

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
ÚSTAV OŠETŘOVATELSTVÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2010

HRUBÁ RENATA

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD
Ústav Ošetrovatelství

Renata Hrubá

Prenatální péče v České republice

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D

Olomouc 2010

Anotace

Název práce: Prenatální péče v České republice
Název práce v AJ: Antenatal care in the Czech Republic
Datum zadání: 2009- 11- 20
Datum odevzdání: 2010- 04- 30
Instituce: Ústav ošetřovatelství FZV UP v Olomouci
Autor práce: Hrubá Renata
Vedoucí práce: Mgr. Věra Vránová, Ph.D

Abstrakt v ČJ:

Práce zjišťuje informovanost žen v reprodukčním věku o prenatální péči v České republice. Šetření proběhlo v prenatálních poradnách Olomouckého a Zlínského kraje. Teoretická část se zabývá těhotenstvím, koncepcí prenatální péče, rolí porodní asistentky v prenatální péči. Obsahem praktické části je analýza rozsahu znalostí žen, které již těhotenství prodělaly a žen nyní těhotných. U obou sledovaných souborů analýzou dat bylo zjištěno nedostatečné povědomí o práci porodní asistentky v prenatální péči. Na základě zjištěných skutečností byl vypracován edukační materiál: „S porodní asistentkou v prenatální poradně”.

Abstrakt v AJ:

This thesis is concerned with women of reproductive age and their knowledge of antenatal care. The research was implemented at prenatal clinics in Olomouc and Zlín region. The theoretical part of the thesis deals with pregnancy, the concept of antenatal care and the role of a midwife in antenatal care. The practical part analyses the knowledge of group of women who have already had babies as well as the knowledge of group of women who were pregnant at the time of the research. Insufficient knowledge of midwife's role in antenatal care was proved among women in both groups. Educational material „At a prenatal clinic with a midwife” based on the outcomes of the research was created.

Klíčová slova v ČJ: těhotenství, prenatální péče, prenatální diagnostika, porodní asistentka v prenatální péči, těhotenský průkaz

Klíčová slova v AJ: pregnancy, antenatal care, antenatal diagnosis, a midwife in antenatal care, maternity card

Rozsah: 64 s. 6 příl.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

Souhlasím současně s užitím práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne

Hrubá Renata

Poděkování:

Tímto chci poděkovat Mgr. Věře Vránové, Ph.D za cenné rady a připomínky při odborném vedení mé práce. Dále děkuji MUDr. Jaroslavu Wiedermannovi za spolupráci při zpracování teoretické části práce, také chci poděkovat manželovi Ladislavovi za grafickou úpravu práce, děkuji také všem, kteří se jakýmkoli způsobem podíleli na vzniku práce.

Děkuji

Obsah

Úvod.....	6
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1.1 Definice těhotenství.....	9
1.1.1 Příznaky těhotenství dělíme na nejisté, pravděpodobné a jisté.....	9
1.1.2 Stanovení termínu porodu	11
1.2 Prenatální péče.....	12
1.2.1 Tři základní skupiny těhotných.....	12
1.2.2 Komplexní diagnostické vyšetření na začátku gravidity.....	13
1.2.3 Klinická a laboratorní vyšetření.....	15
1.3 Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad.....	19
1.3.1 Biochemický screening.....	20
1.3.2 Metody prenatální diagnostiky.....	20
1.4 Těhotenský průkaz.....	23
1.5 Úloha porodní asistentky v prenatální péči.....	25
1.5.1 Mezinárodní definice porodní asistentky	25
1.5.2 Práce porodní asistentky v péči o těhotnou ženu v ČR.....	26
2 PRAKTICKÁ ČÁST.....	28
2.1 Cíle práce.....	28
2.2 Metodika práce.....	28
2.3 Dotazník pro ženy v gynekologických ambulancích - vyhodnocení.....	29
Diskuse.....	52
Závěr.....	57
Seznam zkratk.....	59
Literatura a prameny.....	60
Seznam tabulek.....	62
Seznam grafů.....	63
Seznam příloh.....	64

Úvod

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je vždy jiná, než byla předtím.

Je proměněná a mnohem víc rozumí životu.

Přivést na svět dítě znamená vykoupat se v pramenu života.“

Frederick Leboyer

Těhotenství je nejkrásnější období života ženy, přesto je odborníky často označováno za tzv. test na zdraví ženy. I v tomto krásném období pro ženu se mohou vyskytnout nežádoucí vlivy těhotenství na stávající zdraví ženy, popřípadě může dojít až k ohrožení života ženy nebo plodu. Po staletí je těhotenství označováno jako „jiný stav“.

Je spojeno se změnami téměř všech orgánových systémů. Fyziologické, biochemické a anatomické změny odrážejí jak adaptaci organismu ženy na nároky vyvíjejícího se plodu, tak adaptační změny zabraňující poškození mateřského organismu v průběhu těhotenství, porodu nebo šestinedělí. Adaptační změny organismu indukované těhotenstvím jsou obvykle reverzibilní a vracejí se opět na původní úroveň před těhotenstvím za několik měsíců po porodu nebo ukončení laktace. Porozumění fyziologii organismu během těhotenství je nezbytné pro odpovídající lékařskou péči o těhotné ženy ve zdraví i nemoci.

(MEDITORIAL, Fyziologické změny u ženy v těhotenství[online].[cit. 2010-02-27])

V minulosti bylo těhotenství chápáno jako přirozený stav, kdy žena jakmile dosáhne reprodukčního věku, mladá zdravá bude mít děti. V současnosti vlivem civilizace a sociální situace se hranice zplodění dítěte značně posunuje do vyššího věku rodičů, nejen matky. S tímto trendem lze často spojovat i rostoucí rizika jak pro matku, tak i pro plod. Důsledkem této situace je zvýšená péče o ženu těhotnou tzv. prenatalní péče.

„Prenatální péče má být efektivní, ale nesmí být nadbytečná a musí být akceptovatelná těhotnou ženou. Správně vedená péče lékařem a porodní asistentkou vede ke snížení perinatální úmrtnosti a morbidity. Většina těhotenství probíhá fyziologicky. U jedné čtvrtiny až třetiny těhotných se vyskytují rizikové faktory, které mohou ovlivnit průběh těhotenství.”

(HÁJEK, Z., Prenatální péče o fyziologické těhotenství [online].[cit. 2010-02-27])

Ohlédnutím do dávné historie lze konstatovat, že péči o ženu vždy vykonávaly ženy, často nevzdělané, pro muže byla tato péče nedůstojnou jejich stavu. Oficiální medicína se prakticky porodnictvím nezabývala. Teprve od konce 18. století se porodní báby povinně školily na lékařských fakultách, ale i pak zvláště na venkově působilo mnoho porodních bab bez patřičného vzdělání. Prenatální péče nebyla žádná.

(VRÁNOVÁ, V. 2007, s. 7, 33)

Současná prenatální péče je v České republice koncipována do třístupňové péče o těhotné ženy. V první linii základní prenatální péče o těhotnou ženu stojí privátní gynekolog s potřebným vzděláním a spádové nemocnice prvního typu, které jsou nejbližší bydlišti těhotné. Intermediární péči zajišťují některá okresní gynekologicko-porodnická oddělení. Intenzivní péči poskytují regionální perinatologická centra při fakulturních a regionálních nemocnicích.

(MEDITORIAL, Prenatální péče [online].[cit. 2010-02-27])

V České republice péči ženě poskytuje lékař spolu s porodní asistentkou. Pozice porodní asistentky je stále submisivní, podřízena lékaři. V zahraničí, např. v Nizozemí, Německu, Finsku se žena může rozhodnout, kdo o ni v průběhu těhotenství bude pečovat. Může volit mezi rodinným lékařem, lékařem specialistou či porodní asistentkou. Tato volba je částečně ovlivněna i dostupností služeb a finanční situací rodičky. Porodní asistentky o ženu pečují v průběhu celého těhotenství až do porodu. Pokud probíhá těhotenství bez komplikací, mají možnost se ženou odvést porod v porodním centru, pokud jim to legislativa daného státu umožňuje i v domácím prostředí.

Cílem výzkumu je zjistit informovanost žen v reprodukčním věku o prenatální péči v České republice, o těhotenství např. o těhotenských odběrech, ultrazvukovém vyšetření, těhotenském průkazu, péči porodní asistentky v prenatální poradně. Výzkumné šetření je postaveno na skupině respondentek, které již byly těhotné a respondentek nyní těhotných. Cílem je zjistit, jak se ženy v dané problematice těhotenství a péče o těhotnou ženu orientují, jestli zjištěné skutečnosti odpovídají dané normě, nebo jestli veřejnost zcela nechává péči o sebe a své ještě nenarozené dítě v rukou odborné veřejnosti a nesleduje aktuální trendy a doporučení, které posunují péči o těhotnou ženu mezi jednu z velmi náročných a odpovědných činností.

Cílem je zjistit, zda skutečnost, že žena již byla těhotná, má vliv na její znalosti o problematice prenatální péče, nebo naopak ženy poprvé těhotné jsou více informované - více vyhledávají informace. Kde tyto informace získávají, z jakých zdrojů, např. z odborné literatury, časopisů, médií, od kamarádky, od matky, či jinou formou. Problematiku jsem si vybrala k prostudování také z důvodu, že jsem porodní asistentka a velmi mě zajímá, jak ženy na toto povolání reagují, jestli jsou schopné komunikovat s porodní asistentkou, a také jaká je jejich reakce na práci porodní asistentky v prenatální péči. Jako ženu a matku mě zajímala volná otázka, týkající se optimálního věku pro porod dítěte a zdůvodnění. Sama jsem matkou třináctileté dcery, která se mi narodila ve 23 letech a nyní mám ročního syna. Mám tedy osobní zkušenost s těhotenstvím a porodem v rozdílném věku, proto názory ostatních žen mě oslovily.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Definice těhotenství

„Těhotenství je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Toto období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu. Období těhotenství se dělí na oplození, implantaci a nidaci a vývoj plodového vejce.

(ROZTOČIL et al., 2001, s. 70)

1.1.1 Příznaky těhotenství dělíme na nejisté, pravděpodobné a jisté

Nejisté známky těhotenství

Jsou to celkově nespecifické adaptační známky příznaky, které se v graviditě často objevují, vyskytují se však i mimo rámec gravidity. Řadíme sem zvýšenou psychickou labilitu, neurovegetativní poruchy, neuralgie, únavu, sklon k závratím až k mdlobám, k bolestem zubů. Dále se objevují často trávící poruchy počínaje zvraty chuti, zvýšenou slinivostí (ptyalismus), ranní nevolností (vomitus matutinus), až po vyšší sklon ke zvracení, zejména ráno (emesis gravidarum), bez větších pocitů nauzey, se sklonem k obstipacím nebo naopak k průjmům. Zvětšují se prsa, s tvorbou kolostra a zejména u vícerodiček se mohou objevovat varixy na dolních končetinách, můžeme sem zařadit i kontinuální zvýšení bazálních vaginálních teplot.

(ČECH et. al., 2006, s. 99- 100)

Pravděpodobné známky těhotenství

Jsou to známky pravidelně vyvolané graviditou. Samostatně však těhotenství ještě neprokazují, protože se mohou objevit i mimo těhotenství.

Amenorea - vynechání menstruace, patří mezi nejméně spolehlivé známky této skupiny příznaků. Může být dokonce vyvolaná psychogenně, např. z pouhého strachu z nechtěného těhotenství, ze stresu, (ženy v koncentračních táborech), při celkových onemocněních, při poruchách výživy (anorexie). Amenorea vykazuje vysokou pravděpodobnost těhotenství pouze u žen zdravých s pravidelným menstruačním cyklem.

Hyperpigmentace - je relativně pozdním příznakem a vzniká v souvislosti se zvýšenou stimulací nadledvin v těhotenství. Pigment se ukládá v oblasti prsních dvorců, na břicho v linea fusca, dále v oblasti pupeční jizvy, na kůži zevního genitálu a mons pubis. Vzhledem k pozdnímu výskytu mají pigmentace jen malý diagnostický význam.

Strie - pajizévky na břicho, které vznikají narušením škáry pokožky břišní stěny expanzivním růstem dělohy.

Změny na děloze a v pochvě - nejvýraznější známkou rané gravidity je postupné zvětšování dělohy a její prosáknutí.

Dickinsonovo - Braunovo znamení- mírná prominence a změkčení stěny děložní v místě nidace vejce (4. - 6. týden těhotenství).

Piskáčkově znamení - nesouměrný tvar zvětšené dělohy s vyklenujícím se děložním rohem v místě nidovaného vejce (8. - 12. týden těhotenství).

Hegarovo znamení - prsty zevní a vnitřní ruky se v oblasti děložního hrdla značně přibližují (15. - 16. týden těhotenství). (ČECH et. al., 2006, s.100- 102)

Jisté známky těhotenství

Laboratorní těhotenské testy - všechny v současné době používané testy na průkaz těhotenství stanovují buď pouze kvantitativně nebo i kvalitativně přítomnost **lidského choriogonadotropinu (hCG)** z moči nebo séra.

Choriogonadotropin - je specifický těhotenský hormon, produkováný Langhansovými buňkami syncytiotrofoblastu lidského choria. Jeho výskyt se váže pouze k těhotenství (i ektopickému), vyskytuje se ve zvýšeném titru i všude tam, kde jsou patologicky zmnožené tkáňové struktury.

Ultrasonografický průkaz těhotenství - od 5. týdne gravidity lze lokalizovat nidované vejce, tím upřesnit diagnózu nitroděložního těhotenství. Slouží i k orientaci o přibližném stáří těhotenství. Od 11. - 12. týdne těhotenství můžeme stanovit velikost biparietálního průměru. Již v rané graviditě můžeme ultrazvukem prokázat vitalitu embrya podle nálezu jeho srdeční pulzace a později i pohybů.

(ČECH et. al., 2006, s. 102- 104)

1.1.2 Stanovení termínu porodu

- **Podle Naegeleho:** od prvního dne poslední menstruace odečteme 3 měsíce a připočteme 7 dnů,
- k datu **oplozující soulože** připočteme 266 dnů, tj. 38 týdnů,
- k datu prvních **pocitovaných pohybů plodu** u nulipary, která cítí pohyby nejčastěji ke konci 20. týdne gravidity, přičteme 140 dnů (20 týdnů), u multipar, které cítí pohyby o 14 dnů dříve, v 18.týdnu připočteme 154 dnů (22 týdnů),
- podle prvního ultrazvukového vyšetření v časném stádiu těhotenství.

(ROZTOČIL et al., 2001, s.116)

Přesné údaje jsou u gestací při asistované reprodukci a při ultrazvukovém stanovení gestace v raném období.

Pomůcky pro výpočet termínu porodu - příloha 3, s. 71.

1.2 Prenatální péče

Smyslem prenatální péče je všestranné zabezpečení těhotné ženy, zejména důsledná prevence všech možných chorobných stavů a včasný záchyt odchylek od normálního průběhu gestace, se zajištěním všech dostupných diagnostických a terapeutických opatření. (ČECH et. al., 2006, s. 104)

Těhotenství diferencujeme takto:

Fyziologická - s normálním průběhem, bez předběžné zátěže.

Riziková - u kterých sice těhotenství zatím probíhá normálně, avšak zahrnuje ženy s primární zátěží, ať anamnestickou, nebo vzniklou v průběhu gravidity, která zvyšuje pravděpodobnost rozvoje patologického stavu.

Patologická - s prokázaným chorobným průběhem gestace, který může vyústit až v poškození nebo ohrožení matky nebo plodu. (ČECH et. al., 2006, s. 104)

1.2.1 Tři základní skupiny těhotných

a) **Těhotné s malým rizikem** jsou pacientky bez rizikových faktorů v anamnéze a výsledky všech klinických i laboratorních vyšetření v průběhu gravidity jsou normální. Takové těhotenství označujeme za fyziologické.

U fyziologického těhotenství je dispenzární prenatální péče poskytována:

- do 36. týdne gravidity včetně v intervalu 4. týdnů
- od 37. týdne gravidity do termínu porodu 1 x týdně

Těhotná může být předána do ambulantní péče pracoviště, které povede porod, již od 36. týdne gravidity, nejpozději však v termínu porodu.

b) **Těhotné se středním rizikem** mají svoji anamnézu zatíženu rizikovými faktory. Výsledky jejich vyšetření jsou normální, ale vyžadují opakování. Takové těhotenství označujeme za rizikové. Frekvence návštěv je závislá na aktuálním vývoji zdravotního stavu ženy.

c) **Těhotné s vysokým rizikem** mohou, ale nemusí mít v anamnéze rizikové faktory. Charakteristická je pro ně přítomnost patologických klinických či laboratorních výsledků, které definují konkrétní riziko. Do této skupiny patří i ženy, jejichž specifický medicínský problém definuje riziko již na počátku gravidity. Takové těhotenství označujeme za patologické. Frekvence návštěv je zcela individuální.

(ČESKÁ GYNEKOLOGIE, 2008- 73 roč. str. 5)

1.2.2 Komplexní diagnostické vyšetření na začátku gravidity

Jednorázový screening u všech těhotných žen je optimální v 5.-7. týdnu gravidity.

Pohovor s těhotnou ženou - sběr anamnestických údajů.

Rodinná anamnéza - pátráme po chorobách se sklonem k hederitnímu výskytu: diabetes mellitus, hypertenzní nemoc, onkologická onemocnění, vrozené srdeční vady, psychiatrická onemocnění, výskyt vícečetného těhotenství v rodině, poruchy koagulace, výskyt akutních i chronických infekčních onemocnění (hepatitida, tuberkulóza), genetické choroby.

