i z hlediska psychického.

Zajímalo nás, zda spokojenost ovlivňuje výběr poskytovatele prenatalní péče, ale vzhledem k tomu, že 248 (82,7 %) žen z docházelo do prenatalní poradny k obvodnímu gynekologovi, nebylo možné vyhodnotit, zda tento aspekt spokojenost ovlivňuje. Nicméně obě (0,7 %) ženy, které uvedly, že navštěvovaly prenatalní poradnu vedenou soukromou porodní asistentkou byly celkově s prenatalní péčí velmi spokojeny. Ze 23 (7,6 %) žen, které zároveň v jednom těhotenství navštěvovaly prenatalní poradnu u obvodního gynekologa a absolvovaly také návštěvy u soukromé porodní asistentky byly pouze 3 (1 %) celkově s prenatalní péčí velmi spokojeny. Otázkou zůstává, zda by u těchto žen byly výsledky spokojenosti jiné, pokud by docházely pouze k soukromé porodní asistenci.

Dalším faktorem ovlivňující spokojenost pacientů je prostředí ambulantní i lůžkové péče (Kelarová et al., 2015). V našem dotazníku jsme se zaměřily právě na prostředí ambulantní péče, konkrétně na to, jak byly respondentky spokojeny s prostředím čekárny a ordinace prenatalní poradny, do které docházely. S prostředím čekárny bylo spokojeno 65,7 % dotazovaných a s prostředím ordinace 73,4 % dotazovaných. Respondentky, které nebyly s prostředím čekárny nebo ordinace spokojeny v následující otevřené otázce uvedly, co by v těchto prostorách změnilo či vylepšilo. Nejčastější odpovědí bylo „více prostoru“, v tom smyslu, aby nebylo objednáno několik pacientek najednou nebo aby byla čekárna samostatně pouze pro gynekologické pacientky. Některé respondentky v dotazníku uváděly, že byla čekárna společná i pro urologické pacienty. Dále se nejvíce opakovaly odpovědi „více soukromí“ a „lepší ovzduší“, kdy toto uvedlo 20,2 % respondentek. Pohodlnější vybavení by uvítalo 12,9 % dotazovaných. Některé respondentky (11,1 %) by vylepšily prostředí výmalbou, dekoracemi nebo celkovou modernizací prostor. Barel s pitnou vodou v čekárně by ocenilo 4,9 % žen, neboť jim bývá často nevolno, což může souviset právě s ovzduším v místnosti. Přestože si myslíme, že čistota ve zdravotnickém zařízení je samozřejmostí, 3,1 % respondentek uvedlo, že by v prostorách čekárny nebo ordinace mělo být více uklizeno. Právě vhodnou výmalbu či výzdobu stěn nebo pohodlné vybavení v čekárně nebo ordinaci uvádí Kelarová (2015) jako to, co může ovlivňovat spokojenost pacientů. Je pochopitelné, že některým těmto požadavkům nelze vyhovět vzhledem k dispozičnímu řešení daných

prostor, ale beze sporu by bylo možné alespoň částečně modernizovat prostředí nebo zajistit barel s pitnou vodou v čekárně.

Podle Dušové (2019) má významný vliv na zvyšování spokojenosti klientek míra edukace. Porodní asistentka má podle Vyhlášky č. 55/2011 Sb. kompetence edukovat ženu v těhotenství, při porodu i v šestinedělí (Vyhláška č. 55/2011 Sb.). Proto jsme se v dotazníkovém šetření zaměřily i na edukaci v prenatalní poradně a na míru spokojenosti s ní. Ptaly jsme se, jak byly ženy spokojené s edukací v nejzákladnějších oblastech, tedy s podáváním informací v prenatalní poradně ohledně stravování, pitného režimu, pohybu a sportu, vyprazdňování a přípravě prsů na kojení v těhotenství. Těhotná by měla být edukována o konzumaci zdravé, vyvážené stravy, měla by jíst pravidelně a měla by se vyhýbat nadměrné konzumaci tuků nebo cukrů. Důležitým doplňkem stravy již na počátku těhotenství je kyselina listová, kterou by těhotná měla užívat alespoň do konce 12. týdne těhotenství (Procházka, 2020). V této oblasti nebylo podle dotazníkové šetření edukováno 40,3 % těhotných. Procházka (2020) dále uvádí, že by těhotná měla vypít minimálně 2 litry tekutin denně vzhledem ke zvýšenému objemu tělních tekutin. Laue (2018) dokonce uvádí příjem až 3 litrů vody denně. Edukace ohledně pitného režimu podle výsledků výzkumného šetření neproběhla u 43,3 % žen. Těhotenství není překážkou v pohybu ani sportování, ale je nutné dodržovat rozumnou míru a vybírat si sporty, které nejsou pro matku a plod nebezpečné. Mezi vhodné sporty v těhotenství lze zařadit například chůzi, plavání, tanec nebo jógu (Pařízek, 2015). Laue (2018) uvádí, že ani lehké posilování břišních svalů není nevhodnou aktivitou v těhotenství. Edukaci v této oblasti také nelze považovat za dostatečnou, neboť informace neobdrželo 41 % dotazovaných. Vyprazdňování v těhotenství je další oblastí, ve které by měla být těhotná edukována. Vlivem progesteronu dochází ke snížení motility střev, a proto je důležité informovat těhotnou například o nácviku defekačního reflexu (Roztočil, 2017). Ohledně vyprazdňování nebyla, podle našich výsledků, edukována více než polovina všech dotazovaných, a to 51,3 %. Poslední oblastí, u které nás zajímala míra spokojenosti s edukací, byla příprava prsů na kojení. Wilhelmová (2021) uvádí, že již v těhotenství by měla mít těhotná vyšetřené prsy, zejména stav bradavek. Ty mohou být ploché nebo vpáčené a v tomto případě je potřeba přistoupit k řešení pomocí formovačů bradavek ještě před porodem, aby se co nejvíce podpořila přirozená výživa novorozence mateřským mlékem po narození (Slezáková et al., 2017). O přípravě prsů na kojení nebylo edukováno nejvíce dotazovaných, celkem 54,7 %. Zároveň v této oblasti bylo nejvíce žen s edukací

