



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Těhotná žena v prenatální péči

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

PORODNÍ ASISTENCE

Autor: Michaela Krtičková

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Těhotná žena v prenatální péči jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 11.8.2020

.....

Michaela Krůčková

Poděkování

Poděkování patří paní Mgr. Romaně Belešové za její cenné rady a připomínky, velikou trpělivost, za odborné vedení a za vstřícný přístup.

Rovněž bych chtěla poděkovat lékařům v prenatálních poradnách a těhotným ženám za poskytnutí souhlasů k provedení výzkumu pro mou bakalářskou práci.

Těhotná žena v prenatalní péči

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá problematikou péče o těhotnou ženu v prenatalní péči. Práce je členěna na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část přináší souhrn informací o těhotenství včetně jeho známek, rozdělení, rizikovosti, datace a změn mateřského organismu během těhotenství. Dále je věnována pozornost prenatalní péči, její historii, cílům, systému a vyšetřením v rámci prenatalní péče. Závěrečná teoretická pasáž se zabývá rolí porodní asistentky v prenatalní péči a edukací porodní asistentkou v prenatalní poradně.

Praktická část bakalářské práce měla za cíl zjistit: 1) jaká je úroveň informovanosti těhotných žen navštěvujících prenatalní poradny ze strany porodních asistentek a 2) nakolik sdělovaným informacím rozumí. Vlastní výzkum byl proveden pomocí kvalitativního výzkumného šetření formou individuálních polostrukturovaných rozhovorů. Výzkumné šetření probíhalo od března do dubna 2020. Výzkumný soubor tvořilo 13 těhotných žen docházejících do prenatalních poraden v Broumově a Českých Budějovicích. Rozhovory s účastnicemi byly pořízeny s jejich vyslovenými souhlasy, byly anonymní a označeny zkratkou T1 až T13. Rozhovor obsahoval 17 základních otázek a další doplňující podotázky. Rozhovory byly zaznamenávány na audiozáznam, ze kterého byl pořízen doslovný přepis. Pro analýzu dat byly stanoveny tři kategorie a sedm podkategorií.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že většina těhotných žen je spokojena se způsobem předávání informací porodní asistentkou, ale nemají dostatečné množství informací o průběhu těhotenství. Většina účastnic uvedla nespokojenost s rozsahem podávaných informací v prenatalních poradnách a nutnost dohledávat si informace z jiných zdrojů. Účastnice by uvítaly lepší komunikaci a větší informovanost o průběhu těhotenství ze strany porodní asistentky i lékaře. Výzkum ukázal, že těhotné ženy nemají dostatečné znalosti o těhotenství, životosprávě v těhotenství, změnách organismu provázejících těhotenství, ani o důvodech vyšetření prováděných v průběhu prenatalní péče.

Bakalářská práce dokládá důležitost dostatečného informování těhotných žen o problematice těhotenství a prenatalní péče. Zdůrazňuje, jak je pro efektivitu poskytované prenatalní péče důležitý přístup a komunikace ze strany zdravotnického

personálu. Práce by měla pomoci přiblížit prenatální péči budoucím těhotným ženám a může posloužit porodním asistentkám ke zlepšení kvality poskytované prenatální péče a k vhodnější informovanosti těhotných žen.

Klíčová slova

Informace, porodní asistentka, prenatální péče, prenatální poradna, těhotenství, těhotná žena

Pregnant woman in prenatal care

Abstract

The bachelor thesis deals with the issue of care for pregnant women in prenatal care. The thesis is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part provides a summary of information about pregnancy, including its signs, classification, risk, dating and changes in the maternal organism during pregnancy. Attention is paid to prenatal care, its history, goals, system and examinations within prenatal care. The final theoretical passage deals with the role of the midwife in prenatal care and the education of the midwife in the prenatal clinic.

The practical part of the bachelor's thesis aimed to find out: 1) what is the level of awareness of pregnant women attending antenatal clinics by midwives and 2) how much they understand the information provided. The research itself was carried out by means of a qualitative research survey in the form of individual semi-structured interviews. The research survey took place from March to April 2020. The research group consisted of 13 pregnant women attending prenatal counseling centers in Broumov and České Budějovice. Interviews with participants were conducted with their express consents, were anonymous and marked T1 to T13. The interview contained 17 basic questions and other additional sub-questions. The interviews were recorded on an audio recording, from which a literal transcript was made. Three categories and seven subcategories were identified for data analysis.

The research showed that most pregnant women are satisfied with the method of transmitting information from midwives, but they do not have enough information about the course of the pregnancy. Most participants reported dissatisfaction with the scope of information provided in antenatal clinics and the need to seek information from other sources. Participants would welcome better communication and greater awareness of the pregnancy process from both the midwife and the doctor. Research has shown that pregnant women do not have sufficient knowledge about pregnancy, lifestyle during pregnancy, changes in the body accompanying pregnancy, or the reasons for examinations performed during prenatal care.

The bachelor thesis demonstrates the importance of sufficiently informing pregnant women about the issue of pregnancy and prenatal care. It emphasizes the importance of

access and communication by medical staff for the effectiveness of prenatal care. The work should help to bring prenatal care closer to future pregnant women and can help midwives to improve the quality of prenatal care provided and to inform pregnant women more appropriately.