Osobní anamnéza - postupujeme od dětství, sledujeme VVV, výsledky genetických vyšetření. U infekčních chorob pátráme o možných následcích, zejména kardiálních poruchy výživy, pohybového ústrojí v oblasti pánve a kyčelních kloubů, první menarché, délka menstruačního cyklu, operace a úrazy, alergie.

Gynekologická anamnéza - záněty, nádory, vrozené anomálie, močové infekce, délka a léčba proběhlé sterility nebo infertility, onemocnění prsních žláz. Průběh minulých těhotenství - riziko předčasného porodu, genetické riziko, gestační diabetes, počet spontánních potratů, interrupcí, komplikace, zjištěné anomálie plodu.

(ČECH et al., 2006, s. 94)

Povšechné vyšetření celkového stavu - sledujeme vzrůst ženy, stavbu těla, ženu zvážíme, změříme krevní tlak, tepovou frekvenci, provedeme orientační chemické vyšetření moči na bílkovinu a cukr. Pokud žena trpí závažným onemocněním je třeba již v raném stádiu gravidity posoudit slučitelnost tohoto onemocnění se stávajícím těhotenstvím. Prognózu posuzujeme jak z hlediska matky tak plodu a jeho vývoje.

Žena je odeslána k příslušnému specialistovi, který vyhodnotí stupeň zátěže, popř. doporučí ukončení těhotenství. Konečné rozhodnutí o eventuálním ukončení těhotenství ze zdravotních důvodů je však výhradně v rukou těhotné ženy samotné.

Vyšetření prsů - je povinnou součástí komplexního gynekologicko-porodnického vyšetření.

Aspekce - velikost, tvar, zbarvení kůže, poloha dvorce a bradavky.

Palpace - systematicky vyšetřujeme od periferie k centru, prs si pomyslně rozdělíme na 4 kvadranty, sledujeme palpační citlivost, eventuální sekreci z bradavky, vždy prohmatáme lymfatické uzliny v oblasti subaxilární a podklíčkové.

(ČECH et al., 2006, s. 95)

Gynekologické vaginální vyšetření v období rané gravidity

Aspekce - sleduje přítomnost patologických změn na břišní stěně, pooperačních jizev, oblast zevního genitálu, hemeroidy, zbarvení sliznic, ústí močové trubice.

Vyšetření v zrcadlech - sleduje eventuální výtok, špinění, zarudnutí, povinnou součástí je kolposkopické vyšetření a onkologická cytologie endo - a exocervixu.

Bimanuální palpační vaginální vyšetření - zjišťuje prostupnost, citlivost a elasticitu poševního vchodu, poševní stěny, pevnost svaloviny pánevního dna, velikost dělohy, její uložení.

(ČECH et al., 2006, s. 95)

Prenatální vyšetření by mělo být provedeno nejpozději do konce 12. týdne těhotenství. Jeho nedílnou součástí je kromě pravidelně prováděných vyšetření i změření zevních pánevních rozměrů těhotné pelvimetrem, příloha 4, s. 72 a vystavení těhotenského průkazu, příloha 6, s. 75.

(ČECH et al., 2006, s. 95)

1.2.3 Klinická a laboratorní vyšetření

- **pravidelná** - provádějí se při každé návštěvě gynekologa,
- **nepravidelná** - provádějí se pouze v určitém týdnu těhotenství.

Pravidelná vyšetření:

- podrobný sběr anamnestických údajů a stesků těhotné,
- zevní vyšetření těhotné s určením hmotnosti a krevního tlaku,
- chemická analýza moči,
- bimanuální vyšetření se stanovením cervix - score,
- od 24. týdne gravidity detekce známek vitality plodu.

Nepravidelná vyšetření:

16. týden:

- stanovení krevní skupiny + Rh faktoru,
- vyšetření titru erytrocytárních protilátek,
- stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu,
- serologické vyšetření protilátek proti syfyilis,
- sérologické vyšetření HIV a HBsAg,
- biochemický screening VVV ve druhém trimestru,
- vyšetření močového sedimentu střední porce moči.

18. - 20. týden:

- první ultrazvukový screening plodu.

24. - 28. týden:

- screening poruch glukózové tolerance

(blíže viz Doporučení k provádění screeningu poruch glukózové tolerance v graviditě).

30. - 32. týden:

- vyšetření titru erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních, a s krevní skupinou 0 (nula),
- stanovení hematokritu a počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů, hladiny hemoglobinu,

- serologické vyšetření HBsAg a HIV – pouze výběrově,
- druhý ultrazvukový screening plodu.

36. - 37. týden:

- detekce streptokoků skupiny B v pochvě.

36., 37., 38., 39. a 40. týden:

- kardiokografický non - stress test (ve 36. a 37. týdnu je doporučen, v dalších týdnech je již povinný). (ČESKÁ GYNEKOLOGIE, 2008- 73 roč. str. 5- 6)

Testování na HIV

Rutinní testování těhotných žen na HIV je v České republice povinné ze zákona (zákon č. 258/200Sb., § 71 odst. 2, písmeno a) o vyšetřování na HIV bez souhlasu fyzické osoby – platí i o těhotných ženách). Co nejčasnější detekování infekce a následná aplikace antiretrovirové léčby těhotné ženě výrazně ovlivní perinatální transmissi HIV. (ČESKÁ GYNEKOLOGIE, 2008- 73 roč. str. 6)

Testování na hepatitidu B - HBsAg

HBsAg statut matky je důležitý pro včasnou imunizaci novorozence. HBsAg pozitivita nemění management péče o těhotnou ženu, nemá vliv na způsob a místo vedení porodu. Screening se provádí v I. trimestru těhotenství. U HBsAg pozitivních žen není nutný opakovaný odběr pro HBsAg v III. trimestru, neboť u více než 90 % žen nosičství přetrvává po celou dobu gravidity. U HBsAg negativních žen provádíme opakování odběru ve III. trimestru jenom v případech s vysokým rizikem infekce v průběhu těhotenství (i.v. drogy, promiskuita, nebo u žen s podezřením na expozici). (ČESKÁ GYNEKOLOGIE, 2008- 73 roč. str. 6)

Depistáž Syfilis (přijíce, lues) – BWR

Vyhláška 195/2000 Sb., část I. - Předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění - na jejím podkladě lékař provádí klinické a sérologické vyšetření u těhotné ženy ve třetím a sedmém měsíci těhotenství, u pupečnickové krve každého novorozence, u každé ženy před provedením interrupce.

Všechny tyto odběry jsou soustředěny do 16. týdne gravidity, dále BWR do 30. -32. týdne gravidity. (ČESKÁ GYNEKOLOGIE, 2008- 73 roč. str. 6)

Doporučený postup k provádění screeningu poruch glukózové tolerance v graviditě

Základním screeningovým vyšetřením je **orální glukózo-tolerační test**, který se provádí **ve 24. - 28.týdnu** těhotenství perorálním podáním 75 gramů glukózy nalačno. Pokud je těhotná s vysokým rizikem, provádí se vyšetření již na počátku těhotenství a kdykoli podle potřeby během těhotenství.

Vyšetřují se všechny ženy ve věku 25 let a více. Pod 25 let vyšetřujeme ženy se zatíženou rodinnou anamnézou, porodnickou anamnézou nebo ženy obézní a to již v počátku těhotenství.

Hodnoty glykémie **nalačno** - fyziologické **do 5,59 mmol/l**

a 120 minut **po zátěži** - fyziologické hodnoty **do 7,7 mmol/l**

Při patologických hodnotách glykémie je diagnóza gestačního diabetu jasná.

(ČESKÁ GYNEKOLOGIE, 2008- 73 roč. str. 6)

Doporučený postup při diagnostice streptokoků skupiny B v těhotenství

Infekce streptokoky skupiny B (GBS, Streptococcus agalactie) je významnou příčinou perinatální mortality a morbidity. Primárním rezervoárem je gastrointestinální trakt se šířením do traktu urogenitálního. Screeningu streptokokové infekce by se měly podrobit těhotné ženy (s výjimkou těhotné ženy s GBS pozitivní kultivací moči kdykoli v průběhu těhotenství) **mezi 35. - 38.týdnem těhotenství**. Odběr kultivačních vzorků se provádí z postranních stěn dolní třetiny pochvy. Pokud výsledek je negativní není třeba ženě podávat intrapartálně antibiotickou profylaxi. Pokud kultivační vyšetření nebylo provedeno, nebo není znám výsledek, aplikujeme antibiotickou profylaxi.

(ČESKÁ GYNEKOLOGIE, 2008- 73 roč. str. 7)

Ostatní vyšetření zde neuvedená překračují rámec dispenzární péče fyziologického těhotenství. Všechny uveřejněné doporučené postupy jsou stanoviskem Sekce perinatální medicíny a výboru České gynekologicko- porodnické společnosti ČLS JEP. (ČESKÁ GYNEKOLOGIE, 2008- 73 roč. str. 3)

Kardiotokografie

Kardiotokografie odhaluje kromě poruch děložní činnosti také frekvenční změny fetální hemodynamiky. Kardiotokograf (fetální monitor), příloha 5, s. 73 zaznamenává souběžně křivku srdeční frekvence plodu (kardiotachogram) a děložní činnosti (tokogram), má akustický výstup, na displeji číselné zobrazení měnících se hodnot srdeční frekvence. Srdeční frekvenci lze monitorovat zevně abdominálně, ale i přímo, vnitřně. (ZWINGER et al., 2004, str. 98)

1.3 Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad

Celkové procento vrozených vývojových vad, dále jen (VVV) se pohybuje v populaci kolem 3 – 5%, tj. tzv. populační riziko. Prenatální diagnostika má za cíl detekovat VVV, zejména neslučitelné se životem, co možná nejdříve a napomoci tak k další strategii přístupu ke gravidní ženě. Riziko prenatální diagnostiky by nemělo být vyšší než pravděpodobnost, že se ženě může narodit postižené dítě. Rizikové faktory vzniku VVV se stále zvyšují. Znečištěné životní prostředí, životní styl a odkládání těhotenství do pozdějšího věku jsou pouze jedny z mnoha faktorů, které se podílejí na vzniku VVV v populaci. (ROZTOČIL et al.,1998, str. 114)

Indikace k prenatální diagnostice

- věková indikace (věk matky nad 35 let a pod 17 let, věk otce vyšší než 45 – 50 let, součet věku obou rodičů nad 70 let),
- pozitivní výsledek biochemického screeningu,
- předchozí porod dítěte s prokázanou nebo suspektní chromosomální aberací, výskyt chromosomální aberace v rodině,
- předchozí gravidita skončila intrauterinní smrtí plodu nebo neonatálním úmrtím,
- přímý styk s mutageny nebo teratogeny,
- UZ zjištěné vývojové vady,
- nepřímé ultrazvukové známky chromosomální aberace u plodu (intrauterinní růstová retardace plodu, změny množství plodové vody – polyhydramnion, oligohydramnion, nuchální prosáknutí..),
- monogenně vázané nemoci v rodině (cystická fibrosa, metabolické vady, choroby vázané na pohlaví plodu..),
- choroby matky: diabetes mellitus, fenylketonurie.

(ROZTOČIL et al.,1998, str. 114)

1.3.1 Biochemický screening

Další možné zjištění rizika vývojové vady plodu umožňuje biochemický screening. Dnes se standardně provádí odběrem krve mezi 16. - 17. týdnem těhotenství, při kterém zjišťujeme hladiny tři hormonů (alfafetoprotein, hCG a estriol - proto název triple test) a přepočítáváme na věk ženy. Toto vyšetření nám při pozitivním výsledku odhalí riziko genetické (chromozomální) vady plodu se 64% pravděpodobností. Při pozitivním výsledku je doporučeno těhotné ženě podrobnější vyšetření - odběr plodové vody (amniocentéza), která slouží ke genetickému vyšetření plodu. Na některých pracovištích je již dnes možné provést biochemické vyšetření od 10. do 12. týdne, které současně s podrobným ultrazvukovým vyšetřením ve stejném období stanoví riziko chromozomální vady plodu s pravděpodobností až 84 %. Invazivní vyšetření (amniocentézu nebo odběr vzorků choria placenty) je tak možno provést dříve.

(GERYCHOVÁ, R., Biochemický screening[online].[cit. 2010-02-20])

1.3.2 Metody prenatální diagnostiky

Dělíme do dvou základních skupin:

1. **neinvazivní:** nenarušují kontinuitu těla matky – ultrazvukové vyšetření
2. **invazivní:** narušují kontinuitu těla matky – amniocentéza, biopsie choria, kordocentéza, fetoskopie, stanovení biochemických markerů v séru těhotné.

Neinvazivní metody

Vyšetření ultrazvukem (UZ) je screeningová metoda, která dává okamžitou informaci o vývoji plodu a umožňuje přesnou dokumentaci, je časováno do tří stupňů.

První UZ – ve 13. týdnu gravidity (t.g.), cílem je zjistit přesný termín porodu a detekovat závažné VVV.

Druhé UZ vyšetření – ve 20. t.g. detekce VVV, měl by provádět specialista.

Třetí UZ mezi 30. a 34. t.g. má význam pro posouzení stavu plodu a způsobu vedení porodu.

Invazivní metody

Amniocentéza – AMC

Je odběr plodové vody punkční jehlou přes stěnu břišní pod kontrolou UZ (transabdominální odběr). Vyjimečně se provádí transcervikální odběr.

Podle délky gravidity dělíme AMC na časnou – 12. - 14. t.g. a pozdní.

Optimální AMC nejlépe v 16. t.g. (ROZTOČIL et al., 1998, s. 115)

Vyšetření z plodové vody

- **cytogenetické vyšetření** – stanovení karyotypu plodu,
- **biochemické vyšetření** – hladiny enzymů - při podezření na metabolické vady, hladiny hormonů při podezření na androgenitální syndrom, bilirubinu při podezření na Rh inkompatibilitu, imunoglobulinů při podezření na infekci matky.

Plodová voda je žlutavě zbarvená tekutina, která obsahuje 98 - 99 % tekuté složky a 1 - 2 % fetálních buněk. Z celkového množství fetálních buněk je pouze 3 - 4 % živých (schopných kultivace). Ke stanovení karyotypu plodu je nutné 20 - 40ml plodové vody. Doba kultivace se pohybuje okolo 10 - 14 dní. Doba vyhodnocení je také 14 dní, výsledek je tedy k dispozici za 4 týdny.

Rizika amniocentézy

Dělíme na rizika pro plod a rizika pro matku. Největší riziko pro matku je možné riziko amnionitidy. Frekvence této komplikace je nízká (1:1000). Častější komplikací jsou špinění, bolesti v podbříšku (2 - 3 %).

Komplikace pro plod se pohybují kolem 0,5 - 1 % a patří sem potrat, ale i poranění plodu při AMC. Platí, že komplikace jsou v přímé závislosti na počtu vpichů.

(ROZTOČIL et al., 1998, s. 116)

Prenatální screening se zaměřuje:

Vyhledávání chromozomálních vad, hlavně Downova syndromu a poruchy utváření orgánů plodu v prvních měsících nitroděložního vývoje (např. rozštěp páteře nebo břišní stěny). Kromě genového pozadí za ně mohou i příčiny zevní - nižší přísun vitamínů, vstřebávání vitamínů matkou před početím. V ČR jsou dobré výsledky při prenatálním screeningu vrozených vad srdce.

(AŠENBRENEROVÁ, I., Než se děťátko narodí [online].[cit. 2010- 20-02])

Testování v pěti krocích

Při první návštěvě v prenatální poradně je těhotná informována o možnosti screeningu vrozených vad. Ženám nad 35 let v termínu je doporučena genetická konzultace.

Tu samozřejmě může a nemusí podstoupit.

V 10. týdnu se těhotným odebírá krev na zjištění PAPP – A, **ve 12. týdnu** je pak ultrazvukem změřena NT a zjišťuje se přítomnost nosní kosti plodu. Maminky s významně nižší hodnotou PAPP – A, vyšší NT nebo při chybění nosní kosti plodu jsou odeslány ke konzultaci do centra prenatální diagnostiky.

Ve 14. - 17. týdnu se u ostatních matek provádí vyšetření minimálně AFP a T- hCG.

V krvi matek plodů s Downovým syndromem je typicky snížen AFP a zvýšen T- hCG a u E3. Ke konečnému výpočtu rizika vrozené vady plodu jsou použity všechny známé výsledky. Jako pátý krok následuje **ve 20. týdnu** ultrazvukové vyšetření zaměřené podle dosavadního průběhu těhotenství. Při prokázání postižení plodu závažnou nevyléčitelnou chorobou může matka požádat o přerušení těhotenství do 24. týdne.

(AŠENBRENEROVÁ, I., Než se děťátko narodí [online].[cit. 2010- 20-02])

1.4 Těhotenský průkaz

Je pro těhotnou dokument, který slouží k zaznamenávání všech důležitých údajů o těhotné a vývoji dítěte. Je vhodné nosit jej společně s ostatními doklady, měly by zde být založeny výsledky všech vyšetření např. krevních, ultrazvukových, kardiokografických, příloha 6, s. 75. (PAŘÍZEK, A. 2008, str. 88)

Bohužel v současné době není těhotenský průkaz v ČR jednotný, také není dostatečně přehledný a zcela zde chybí prostor pro záznamy porodní asistentky, týkající se somatických, psychických, sociálních a jiných informací získaných od těhotné ženy. Existuje několik typů průkazek v příloze 6, str. 75, které se navzájem liší grafickou úpravou a tříděním kolonek pro jednotlivé údaje. Objem základních informací je však ve všech případech shodný.