velmi nespokojených, celkem 3 %. Z těchto výsledků jasně vyplynulo, že edukace v těch nejzákladnějších oblastech je bohužel nedostatečná. Mohly bychom se domnívat, že respondentky, které uvedly, že v těchto oblastech nebyly edukovány, se o tyto informace nezajímaly, ale myslíme si, že edukace v těchto základních oblastech by měla probíhat automaticky u každé těhotné.

Pokud byla těhotná edukována, zajímalo nás, kým jí byly informace ve všech výše zmíněných oblastech podány. Vzhledem k tomu, že u každé oblasti téměř polovina respondentek uvedla, že jim tyto informace nebyly podány, je pochopitelné, že na otázku, kým jim byly informace podány odpovědělo 51,3 % „nikdo, informace jsem si zjišťovala sama“. Respondentek, které byly edukovány lékařem, bylo 22,7 %. U 13 % žen byly informace podány lékařem spolu s porodní asistentkou nebo zdravotní sestrou, která pracuje v jeho ordinaci. Samotou porodní asistentku/zdravotní sestru pracující v ordinaci gynekologa uvedlo 8 % žen jako tu, která jim podávala informace. Soukromou porodní asistentku uvedly 4 % respondentek. U této otázky měly respondentky možnost zvolit odpověď „jiné“, kde 1 % z nich uvedlo, že informace získaly na předporodních kurzech. Z těchto výsledků je zřejmé, že by se celkově měla zvýšit edukace těhotných žen. Můžeme se domnívat, že by k tomu mohl přispět případný nárůst soukromých prenatalních poraden vedených porodními asistentkami, protože všechny dotazované (4 %), které uvedly, že je edukovala soukromá porodní asistentka byly s podanými informacemi spokojeny.

Nakonec jsme zjišťovaly celkovou spokojenost respondentek s prenatalní péčí, pokud zohlednily všechny aspekty, které mohou spokojenost ovlivňovat. Do těchto aspektů jsme zařadily, mimo výše zmíněné, ještě spokojenost s telefonní dostupností do prenatalní poradny, spokojenost s dobou strávenou v čekárně nebo spokojenost s dobou, kterou měl lékař či porodní asistentka vyhrazenou pro návštěvu těhotné v prenatalní poradně. Dle Raitera (©2010) je právě celková doba strávená v prenatalní poradně jedním z faktorů, který ovlivňuje spokojenost klientek a tím i kvalitu poskytované péče. Dále nás zajímalo, jak ženy hodnotily chování, náladu a zájem personálu v prenatalní poradně. Posledním aspektem, který by podle nás mohl ovlivňovat spokojenost těhotných, byla spokojenost s podanými informacemi o prováděných vyšetření v prenatalní poradně a nebolestivé a šetrné zacházení při provádění těchto výkonů. Těhotným se v rámci prenatalní péče provádí kontrola hmotnosti, měření krevního tlaku, chemické vyšetření moči, odběry krve, zevní vyšetření, bimanuální vaginální vyšetření, měření pánevních rozměrů,

ultrazvukové vyšetření, screening GDM, aplikace anti-D protilátek při krevním faktoru Rh negativní, vaginorektální stěr na zjištění GBS nebo natačení CTG (Roztočil, 2020). Z výsledků dotazníkové šetření vyplynulo, že celkově bylo s prenatální péčí spokojeno 66,3 % respondentek. Nespokojených bylo 10 % ze všech dotazovaných. Zbýlých 23,7 % respondentek ohodnotilo celkovou spokojenost hodnotou „3“ neboli zaujímají neutrální postoj k této problematice.