Key words

Pregnant woman, Pregnancy, Prenatal care, Antenatal clinic, Midwife, Awarene

Obsah

Úvod	10
1 Současný stav	11
1.1 Těhotenství	11
1.2 Prenatální péče.....	13
1.2.1 Cíle prenatální péče	14
1.2.2 Systém prenatální péče v České republice.....	15
1.2.3 Rizikové a patologické těhotenství v prenatální péči	15
1.2.4 Vyšetření těhotných.....	17
1.2.4.1 Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad	20
1.2.5 Předporodní příprava.....	22
1.3 Role porodní asistentky v prenatální péči	23
1.3.1 Edukace porodní asistentkou v prenatální poradně	24
2 Cíle práce a výzkumné otázky	28
2.1 Cíl práce	28
2.2 Výzkumné otázky	28
2.3 Operacionalizace pojmů.....	28
3 Metodika	29
3.1 Metodika a technika výzkumu.....	29
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	30
4 Výsledky výzkumu.....	31
4.1 Identifikační údaje informantek.....	31
4.2 Kategorizace dat	34
5 Diskuse	43
6 Závěr.....	49
7 Seznam použité literatury	51
8 Přílohy	56

8.1 Seznam příloh.....	56
9 Seznam použitých zkratk57	57
10 Seznam použitých cizích slov58	58

Úvod

Těhotenství je jedno z nejhezčích období života ženy. Jde ale také o pro ženu náročné období, kdy se její organismus mění jak po fyzické stránce, tak po stránce psychické. Těhotenství může každá žena prožívat jinak, na průběhu těhotenství závisí mnoho faktorů a to jestli žena těhotenství přijímá (Unie porodních asistentek, © 2020).

Téma bakalářské práce „Těhotná žena v prenatalní péči“ jsem si vybrala proto, že jsem se chtěla dozvědět více o způsobu edukace těhotných žen v prenatalních poradnách. Chtěla jsem zjistit, jakým způsobem by se dala zlepšit péče o těhotné ženy v průběhu prenatalní péče. K tomu byly navrženy vědecké otázky a vlastní výzkum v praktické části bakalářské práce. Těhotné ženy, které docházejí do prenatalních poraden, byly podrobeny individuálnímu polostrukturovanému rozhovoru. Byly dotazovány na množství podávaných informací porodní asistentkou a nakolik sdělovaným informacím rozumí. Všechny odpovědi byly zaznamenány a zhodnoceny. V závěru práce je vyhodnoceno, jakým způsobem jsou těhotné ženy edukovány o těhotenství a o průběhu prenatalní péče, zároveň jak podaným informacím rozumí.

V teoretické části jsem se zaměřila na popsání období těhotenství, pojmu prenatalní péče a vylíčení, co je její součástí. Rovněž jsem se zaměřila na vyšetření, kterým jsou těhotné ženy podrobovány v rámci prenatalní péče. Ke konci teoretické části jsem se snažila popsat roli porodní asistentky, která je pro kvalitní průběh prenatalní péče nepostradatelná.

Tato práce by mohla být přínosem pro porodní asistentky působící v prenatalních poradnách a mohla by sloužit ke zkvalitnění poskytované prenatalní péče těhotným ženám. Zároveň by mohla být základem ke zvýšení informovanosti těhotných žen.

1 Současný stav

1.1 Těhotenství

Těhotenství je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu (Roztočil, 2017). Toto období trvá v průměru 280 dní, to je 10 lunárních měsíců po 28 dnech (Skutilová, 2016). Začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu (Hudáková, 2017). Období těhotenství se dělí na oplození, implantaci, nidaci a vývoj plodového vejce. Následně se přechodem z intrauterinního života do mimomateřského prostředí v době porodu z plodu stává novorozenec (Roztočil, 2017). Těhotenství se datuje od prvního dne poslední menstruace ženy, a to i za předpokladu, že k oplodnění došlo později. Délka těhotenství se uvádí v ukončených týdnech a dnech, přičemž průměrné těhotenství trvá 40 týdnů + 0 ukončených dnů (Marešová, Fiala, 2018). Pro výpočet termínu porodu existuje několik metod. Jednou z nich je propočítání dle Naegela, který se provádí tak, že k prvnímu dni poslední menstruace přičteme sedm dní a odečteme tři kalendářní měsíce (Hájek, 2014). Další možností je použití gravidometru (viz přílohu 1) neboli speciálního těhotenského kolečka, které funguje na podobném principu (Skutilová, 2016). Tento propočítání nemusí být vždy přesný, a to zejména v případě, kdy se u ženy vyskytují nepravidelnosti menstruačního cyklu (Hájek, 2014). Určit stáří těhotenství lze také podle termínu koncepce (oplození), které se provádí tak, že se k datu pohlavního styku přičte v průměru 266 dní neboli 38 týdnů (Skutilová, 2016). Tento způsob propočtu opět není zcela přesný z důvodu nepřesného subjektivního údaje těhotné ženy (Hájek, 2014). Méně používaným způsobem je stanovení termínu porodu podle prvních pohybů plodu vnímaných těhotnou ženou. Je však značně nepřesný, protože jde o způsob, který je ovlivněn vnímáním těhotné ženy (Gregora, Velemínský, 2013). Těhotná žena, která bude rodit poprvé, začíná vnímat pohyby plodu okolo 20. týdne těhotenství, proto se k datu prvního vjemu pohybů připočítá 140 dní. U těhotné ženy, která už rodila vícekrát, se přičítá 154 dní, jelikož může začít pociťovat pohyby plodu dříve (Skutilová, 2016). Stáří těhotenství lze také odhadnout podle výšky děložního fundu. Ta se mění v jednotlivých lunárních měsících těhotenství. Může být zkreslena nepravidelnostmi velikosti plodového vejce, dělohy různého původu nebo mírou vzestupu velké části plodu do malé pánve (Hájek, 2014). Nejpresnější používanou metodou pro určení termínu porodu je však ultrazvukové vyšetření ve 13. týdnu těhotenství. V případě, že

se liší délka těhotenství stanovená ultrazukovým vyšetřením a délka těhotenství podle data poslední menstruace, pak se upřednostňuje termín z ultrazukového vyšetření (Pařízek, 2015).