První strana slouží k zaznamenání narození těhotné (popřípadě otce dítěte). Dále je zde uveden termín prvního dne posledních měsíčků (PM) a z něj odvozené předpokládané datum porodu (TP). Vhodné je též zaznamenání termínu porodu vypočteného na základě ultrazvukového vyšetření (optimálně z 12. týdne gravidity).

V **dolní polovině první strany** je místo určené pro informace o předchozích těhotenstvích a jejich eventuálních komplikacích. Je možné sem připsat i jiné důležité údaje (alergie, dvojčetná gravidita, závažná onemocnění v nynějším těhotenství...).

Nejnižší uvedené kolonky slouží k zaznamenání termínů návštěv lékaře.

Další čtyři strany přinášejí informace o závažných údajích z předchorobí a průběhu nynější gravidity, záznamy speciálních odběrů či vyšetření, předepsaných léčiv atd.

Třetí a čtvrtá strana průkazky **jsou stěžejní**. Obě tvoří tabulka, do níž porodní asistentka a lékař při každé kontrole zapisuje aktuální subjektivní stav těhotné i výsledek objektivního vyšetření (vyšetření tlaku, moči, přítomnosti otoků, hmotnost, nález na porodních cestách, velikost dělohy, polohu plodu, popřípadě ozvy plodu). V horní části jsou pak zapsány výsledky některých standardních odběrů v těhotenství (krevní skupina, různé typy protilátkových vyšetření), dále pak rozměry pánve- měřena pelvimetrem, příloha 4, s. 72, výchozí hmotnost a výška ženy před graviditou.

Další dvojstrana na předchozí obsahově navazuje a doplňuje ji. Zapisují se zde některé z výše uvedených objektivních informací do speciálních tabulek (vyplnění však není nutné)

Navazující strany (osmá, devátá) jsou určeny především k záznamu ultrazvukových vyšetření z třetího, pátého a osmého měsíce těhotenství a výsledků kardiokografických vyšetření (záznamy děložní aktivity a srdeční frekvence miminka).

Na **poslední dvojstranu** se zapisují výsledky krevního obrazu, vyšetření jiných odborných lékařů a údaje o případných hospitalizacích v těhotenství.

(DOUBEK, R., Těhotenská průkazka, [online].[cit.2010-07-03])

1.5 Úloha porodní asistentky v prenatální péči

1.5.1 Mezinárodní definice porodní asistentky

Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník,

- pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu, během těhotenství, porodu a v době poporodní,
- poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku,
- vede porod na svou vlastní zodpovědnost.

Tato péče zahrnuje:

- preventivní opatření,
- podporu normálního porodu,
- zjišťování komplikací u matky nebo dítěte,
- zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci,
- provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péči o dítě.

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek.

Tato definice byla přijata na zasedání

Mezinárodního výboru porodních asistentek 19. července 2005

a nahrazuje Definici porodní asistentky přijatou

v roce 1972 a doplněnou v roce 1990.

(ČKPA, dokumenty [online].[2010-02-20])

1.5.2 Práce porodní asistentky v péči o těhotnou ženu v ČR

„Péče v prenatalních poradnách vedených ambulantními gynekology prozatím nezohledňuje rozdíl mezi fyziologicky těhotnými, které by mohly být zaopatřeny péčí porodních asistentek, a rizikově těhotnými, u nichž bylo diagnostikováno patologické těhotenství a jejichž sledování náleží výhradně pod kontrolu lékaře.”

(Prenatální péče a poradenství, [online].[cit. 2010-02-07])

Porodní asistentka vykonává péči o těhotnou ženu spolu s lékařem. V rámci pravidelné kontroly těhotné ženy porodní asistentka, dále jen PA, při každé návštěvě těhotné ženy v poradně vyšetřuje u ženy moč na bílkovinu, cukr, aceton, měří krevní tlak, sleduje hmotnost těhotné ženy, měří vzdálenost fundu děložního a symfýzy, obvod břicha, v třetím trimestru těhotenství přeměří u ženy pánev pomocí pelvimetru příl. 4, str. 72, zaznamenává pohyby plodu, srdeční akci plodu tzv. ozvy. Zjištěné údaje zapisuje do těhotenského průkazu.

Po 36. týdnu gravidity PA provádí kardiokografické vyšetření u ženy příl. 5, str. 73. Nedílnou součástí práce PA v oblasti prenatalní péče je rozhovor se ženou, kdy PA detekuje u ženy výskyt somatických potíží např. zvracení, otoky končetin, bolesti, kontrakce děložní atd. V rámci prenatalní péče PA provádí pravidelné odběry krve, v závislosti na týdnu těhotenství viz 1.2.3 oddíl Klinická a laboratorní vyšetření str.15. PA pracuje také v komunitní péči o těhotnou ženu, věnuje se problematice žen jak v oblasti somatické, psychické, sociální tak i spirituální. Edukuje těhotnou ženu v oblasti správné životosprávy, osobní hygieny, v oblasti přípravy těhotné ženy na porod, v péči o novorozence, léčebném tělocviku v těhotenství a v období šestinedělí. Tato péče probíhá v kurzech pro těhotné, které mívají zpravidla dvě části. Část teoretickou zaměřenou na přednášky a část praktickou, kde se ženy věnují pohybovým aktivitám, např. cvičení na balonech, plavání, břišním tancům, relaxačním technikám, nácviku dýchání v první a druhé době porodní. V osnově kurzů pro těhotné ženy vždy bývají i přednášky pro partnery žen. PA působí také v oblasti návštěvní služby. Setkává se se ženou v domácím prostředí, často ještě v období těhotenství, monitoruje sociální situaci rodiny a její připravenost na nového člena.

V období po porodu u ženy kontroluje hojení porodního poranění, pomáhá ženě s technikou kojení, odstříkávání, péči o prsy, péči o novorozence, informuje ženu o cvičení v šestinedělí, hygieně, stravě v období laktace a antikoncepci. PA je osobou ženě velmi blízkou, často se setkávají i s osobními problémy ženy, problémy v oblasti partnerské, sociální, problémy s rodiči, či pracovními problémy.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíle práce

Zjistit informovanost žen v reprodukčním věku o těhotenství a prenatální péči.

Zjistit úroveň znalostí žen, které již byly těhotné a žen nyní těhotných.

Zjistit povědomí žen o práci porodní asistentky v prenatální péči.

Vytvořit edukační materiál pro ženy o prenatální péči.

2.2 Metodika práce

Charakteristika zkoumaného souboru

Zkoumaný soubor byl tvořen respondentkami ve věkové kategorii od 20 do 45 let věku, rozdílného vzdělání, žen těhotných i netěhotných.

Užité metody

K výzkumu bylo užito anonymní dotazníkové metody. Dotazník obsahoval 20 položek. Většina položek byla v dotazníku uzavřená, kdy odpovědi byly předem formulovány a respondentky vybíraly odpověď, o které byly přesvědčeny, že je jediná správná.

U dvou položek v dotazníku mohly respondentky odpovědi ještě zpřesnit vlastními názory, poslední položka v dotazníku byla volná, kdy respondentky mohly vyjádřit svůj vlastní postoj k problematice optimálního věku ženy pro porod dítěte.

Organizace šetření

Výzkumné šetření bylo vedeno v gynekologických ambulancích v Hulíně, Kroměříži a Přerově. Celkem bylo rozdáno 100 dotazníků a jejich návratnost byla 85 (85,00 %).

Gynekologická ambulance Dr. Wiedermanna v Hulíně

Gynekologická ambulance Dr. Wiedermanna v Kroměříži

Gynekologická ambulance SMN a.s. O.Z. Nemocnice Přerov

2.3 Dotazník pro ženy v gynekologických ambulancích - vyhodnocení

Položka 1 Byla jste již těhotná

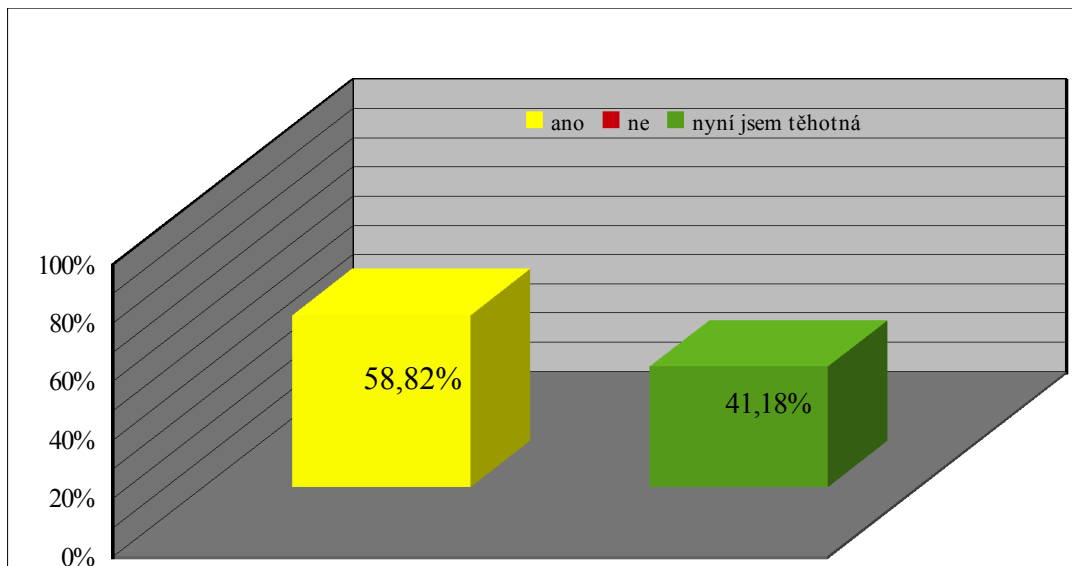
Analýzou dat dotazníkového šetření bylo zjištěno, že z 85 respondentek 50 (58,82%) již těhotenství prodělalo, 35 (41,18%) respondentek odpovědělo, nyní jsem těhotná, záporně neodpověděla žádná z dotazovaných respondentek.

Jak ukazuje tab.1, graf 1.

Tabulka 1 Byla jste již těhotná

	N	%
ano	50	58,82%
ne	0	0,00%
nyní jsem těhotná	35	41,18%
celkem	85	100,00%

Graf 1 Byla jste již těhotná



Položka 2 Jak jste zjistila své těhotenství

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 50 dříve těhotných respondentek odpovědělo: 36 (72,00%) sama, 14 (28,00%) respondentek navštívila jsem gynekologické středisko. Z 35 respondentek nyní těhotných odpovědělo:

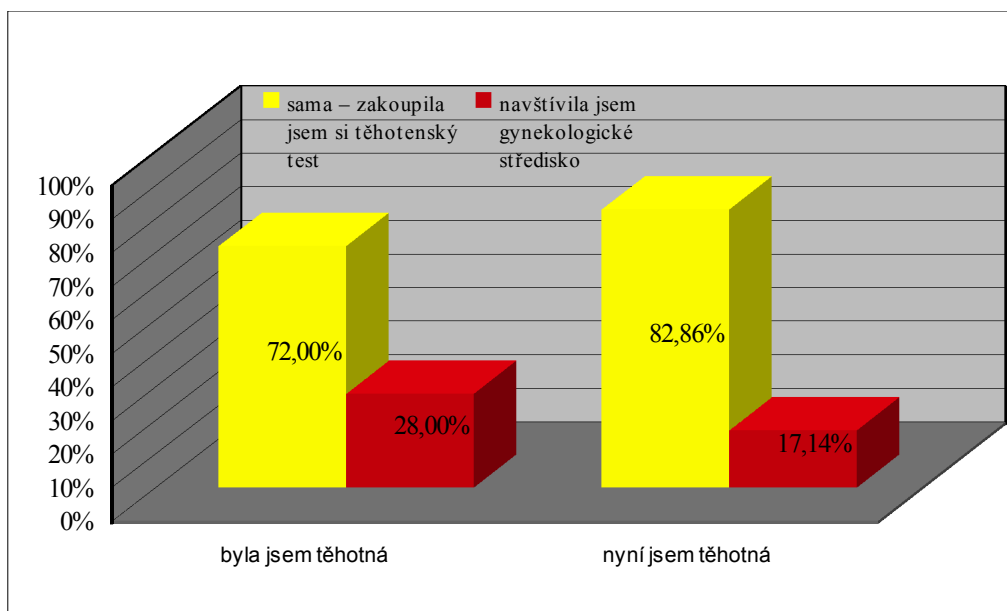
29 (82,86%) sama, 6 (17,14%) odpovědělo, navštívila jsem gynekologické středisko.

Jak ukazuje tab. 2, graf 2.

Tabulka 2 Zjištění svého těhotenství

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
sama- zakoupila jsem si těhotenský test	36	72,00%	29	82,86%
navštívila jsem gynekologické středisko	14	28,00%	6	17,14%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 2 Zjištění svého těhotenství



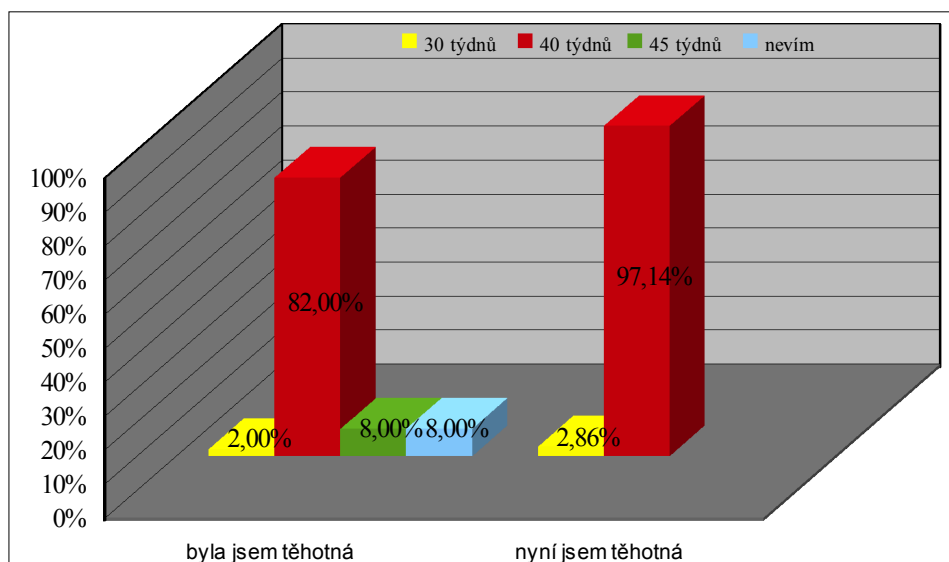
Položka 3 Kolik týdnů trvá fyziologické (bezproblémové, bez komplikací) těhotenství

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 50 dříve těhotných respondentek odpovědělo: 1 (2,00%) 30 týdnů, 41 (82,00%) 40 týdnů, 4 (8,00%) 45 týdnů, nevím odpověděly 4 (8,00%) respondentky. Z dotazovaných 35 nyní těhotných respondentek odpovědělo: 1 (2,86%) 30 týdnů, 34 (97,14%) 40 týdnů. Jak ukazuje tab. 3, graf 3.

Tabulka 3 Délka fyziologického těhotenství

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
30 týdnů	1	2,00%	1	2,86%
40 týdnů	41	82,00%	34	97,14%
45 týdnů	4	8,00%	0	0,00%
nevím	4	8,00%	0	0,00%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 3 Délka fyziologického těhotenství



Položka 4 Které první vyšetření provede gynekolog ke stanovení těhotenství

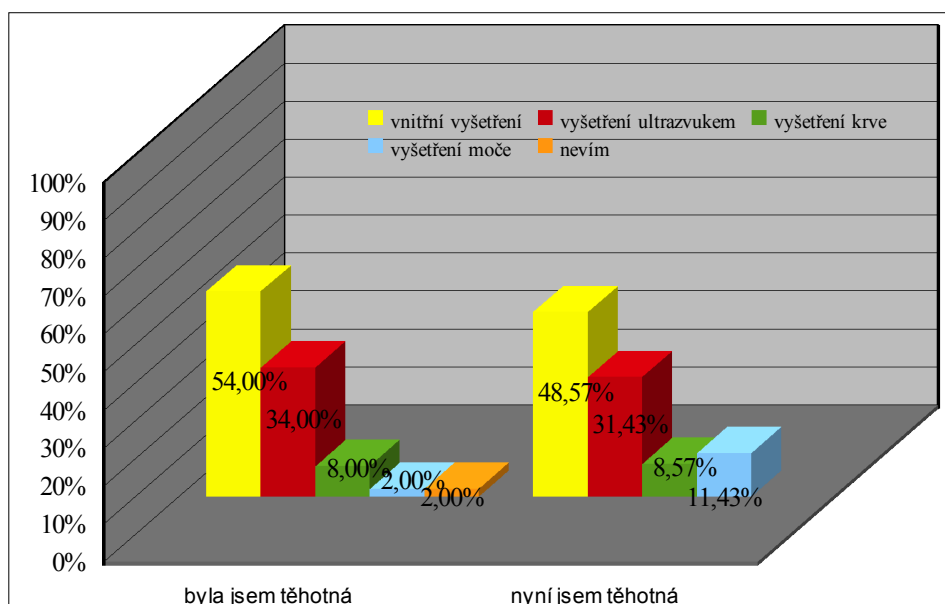
Analýzou dat bylo zjištěno, že z 50 dříve těhotných respondentek 27 (54,00%) vnitřní vyšetření, 17 (34,00%) vyšetření ultrazvukem, 4 (8,00%) vyšetření krve, 1 (2,00%) vyšetření moče, 1 (2,00%) odpověděla nevím. Z 35 dotazovaných nyní těhotných respondentek odpovědělo 17 (48,57%) vnitřní vyšetření, 11 (31,43%) vyšetření ultrazvukem, 3 (8,57%) vyšetření krve, 4 (11,43%) vyšetření moči.