Z výzkumného šetření je tedy zřejmé, že jsou těhotné ženy s poskytovanou prenatální péčí převážně spokojeny. Přesto si ale myslím, že by bylo přínosem, kdyby se poskytovateli prenatální péče v České republice staly převážně porodní asistentky, které by měly zajištěnou dobrou spolupráci s lékaři, a hlavně se zdravotními pojišťovkami. Aby ale mohlo dojít k nárůstu prenatálních poraden vedených soukromými porodními asistentkami je zapotřebí nejprve zvýšit povědomí žen o této kompetenci porodních asistentek a vzbudit v ženách větší důvěru v samotné porodní asistentky. V neposlední řadě je zapotřebí, aby byla zajištěna lepší dostupnost soukromých porodních asistentek pro těhotné ženy.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala spokojeností těhotných žen s prenatální péčí. Konkrétně byly respondentkami těhotné ženy, které toho času navštěvovaly prenatální poradnu a ženy, které naposledy navštívily prenatální poradnu v posledních dvanácti měsících.

Hlavní kapitoly teoretické části popisují vznik a vývoj těhotenství, dále prenatální péči, prenatální diagnostiku a také profesi porodní asistentky. Poslední hlavní kapitola se zabývá spokojeností pacientů s poskytovanou zdravotní péčí.

Praktická část byla provedena pomocí kvantitativní výzkumné metody – online dotazníku. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 300 žen. Cílem práce bylo zjistit, zda jsou ženy spokojené s poskytovanou prenatální péčí a zda jsou spokojené s podanými informacemi o průběhu těhotenství a prováděných vyšetřeních. Na základě těchto cílů byly stanoveny dvě hypotézy.

H1: Vícerodíčky jsou více spokojené s prenatální péčí než prvorodíčky.

Z výzkumu vyplynulo, že spokojenost s prenatální péčí není ovlivněna paritou, tudíž první stanovená hypotéza neplatí.

H2: Ženy se středoškolským vzděláním a nižším jsou více spokojené s podanými informacemi než ženy s vyšším odborným a vysokoškolským vzděláním.

Na základě statistického testování druhá stanovená hypotéza platí a z tohoto výzkumu vyplývá, že nejvyšší dosažené vzdělání respondentek ovlivňuje míru spokojenosti s podanými informacemi v prenatální poradně.

Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že 66,3 % respondentek bylo celkově s poskytovanou prenatální péčí spokojeno. S podanými informacemi v základních oblastech péče v prenatální poradně ale nebylo spokojeno 12,8 % respondentek a 46,1 % respondentek uvádí, že vůbec edukovány nebyly. Naopak s informacemi o prováděných výkonech bylo 66,4 % respondentek spokojeno.

Tato bakalářská práce může sloužit jako zpětná vazba pro poskytovatele prenatální péče za účelem zvýšení spokojenosti jejich klientek nebo jako informační materiál pro těhotné ženy.

7 Seznam použité literatury

1. BARIMANI, M., FORSLUND FRYKEDAL, K., ROSANDER, M., BERLIN, A., 2018. Childbirth and parenting preparation in antenatal classes. *Midwifery* [online]. 57, 1-7 [cit. 2021-11-05]. DOI: 10.1016/j.midw.2017.10.021. ISSN 02666138. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0266613817301699>
2. BÁRTLOVÁ, S., HNILICOVÁ, H., 2000. Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-311-2.
3. BEHINOVÁ, M., AŠENBRENEROVÁ, I., 2012. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vydání. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2816-5.
4. BINDER, T. et al., 2015. *Porodnictví*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1.
5. BOROVSÝ, J., SMOLKOVÁ, E., JAKUBŮV, L., 2011. Marketing ve zdravotnictví. Praha: České vysoké učení technické. ISBN 978-80-01-04801-6.
6. BRABCOVÁ, I., 2016. *Základní zásady vedení a řízení kvality ošetrovatelské péče*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-604-3.
7. Celostátní projekt Nemocnice ČR 2020, 2021. [online]. HealthCare Institute. ©2013 [cit. 2021-11-30]. Dostupné z: <http://www.hc-institute.org/cz/projekty/nemocnice-ceske-republiky/celostatni-projekt-nemocnice-cr-2020.html>
8. ČESKÁ REPUBLIKA, 2011. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 20. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

9. ČESKÁ REPUBLIKA, 2011. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka: 131. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
10. ČESKÝ ČERVENÝ KŘÍŽ, © 2017. *Kurzy pro těhotné*. [online] [cit. 2021-11-05] Dostupné z: <http://www.cckcb.cz/nase-cinnost/kurzy-pro-tehotne>
11. DRANDIČ, D., 2019. *Těhotenství: laskavě, s respektem a prakticky*. Překlad Zuzana ŠTROMEROVÁ. Praha: Aperio – Společnost pro zdravé rodičovství. ISBN 978-80-907136-4-2.
12. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., JANÍKOVÁ, E., SALOŇOVÁ, R., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0836-7.
13. ELIAŠOVÁ, A., 2008. *Pôrodná asistencia I, Fyziológia*. Martin: Vydavateľstvo Osveta. ISBN 978-80-8063-261-8.
14. FANG, J., LIU, L., FANG, P., 2019. What is the most important factor affecting patient satisfaction – a study based on gamma coefficient. *Patient Prefer Adherence* [online]. 2019(13), 515-525 [cit. 2021-11-30]. DOI: 10.2147/PPA.S197015. ISSN 1177-889X. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6489650/>
15. GRANDE, M. et al., 2015. *Genomic microarray in fetuses with increased nuchal translucency and normal karyotype: a systematic review and meta-analysis* [online]. 46(6), 650-658 [cit. 2021-10-24]. DOI: 10.1002/uog.14880. ISSN 09607692. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/uog.14880>
16. HANÁKOVÁ, T., CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ, M., VOLNÁ, P., 2015. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-0755-3.
17. HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.