Těhotenství se rozděluje do tří období nazývaných trimestry. Přičemž první trimestr trvá od 1. týdne těhotenství do 13. týdne těhotenství, druhý trimestr je uváděn od 14. týdne těhotenství do 27. týdne těhotenství a třetí trimestr je datován od 28. týdne těhotenství do termínu porodu (Hájek, 2014). Celé období těhotenství je provázeno několika specifickými známkami, které se obecně rozdělují do tří skupin. A to do skupiny nejistých, pravděpodobných a jistých známek těhotenství (Pařízek, 2015). Mezi nejisté známky těhotenství patří ty, které mohou, ale nemusí přímo souviset s těhotenstvím, jelikož se mohou vyskytovat i mimo něj (Roztočil, 2017). Řadí se mezi ně například častá únava, závratě, mdloby, ranní nevolnosti a zvracení, změny chuti, bolesti zubů, ptyalismus, obstipace nebo průjem, také zvětšování prsů, tvorba kolostra, vznik varixů na dolních končetinách, zvyšování bazálních vaginálních teplot a teplot v axile a vyšší sexuální apetit (Hájek, 2014). Dále se u ženy může objevit zvýšená psychická labilita, neurovegetativní poruchy nebo neuralgie (Hájek, 2014). Pravděpodobné známky těhotenství jsou takové, které se projevují převážně v těhotenství, ale stále ho nedokazují (Hájek, 2014). Jde o amenoreu (absenci menstruace), prosáknutí zevních pohlavních orgánů, nafialovělé zbarvení poševní sliznice a děložního čípku, zvětšení dělohy a prsů, tvorba kolostra a zvětšování se břicha (Gregora, Velemínský, 2013). Jisté známky těhotenství představují objektivní průkaz plodu a jeho projevy (Pařízek, 2015). Mezi tyto známky patří laboratorní těhotenské testy, jež jsou používané pro zjištění přítomnosti hCG neboli lidského choriového gonadotropinu, a to z moči nebo ze séra. Také mezi ně patří provedení ultrasonografie (Hájek, 2014).

Pro ženu je těhotenství velká zátěž, v jehož průběhu se celý její organismus postupně mění a každý trimestr je provázen specifickými fyzickými i psychickými změnami (eMedicineHealth, 2019). Mění se především reprodukční systém těhotné ženy. Děloha je na základě hormonálního působení více překrvená a mění svou konzistenci, barvu, tvar a uložení v malé pánvi a dutině břišní (Roztočil, 2017). Hmotnost dělohy se mění z původních 50 až 70 g na 900 až 1100 g (Skutilová, 2016). Také hrdlo děložní mění svou velikost, tvar, konzistenci a barvu (Hudáková, 2017). Cervikální žlázy vylučují hustý hlen, který se hromadí v cervikálním kanálu a vytvoří se hlenová zátka. V pochvě vzhledem ke zvýšené vaskularizaci dochází ke změně barvy sliznice a díky větší

produkci estrogenu se zahušťuje hlen, snižuje se množství pojivové tkáně a dochází k hypertrofii hladkého svalstva. To všechno vede k prodloužení pochvy (Roztočil, 2017). Zvětšují se rovněž zevní rodidla a dochází k jejich pigmentaci (Hudáková, 2017). Těhotenské změny se projevují také na prsou, které se zvětšují díky růstu mléčných žláz (Skutilová, 2016). V mléčné žláze dochází k hypertrofii alveolů. Tento proces je vyvolán zvýšenou hladinou progesteronů a estrogenů (Roztočil, 2017). Zvětšuje se i průtok krve prsy, který má za následek jejich větší citlivost. Tmavnou a zvětšují se prsní dvorce, vztyčují se bradavky a může dojít k samovolnému odtoku kolostra (mleziva), (Skutilová, 2016). Změny jsou pozorovány i na ostatních orgánových soustavách. Jsou to změny týkající se kardiovaskulárního systému, respiračního systému, krevního systému, gastrointestinálního traktu, uropoetického systému, změny pohybového aparátu, kůže, změny metabolismu, endokrinního systému, imunitního systému a také psychického stavu (Hájek, 2014; Roztočil, 2017). Důležitými změnami těhotná žena v průběhu těhotenství projde i po psychické stránce, kdy se musí připravit na novou sociální roli. Dochází u ní především k projevům úzkosti, zmatku, strachu a ztracenosti (Hudáková, 2017).

1.2 Prenatální péče

Těhotenství je bráno jako fyziologický stav, nicméně v jeho průběhu může dojít k rozvoji patologických stavů, které mohou ohrozit matku a plod na zdraví nebo na životě (Roztočil, 2017). Proto je od samého začátku těhotenství žena sledována v pravidelných intervalech v prenatálních poradnách. Tyto kontroly mají za úkol právě včasný záchyt případných patologických stavů (Procházka, Pilka, 2018). Samozřejmě záleží na rozhodnutí ženy, zda a do jaké prenatální poradny chce docházet (Skutilová, 2016). Prenatální péče může být vedena certifikovanými porodními asistentkami a lékaři (Hájek, 2014). Pro efektivnější péči je nutné pracovat v multidisciplinárním týmu, kde všichni co jsou jeho součástí, vykazují dostatek odborných zkušeností a zaujímají holistické přístupy ke klientkám (Tosello, 2019). Důsledně vedená prenatální péče vede ke správnému průběhu těhotenství a snížení perinatální úmrtnosti (Dušová et al., 2019b). Pokud má žena podezření na těhotenství, domluví si schůzku v prenatální poradně (NICHD, 2017). Tam těhotnou ženu lékař a porodní asistentka seznámí s následným postupem a průběhem. Poté jí vystaví těhotenský průkaz, do kterého se v průběhu těhotenství zaznamenávají veškeré požadované údaje a zjištění (Hájek, 2014). Konkrétně jde o údaje identifikační a důležité údaje o závažných onemocněních