Jak ukazuje tab. 4, graf 4.

Tabulka 4 První vyšetření lékařem ke stanovení těhotenství

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
vnitřní (vaginální, manuální) vyšetření	27	54,00%	17	48,57%
vyšetření ultrazvukem	17	34,00%	11	31,43%
vyšetření krve	4	8,00%	3	8,57%
vyšetření moči	1	2,00%	4	11,43%
nevím	1	2,00%	0	0,00%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 4 První vyšetření lékařem ke stanovení těhotenství



Položka 5 Testují se povinně těhotné ženy na

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 50 respondentek dříve těhotných odpovědělo:

HIV: 42 (84,00%) ano, 6 (12,00%) ne, 2 (4,00%) nevím

Syfilis: 24 (48,00%) ano, 13 (26,00%) ne, 13 (26,00%) nevím

Žloutenka A: 19 (38,00%) ano, 11 (22,00%) ne, 20 (40,00%) nevím

Žloutenka B: 24 (48,00%) ano, 12 (24,00%) ne, 14 (28,00%) nevím

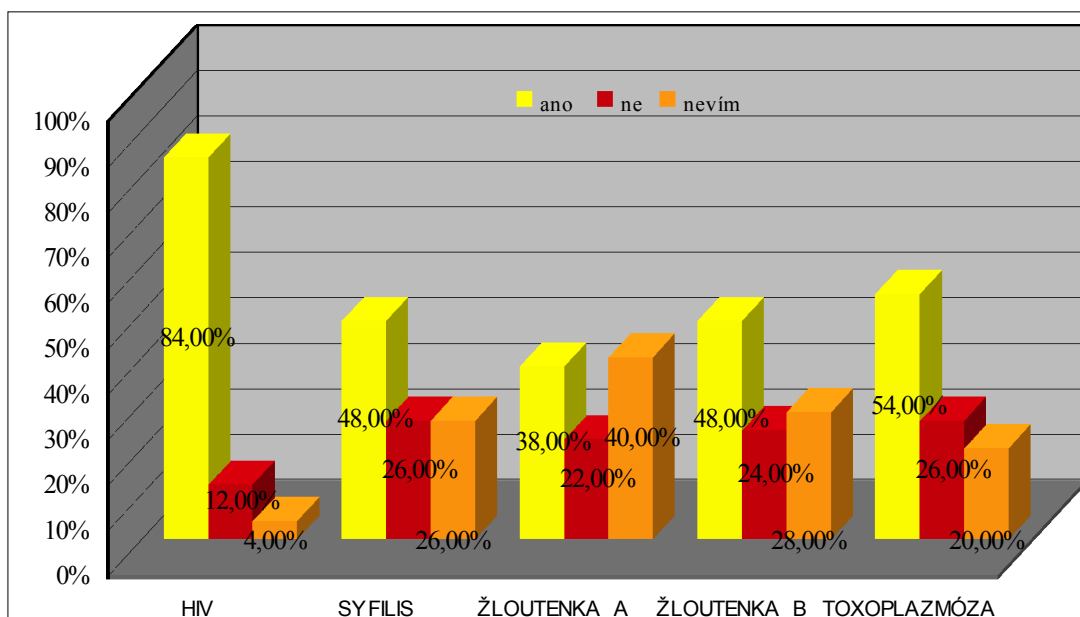
Toxoplasmóza: 27 (54,00%) ano, 13 (26,00%) ne, 10 (20,00%) nevím

Jak ukazuje tab. 5, graf 5.

Tabulka 5 Povinné testování těhotných žen

	Byla těhotná									
	HIV		SYFILIS		ŽLOUTENKA A		ŽLOUTENKA B		TOXO PLAZMÓZA	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
ano	42	84,00%	24	48,00%	19	38,00%	24	48,00%	27	54,00%
ne	6	12,00%	13	26,00%	11	22,00%	12	24,00%	13	26,00%
nevím	2	4,00%	13	26,00%	20	40,00%	14	28,00%	10	20,00%
celkem	50	100,00%	50	100,00%	50	100,00%	50	100,00%	50	100,00%

Graf 5 Povinné testování těhotných žen



Na položku 5 z 35 respondentek nyní těhotných odpovědělo:

HIV: 26 (74,29%) ano, 2 (5,71%) ne, 7 (20,00%) nevím

Syfilis: 15 (42,86%) ano, 6 (17,14%) ne, 14 (40,00%) nevím

Žloutenka A: 12 (34,29%) ano, 7 (20,00%) ne, 16 (45,71%) nevím

Žloutenka B: 15 (42,86%) ano, 5 (14,28%) ne, 15 (42,86%) nevím

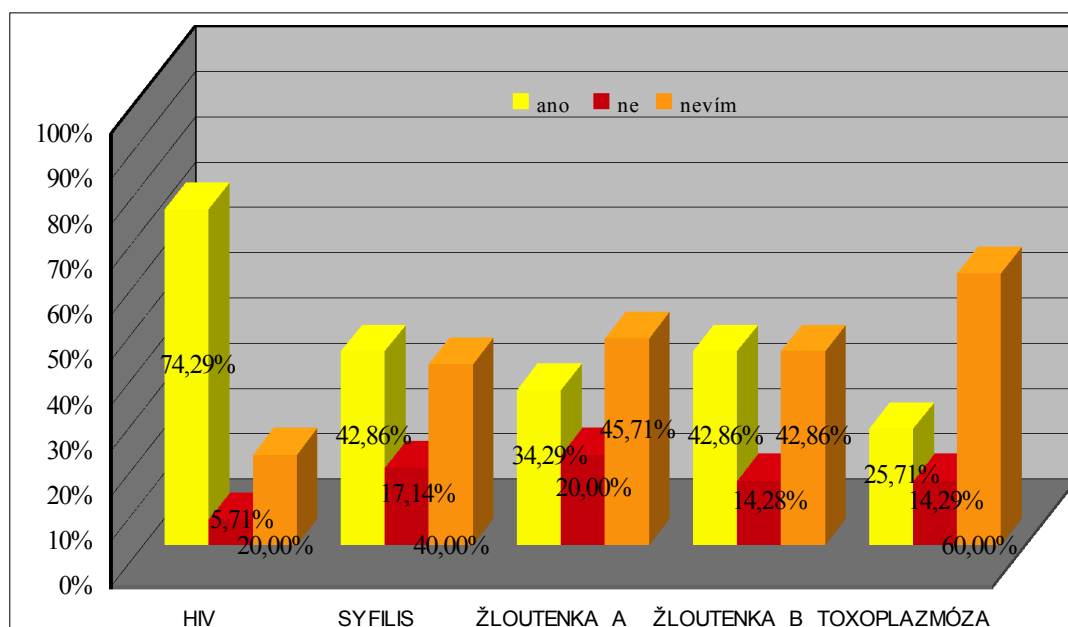
Toxoplasmóza: 9 (25,71%) ano, 5 (14,29%) ne, 21 (60,00%) nevím

Jak ukazuje tab. 6, graf 6.

Tabulka 6 Povinné testování těhotných žen

	Nyní jsem těhotná									
	HIV		SYFILIS		ŽLOUTENKA A		ŽLOUTENKA B		TOXO PLAZMÓZA	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
ano	26	74,29%	15	42,86%	12	34,29%	15	42,86%	9	25,71%
ne	2	5,71%	6	17,14%	7	20,00%	5	14,28%	5	14,29%
nevím	7	20,00%	14	40,00%	16	45,71%	15	42,86%	21	60,00%
celkem	35	100,00%	35	100,00%	35	100,00%	35	100,00%	35	100,00%

Graf 6 Povinné testování těhotných žen



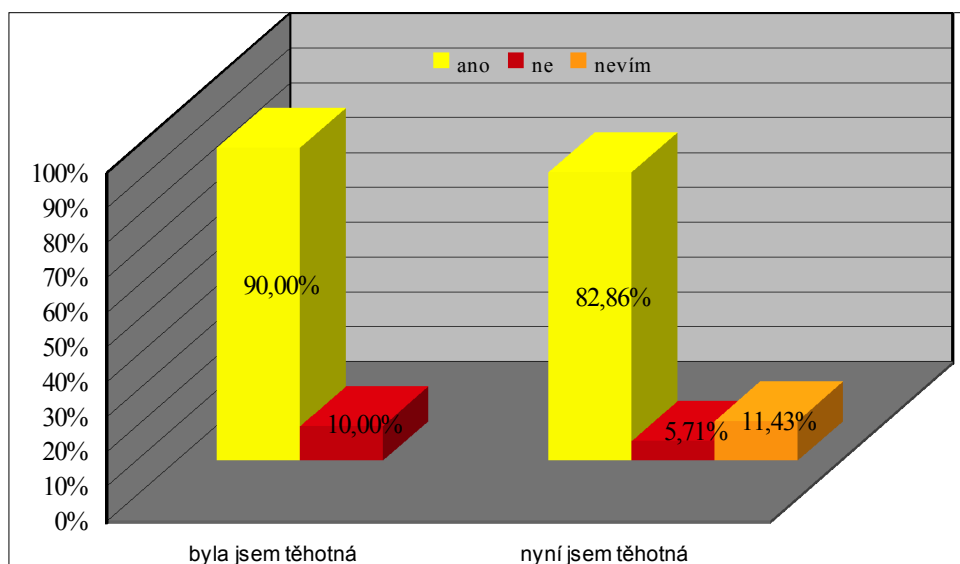
Položka 6 Vyšetřuje se u těhotné ženy krevní skupin

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 50 dříve těhotných respondentek odpovědělo: 45 (90,00%) kladně, 5 (10,00%) záporně. Z 35 nyní těhotných respondentek odpovědělo : kladně 29 (82,86%), 2 (5,71%) záporně a 4 (11,43%) respondentky odpověděly nevim. Jak ukazuje tab. 7, graf 7.

Tabulka 7 Vyšetření krevní skupiny

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
ano	45	90,00%	29	82,86%
ne	5	10,00%	2	5,71%
nevím	0	0,00%	4	11,43%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 7 Vyšetření krevní skupiny



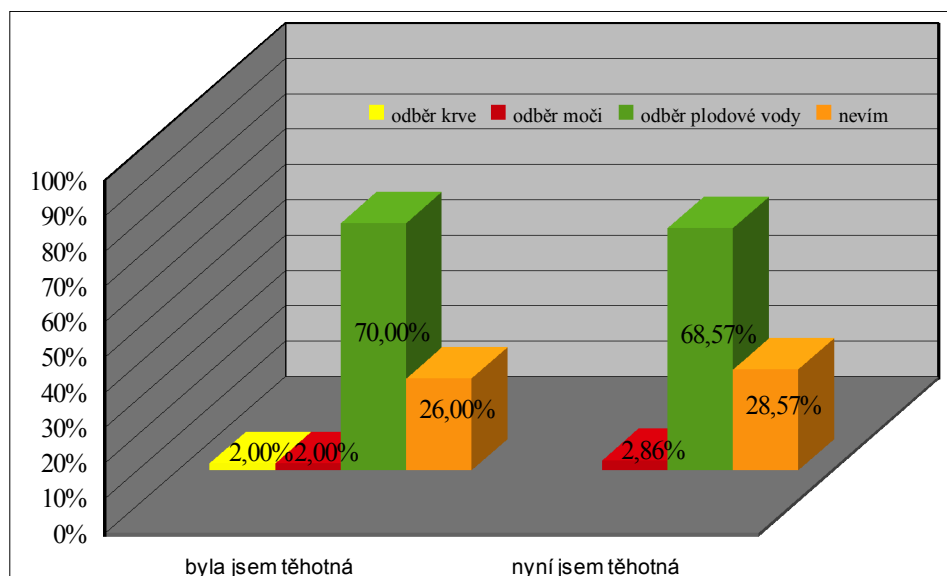
Položka 7 Co je amniocentéza

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 50 dříve těhotných respondentek odpověděla: 1 (2,00%) odběr krve, 1 (2,00%) odběr moči, 35 (70,00%) odběr plodové vody, 13 (26,00%) odpovědělo nevím. Z 35 nyní těhotných respondentek odpověděla: 1 (2,86%) odběr moči, 24 (68,57%) odběr plodové vody, 10 (28,57%) odpovědělo nevím. Jak ukazuje tab. 8, graf 8.

Tabulka 8 Amniocentéza

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
odběr krve	1	2,00%	0	0,00%
odběr moči	1	2,00%	1	2,86%
odběr plodové vody	35	70,00%	24	68,57%
nevím	13	26,00%	10	28,57%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 8 Amniocentéza



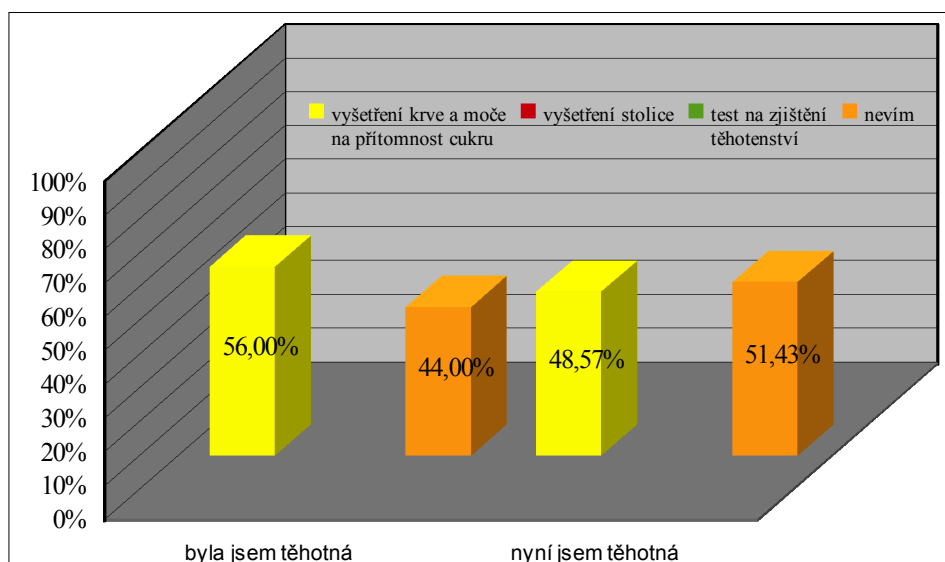
Položka 8 OGTT je test

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 50 dříve těhotných respondentek odpovědělo: 28 (56,00%) vyšetření krve a moče na přítomnost cukru, 22 (44,00%) odpovědělo neví. Z 35 nyní těhotných respondentek odpovědělo: 17 (48,57%) vyšetření krve a moče na přítomnost cukru, 18 (51,43%) respondentek odpovědělo neví. Jak ukazuje tab. 9, graf 9.

Tabulka 9 OGTT

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
vyšetření krve a moče na přítomnost cukru	28	56,00%	17	48,57%
vyšetření stolice	0	0,00%	0	0,00%
test na zjištění těhotenství	0	0,00%	0	0,00%
nevím	22	44,00%	18	51,43%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 9 OGTT



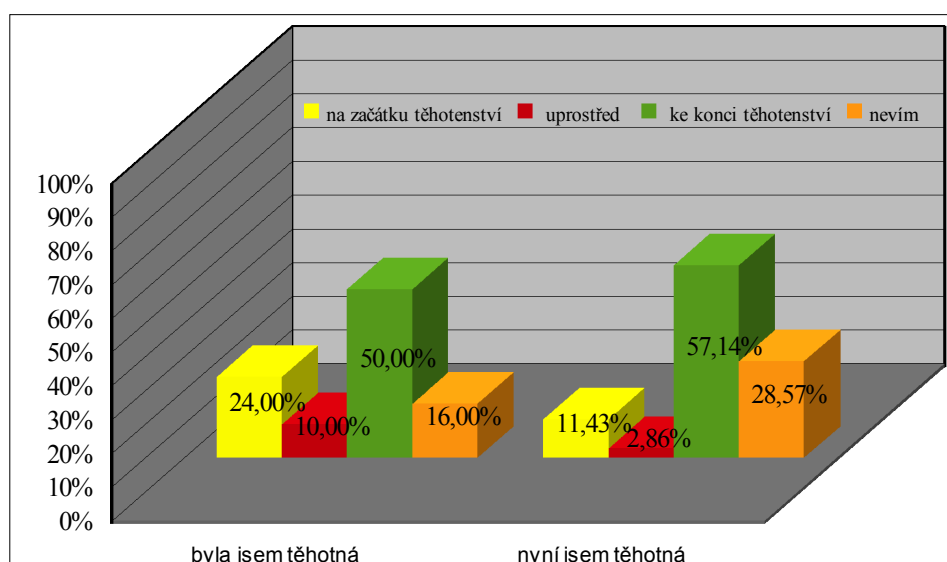
Položka 9 Stěr z pochvy na Streptococa Agalactie (GBS, SA) se provádí

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 50 dříve těhotných respondentek odpovědělo : 12 (24,00%) na začátku těhotenství, 5 (10,00%) uprostřed těhotenství, 25 (50,00%) na konci těhotenství, 8 (16,00%) respondentek odpovědělo nevím. Z 35 nyní těhotných respondentek odpověděly: 4 (11,43%) na začátku těhotenství, 1 (2,86%) uprostřed těhotenství, 20 (57,14%) na konci těhotenství, 10 (28,57%) odpovědělo nevím. Jak ukazuje tab. 10, graf 10.