18. *Hluk v nemocnicích škodí všem*, 2017. [online]. Saint-Gobain. © 2021 [cit. 2021-12-15]. Dostupné z: <https://www.saint-gobain.cz/novinky/multikomfort/hluk-v-nemocnicich-skodi-vsem/>
19. CHRÁSKA, M., 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.
20. *Informace pro lékaře*, 2022. [online]. Panorama: natera prenatal screen. [cit. 2022-1-15]. Dostupné z: <https://www.panoramatest.cz/lekari/>
21. *International Definition of the Midwife*, 2017. [online] International Confederation of Midwife, © 2018. The Netherlands. [cit. 2021-10-13]. Dostupné z: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_of_the_midwife-2017.pdf
22. JANSSEN, S.M., LAGRO-JANSSEN, A.L.M., 2012. Physician's gender, communication style, patient preferences and patient satisfaction in gynecology and obstetrics: A systematic review. *Patient Education and Counseling* [online]. 89(2), 221-226 [cit. 2021-11-30]. DOI: 10.1016/j.pec.2012.06.034. ISSN 07383991. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0738399112002649>
23. KAŠOVÁ, L., HENDRYCH LORENZOVÁ, E., © 2022. *Komunitní péče v porodní asistenci*. [online]. ADOC.PUB. [cit. 2022-1-16]. Dostupné z: <https://adoc.pub/kaova-lucie-hendrych-lorenzova-eva-katedra-oetovatelstvi-a-p.html>
24. KELNAROVÁ, J. et al., 2015. *Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy - 1. ročník*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5332-4.
25. LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D., 2006. *Vývojová psychologie*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1284-9.
26. LAUE, B., 2018. *Těhotenství: nejlepší tipy pro klidných devět měsíců*. Překlad Alice KAVINOVÁ. Praha: Vašut. ISBN 978-80-7236-993-5.

27. MAREK, V., 2010. Nová doba porodní: přirozený porod jako cesta ke společnosti bez násilí. 2., upravené a doplněné vydání.
28. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2019. *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?*. [online] Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2021-10-30] Dostupné z: https://www.mzcr.cz/odbornik/dokumenty/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou-_9078_3076_3.html
29. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2020. *Národní hodnocení spokojenosti pacientů: O projektu*. [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [cit. 2021-11-30] Dostupné z: <https://spokojenost.mzcr.cz/o-projektu.php>
30. *Narození a zemřeli do 1 roku 2019* [online], 2021. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2021-11-30]. ISSN 1211 - 071X. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008354/narzem2019.pdf>
31. *Novorozenecký abstinenci syndrom – příznaky, příčiny a léčba*, 2018. [online]. Rehabilitace.info: Magazín o zdraví. ©2021 [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: <https://www.rehabilitace.info/zdravi-deti/novorozenecky-abstinenci-syndrom-priznaky-priciny-a-lecba/>
32. PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti*. 5. vydání. Praha: Galén. ISBN 978-80-7492-214-5.
33. PATIL, M., PANCHANADIKAR, T.M., WAGH, G., 2014. *Variation of Papp-A Level in the First Trimester of Pregnancy and Its Clinical Outcome* [online]. 116-119 [cit. 2021-12-2]. DOI: 10.1007/s13224-013-0481-4. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24757339/>
34. PEARLSTEIN, T., 2015. Depression during Pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [online]. 29(5), 754-764. [cit. 2021-10-14]. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2015.04.004. ISSN 1521-6934.
35. PELENKOVÁ, R., © 2021. *Poradna porodní asistentky*. [online]. Radka Pelenková – Porodní asistentka a Kineziotaping. © 2021 [cit. 2021-12-2].