z rodinné či osobní anamnézy. Obsahuje také historii předchozích těhotenství, porodů, potratů, popřípadě mimoděložních těhotenství. Těhotenská průkazka dále obsahuje výsledky všech laboratorních, porodnických a ultrazvukových vyšetření. Poslední strana je rozšířena o zubní vyšetření a jiné rozsáhlejší vyšetření provedená v době těhotenství (Dočkalová, 2020) (viz přílohu 2). V poradně by měla porodní asistentka těhotné ženě zdůraznit význam prenatální péče a nutnost pravidelných prohlídek. Také by porodní asistentka měla těhotnou ženu poučit o smyslu prenatální péče, kterým je všestranné zabezpečení těhotné ženy (Slezáková, 2017). Jedná se zejména o důslednou prevenci možných chorobných stavů a včasný záchyt odchylek od normálního průběhu gestace. Podstatné je i zajištění všech dostupných diagnostických a terapeutických opatření (Hájek, 2014). Těhotná žena je během prohlídek v prenatální poradně zařazena do jedné ze tří základních rizikových skupin dle rizikovitosti těhotenství (Roztočil, 2017). Toto zařazení provede lékař na základě získaných anamnestických údajů a aktuálního klinického nálezu u těhotné ženy (Skutilová, 2016). Příslušná péče o těhotnou ženu musí odpovídat danému stavu a probíhá diferencovaně dle potřeby na různých stupních jednotlivých porodnických zařízení (Hájek, 2014).

1.2.1 Cíle prenatální péče

Mezi hlavní cíle prenatální péče patří včasné odhalení komplikací a stavů, které by mohly negativním způsobem ohrozit matku nebo plod (Gregora, Velemínský, 2013). Důležitou součástí je i zajištění bezpečného porodu pro matku i plod takovým způsobem, kdy porodní asistentka matku důkladně poučí o zdravých návycích. Jednak během těhotenství i po porodu (Dušová, et al., 2019b). Mezi další cíle prenatální péče patří poskytování fyzické péče a výchova ženy a jejího partnera k rodičovství (Skutilová, 2016).

Pro naplnění těchto cílů je potřeba, aby lékaři, porodní asistentky a veškerý zdravotnický personál spolupracovali v multidisciplinárním týmu a vytvořili tím těhotným ženám příznivé prostředí (Plevová, 2012). Rovněž je potřebné, aby byla porodní asistentka schopná samostatně poskytovat prenatální péči při fyziologickém těhotenství, aby spolupracovala se ženou, rodinou a komunitou ve smyslu výchovy a edukace, aby v průběhu těhotenství monitorovala plod, prováděla základní screening možných rizikových faktorů a zaznamenávala vše do dokumentace (Bašková, 2015).

Správně poskytovaná prenatální péče, vedená porodní asistentkou a lékařem, má za následek snížení perinatální mortality a morbidit (Hájek, 2004a).

1.2.2 Systém prenatální péče v České republice

V České republice je v současnosti prenatální péče diferencována do třístupňové péče (Gregora, Velemínský, 2013). Prvním stupněm jsou prenatální poradny základní péče, které jsou vedeny lékaři a porodními asistentkami (Hájek, 2014). Jsou zde sledovány těhotné ženy s fyziologickým průběhem těhotenství. Pokud však u těhotné ženy dojde ke zjištění zvýšeného rizika, je následně odeslána na pracoviště vyššího typu, popřípadě je nadále sledována v obvodní prenatální poradně (Eggová, Vránová, 2011). Těhotné ženy s fyziologickým průběhem těhotenství následně rodí na porodním sále zařízení základního typu (Eggová, Vránová, 2011). Druhým stupněm prenatální péče je péče intermediární, do které spadají ambulance pro ohrožená a patologická těhotenství, jež jsou zřízena pro určitou spádovou oblast (Hájek, 2014). Tyto ambulance jsou vytvářeny v návaznosti na lůžková oddělení v nemocnicích druhého typu a rozhodují o tom, zda bude rizikově těhotná žena sledována v prenatální poradně nebo v ambulanci pro patologická těhotenství (Eggová, Vránová, 2011). Třetím stupněm prenatální péče jsou poradny v perinatologickém centru zřizované při gynekologicko-porodnických klinikách nebo odděleních krajských nemocnic (Pařízek, 2015). Jsou specializovaná na méně častou či vysoce závažnou těhotenskou patologii – např. Rh-inkompatibilita, kardiopatie, předčasný porod před 32. týdnem gestace (Eggová, Vránová, 2011). Tato pracoviště disponují širokou škálou diagnostických a léčebných metod a spolupracují s odborníky všech hraničních oborů, zvláště s neonatologem, internistou, genetikem a biochemikem. Mají návaznost na neonatální jednotku intenzivní péče (Pařízek, 2015).