Tabulka 10 Vyšetření na Streptococa Agalactie (GBS, SA)

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
na začátku těhotenství	12	24,00%	4	11,43%
uprostřed	5	10,00%	1	2,86%
ke konci těhotenství	25	50,00%	20	57,14%
nevím	8	16,00%	10	28,57%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 10 Vyšetření na Streptococa Agalactie (GBS, SA)



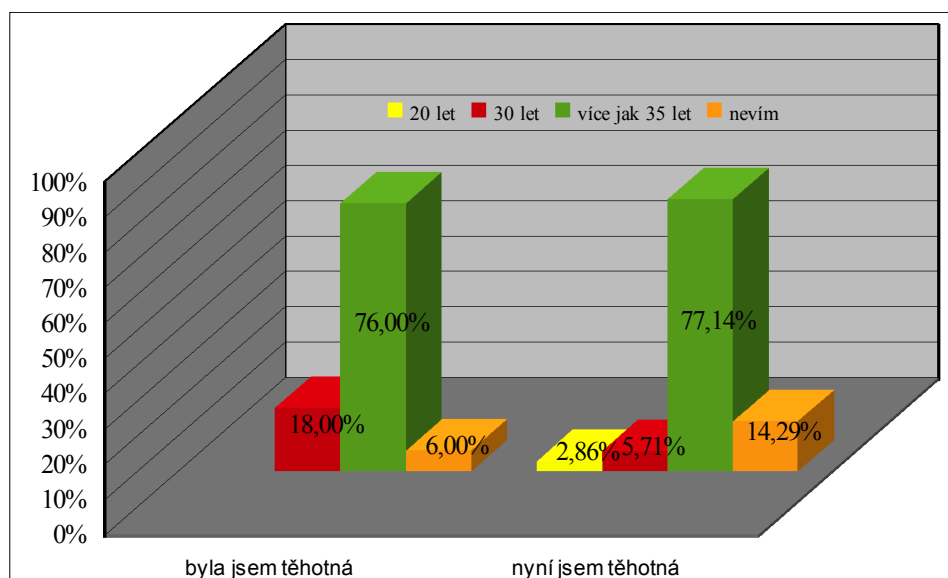
Položka10 Který věk je jedním z možných doporučení k odběru plodové vody

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 50 dříve těhotných respondentek udává 9 (18,00%) 30 let, 38 (76,00%) více jak 35 let, 3 (6,00%) odpověděly nevím. Z 35 nyní těhotných respondentek odpověděla: 1 (2,86%) 20 let, 2 (5,71%) 30 let, 27 (77,14%) více jak 35 let, 5 (14,29%) odpovědělo nevím. Jak ukazuje tab. 11, graf 11.

Tabulka 11 Věková indikace k odběru plodové vody

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
20 let	0	0,00%	1	2,86%
30 let	9	18,00%	2	5,71%
více jak 35 let	38	76,00%	27	77,14%
nevím	3	6,00%	5	14,29%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 11 Věková indikace k odběru plodové vody



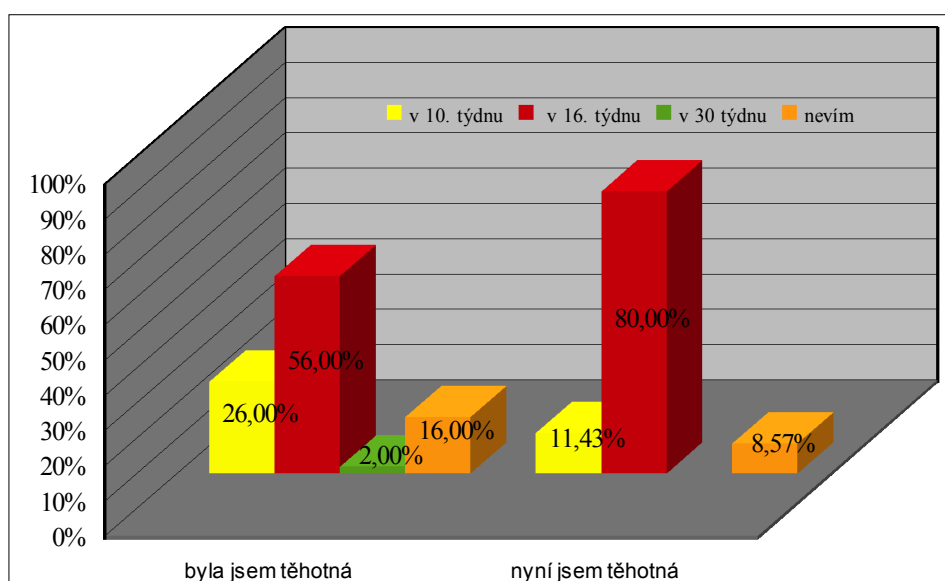
Položka 11 V kterém týdnu těhotenství se zjišťují rizika vývojových vad plodu z krve matky (Triple test, AFP)

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 50 respondentek dříve těhotných odpovědělo: 13 (26,00%) v 10. týdnu, 28 (56,00%) v 16. týdnu, 1 (2,00%) v 30. týdnu, 8 (16,00%) odpovědělo nevím. Z 35 respondentek nyní těhotných odpověděly: 4 (11,43%) v 10. týdnu, 28 (80,00%) v 16. týdnu a 3 (8,57%) respondentky odpověděly nevím. Jak ukazuje tab. 12, graf 12.

Tabulka 12 Odběr k rozpoznání vývojových vad plodu z krve matky (Triple test, AFP)

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
v 10. týdnu	13	26,00%	4	11,43%
v 16. týdnu	28	56,00%	28	80,00%
v 30. týdnu	1	2,00%	0	0,00%
nevím	8	16,00%	3	8,57%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 12 Odběr k rozpoznání vývojových vad plodu z krve matky (Triple test, AFP)



Položka 12 Vyjmenujte, co porodní asistentka při každé návštěvě těhotné ženy v poradně zjišťuje, vyšetřuje

Analýzou dat dotazníkového šetření bylo zjištěno, že z 50 respondentek dříve těhotných odpovědělo: hmotnost 24, tlak 23, moč 21, otoky 8, ozvy plodu 7, krev 3, 2 respondentky na tuto volnou položku neodpověděly. Z 35 respondentek nyní těhotných odpovědělo: tlak 27, moč 24, hmotnost 19, otoky 8, ozvy plodu 6, krev 1, 9 respondentek na tuto volnou položku neodpovědělo. Jak ukazuje tab. 13.

Tabulka 13 Porodní asistentka při každé návštěvě těhotné ženy v poradně zjišťuje

	Byla těhotná	Nyní těhotná
moč	21	24
krev	3	1
hmotnost	24	19
otoky	8	8
ozvy plodu	7	6
tlak	23	27
nevyplnilo	2	9

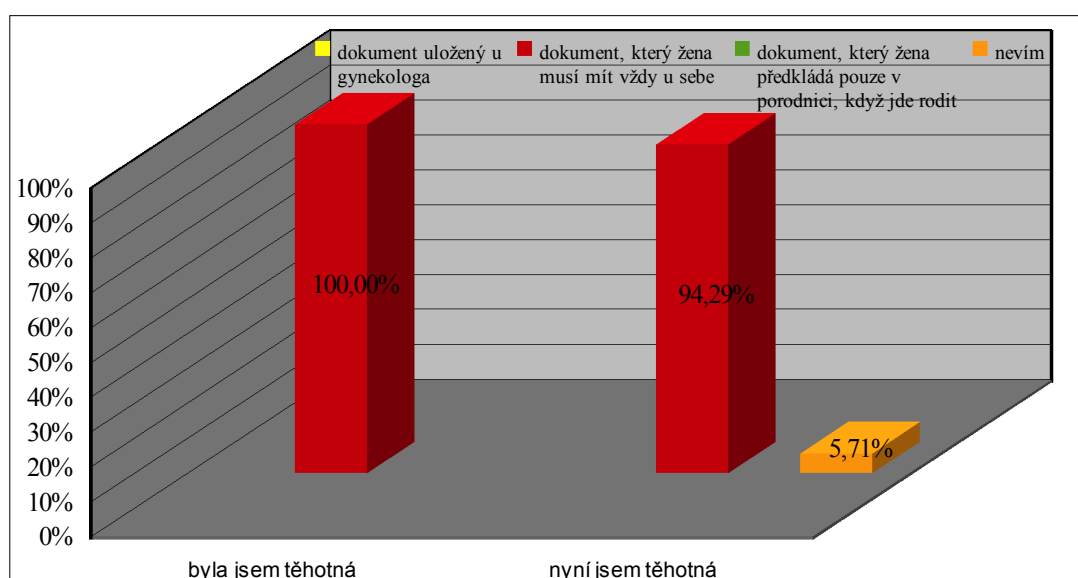
Položka 13 Těhotenská průkazka je

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 50 dříve těhotných respondentek odpovědělo: 50 (100,00%) dokument, který žena musí mít vždy u sebe. Z 35 respondentek nyní těhotných odpovědělo: 33 (94,29%) dokument, který musí mít žena vždy u sebe, 2 (5,71%) odpověděly neví. Jak ukazuje tab. 14, graf 13.

Tabulka 14 Těhotenská průkazka

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
dokument uložený u gynekologa	0	0,00%	0	0,00%
dokument, který žena musí mít vždy u sebe	50	100,00%	33	94,29%
dokument, který žena předkládá pouze v porodnici, když jde rodit	0	0,00%	0	0,00%
nevím	0	0,00%	2	5,71%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 13 Těhotenská průkazka



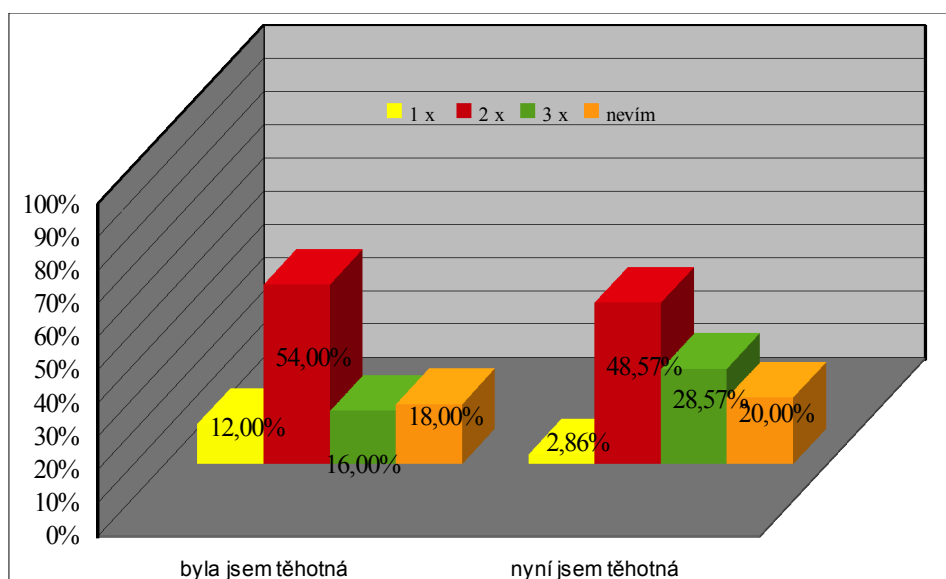
Položka 14 Krevní obraz u těhotné ženy se kontroluje během těhotenství

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 50 respondentek dříve těhotných odpovědělo: 6 (12,00%) 1x, 27 (54,00%) 2x, 8 (16,00%) 3x, zbylých 9 (18,00%) odpovědělo nevím. Z 35 nyní těhotných respondentek odpověděla 1 (2,86%) 1x, 17 (48,57%) 2x, 10 (28,57%) 3x, 7 (20,00%) odpovědělo nevím. Jak ukazuje tab. 15, graf 14.

Tabulka 15 Krevní obraz v těhotenství

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
1 x	6	12,00%	1	2,86%
2 x	27	54,00%	17	48,57%
3 x	8	16,00%	10	28,57%
nevím	9	18,00%	7	20,00%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 14 Krevní v těhotenství



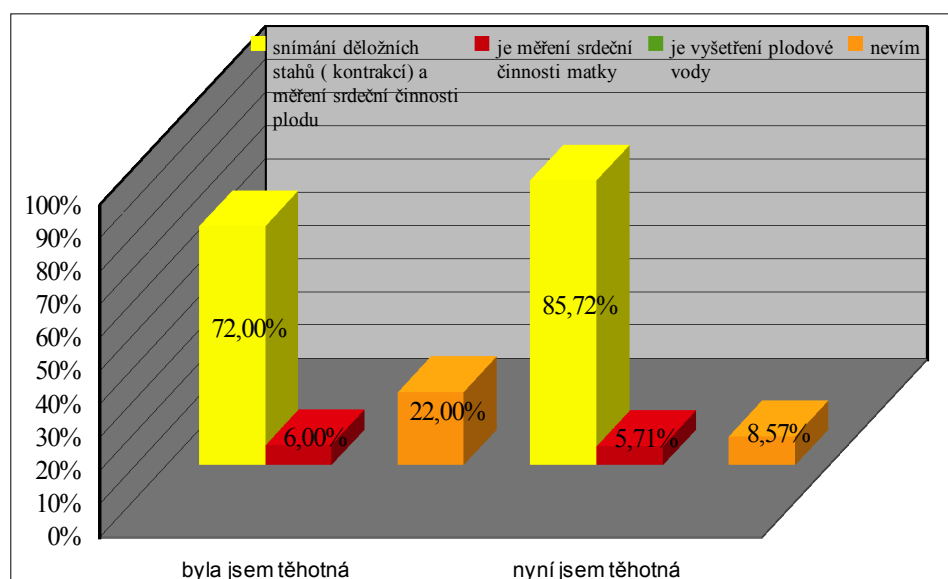
Položka 15 **Kardiotokografie je**

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 50 respondentek dříve těhotných odpovědělo: 36 (72,00%) snímání děložních stahů a měření srdeční činnosti plodu, 3 (6,00%) měření srdeční činnosti matky, 11 (22,00%) odpovědělo nevím. Z 35 respondentek nyní těhotných odpovědělo: 30 (85,72%) snímání děložních stahů a měření srdeční činnosti plodu, 2 (5,71%) měření srdeční činnosti matky, 3 (8,57%) odpovědělo nevím. Jak ukazuje tab. 16, graf 15.

Tabulka 16 Kardiotokografie

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
snímání děložních stahů (kontrakcí) a měření srdeční činnosti plodu	36	72,00%	30	85,72%
je měření srdeční činnosti matky	3	6,00%	2	5,71%
je vyšetření plodové vody	0	0,00%	0	0,00%
nevím	11	22,00%	3	8,57%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 15 Kardiotokografie



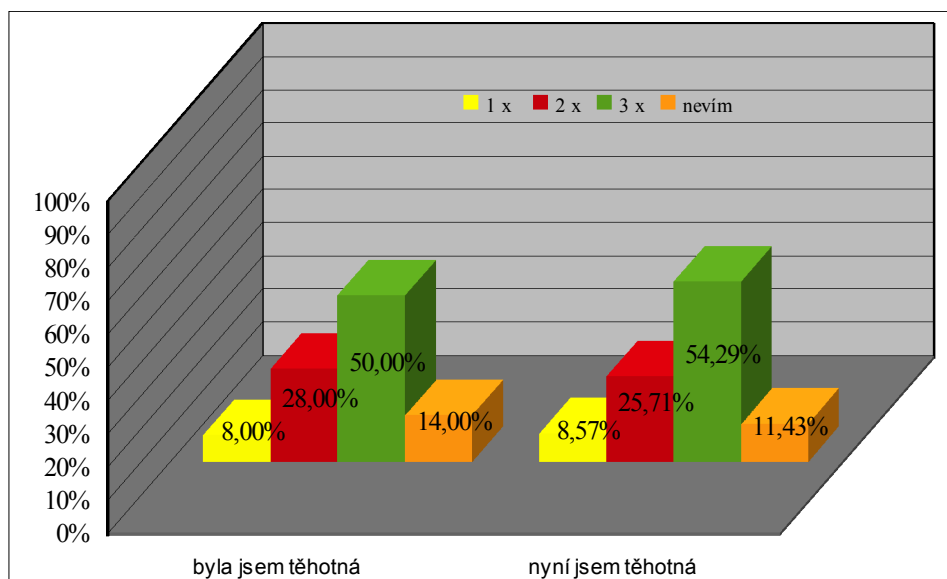
Položka 16 Žena během fyziologického (bez komplikací) těhotenství absolvuje doporučené, podrobné vyšetření ultrazvukem

Analýzou dat bylo zjištěno, že z 50 respondentek dříve těhotných odpověděly: 4 (8,00%) 1x, 14 (28,00%) 2x, 25 (50,00%) 3x, 7 (14%) odpovědělo nevím. Z 35 nyní těhotných respondentek odpověděly: 3 (8,57%) 1x, 9 (25,71%) 2x, 19 (54,29%) 3x, a 4 (11,43%) odpověděly nevím. Jak ukazuje tab. 17, graf 16.