- Dostupné z: <https://www.radkapelenkova.cz/poradna-porodn%C3%AD-asistentky>
36. POLÁK, P., LOUCKÝ, J., TOMEK, V., 2017. *Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-499-9.
 37. PORODNÍ DŮM U ČÁPA, © 2000–2020. *Předporodní kurzy pro nastávající rodiče*. [online] [cit. 2021-11-10] Dostupné z: <https://www.pdcap.cz/Texty/PDS/Predporodni-kurz.html>
 38. PROCHÁZKA, M., 2020. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.
 39. *Předporodní kurzy*, © 2021. [online]. Nemocnice Prachatice a.s. NebeNet [cit. 2021-12-12]. Dostupné z: <https://www.nempt.cz/luzkova-oddeleni/gynekologicko-porodnicke/GPO-predporodni-kurzy/>
 40. RAITER, T., 2010. *Kvalita očima pacientů: O projektu*. [online]. Kvalita očima pacientů: Hodnocení nemocnic. [cit. 2021-11-30]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>
 41. RATISLAVOVÁ, K., EZROVÁ, M., 2017. Současný stav soukromé porodní asistence v České republice. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. 13(7 – 8), 14 - 15. ISSN 1801-464X.
 42. ROWE, T., 2015. Drugs in Pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* [online]. 37(6), 489-490 [cit. 2021-11-10]. DOI: 10.1016/S1701-2163(15)30222-X. ISSN 17012163. Dostupné z: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S170121631530222X>
 43. ROZTOČIL, A., 2017. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5753-7.
 44. ROZTOČIL, A., 2020. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2098-7.
 45. SAMKOVÁ, A., 2020. *Vulvou porodní asistentky: připravte se na porod*. Brno: CPress. ISBN 978-80-264-3017-9.

46. SLEZÁKOVÁ, L., ANDRÉSOVÁ, M., KADUCHOVÁ, P., ROUČOVÁ, M., STAROŠTÍKOVÁ, E., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0214-3.
47. SLIMÁKOVÁ, M., 2018. *Strava v těhotenství*. [online]. PharmDr. Margit Slimáková. Praha. [cit. 2021-11-05]. Dostupné z: <https://www.margit.cz/doporuceni-v-tehotenstvi/>
48. ŠKRLA, P., ŠKRLOVÁ, M., 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.
49. ŠKUBOVÁ, J., Pomáhající síla nemocničního prostředí. *Florence: časopis moderního ošetrovatelství*. Praha: Ambit Media. 2012(4). ISSN 1801-464X.
50. ŠTECHOVÁ, K. et al., 2014. *Dítě diabetické matky: komplexní pohled na diabetes a těhotenství*. Semily: Geum. ISBN 978-80-87969-06-9.
51. ŠTEMBERA, Z., 2016. *Rodička včera, dnes a zítra*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-500-2.
52. TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., ŠULOVÁ, L., 2015. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5127-6.
53. UNIPA, © 2021. *Kdo je porodní asistentka*. [online] Praha: Unie porodních asistentek. [cit. 2021-07-09] Dostupné z: www.unipa.cz/porodni-asistentka
54. VOKURKA, M., HUGO, J., 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. aktualizované vydání. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.
55. WILHELMOVÁ, R. et al., 2021. *Vybrané kapitoly Porodní asistence I a II* [online]. Brno: Masarykova univerzita. ISSN 1802-128X. [cit. 2021-10-14] Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/index.html
56. World Health Organization, ©2021. *Quality of care* [online]. World Health Organization. [cit. 2021-11-30]. Dostupné z: https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

57. *Zásady dispenzární péče v těhotenství: Sbíрка doporučených postupů*, 2021. Česká gynekologická a porodnická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.
58. *Management hypertenzních onemocnění v těhotenství: Sbíрка doporučených postupů*, 2019. Česká gynekologická a porodnická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně.

8 Seznam příloh

Příloha 1 – Těhotenská průkazka

HIV	Zubní
Údaje a nálezy obvodního a odborných lékařů	

PRŮKAZKA PRO TĚHOTNÉ

Jméno a příjmení
 Rodné číslo Kód zdravotní pojišťovny

Datum narození zaměstnání

Bydliště
 Rodné číslo matky Rodné číslo otce

PM	TP
UZ	TP

.....
 Razítko zdrav. zařízení

Předchozí těhotenství

Rok	Porod – potrat – interrupce pohlaví – hmot./míra – délka těh.	Spon., operativní komplikace

Další vyšetření určeno na:

--	--	--	--	--	--	--	--

Pro sanitní vůz volejte telefonní číslo

SEVT 14 304 0

I/15

166/2015



14304005

Všeobecná anamnéza	Předchozí těhotenství
primipar o stáří > 30 let – < 17 míra < 155 cm váha výchozí ± 10 kg hypertenzivní choroba I. II. ledvinové onemocnění chron. poruchy cyklu (léčené) sterilita > 2 roky v rodině diabetes diabetes (dieta – insulin) srdeční onemocnění (léčené) operace – anomálie děložní alergie: transfúze: operace: jiné:	interrupce – 1, 2, více – kompl. spont. potrat – 1, 2, více – kompl. předč. porod – 1, 2, více – kompl. dítě žije – zemřelo – poškozené udržované těhotenství, konzervativně, cerkláž novorozec 4000 > gr. – hypotrof. perinat zemřel – poškozen Rh (ABO) protilátky zvýšeny Gestóza: edém, protein, hypertenze diabetes až v těhot. (dieta, insulin) prodloužené těhot. > 42 týdnů oper. porod (sectia, forceps, VEX) jiné:
Nynější těhotenství	
Krvácení: jednorázové – slabé, opakované – silnější, před – po 28. týdnu Kontrakce: ojedinělé – slabé četnější – silnější před – po 28. týdnu Hrdlo: zkrácené – uvolněné, cerkláž Rh (ABO) protilátky Infekční onemocnění – horečnaté, zoonozy diabetes (dieta – insulin) glykosurie opakovaná kouření – počet/den	váha – neúměrné přibývání gestóza: edémy proteinurie hypertenze Hb v III. trimestru 9 g hydramnion dvojčata hypotrof. plod (odhad) nepravdělné polohy
Příslušný znak zatrhnete – průběžně doplňujte.	