1.2.3 Rizikové a patologické těhotenství v prenatální péči

Jak už bylo zmíněno, po zahájení prenatální péče je těhotná žena v prenatální poradně zařazena do jedné ze tří skupin, a to podle možného rozsahu těhotenského rizika (Skutilová, 2016). Do první skupiny patří těhotná žena s malým rizikem, to znamená, že těhotenství je fyziologické. Do druhé skupiny patří těhotná žena se středním rizikem, jejíž těhotenství je označováno jako rizikové a nakonec třetí skupina, do které patří těhotná žena s vysokým rizikem. Toto těhotenství je klasifikováno jako patologické (Pařízek, 2015). Tomuto zařazení je přizpůsobena následná péče a harmonogram kontrol (Roztočil, 2017).

Ve většině případů probíhá těhotenství fyziologicky. U všech těhotných žen se v průběhu prenatální péče primárně zkoumají rizikové faktory v anamnéze. Ty se projeví pouze zhruba u jedné třetiny těhotných žen (Hájek, 2014). Těhotná žena může s rizikovými faktory do těhotenství vstoupit, ale také se u ní mohou projevit těsně před těhotenstvím nebo v jeho průběhu (Procházka, Pilka, 2018). U žen s rizikovou graviditou se následně provádí specifický doplňující screening (Hájek, 2004b). Cílem tohoto specifického screeningu je omezení užívání náročnějších vyšetřovacích metod na malé vyčleněné skupiny žen (Hájek, 2014). Žena s fyziologickým průběhem těhotenství je taková, u které nejsou registrovány žádné rizikové faktory v anamnéze a výsledky jejich průběžných vyšetření v prenatální péči jsou v normě (Unzeitig et al., 2010). O rizikovém těhotenství se hovoří tehdy, kdy se v anamnéze těhotné ženy vyskytují nějaké rizikové faktory, ale výsledky z jejich vyšetření jsou stále v normě (Skutilová, 2016). A nakonec u těhotné ženy s patologickým průběhem těhotenství je její anamnéza zatížena rizikovými faktory a zároveň jsou její hodnoty z prenatálních vyšetření patologické (Unzeitig et al., 2010). Současně se u těhotné ženy může projevit hned několik rizikových faktorů, čímž se riziko zvyšuje (Procházka, Pilka, 2018). Nejnižší efektivitu mají rizika spojená se sociálními a demografickými faktory. Naproti tomu nejvyšší efektivitu mají rizikové faktory porodnické spjaté se současnou graviditou. V průběhu těhotenství mohou některá rizika vymizet (Hájek, 2014). Mezi nejčastější rizika nebo patologie těhotenství patří rizikové faktory v anamnéze, nepravidelnosti plodového vejce, uložení plodu a patologie plodových obalů. Mezi tato rizika patří i různá onemocnění těhotné ženy jako je hypertenze v těhotenství, preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom a další (Slezáková, 2017). Častá jsou také onemocnění endokrinního systému, a to především diabetes mellitus a poruchy štítné žlázy. Rizika představují rovněž různá onemocnění srdce a cév, a to arteriální či žilní poruchy (Roztočil, 2017). Neopominutelná jsou také onemocnění ledvin a močových cest, trávicí soustavy, onemocnění krve, například anémie a trombocytopenie, neurologická a psychiatrická onemocnění. Taktéž onemocnění plicní, autoimunitní a nádorová (Slezáková, 2017).

V roce 2019 byla vydána studie s názvem Socioekonomický status, riziko preeklampsie a délka těhotenství u černých a bílých žen, která sledovala vliv socioekonomického statusu na rizika vzniku preeklampsie a délku těhotenství u žen negroidní a europoidní rasy. Závěrem této studie bylo, že negroidní ženy mají větší riziko preeklampsie než ženy europoidní rasy, a také že s vyšším socioekonomickým statusem se u europoidních

žen riziko preeklampsie výrazně snižuje, u žen negroidní rasy však ne (Kharah et al., 2019).

1.2.4 Vyšetření těhotných

Součástí péče v prenatalních poradnách je absolvování několika vyšetření těhotné ženy. Mnohá vyšetření se neliší od vyšetření jiných klinických oborů (Hájek, 2014). Jde především o anamnestické, fyzikální a laboratorní vyšetření. Dalšími jsou vyšetření pro těhotenství specificky zaměřená na prenatalní diagnostiku nebo monitorování intrauterinního stavu plodu (Roztočil, 2017). Cílem všech těchto vyšetření je předcházení komplikacím nebo rizikovým stavům, které by mohly mít negativní dopad na těhotnou ženu nebo plod (Gregora, Velemínský, 2013).

Harmonogram prenatalní péče se liší podle výše rizika těhotenství (Roztočil, 2017). U ženy s fyziologickým průběhem těhotenství je dispenzární prenatalní péče poskytována do 34. týdne těhotenství v intervalu 4–6 týdnů, následně od 34. týdne těhotenství jedenkrát týdně až do porodu (GynUltrazvuk, 2019). Po termínu porodu žena navštěvuje poradnu každé dva dny (Hájek, 2014). V případě, že se u ženy jedná o těhotenství se středním nebo vysokým rizikem, pak je frekvence návštěv prenatalní poradny zcela individuální pro každou těhotnou ženu a rozhoduje o ní ošetřující gynekolog v návaznosti na charakter a závažnost rizikového faktoru (GynUltrazvuk, 2019).