Tabulka.17 Vyšetření ultrazvukem v těhotenství

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
1 x	4	8,00%	3	8,57%
2 x	14	28,00%	9	25,71%
3 x	25	50,00%	19	54,29%
nevím	7	14,00%	4	11,43%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 16 Vyšetření ultrazvukem v těhotenství



Položka 17 Myslíte si, že informace o průběhu těhotenství, které jsou Vám v prenatalní poradně poskytnuty jsou pro Vás dostačující

Analýzou dat bylo zjištěno u 50 respondentek dříve těhotných :

11 (22,00%) ano - informace mi stačí, nečerpám z jiných zdrojů,

33 (66,00%) ano - informace mi stačí, ale čerpám i z jiných zdrojů,

3 (6,00%) ne - informace postrádám a vyhledávám,

3 (6,00%) ne - nejsou a informace nevyhledávám.

Z 35 nyní těhotných respondentek odpovědělo:

6(17,14%) ano - informace mi stačí, nečerpám z jiných zdrojů,

27 (77,14%) ano - informace mi stačí, ale čerpám i z jiných zdrojů,

2 (5,72%) ne - informace postrádám a vyhledávám.

Oba sledované soubory respondentek uvádějí jako zdroj informací:

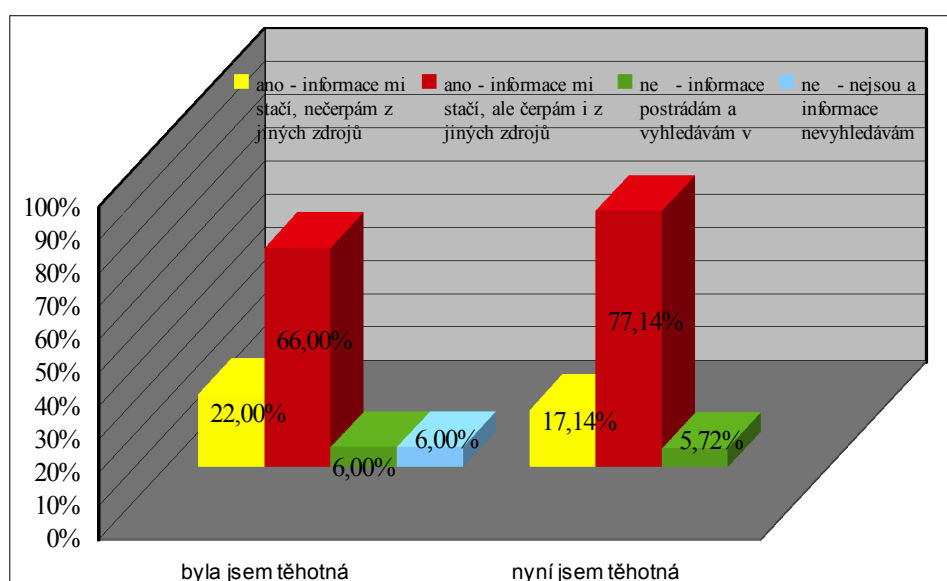
1. internet, 2. knihy, časopisy, 3. kamarádka, 4. porodní asistentka v kurzu pro těhotné, nebo porodní asistentka v gynekologické ambulanci.

Jak ukazuje tab. 18, graf 17, s. 47.

Tabulka 18 Informace v prenatalní poradně

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
ano - informace mi stačí, nečerpám z jiných zdrojů	11	22,00%	6	17,14%
ano - informace mi stačí, ale čerpám i z jiných zdrojů	33	66,00%	27	77,14%
ne - informace postrádám a vyhledávám	3	6,00%	2	5,72%
ne - nejsou a informace nevyhledávám	3	6,00%	0	0,00%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 17 Informace v prenatalní poradně



Položka 18 **Jaký je Váš věk**

Analýzou dat dotazníkového šetření bylo zjištěno, že respondenty se přiřadily k věkové kategorii:

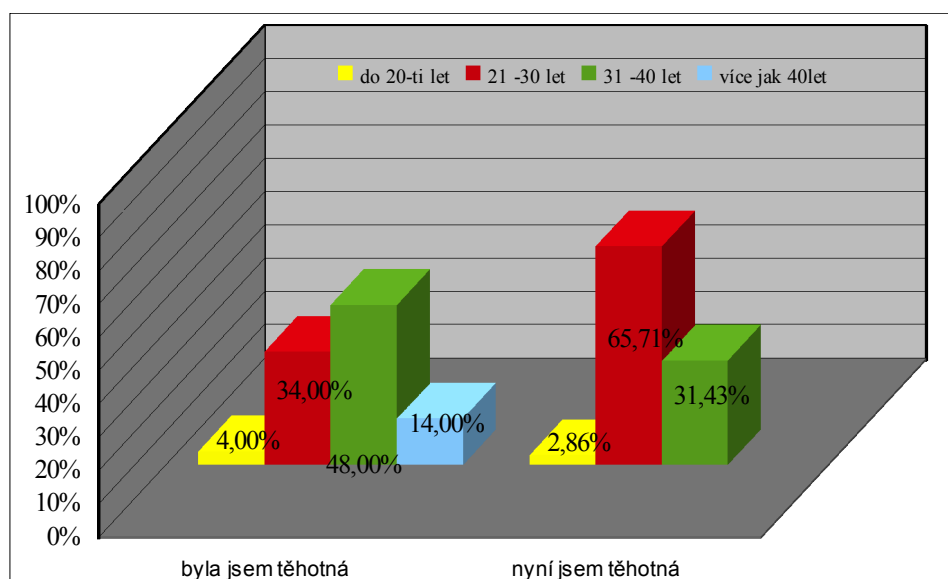
Z 50 respondentek dříve těhotných odpověděly 2 (4,00%) do 20 let, 17 (34,00%) 21 - 30let, 24 (48,00%) 31 - 40 let, více jak 40 let odpovědělo 7 (14,00%) respondentek.

Z 35 respondentek nyní těhotných odpověděla 1 (2,86%) do 20 let, 23 (65,71%) 21-30let, 11 (31,34%) 31- 40 let, žádná respondentka v této skupině neměla více jak 40 let. Jak ukazuje tab. 19, graf 18.

Tabulka 19 Věk respondentek

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
do 20 - ti let	2	4,00%	1	2,86%
21 - 30 let	17	34,00%	23	65,71%
31 - 40 let	24	48,00%	11	31,43%
více jak 40 let	7	14,00%	0	0,00%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 18 Věk respondentek



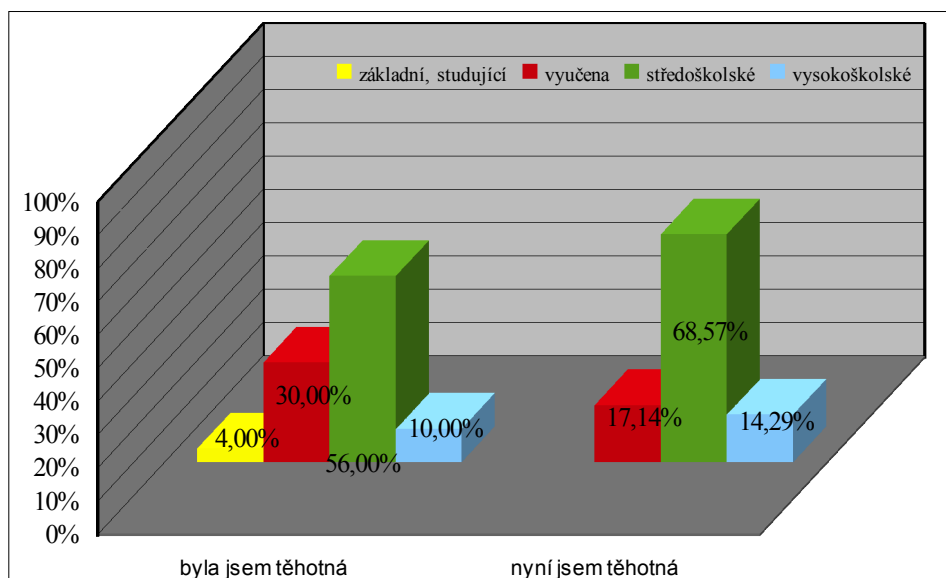
Položka 19 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

Analýzou dat dotazníkového šetření bylo zjištěno, že z 50 respondentek dříve těhotných odpověděly 2 (4,00%) základní, studující, 15 (30,00%) vyučena, 28 (56,00%) středoškolské, 5 (10,00%) vysokoškolské vzdělání. Z 35 respondentek nyní těhotných odpovědělo 6 (17,14%) vyučena, 24 (68,57%) středoškolské, 5 (14,29%) odpovědělo vysokoškolské vzdělání. Jak ukazuje tab. 20, graf 19.

Tabulka 20 Vzdělání respondentek

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
základní, studující	2	4,00%	0	0,00%
vyučena	15	30,00%	6	17,14%
středoškolské	28	56,00%	24	68,57%
vysokoškolské	5	10,00%	5	14,29%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 19 Vzdělání respondentek



Položka 20 Který věk je podle Vašeho názoru pro ženu optimální k porodu dítěte, a proč?

Z Analýzy dat dotazníkového šetření vyplývá, že z 50 respondentek dříve těhotných se domnívá 9 (18,00%) věk do 25 let, 15 (30,00%) věk 26 - 30 let, 20 (40,00%) věk 31 - 35 let a 6 (12,00%) respondentek udává věk do 40 let. Z 35 nyní těhotných respondentek udává věk do 25 let 6 (17,14%), 11 (31,43%) věk 26 - 30 let, 16(45,72%) věk 31 - 35 let, věk nad 40 let odpověděly jen 2 (5,71%) respondentky. V kategorii do 25 let udávají dříve těhotné respondentky - nejlepší věk na otěhotnění, žena je mladá, nemá zdravotní potíže, v kategorii 26 - 30 let udávají respondentky v tomto pořadí: na 1. místě žena je zralá po psychické i fyzické stránce, na 2. místě menší riziko VVV, na 3. místě zázemí, v kategorii od 31 - 35 let na 1. místě vybudované rodinné a finanční zázemí, na 2. místě žena ví co chce.

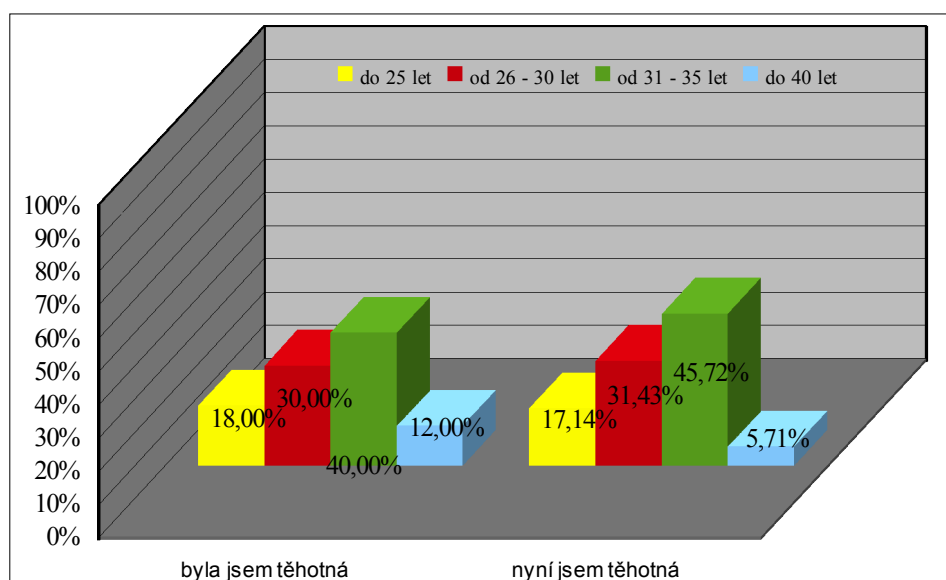
Respondentky nyní těhotné odpověděly v kategorii do 25 let - žena je už zralá a mladá, zdravá, v kategorii 26 - 30 let - žena má ukončené vzdělání, už pracovala je finančně zajištěna. 31 - 35 let - má vybudované rodinné zázemí, je finančně zajištěna, může se plně věnovat dětem, nemusí přemýšlet jak je uživí.

Jak ukazuje tab. 21, graf 20, s. 51.

Tabulka 21 Který věk je podle Vašeho názoru pro ženu optimální k porodu dítěte, a proč?

	Byla těhotná		Nyní těhotná	
	N	Relativní četnost v %	N	Relativní četnost v %
do 25 let	9	18,00%	6	17,14%
od 26 - 30 let	15	30,00%	11	31,43%
od 31 - 35 let	20	40,00%	16	45,72%
do 40 let	6	12,00%	2	5,71%
celkem	50	100,00%	35	100,00%

Graf 20 Který věk je podle Vašeho názoru pro ženu optimální k porodu dítěte, a proč?



Diskuse

Závěrečná práce by měla přispět ke zjištění, jak jsou ženy v reprodukčním věku informovány o prenatální péči v ČR. Dotazníkového šetření se zúčastnilo 85 respondentek ze tří gynekologických ambulancí, v Hulíně, Kroměříži a Přerově.

Vyhodnocením prvních položek dotazníkového šetření bylo zjištěno, že 50 respondentek těhotenství již v minulosti prodělalo, 35 respondentek je nyní těhotných. Dotazníkového šetření se zúčastnily respondenty různého věku a vzdělání. Respondentky dříve těhotné se přiřadily do věkové kategorie takto: 2 (4,00%) do 20 let, 17 (34,00%) 21 - 30 let, 24 (48,00%) 31 - 40 let, více jak 40 let odpovědělo 7 (14,00%) respondentek. Z respondentek nyní těhotných odpověděla 1 (2,86%) do 20 let, 23 (65,71%) 21 - 30 let, 11 (31,34%) 31 - 40 let, žádná respondentka v této skupině neměla více jak 40 let. Na otázku dosaženého vzdělání respondenty odpověděly, 2 (4,00%) základní, studující, 15 (30,00%) vyučena, 28 (56,00%) středoškolské, 5 (10,00%) vysokoškolské vzdělání. Z respondentek nyní těhotných odpovědělo 6 (17,14%) vyučena, 24 (68,57%) středoškolské, 5 (14,29%) odpovědělo vysokoškolské vzdělání. Z dříve těhotných respondentek dále uvedlo 36 (72,00%), že své těhotenství zjistilo samo, zakoupilo si těhotenský test, 14 (28,00%) navštívilo gynekologické středisko, u respondentek nyní těhotných 29 (82,86%) uvedlo zakoupení těhotenského testu k zjištění těhotenství, jen 6 (17,14%) navštívilo gynekologické středisko. Lze se tedy domnívat, že ženy nyní těhotné mají oproti ženám dříve těhotným možnost většího výběru těhotenských testů a jejich větší dostupnost, nejen v lékárnách, ale i v marketech.

Další skupinou byly položky vztahující se přímo k odběrům, které žena absolvuje v průběhu prenatální péče. Zde z respondentek dříve těhotných správně určilo testování žen na HIV 42 (84,00%), Syfilis 24 (48,00%), žloutenku B 24 (48,00%), u respondentek nyní těhotných správně odpovědělo HIV 26 (74,29%), Syfilis 15 (42,86%), žloutenka B 15 (42,86%), přehled všech odpovědí je rozkryt v tabulce 5 str. 33 a tabulce 6 str. 34. Vyšetření krevní skupiny uvedlo správně z respondentek dříve těhotných 45 (90,00%), 5 (10,00%) odpovědělo, že se krevní skupina u těhotné ženy nevyšetřuje. Z nyní těhotných respondentek odpovědělo 29 (82,86%) správně, 2 (5,71%) uvedlo, že se krevní skupina nevyšetřuje, 4 (11,43%) uvedlo nevím,

na základě této odpovědi se lze domnívat, že u těchto žen vyšetření ještě nebylo v rámci prenatální péče zatím provedeno.

Položka 14, v které měly respondenty určit kolikrát se během těhotenství u ženy kontroluje krevní obraz, odpovědělo z dříve těhotných respondentek správně 27 (54,00%) 2x, z nyní těhotných respondentek odpovědělo správně 17 (48,57%). Položka 3 v dotazníkovém šetření zjišťovala povědomí žen o délce fyziologického těhotenství, tedy těhotenství probíhajícího bez komplikací. Z dříve těhotných respondentek odpovědělo správně 41 (82,00%) 40 týdnů, ostatní odpovědi byly chybné, z nyní těhotných respondentek odpovědělo správně 34 (97,14%) 40 týdnů.

Na položku, které první vyšetření provede gynekolog ke stanovení těhotenství dříve těhotné respondenty odpověděly správně vnitřní vaginální vyšetření 27 (54,00%), zbylé odpovědi byly chybné, nyní těhotné respondenty odpověděly správně 17 (48,57%). Položkou 7 bylo zjištěno, že dříve těhotné respondenty 35 (70,00%) správně odpověděly, co je amniocentéza, zbylé odpovědi byly chybné, z nyní těhotných respondentek určilo 24 (68,57%), že amniocentéza je odběr plodové vody. Porovnáním odpovědí lze dojít k závěru, že respondenty obou skupin jsou dobře informovány o otázce amniocentézy, bez rozdílu, zda již byly v minulosti těhotné či nikoli. Položka 8 dotazníkového šetření se zabývá OGTT (orálním glukózo-toleračním testem), tedy testem, kdy se u těhotné ženy vyšetřuje krev a moč na přítomnost cukru. Správně odpovědělo z respondentek dříve těhotných 28 (56,00%), 22 (44,00%) odpovědělo nevim, z této odpovědi lze usuzovat, že tyto respondenty byly těhotné před rokem 2005. Od tohoto roku je testování těhotných žen tzv. OGTT test povinnou součástí prenatální péče o ženu. Z nyní těhotných respondentek odpovědělo 17 (48,57%) správně, zbylých 18 (51,43%) odpovědělo nevim. Na základě těchto odpovědí lze usuzovat, že tyto respondenty nejsou těhotné více jak 23 týdnů, neboť OGTT test se doporučuje u těhotné ženy provádět v rozmezí 24. - 28. týdne. Datování stěru z pochvy na přítomnost Streptococa Agalactie správně zařadilo z dříve těhotných respondentek 25 (50,00%) ke konci těhotenství, ostatní odpovědi byly chybné, z nyní těhotných respondentek bylo správně 20 (57,14%) odpovědí.