Pánev		Skupina matky otce				
Syphilis: 1. 2.	datum datum	Rh matky otce				
Míra cm	Výchozí hmotnost v kg					
Datum	Týden	Hmotnost	Otoky K B G	Moč		TK
				B	C sed.	

Do porodního zařízení vezměte s sebou také tuto průkazku, občanský průkaz, oddací list a veškeré zdravotní záznamy týkající se nynějšího těhotenství.

RADY PRO BUDOUCÍ MAMINKY:

- Docházejte pravidelně do těhotenské poradny a hlase se u lékaře při všech nepravidelnostech těhotenství.
- Velmi důležitá je pro Vás i Vaše miminko správná životospráva. Jezte rozmanitou stravu, zejména zeleninu, mléčné výrobky, bílé maso, rostlinné tuky. Při chuti na sladké dejte raději přednost kousku ovoce.
- Někdy vyvážená strava nestačí. Pro příjem všech důležitých vitamínů a minerálů můžete svou běžnou stravu doplnit multivitaminovým přípravkem pro těhotné a kojící.
- Nepodceňujte lehká horečnatá onemocnění a vyhledejte lékaře,berte ale pouze léky, které Vám předepsal.
- Zúčastněte se kurzu tělocviku a kurzu přípravy na porod. Informace, kde se nejbližší kurzy konají, získáte v poradně.
- V případě bolesti v břiše nebo jeho tvrdnutí, krvácení z rodidel nebo odtékání plodové vody ihned ulehnete a dejte zavolat ženskou sestru nebo lékaře.
- Co s sebou vzít do porodnice:

Základní kojenecká výbavička:

30x malé pleny
20x velké pleny
3x bavlněné osušky
5x kalhoty na pleny
3x košilka vel. 58
3x košilka vel. 64
2x přízový (mako) kabátek vel. 58
2x přízový (mako) kabátek vel. 64
2x přízová (mako) čepička vel. 58
2x přízová (mako) čepička vel. 64
2x dupačky vel. 58
2x dupačky vel. 64
1x zavínovačka + vložka
1x larisá
5x bryndák
3x žínka froté
1x kartáč na vlasy
1x vatové tyčinky
1x vlhčené ubrousky
1x dětský zásep
1x dětský šampon
1x dětské mýdlo
1x koj. láhev skleněná
1x koj. láhev umělá

Výbavička pro odchod z porodnice:

Jaro-léto:
1x zavínovačka
3x malé pleny
1x košilka
1x dupačky
1x kabátek
1x čepička

Podzim-zima navíc:

1x vlněná čepička
1x vlněný kabátek
1x deka
1x kožšinový fusak

Pro Váš pobyt v porodnici:

1x pohodlné neklouzavé přezůvky
2x těhotenská podprsenka
4x jednorázové spodní kalhotky
1x vložky do podprsenky
2x ručník
Hygienické potřeby
1x teplé ponožky