Klinická a laboratorní vyšetření se rozdělují na pravidelná a nepravidelná (Skutilová, 2016). Mezi pravidelná vyšetření se řadí ta, která podstupuje těhotná žena při každé kontrole v prenatalní poradně (Unzeitig et al., 2012). Jedná se především o sběr a úpravu anamnestických údajů, zevní vyšetření ženy, bimanuální vaginální vyšetření a stanovení cervix-scóre (vyšetření děložního čípku), chemickou analýzu moči, kontrolu krevního tlaku a hmotnosti, detekce známek vitality plodu a zhodnocení výše rizika těhotné (Skutilová, 2016). Důležitou součástí pravidelných vyšetření je právě sběr anamnestických údajů. Jedná se o rozhovor zaměřený na odhalení případných rizik pro další průběh těhotenství (Hájek, 2014). Slouží také ke zjištění pocitů a problémů těhotné ženy (Gregora, Velemínský, 2013). Všechny anamnestické údaje bývají zaznamenány do lékařské dokumentace a do průkazu těhotné (Gregora, Velemínský, 2013). Osobní anamnéza zahrnuje nejen osobní údaje klientky, ale především informace o jejím zdravotním stavu (Slezáková, 2017). Zjišťuje se, jaká onemocnění prodělala těhotná žena od narození po současnost, její možné vrozené vady, úrazy a operace, zda jí byla

podána transfuze nebo zda netrpí nějakým onemocněním srdce a cév, jater, plic, ledvin nebo metabolickým či neurologickým onemocněním (Hájek, 2014). Zároveň se zjišťuje, jaké má těhotná žena alergie, závislosti a zda v současné době užívá nějaké medikace (Slezáková, 2017). U rodinné anamnézy jde o odhalení dědičných, infekčních, genetických a nádorových chorob (Hájek, 2014). Také se zajímáme o výskyt tuberkulózy v rodině, vrozené vývojové vady, onemocnění žláz s vnitřní sekrecí, HIV pozitivitu a zároveň o jiná onemocnění, u kterých je možnost dědičné predispozice (Eliášová, 2008). Důležitá je i sociální a pracovní anamnéza. Těhotná žena udává v jakém prostředí je zaměstnaná a jaký vliv má její zaměstnání na její zdravotní stav (Slezáková, 2017). Je velmi zásadní, v jakém prostředí přebývá a jaké udržuje partnerské a rodinné vztahy (Eliášová, 2008). Velká pozornost je však kladena na gynekologickou anamnézu, kde těhotná žena informuje porodní asistentku a lékaře o prodělaných gynekologických zánětech, vrozených anomáliích, nádorech, sterilitě a infertilitě a o onemocněních prsních žláz (Hájek, 2014). Podá také informace o prvním menarché, posledním cyklu a zároveň o síle, délce a průběhu menstruačního cyklu (Slezáková, 2017). Porodní asistentka se těhotné ženy vyptává na operační zákroky v gynekologických oblastech, počet, průběh a ukončení předešlých těhotenství, průběh šestinedělí, kojení, hormonální léčbu, antikoncepci a sexuální život klientky (Slezáková, 2017). Porodní asistentka se zabývá i průběhem stávající gravidity, počtem vyšetření během prenatalní péče, délkou a průběhem možné hospitalizace a všemi hrozícími, proběhlými a probíhajícími komplikacemi a jejich léčbou (Hájek, 2014). Zapisuje výsledky veškerých interních vyšetření, včetně EKG, kardiografických záznamů, krevních obrazů, výsledků prenatalního genetického vyšetření, ultrazvukových vyšetření, bakteriologických a virologických vyšetření, biochemických vyšetření, hemokoagulačních vyšetření a údajů o pohybech plodu a další. Zjišťuje výšku klientky, váhové přírůstky a pozoruje hygienické návyky klientky, kouření, užívání návykových látek a alkoholu v průběhu gravidity (Hájek, 2014).

Nepravidelná vyšetření jsou taková, která se těhotné ženě provádí pouze v určených týdnech těhotenství (Procházka, Pilka, 2018). Prvním takovým je komplexní prenatalní vyšetření, které by mělo být provedeno nejpozději do 14. týdne gravidity (Skutilová, 2016). Těhotné ženě se zároveň s provedením pravidelného vyšetření vystaví těhotenský průkaz, kam se pravidelně zaznamenává průběh prenatalní péče a výsledky veškerých vyšetření (Unzeitig et al., 2010). S tímto vyšetřením by měl být těhotné ženě

následně nabídnut screening nejčastějších morfologických a chromosomálních vrozených vad plodu a poskytnuty informace o jeho provedení, důvodu a formě úhrady (GynUltrazvuk, 2019). Dalším nepravidelným vyšetřením je laboratorní vyšetření do 14. týdne těhotenství, při kterém se stanoví krevní skupina a Rh faktor ženy a screening antierytrocytárních protilátek (Marešová, Fiala, 2018). Porodní asistentka provede odběr glykémie nalačno, odebere venózní krev pro stanovení hematokritu, hladiny hemoglobinu, počtu erytrocytů, leukocytů a trombocytů (GynUltrazvuk, 2019). Zároveň také pro vyšetření protilátek proti syfilis a na serologické vyšetření viru HIV a HBsAg (Gregora, Velemínský, 2013). Dalším nepravidelným vyšetřením je provedení ultrazvukového vyšetření do 14. týdne těhotenství, kde lékař stanoví počet plodů a v případě, že se jedná o vícečetné těhotenství, určí chorionicitu a amnionicitu (Marešová, Fiala, 2018). Dále pak vitalitu plodů a jejich biometrii, při které je měřen parametr CRL (Procházka, Pilka, 2018). Pokud nebyla těhotná žena podrobena kombinovanému biochemickému a ultrazvukovému screeningu v prvním trimestru, podstoupí následně v 16. týdnu těhotenství biochemický screening vrozených vývojových vad (Marešová, Fiala, 2018). Ve 20. až 22. týdnu těhotenství lékař provede další ultrazvukové vyšetření, při němž opět stanoví počet plodů, jejich vitalitu a provede biometrii, při které změří BPD, HC, AC, a FL parametry (Marešová, Fiala, 2018). Provede zhodnocení morfologie plodu, vypočítá odhadovanou hmotnost plodu, lokalizuje placentu a určí množství plodové vody (GynUltrazvuk, 2019). Během 24. až 28. týdne těhotenství je těhotná žena podrobena orálně glukózo-tolerančnímu testu pro diagnostiku gestačního diabetu mellitu (Marešová, Fiala, 2018). Tento screening je dvoufázový (Procházka, Pilka, 2018). V prvním trimestru porodní asistentka těhotné ženě vyšetří glykémie nalačno (Gregora, Velemínský, 2013). Pokud jsou hodnoty glykémie nad 5,1 mmol/l, vyšetření se opakuje v odstupu několika dnů (Marešová, Fiala, 2018). Pokud jsou hodnoty nad 5,1 mmol/l i ve druhém vyšetření, tak není potřeba dalšího opakování a těhotná žena je odeslána do diabetologické poradny (Andělová, 2013). Jsou-li však ve druhém vyšetření hodnoty glykémie nižší než 5,1 mmol/l, je nutné těhotnou ženu odeslat na vyšetření OGTT (Marešová, Fiala, 2018). Vyšetření OGTT se provádí perorálně, kdy porodní asistentka těhotné ženě podá 75g glukózy nalačno (Roztočil, 2017). Porodní asistentka provede odběr žilní krve před podáním glukózy, 60 minut po podání a 120 minut po podání (Marešová, Fiala, 2018). Normální hodnoty glykémie nalačno jsou do 5,1 mmol/l, 60 minut po zátěži do 10mmol/l a 120 minut po zátěži pod 8,5 mmol/l (Procházka, Pilka, 2018). Za patologické se považuje