Další položky dotazníkového šetření se zabývaly detekcí VVV (vrozených vývojových vad) do této skupiny patřily tyto položky 10, 11, 16.

Položka 10 zde respondentky specifikovaly věk, který je jedním z možných indikací k odběru plodové vody. Správně z dříve těhotných respondentek odpovědělo 38 (76,00%), věk nad 35 let, z nyní těhotných respondentek 27 (77,14%). Položka 11 byla zaměřena na detekci VVV plodu z krve matky. Respondentky dříve těhotné odpověděly správně v 16. týdnu 28 (56,00%), z nyní těhotných odpovědělo správně 28 (80,00%). Položka 16 byla zaměřena na detekci VVV plodu pomocí ultrazvukového vyšetření, respondentky měly určit, kolik doporučených (UZV) ultrazvukových vyšetření žena během těhotenství absolvuje. Správně odpovědělo 25 (50,00%) z dříve těhotných žen, zbylé odpovědi byly chybné, z nyní těhotných respondentek odpovědělo 19 (54,29%) správně.

Na položku týkající se kardiokografie odpovědělo z dříve těhotných žen 36 (72,00%) správně, že se jedná o snímání děložních stahů a měření srdeční činnosti plodu, z nyní těhotných žen správně označilo odpověď 30 (85,72%).

Na položku 13 co je těhotenská průkazka odpovědělo z dříve těhotných respondentek 50 (100,00%) dokument, který musí mít žena vždy u sebe, z nyní těhotných respondentek 33 (94,29%) odpovědělo také správně, jen 2 (5,71%) odpověděly nevim.

Významnou skupinou byly položky 12, 17. Položky byly zaměřeny na získání informací o povědomí žen o péči porodní asistentky v prenatalní poradně. V položce 12 měly respondentky vyjmenovat, co porodní asistentka při každé návštěvě těhotné ženy v poradně zjišťuje, popř. vyšetřuje. Velmi mě překvapilo malé množství vyjmenovaných úkonů u obou souborů respondentek. Zjištěné skutečnosti mě přivedly k myšlence vytvořit edukační materiál pro těhotné ženy, kde by bylo zcela přesně specifikováno, které činnosti porodní asistentka v poradně pro těhotné vykonává.

Položkou 17 bylo zjištěno, že dříve těhotné respondentky uvedly: informace v prenatalní poradně jim stačí 33 (66,00%), ale čerpají i z jiných zdrojů, největší počet respondentek nyní těhotných 27 (77,14%) odpovědělo shodně informace mi stačí, ale čerpám i z jiných zdrojů. Blíže specifikovaly oba soubory dotazovaných respondentek zdroje v tomto pořadí: na 1. místě je jako zdroj informací uveden internet, na 2. místě knihy a časopisy, na 3. místě kamarádka, na posledním místě byla jmenována porodní asistentka v prenatalní poradně.

Při vyhodnocení této položky bylo využito srovnání s prací na téma: *„Míra informovanosti těhotných žen při návštěvách prenatalní poradny“*, která byla provedena v roce 2008 na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Skutečností je, že míru informací získaných od porodní asistentky v prenatalní poradně považují ženy za nedostačující. Vyplývá to i z výše jmenované bakalářské práce, kde 84,00 % dotazovaných respondentek odpovědělo, že informace sdělené v prenatalní poradně jim nestačí, a proto je vyhledávají jinde. Jako zdroj respondentky uvedly na 1. místě internet, na 2. místě literaturu, na 3. místě informace od porodní asistentky v předporodním kurzu. Toto zjištění bylo pro mě jako porodní asistentku šokující.

V ČR je stále práce porodní asistentky degradovaná na pouhé asistování lékaři, porodní asistentka je zcela lékaři podřízena. Pravda je bohužel taková, že frekvence vyšetření těhotných žen lékařem v ambulanci a množství speciálních vyšetření v rámci předporodní péče v současné době stále narůstá. Individuální péče o těhotnou ženu, poradenství dle skutečných potřeb ženy i všestranná příprava k porodu a poučení o péči o dítě zůstávají spíše výjimkou, neboť lékaři tyto činnosti nezařazují do své pracovní náplně. Porodní asistentky mají legislativní zajištění pro samostatnou práci s těhotnou ženou, ale dnešní společnost ještě není natolik vyzrálá, aby akceptovala porodní asistentku jako samostatného poskytovatele péče o těhotnou ženu.

„Přestože i v ČR působí několik samostatných porodních asistentek, které jsou schopny v rámci smluvní spolupráce s vybraným lékařem zajišťovat péči o fyziologická těhotenství, v naprosté většině případů stojí v první linii péče o těhotnou ženu privátní gynekolog s II. atestací.“

(Prenatální péče a poradenství, [online].[cit.2010-03-07])

V Holandsku, Finsku, ale i v Německu porodní asistentka samostatně, zcela běžně vede prenatalní péči o těhotnou ženu ve své ambulanci, pokud probíhá těhotenství fyziologicky.

Položka 20 tzv. volná dávala možnost respondentkám vyjádřit svůj osobní názor, který věk je pro ženu optimální k porodu dítěte. Respondentky dříve těhotné odpověděly takto: 9 (18,00%) do 25 let, 15 (30,00%) 26 - 30 let, 20 (40,00%) 31 - 35 let, 6 (12,00%) respondentek udává věk do 40 let.

Z nyní těhotných respondentek udává věk do 25 let 6 (17,14%), 11 (31,43%), 26 - 30 let, 16 (45,72%) 31 - 35 let, nad 40 let odpověděly jen 2 (5,71%) respondentky. Oba soubory respondentek se tedy shodly ve věku vhodném, pro porod dítěte, v největší míře, dříve těhotné 20 (40,00%) a nyní těhotné 16 (45,72%) zařadily věk od 31 - 35 let.

Zjištění je alarmující, ale není překvapivé. Obecně lze říci, že ženy porod prvního dítěte posouvají do vyššího věku - nejdříve se snaží vybudovat dobré zázemí, zejména finanční, vyřeší otázku bydlení, kariéry a teprve potom se chystají na porod dítěte. Bohužel s rostoucím věkem rodiček klesá i pravděpodobnost otěhotnění, přibývá více zdravotních potíží, civilizačních nemocí. Roste riziko předčasných porodů, zvyšují se rizika spojená s porodem dítěte a přibývá porodů císařským řezem. Respondentky měly blíže specifikovat, proč se jimi zvolená věková kategorie jeví pro porod jako optimální. Nějčastější odpověď byla, že žena má vybudované zázemí, je finančně zajištěná, nemusí se bát, že by dítě neuživila, může se mu plně věnovat.

Téměř polovina Češek rodí první dítě podle nejnovějších údajů statistiků až po dovršení 30 let. V roce 2008 bylo za touto hranicí 49,2 procenta rodiček. Každá šestá matka v Praze byla starší 35 let, na Vysočině jen každá desátá. S rostoucím věkem matek přibývalo i vícečetných těhotenství, což souvisí s tím, že starší ženy častěji podstupují umělé oplodnění. Uvádí to na svém webu Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS).

(ČTK, Polovina Češek rodí až po třicítce,[online].[2010-03-08])

Závěr

Závěrečná práce by měla přispět k zjištění, jak jsou ženy v reprodukčním věku informované o prenatalní péči - péči o těhotnou ženu v České republice, dále jen v ČR. Šetření se zúčastnilo celkem 85 respondentek, z toho 50 uvedlo, že již v minulosti byly těhotné, 35 uvedlo nyní jsem těhotná. Respondentky byly různého věku a vzdělání, z Olomouckého a Zlínského kraje. Šetření probíhalo v lednu a únoru roku 2010. V cíli 1 bylo zjištěno, že ženy v ČR jsou dostatečně informovány o prenatalní péči v oblasti specifických technik a vyšetření, např. na otázku co je kardiokografie odpovědělo správně z dříve těhotných respondentek 36 (72,00%), z nyní těhotných respondentek odpovědělo 30 (85,72%). Lze tedy usuzovat, že pro nastávající matku toto vyšetření znamená nezapomenutelný zážitek, kdy kromě pohybů miminka uvnitř dělohy má žena možnost při tomto vyšetření slyšet tlukot srdíčka ještě nenarozeného dítěte. Také na otázku, co je amniocentéza, odpovědělo z dříve těhotných respondentek 35 (70,00%) odběr plodové vody, z nyní těhotných respondentek odpovědělo správně 24 (68,57%). Tato vysoká čísla poukazují na informovanost žen v oblasti detekce VVV plodu, lze usuzovat, že ženy se o tuto problematiku zajímají z důvodu svého vyššího věku, kdy riziko VVV u dětí je zvýšené a roste s věkem matek. V oblasti těhotenských odběrů a jejich povinného absolvování byly u respondentek shledány v obou sledovaných souborech nedostatky. Pro upřesnění rozsahu prenatalních odběrů bude tedy vhodné vytvořit edukační materiál pro budoucí těhotné ženy. V cíli 2 bylo zjištěno, že není větších rozdílů v informovanosti žen, které již byly těhotné a žen nyní těhotných. U obou sledovaných souborů respondentek byly odpovědi vyrovnané. Cíl 3 - největší nedostatky odhalené šetřením byly nedostatky týkající se práce porodní asistentky v prenatalní péči z pohledu respondentek. Jen malé procento žen obou sledovaných souborů bylo schopno vyjmenovat, co porodní asistentka v prenatalní poradně vždy u ženy vyšetřuje, popř. sleduje. Toto zjištění mě jako porodní asistentku vyburcovalo k vytvoření přehledu činností PA v prenatalní péči a vytvoření edukačního materiálu, který bude průvodcem pro ženu v období těhotenství.

Doporučení pro praxi

Vytvoření edukačního materiálu pro ženy v období těhotenství, objasnění základních pojmů: těhotenské odběry, těhotenský průkaz, ultrazvukové vyšetření, **přiblížení práce porodní asistentky v rámci prenatální péče v gynekologických ambulancích. „S porodní asistentkou v prenatální poradně”.**

K zamyšlení je také otázka týkající se spokojenosti porodních asistentek pracujících v poradnách prenatální péče se strukturou těhotenského průkazu a jeho nejednotností.

Seznam zkratek

AMC amniocentéza,

ASP akce srdeční plodu

atd. a tak dále

BWR (Bordet-Wassermanova reakce) – vyšetření na syfilis

ČR Česká republika

i.v. intravenózně, (nitrožilně)

KTG kardiokografie

např. například

OGTT orální glukózo -toleranční test

OP ozvy plodu

PA porodní asistentka

PM poslední menstruace

TP termín porodu

t.g. týden gravidity

t.j. to jest

tzv. tak zvaný, takzvaně

UZV ultrazvukové vyšetření

VVV vrozené vývojové vady

Literatura a prameny

AŠENBRENEROVÁ, I., *Než se dítě narodí* [online].[cit. 2010- 20-02], Dostupný na WWW:<<http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php?id=323887>>

ČECH, E. a kol., *Porodnictví*, 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9

ČKPA [online].[2010-02-20] Dostupný na WWW:<http://www.ckpa.cz/?stranka=dokumenty_ckpa&menu=10>

ČTK, *Polovina Češek rodí až po třicítce*, [online].[2010-03-08], Dostupný na WWW: < <http://www.ceskenoviny.cz/zpravy/polovina-cesek-rodí-az-po-tricitce/435117>>

DOUBEK, R., *Těhotenská průkazka*, [online].[cit.2010-07-03], Dostupný na WWW: <<http://www.babyonline.cz/tehotenství/tehotenska-prukazka.htm>>

EGGOVÁ, P., *Míra informovanosti těhotných žen při návštěvě prenatální poradny*, bakalářská práce, Lékařská fakulta, Univerzita Palackého Olomouc, 2008. 86s.

GERYCHOVÁ, R., *Biochemický screening* [online].[cit. 2010-02-20], Dostupná na WWW:<<http://www.babyonline.cz/tehotenství/prohlidky-vysetreni/biochemicky-screening.html>>

HÁJEK, Z., *Prenatální péče o fyziologické těhotenství* [online].[cit. 2010-02-27], Dostupný na WWW: <http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/hajek.php>

HOLUB, Z., *Doporučené postupy v perinatologii. Česká gynekologie*. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně. 2008, ročník 73, Supplementum č.1, 48s.

IVANOVÁ, K. , JURÍČKOVÁ L., *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*, 2.vyd. Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 99s. ISBN 978-80-244-1832-2

LEBOYER, F., *Porod bez násilí*, Praha: Stratos, 2000. 56s. ISBN 8085962074

MEDITORIAL, *Fyziologické změny u ženy v těhotenství* [online].[cit. 2010-02-27], Dostupný na WWW: <<http://www.porodnici.cz/fyziologicke-zmeny-u-zeny-v-tehotenstvi/html>>

MEDITORIAL, *Prenatální péče* [online].[cit. 2010-02-27], Dostupný na WWW: <<http://www.porodnici.cz/prenatalni-pece>>

PAŘÍZEK, A., *Kniha o těhotenství a dítěti*, 3. vyd. Praha: Galén, 2008. 752s. ISBN 978-80-7262-594-9

Prenatální péče a poradenství, [online].[cit.2010-03-07], Dostupný na WWW: <<http://black-marmelade.blog.cz/0705/cesty-ke-spokojenemu-porodu-i-4-prenatalni-pece-a-poradenstvi>>

ROZTOČIL, A., a kol., *Porodnictví*, 1.vyd. Brno: IDVZP, 2001. 333s. ISBN 57-865-01

ROZTOČIL A., a kol., *Výšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*, 1.vyd. Brno: IDVZP, 1998. 179 s. ISBN 80-7013-255-8

VRÁNOVÁ, V., *Historie babictví a současnost porodní asistence*, 1.vyd. Olomouc, Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 203 s. ISBN 978-80-244-1764-6

ZWINGER, A. a kol., *Porodnictví*, 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9

Seznam tabulek

Tabulka 1 Byla jste již těhotná	29
Tabulka 2 Zjištění svého těhotenství.....	30
Tabulka 3 Délka fyziologického těhotenství.....	31
Tabulka 4 První vyšetření lékařem ke stanovení těhotenství.....	32
Tabulka 5 Povinné testování těhotných žen.....	33
Tabulka 6 Povinné testování těhotných žen.....	34
Tabulka 7 Vyšetření krevní skupiny.....	35
Tabulka 8 Amniocentéza.....	36
Tabulka 9 OGTT	37
Tabulka 10 Vyšetření na Streptococa Agalactie (GBS, SA)	38
Tabulka 11 Věková indikace k odběru plodové vody.....	39
Tabulka 12 Odběr k rozpoznání vývojových vad plodu z krve matky	40
Tabulka 13 Porodní asistentka při každé návštěvě těhotné ženy v poradně zjišťuje...41	
Tabulka 14 Těhotenská průkazka	42
Tabulka 15 Krevní obraz v těhotenství.....	43
Tabulka 16 Kardiotokografie	44
Tabulka.17 Vyšetření ultrazvukem v těhotenství.....	45
Tabulka 18 Informace v prenatální poradně.....	47
Tabulka 19 Věk respondentek	48
Tabulka 20 Vzdělání respondentek.....	49
Tabulka 21 Který věk je podle Vašeho názoru pro ženu optimální k porodu dítěte, a proč?	51

Seznam grafů

Graf 1	Byla jste již těhotná	29
Graf 2	Zjištění svého těhotenství.....	30
Graf 3	Délka fyziologického těhotenství.....	31
Graf 4	První vyšetření lékařem ke stanovení těhotenství.....	32
Graf 5	Povinné testování těhotných žen.....	33
Graf 6	Povinné testování těhotných žen.....	34
Graf 7	Vyšetření krevní skupiny.....	35
Graf 8	Amniocentéza.....	36
Graf 9	OGTT	37
Graf 10	Vyšetření na Streptococa Agalactie (GBS, SA)	38
Graf 11	Věková indikace k odběru plodové vody.....	39
Graf 12	Odběr k rozpoznání vývojových vad plodu z krve matky	40
Graf 13	Těhotenská průkazka	42
Graf 14	Krevní v těhotenství	43
Graf 15	Kardiotokografie	44
Graf 16	Vyšetření ultrazvukem v těhotenství.....	45
Graf 17	Informace v prenatální poradně.....	47
Graf 18	Věk respondentek.....	48
Graf 19	Vzdělání respondentek.....	49
Graf 20	Který věk je podle Vašeho názoru pro ženu optimální k porodu dítěte, a proč?	51

Seznam příloh

Příloha 1 Žádost o povolení výzkumu	65
Příloha 2 Dotazník	68
Příloha 3 Pomůcky pro výpočet termínu porodu	71
Příloha 4 Pelvimetr	72
Příloha 5 Kardiotokograf	73
Příloha 6 Těhotenský průkaz	75

Příl.1- Žádost o povolení výzkumu

MUDr. Jaroslav Wiedermann
gynekologická ambulance
Nábřeží 1311
Hulín
768 24

V Přerově 4.1.2010

Žádost o povolení výzkumu

Jsem studentka čtvrtého ročníku bakalářského studijního programu oboru Ošetřovatelství na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Tímto bych Vás chtěla požádat o vedení výzkumného šetření v gynekologické ambulanci v Hulíně. Šetření bude součástí mé závěrečné práce na téma: „Prenatální péče v ČR“. Cílem šetření je zjistit úroveň znalostí žen v reprodukčním věku o těhotenství, těhotenských odběrech, těhotenské poradně. Šetření bude anonymní a zjištěné výsledky Vám mohu poskytnout.