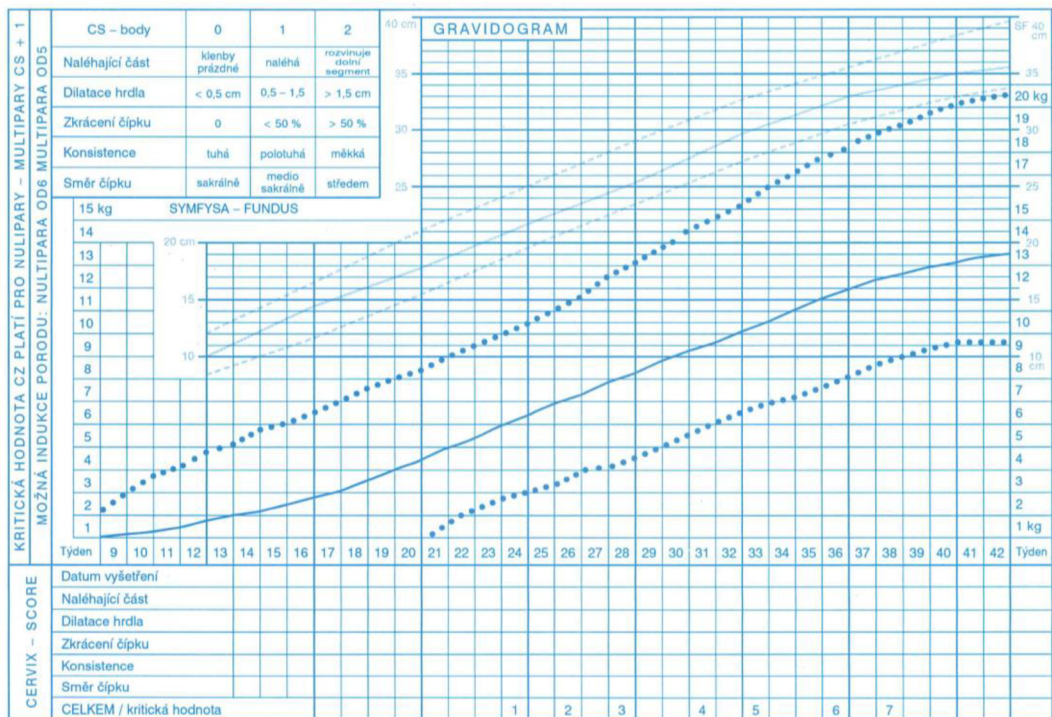
Další vyšetření

KO _____ datum _____
_____ datum _____

Psychoprofylaxe: ano – ne

Tělocvik: ano – ne

Záznamy o hospitalizaci



Zdroj: SEVT, a.s.

Příloha 2 – Dotazník

Dobrý den,

jmenuji se Michaela Koutenská a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského oboru Porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění krátkého dotazníku, jehož výsledky budou sloužit pouze pro účely mé bakalářské práce s názvem "Spokojenost těhotných žen s prenatální péčí". Vyplnění dotazníku je dobrovolné a vyhodnocená data budou zcela anonymní.

Dotazník je určen pro ženy, které jsou momentálně těhotné nebo uplynulo maximálně 12 měsíců od poslední návštěvy prenatální poradny v těhotenství. Pokud nejste v současné době těhotná, odpovídejte tak, jaká byla situace v době, kdy jste byla těhotná naposledy.

Předem děkuji za Váš čas.

1. Jaký je Váš věk?
2. Vaše nejvyšší dokončené vzdělání?
 - Základní
 - Střední odborné
 - Střední s maturitou
 - Vyšší odborné
 - Vysokoškolské
3. Pracujete ve zdravotnictví?
 - Ano
 - Ne
4. Jste momentálně těhotná?
 - Ano
 - Ne (pokračujte na otázku č. 6)
5. V kolikátém týdnu těhotenství jste?
 - 0. – 13. tt
 - 14. – 27. tt
 - 28. – 42. tt
6. Kolik měsíců uplynulo od vaší poslední návštěvy prenatální poradny?
 - 0 – 3 měsíce
 - 4 – 6 měsíců
 - 7 – 9 měsíců
 - 10 – 12 měsíců
7. Pokolikáté jste těhotná/pokolikáté jste byla naposledy těhotná?
 - Poprvé
 - Podruhé
 - Potřetí
 - Více
8. Kam docházíte/jste docházela do prenatální poradny?
 - Obvodní gynekolog
 - Soukromá porodní asistentka
 - Obvodní gynekolog + soukromá porodní asistentka (zároveň v jednom těhotenství)
 - Prenatální poradna v rámci porodnické ambulance v nemocnici
 - Do prenatální poradny nedocházím/jsem nedocházela -> dotazník dále nevyplňujte
 - Jiné (vypište):

9. Pokud docházíte/jste docházela do poradny ke svému gynekologovi, pracuje zde spolu s lékařem zdravotní sestra nebo porodní asistentka?
- Zdravotní sestra
 - Porodní asistentka
 - Obě
 - Nevím
10. Víte o tom, že porodní asistentka může sama vést prenatalní poradnu pro ženy s fyziologickým těhotenstvím?
- Ano
 - Ne
11. Měla byste zájem o navštěvování prenatalní poradny vedené porodní asistentkou v případě vašeho dalšího těhotenství?
- Určitě ano
 - Spíše ano
 - Spíše ne
 - Určitě ne
 - Nevím, nepřemýšlela jsem nad tím
12. Jak jste (byla) spokojena s telefonní dostupností do prenatalní poradny, kam docházíte/jste docházela (pro konzultaci, pro objednání, pro výsledky vyšetření)?
- Velmi spokojena
 - Spíše spokojena
 - Spíše nespokojena
 - Velmi nespokojena
 - Nevyužila jsem

13. Na stupnici 1 (nejlepší) až 5 (nejhorší) ohodnoťte, jak jste (byla) spokojena s prostředím čekárny a ordinace prenatalní poradny, do které docházíte/jste docházela?