zvýšení alespoň jedné z těchto hodnot (Marešová, Fiala, 2018). Do 28. týdne těhotenství se u RhD negativních žen provádí antepartální profylaxe podáním Anti-D gamaglobulinu porodní asistentkou (Procházka, Pilka, 2018). Dalším nepravidelným vyšetřením je laboratorní vyšetření ve 28. až 34. týdnu těhotenství, při němž porodní asistentka odebírá těhotné ženě venózní krev pro stanovení hodnot hematokritu, hladiny hemoglobinu, počtu erytrocytů, leukocytů a trombocytů (Gregora, Velemínský, 2013). Znovu provede klinické a serologické vyšetření protilátek proti syfilis, HIV a HBsAg (GynUltrazvuk, 2019). Dále se u RhD negativní těhotné ženy, u které nebyla aplikována antiD profylaxe, provede screening nepravidelných antierytocitárních protilátek (Marešová, Fiala, 2018). Ve 30. až 32. týdnu těhotenství je proveden ultrazvukový screening plodu, při kterém lékař opětovně stanoví počet plodů, jejich vitalitu a umístění a provede se biometrické měření, také zjišťuje lokalizaci placenty a určí množství plodové vody (Procházka, Pilka, 2018). Během 35. až 37. týdne těhotenství lékař provede těhotné ženě vaginorektální stěr k detekci streptokoků skupiny B (Marešová, Fiala, 2018). Stěr se provádí jednou štětičkou z postranních stěn dolní třetiny pochvy a následně z rekta. Při pozitivním výsledku porodní asistentka poučí ženu o nutnosti příchodu k přijetí na porodní sál při začátku porodních bolestí nebo při odtoku plodové vody, aby jí mohla být provedena prepartální antibiotická profylaxe (GynUltrazvuk, 2019). A nakonec nejpозději od 40. týdne těhotenství je těhotná žena podrobena kardiokografickému non-stress testu, který má za úkol zjistit srdeční akci plodu a děložní činnost (Gregora, Velemínský, 2013).

1.2.4.1 Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad

Prenatální diagnostikou označujeme soubor vyšetření určených pro záchyt těhotných žen, u kterých je zvýšené riziko vzniku vrozené vývojové vady u plodu nebo u kterých se vrozená vada již vyskytuje (Gregora, Velemínský, 2013). Prenatální screeningová vyšetření kombinují vyšetření ultrazvukem a vyšetření krve (Skutilová, 2016). Metody pro provedení prenatálního screeningu vrozených vývojových vad se rozdělují na neinvazivní a invazivní (Marešová, Fiala, 2018). Jednou z používaných neinvazivních metod je kombinovaný biochemický a ultrazvukový screening, jehož zakladatelem je Kypros Nicolaides (Skutilová, 2016). Tento screening se provádí během prvního trimestru v období mezi 10. a 14. týdnem těhotenství. Využívá se pro zjištění rizika vrozené vývojové vady u plodu (Gregora, Velemínský, 2013). Součástí tohoto vyšetření je porodní asistentkou provedený odběr venózní krve těhotné ženy mezi 10. a 11.