Děkuji Hrubá Renata

Vyjádření:

S vedením výzkumu:

souhlasím

nesouhlasím

MUDr. Jaroslav WIEDERMANN
privátní gynekologická ambulance
768 24 Hulín, Nábřeží 1314
tel. 573 352 735, mobil 737 673 322
d.ú. 154328594/0300 IČP 77280 000
20 479 21 55

.....
razítko, podpis

MUDr. Jaroslav Wiedermann
gynekologická ambulance
Vodní 56
Kroměříž
767 01

V Přerově 4.1.2010

Žádost o povolení výzkumu

Jsem studentka čtvrtého ročníku bakalářského studijního programu oboru Ošetrovatelství na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Tímto bych Vás chtěla požádat o vedení výzkumného šetření v gynekologické ambulanci v Kroměříži. Šetření bude součástí mé závěrečné práce na téma: „Prenatální péče v ČR“. Cílem šetření je zjistit úroveň znalostí žen v reprodukčním věku o těhotenství, těhotenských odběrech, těhotenské poradně. Šetření bude anonymní a zjištěné výsledky Vám mohu poskytnout.

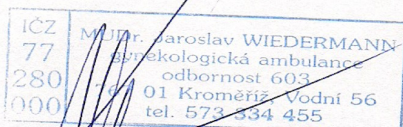
Děkuji Hrubá Renata

Vyjádření:

S vedením výzkumu:

souhlasím

nesouhlasím



razítko, podpis

Bc. Krčková Zuzana
hlavní sestra
SMN a.s., OZ Nemocnice Přerov
Dvořákova 75
Přerov 750 52

V Přerově 4.1.2010

Žádost o povolení výzkumu

Jsem studentka čtvrtého ročníku bakalářského studijního programu oboru Ošetřovatelství na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci. Tímto bych Vás chtěla požádat o vedení výzkumného šetření v gynekologické ambulanci Nemocnice Přerov. Šetření bude součástí mé závěrečné práce na téma: „Prenatální péče v ČR“. Cílem šetření je zjistit úroveň znalostí žen v reprodukčním věku o těhotenství, těhotenských odběrech, těhotenské poradně. Šetření bude anonymní a zjištěné výsledky Vám mohu poskytnout.

Děkuji Hrubá Renata

Vyjádření:

S vedením výzkumu:

souhlasím

nesouhlasím

Sředomoravská nemocniční a.s.
odštěpný závod Nemocnice Přerov
hlavní sestra
751 52 Přerov, Dvořákova 75,
tel. 581 271 211 IČ: 27797660

Bc. Zuzana Krčková

.....
razítko, podpis

Příl. 2 - Dotazník

Vážená paní (slečno),

dovoluji si Vás oslovit a požádat o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník bude jedním ze zdrojů informací pro zpracování mé bakalářské práce, která se zabývá informovaností žen v oblasti prenatální péče (péče o těhotné) v ČR. Dotazník je anonymní, poskytnuté informace jsou považovány za důvěrné, a tak s nimi bude i zacházeno. Předem děkuji za Vaši spolupráci a za Váš čas, který věnujete vyplnění dotazníku a za zodpovězení všech otázek.

Renata Hrubá

IV. ročník obor Ošetrovatelství- kombinovaná forma studia

Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd

Pokyn pro vyplnění dotazníku: označte pouze jednu možnost, o které jste přesvědčeny, že je pravdivá, děkuji.

1. Byla jste již těhotná

- ano
- ne – v tomto případě přejděte na otázku číslo 3
- nyní jsem těhotná

2. Jak jste zjistila své těhotenství

- sama – zakoupila jsem si těhotenský test
- navštívila jsem gynekologické středisko

3. Kolik týdnů trvá fyziologické(bezproblémové, bez komplikací) těhotenství

- 30 týdnů
- 40 týdnů
- 45 týdnů
- nevím

4. Které první vyšetření provede gynekolog ke stanovení těhotenství

- vnitřní(vaginální, manuální) vyšetření
- vyšetření ultrazvukem
- vyšetření krve
- vyšetření moče
- nevím

5. Testují se povinně těhotné ženy na:

	HIV	SYFILIS	ŽLOUTENKA A	ŽLOUTENKA B	TOXOPLAZMÓZA
ano					
ne					
nevím					

Příl. 2 - pokračování

6. Vyšetřuje se u těhotné ženy krevní skupina

- ano
- ne
- nevím

7. Co je amniocentéza

- odběr krve
- odběr moči
- odběr plodové vody
- nevím

8. OGTT je test

- vyšetření krve a moče na přítomnost cukru
- vyšetření stolice
- test na zjištění těhotenství
- nevím

9. Stěr z pochvy na Streptococa Agalactie (GBS, SA) se provádí

- na začátku těhotenství
- uprostřed
- ke konci těhotenství
- nevím

10. Který věk je jedním z možných doporučení k odběru plodové vody

- 20 let
- 30 let
- více jak 35 let
- nevím

11. V kterém týdnu těhotenství se zjišťují rizika vývojových vad plodu z krve matky

(Triple test, AFP)

- v 10. týdnu
- v 16. týdnu
- v 30 týdnu
- nevím

12. Vyjmenujte, co porodní asistentka při každé návštěvě těhotné ženy v poradně zjišťuje, vyšetřuje

.....
.....

13. Těhotenská průkazka je

- dokument uložený u gynekologa
- dokument, který žena musí mít vždy u sebe
- dokument, který žena předkládá pouze v porodnici, když jde родit
- nevím

Příl. 2 - pokračování

14. Krevní obraz u těhotné ženy se kontroluje během těhotenství

- 1 x
- 2 x
- 3 x
- nevím

15. Kardiotokografie je

- snímání děložních stahů (kontrakcí) a měření srdeční činnosti plodu
- je měření srdeční činnosti matky
- je vyšetření plodové vody
- nevím

16. Žena během fyziologického (bez komplikací) těhotenství absolvuje doporučené, podrobné vyšetření ultrazvukem

- 1x
- 2x
- 3x
- nevím

17. Myslíte si, že informace o průběhu těhotenství, které jsou Vám v prenatalní poradně poskytnuty jsou pro Vás dostačující

- ano - informace mi stačí, nečerpám z jiných zdrojů
- ano - informace mi stačí, ale čerpám i z jiných zdrojů
- ne - informace postrádám a vyhledávám v :
- ne - nejsou a informace nevyhledávám

18. Jaký je Váš věk

- do 20-ti let
- 21 -30 let
- 31 -40 let
- více jak 40let

19. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání

- základní, studující
- vyučena
- středoškolské
- vysokoškolské

20. Který věk je podle Vašeho názoru pro ženu optimální k porodu dítěte, a proč?

.....
.....
.....
.....

Příl. 3 - Pomůcky pro výpočet termínu porodu

GRAVIDIMETR



Popis: Slouží k výpočtu termínu porodu. Šipka označená (menstruatio) se umístí na datum prvního dne poslední menstruace (který sdělí žena) a na gravidimetru šipka označená (partus) ukáže předpokládaný termín porodu. Gravimetr se dá použít takto i při určení přesného týdne gravidity, lze zde vyčíst i měsíc těhotenství, v kterém se žena nachází.

Příl. 4 - Pelvimetr

PELVIMETR Baudelocque-Schulzeův

Slouží k měření zevních pánevních rozměrů. Naměřené hodnoty se značí do těhotenského průkazu.

Měří se tyto vzdálenosti:

- **distantia bispinalis** - vzdálenost mezi dvěma předními trny kostí pánevních- 26cm
- **distantia bicristalis** - vzdálenost mezi nejvzdálenějšími částmi hřebene kostí pánevních - 29cm
- **distantia bitrochanterica**- vzdálenost mezi oběma chocholy kostí stehenních- 32cm
- **conjugata externa**- vzdálenost mezi trnem 5. bederního obratle (vrchol Michaelisovy routy) a středu horního okraje spony stydké - 20 cm

(ROZTOČIL, et al. 2001, S. 99)



Přil. 5 - Kardiokograf
KARDIOTOKOGRAF



Použití přístroje

Přístroj je určen pro neinvazivní i invazivní monitorování fyziologických parametrů těhotných žen, před porodem, během porodních stahů a při porodu.

Je určen pro monitorování srdeční frekvence plodu a děložních stahů matky.

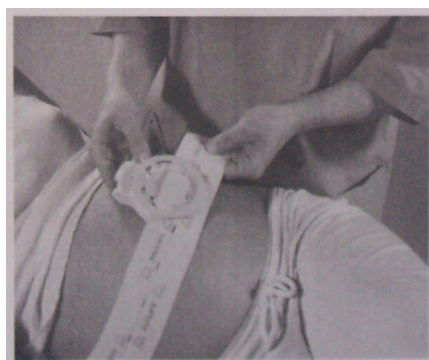


Příl. 5 - pokračování

KARDIOTOKOGRAF - umístění sond

Umístění sond - sonda umístěná na fundus děložní - snímá děložní stahy -
kontrakce

- sonda umístěná níže slouží k snímání srdeční činnosti plodu



Příl. 6 - Těhotenský průkaz

TĚHOTENSKÝ PRŮKAZ

The image shows three pages of a pregnancy certificate form. The first page is titled 'TĚHOTENSKÝ PRŮKAZ' and contains fields for personal information such as name, address, and date of birth. The second page is for medical history, including previous pregnancies and complications. The third page is for clinical data, including a table for monitoring the pregnancy progress, with columns for date, weight, blood pressure, and other parameters.

Je doklad, který by každá žena měla nosit stále u sebe. Je součástí osobních dokladů stejně jako občanský průkaz nebo cestovní pas. Těhotenský průkaz totiž obsahuje všechny potřebné informace o zdravotním stavu nastávající maminky a všechno, co je potřebné pro případ, kdyby maminka nemohla komunikovat a potřebovala lékařskou pomoc. V těhotenském průkazu najde budoucí maminka všechny důležité údaje o svém těhotenství, proto by se každá těhotná žena měla naučit v průkazu orientovat.

1. strana těhotenského průkazu

První strana obsahuje informace o nastávající mamince: jméno, příjmení, bydliště, rodné číslo, případně také informace o budoucím tatínkovi. Je zde také zaznamenáno předpokládané datum porodu, předchozí těhotenství, komplikace v předchozích těhotenstvích, ale také plánované návštěvy u lékaře.

2. strana těhotenského průkazu

Tyto čtyři strany obsahují informace o všeobecné anamnéze (cukrovka, vysoký krevní tlak apod.), záznamy o průběhu nynějšího těhotenství, ale i těhotenství předchozího.

3. a. 4. strana těhotenského průkazu

Obě strany jsou tvořeny tabulkami, do kterých lékař při každé kontrole zapisuje stav těhotné ženy a výsledky vyšetření – váha těhotné, vyšetření moči, tlak, otoky, velikost dělohy, polohu plodu, srdeční ozvy plodu. V horní části tabulky jsou zaznamenány rozměry pánve, výška a váha ženy před otěhotněním, krevní skupina a protilátková vyšetření.

Příl. 6 - pokračování

5. strana těhotenského průkazu

Na páté straně najdete některá další vyšetření, jako je vyšetření krve pro případ vrozené vývojové vady (TRIPLTEST), test, který hodnotí funkci placenty a stav plodu a jiná vyšetření, ze kterých lze zjistit např. Downův syndrom.

6. a 7. strana těhotenského průkazu

Na 6. a 7. straně najdete další tabulky a grafy, obě strany navazují na předchozí. Zapisují se zde váha nastávající maminky a stav děložního čípku.

8. a 9. strana těhotenského průkazu

Tyto dvě strany jsou určeny k záznamu ultrazvukových a kardiokografických vyšetření (srdeční ozvy miminka)

10. strana těhotenského průkazu

Na desáté straně najdete rady pro těhotné. Tyto rady se týkají toho, co si vzít s sebou do porodnice. Tuto stránku by si každá nastávající maminka měla důkladně přečíst, tak aby si po porodu zbytečně nekomplikovala život a mohla se plně věnovat svému děťátku.

11. a 12. strana těhotenského průkazu

Na poslední dvojstranu se zapisují výsledky krevního obrazu, předporodní příprava, vyšetření jiných odborných lékařů (zubního, plicního, obvodního) a údaje o případných hospitalizacích v těhotenství.

Zkratky v těhotenském průkazu

ABO – systém krevních skupin (krevní skupiny A, B, AB, 0)

AS – akce srdeční

B – přítomnost bílkoviny v moči

BPD (biparietal diameter) - vzdálenost temenních kostí plodu (spolu s dalšími rozměry plodu – FL, **AC** - můžeme určit předpokládanou váhu miminka)

BPP - biparietální průměr (český ekvivalent BPD - viz výše)

BWR (Bordet-Wassermanova reakce) – vyšetření na syfilis

C – přítomnost cukru v moči

CS (cervix score) – vyšetření stavu děložního čípku

Příl. 6 - pokračování

CRL (crown-rump length) - vzdálenost mezi temenem a kostrčí zárodku, která se měří ultrazvukem. Podle naměřené velikosti určujeme délku těhotenství v prvním trimestru (v prvních 12 týdnech těhotenství)

cyto (cytologie) – vyšetření stěru buněk na děložním čípku

FL (femur length) - délka stehenní kosti (spolu s dalšími rozměry plodu – BPD,AC - můžeme určit předpokládanou váhu miminka.

Hb (hemoglobin) – červené krevní barvivo pro transport kyslíku

HBsAg – znak na povrchu krvinek, který nás informuje o prodělané žloutence typu B

HIV (human immunodeficiency virus) - HIV virus

kolpo (kolposkopie) – vyšetření děložního čípku optickým přístrojem

oGTT (orální glukózový toleranční test) - vyšetřovací metoda, která se používá k diagnostice onemocnění diabetes mellitus (DM,cukrovka), gestačního diabetu (cukrovka v těhotenství) a porušené glukózové tolerance (PGT).

OP – srdeční ozvy plodu

PM – datum poslední menstruace

PP – den, kdy nastávající maminka ucítí první pohyby svého miminka

Rh – Rh faktor

sed. – segmentace červených krvinek

SF (symfýza) - spona stydká

SAG (GBS) – streptococcus agalactiae. Vyšetření na streptokoka se provádí přibližně ve 36. týdnu těhotenství. Pokud je nález pozitivní, jsou během porodu podávána nitrožilně antibiotika, aby nedošlo k infekci miminka.

Thorax AP - průměr hrudníku plodu v předozadním rozměru v centimetrech

TK – krevní tlak

TP – předpokládaný termín porodu

TT (triple test). Triple test je vyšetření krve nastávající maminky na genetické vady plodu. Tento test se provádí v 16. týdnu těhotenství.

VEX - vakuumextraktor (zvon)

VVV - vrozené vývojové vady

VSV - vrozená srdeční vada (můžete se setkat i se zkratkou VCC - vitium cordis congenitum)

Příl. 6 - pokračování

Cizí slova v těhotenském průkazu

Amnioskopie - vyšetření barvy a kvality plodové vody pomocí amnioskopu - trubice, zavedené pochvou a děložním čípkem k dolnímu pólu plodového vejce

Sectio caesarea - císařský řez (operační vyjmutí plodu z dělohy)

Cerkláž (cerlage) - sešití děložního čípku při předčasném otevírání porodních cest k udržení těhotenství

Fenylketonurie - porucha metabolismu aminových kyselin. Dochází ke zvýšení aminokyseliny fenylalaninu v krvi, to může vést k mentálnímu postižení dítěte.

Forceps - porodnické kleště

Fundus - děložní dno

Gestóza (preeklampsie) - onemocnění spojené pouze s těhotenstvím, jedná se o současnou přítomnost vysokého krevního tlaku, odpadů bílkovin v moči a otoků. Dochází k různým poruchám metabolismu a krevní srážlivosti, které mohou ohrozit maminku i nenarozené miminko.

Glykosurie - odpady cukrů v moči (projev cukrovky)

Hydramnion - objem plodové vody

Hypotrofický plod - neprosívající plod v děloze. Nejčastěji z důvodu nedostatečné funkce placenty nebo je váha plodu pro daný týden menší než předpokládaná.

Hypertenze - vysoký krevní tlak

Oligohydramnion - nedostatečné množství plodové vody (při nedostatečné funkci placenty, odtoku plodové vody, vývojových vadách plodu, infekčních onemocněních apod.)

Polyhydramnion - nadměrné množství plodové vody (při cukrovce matky, infekčních onemocněních, vývojových vadách plodu apod.)

Primipara - prvorodička

Proteinurie - bílkovina v moči

Psychoprofylaxe - předporodní příprava

Zoonózy - infekční onemocnění, u kterých se původce onemocnění přenáší ze zvířete na člověka