PROSTŘEDÍ ČEKÁRNÝ

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Velmi spokojena Velmi nespokojena

PROSTŘEDÍ ORDINACE

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Velmi spokojena Velmi nespokojena

14. Vypište, co byste případně v prostředí čekárny nebo ordinace chtěla vylepšit, změnit (např. soukromí, čistota, dostatek prostoru, osvětlení, ovzduší ad.):

15. Jak dlouho jste čekala v čekárně, než jste byla pozvána do ordinace? (uveďte přibližnou průměrnou dobu za všechny návštěvy v posledním těhotenství)
- Nečekala jsem, byla jsem do ordinace pozvána přesně v objednaný čas
 - Maximálně 15 minut
 - 16 minut – 30 minut
 - 31 minut – 1 hodinu
 - Více než 1 hodinu
 - Nevím
16. Jak jste byla spokojena s uvedenou dobou čekání v otázce č. 16?
- Velmi spokojena
 - Spíše spokojena
 - Spíše nespokojena
 - Velmi nespokojena

17. Uveďte, jak jste (byla) spokojena s dobou, která byla vyhrazena pro Vaši návštěvu prenatalní poradny:

- Velmi spokojena
- Spíše spokojena
- Spíše nespokojena
- Velmi nespokojena

18. V tabulce vyznačte, jak jste byla spokojena s podanými informacemi ohledně stravování, pitného režimu, pohybu a sportu, vyprazdňování a přípravě prsů na kojení v těhotenství? Pokud jste takové informace neobdržela, uveďte, jak jste s tím byla spokojena (zda Vám vadilo či nevadilo, že jste tyto informace nedostala).

	Velmi spokojena	Spíše spokojena	Spíše nespokojena	Velmi nespokojena
STRAVOVÁNÍ				
PITNÝ REŽIM				
POHYB A SPORT				
VYPRAZDŇOVÁNÍ				
PŘÍPRAVA PRSŮ NA KOJENÍ				

19. Kdo Vám podal informace uvedené v tabulce v předchozí otázce (stravování, pitný režim, pohyb a sport, vyprazdňování, příprava prsů na kojení v těhotenství)?

- Pouze lékař
- Pouze soukromá porodní asistentka
- Zdravotní sestra/porodní asistentka pracující v ordinaci lékaře
- Lékař spolu s porodní asistentkou, doplňovali se
- Nikdo, informace jsem si zjišťovala sama

20. Na stupnici od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší) ohodnoťte, jak jste (byla) spokojena s jednotlivými aspekty při návštěvě těhotenské poradny (v průměru, jaké to bylo ve většině případů)? Možnost „0“ označte v případě, že daný aspekt nemůžete hodnotit.

Doba trvání jedné návštěvy	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
Chování, nálada, zájem lékaře	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
Chování, nálada, zájem soukromé porodní asistentky	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
Informovanost o prováděných vyšetřeních (Proč a jak jsou prováděny?) (měření TK, vyšetření moči, kontrola hmotnosti, odběry krve, zevní a vnitřní vyšetření, měření rozměrů pánve, poslech ozev, ultrazvukové vyšetření, natáčení CTG)	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
Informovanost o běžných potížích v těhotenství (nevolnosti, zvracení, pálení žáhy, křeče v dolních končetinách, bolesti zad a pánve, zácpa, křečové žíly, otoky)	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
Šetrné, nebolestivé zacházení při jednotlivých výkonech (měření TK, vnitřní vyšetření, zevní vyšetření, odběry krve, poslech ozev, natáčení CTG, měření rozměrů pánve)	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5
Možnost odmítnutí provedení jakéhokoliv vyšetření	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5

21. Měla jste prostor pro vlastní dotazy?
- Ano
 - Ne (pokračujte na otázku č. 24)
 - Neměla jsem žádné dotazy (pokračujte na otázku č. 24)
22. Jak jste byla spokojena s odpověďmi na vaše případné dotazy?
- Velmi spokojena
 - Spíše spokojena
 - Spíše nespokojena
 - Velmi nespokojena
23. Kdo Vám zodpověděl vaše dotazy?
- Pouze lékař
 - Pouze soukromá porodní asistentka
 - Porodní asistentka/zdravotní sestra pracující v ordinaci lékaře
 - Lékař spolu s porodní asistentkou, doplňovali se
24. Na stupnici od 1 (nejlepší) do 5 (nejhorší) o hodnotě Vaši celkovou spokojenost se zohledněním všech aspektů s prenatální péčí (zahrňte všechny zmíněné aspekty v dotazníku - prostředí čekárny a ordinace, telefonní dostupnost, informovanost, doba čekání, doba jedné návštěvy, odpovědi na dotazy atd.):
- 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Zdroj: Vlastní

9 Seznam použitých zkratek

tzn. – to znamená

UZ – ultrazvuk

f-beta hCG – volná beta podjednotka lidského choriového gonadotropinu

IU – jednotka

ČGPS ČLS JEP – Česká gynekologická a porodnická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně

TK – krevní tlak

CS – cervix score

HIV – virus lidské imunitní nedostatečnosti

HBsAg – australský antigen

CRL – temenkostrční vzdálenost

GDM – gestační diabetes mellitus

IUGR – intrauterinní růstová restrikce plodu

GBS – streptokoky skupiny B

CTG – kardiokograf

VVV – vrozená vývojová vada

PAPP-A – plazmatický specifický těhotenský protein A

WHO – Světová zdravotnické organizace

ICM – Mezinárodní konfederace porodních asistentek

FIGO – Mezinárodní federace gynekologů a porodníků