týdnem na zjištění hodnoty free beta-hCG a také těhotenského placentárního proteinu A (Marešová, Fiala, 2018). Dva týdny po odběru krve následuje provedení ultrazvukového vyšetření, při kterém lékař měří nuchální translucenci (ztluštění záhlaví) u plodu (Gregora, Velemínský, 2013). Tento screening odhalí zhruba 90 % chromozomálních vrozených vývojových vad a 50 % vad strukturálních (Marešová, Fiala, 2018). Ve druhém trimestru se těhotné ženě, která nepodstoupila prvotrimestrální kombinovaný screening, provede biochemický screening, a to v 15. až 18. týdnu těhotenství (Marešová, Fiala, 2018). Nejdříve se z krve těhotné ženy zkoumají hodnoty alfafetoproteinu, choriového tropinu a volného estriolu, které se společně s jejím věkem zhodnotí a stanoví se výsledné riziko ohrožení plodu vrozenými vývojovými vadami (Gregora, Velemínský, 2013). Tento screening zkoumá riziko chromozomálních vad, jako je Downův syndrom, Edwardův syndrom a Opitzův syndrom, dále zkoumá defekty neurální trubice a otevřenou spinu bifidu (Procházka, Pilka, 2018). Pro přesnější stanovení diagnózy, u pozitivitu tohoto testu, je nutno doplnit ho o aminocentézu a specializované ultrazvukové vyšetření (Gregora, Velemínský, 2013). Nejlepší používanou metodou pro zjištění chromozomálních vad je integrovaný screening. Jedná se o spojení a vyhodnocení výsledků ve speciálním počítačovém programu, a to z prvotrimestrálního kombinovaného screeningu, biochemického screeningu ve druhém trimestru a věku těhotné ženy (Marešová, Fiala, 2018). Pro těhotné ženy, které nepodstoupily ultrazvukové vyšetření v prvním trimestru je vhodný sérum integrovaný biochemický test (Marešová, Fiala, 2018). Jedná se o dva provedené odběry krve k biochemickému vyšetření (Centrum lékařské genetiky, 2019). První odběr se provádí v prvním trimestru, při němž porodní asistentka odebere venózní krev pro zjištění hodnot na těhotenský placentární protein A. Druhý odběr porodní asistentka provede ve druhém trimestru těhotenství. Ten je zaměřen na hodnoty alfafetoproteinu, choriového gonadotropinu a volného estriolu (Marešová, Fiala, 2018). Změření nuchální translucence je vynecháno (Centrum lékařské genetiky, 2019). V případě přání těhotné ženy nebo z lékařské indikace se provádí sekvenční integrovaný test, který se však nedoporučuje z důvodu vysokých nákladů (Marešová, Fiala, 2018). Tento test se skládá z kombinovaného testu zaměřeného na hodnoty těhotenského placentárního proteinu A a volné beta podjednotky choriového gonadotropinu. Lékař dále provede ultrazvukové vyšetření nuchální translucence, kdy při pozitivě výsledku je těhotné ženě doporučeno následně podstoupit invazivní vyšetření karyotypu a při negativě je odeslána na další fázi tohoto screeningu, a to podstoupení biochemického screeningu (Marešová, Fiala,

2018). Při pozitivním výsledku biochemického screeningu je těhotné ženě opět doporučeno podstoupení invazivního vyšetření karyotypu (Centrum lékařské genetiky, 2019). Jednou z nejpoužívanějších invazivních metod je amniocentéza neboli odběr plodové vody prováděný lékařem na základě genetické indikace v 15. až 18. týdnu těhotenství (Gregora, Velemínský, 2013). Jde o zákrok, kterým se pod ultrazvukovou kontrolou tenkou jehlou přes břišní stěnu odebere asi 20 mililitrů plodové vody za účelem genetického vyšetření (Gregora, Velemínský, 2013). Rizikem této metody je odtok plodové vody, vyvolání předčasného porodu a nechtěná ztráta těhotenství (Marešová, Fiala, 2018).

Další metodou je Kordocentéza, která se provádí pouze výjimečně na specializovaných pracovištích (Marešová, Fiala, 2018). Při tomto vyšetření je pod ultrazvukovou kontrolou lékařem napíchnut pupečník plodu (Gregora, Velemínský, 2013). Tato metoda je proveditelná od 20. týdne těhotenství a nejčastějším důvodem provedení je nejasný výsledek aminocentézy, pozdní zjištění závažné vrozené vývojové vady během ultrazvukového vyšetření nebo se tímto způsobem může zjistit krevní skupina a Rh faktor plodu, pokud je ohrožován protilátkami od Rh negativní matky (Gregora, Velemínský, 2013). Mezi invazivní metody řadíme také biopsii chorionových klků, kdy se pod ultrazvukovou kontrolou lékařem odebere tenkou jehlou vzorek tkáně (Gregora, Velemínský, 2013). Riziko komplikací je zhruba stejné jako u amniocentézy (Marešová, Fiala, 2018). Provádí se od 10. do 12. týdne těhotenství a indikace k provedení jsou obdobné jako u amniocentézy (Gregora, Velemínský, 2013).

1.2.5 Předporodní příprava

Předporodní příprava je součástí nejen prenatální péče v prenatálních poradnách, ale také součástí předporodních kurzů, které jsou vedeny porodními asistentkami, laktačními poradkyněmi, lékaři, novorozeneckými sestrami, psychology, rehabilitačními pracovníky a dalšími odborníky (Dušová, et al., 2019b). Zahrnují psychoprofylaktickou přípravu k porodu a těhotenský tělocvik (Dušová, et al., 2019a). Důležitá součást předporodní přípravy je příprava těhotné ženy na fyzické a psychické změny v průběhu těhotenství a po porodu. Měla by připravit těhotnou ženu na porod, zmírnit strach z porodních bolestí a připravit ji na mateřství. Během předporodní přípravy je těhotná žena poučena o výživě, výběru porodnice a výbavě do porodnice. Taktéž o samotném průběhu porodu, šestinedělí, péči o novorozence a kojení. Součástí

jsou také různá speciální cvičení pro snazší průběh porodu a následného šestinedělí (Gregora, Velemínský, 2013).

Hlavním cílem předporodní přípravy je zmírnění stresu, příprava těhotné ženy na porod a posílení vztahů mezi budoucími rodiči a potomkem (Dušová, et al., 2019b). Prohloubení emocionálního pouta budoucích rodičů k plodu je velice důležité. Zejména ze strany otcovské části rodiny, kde bývá větší omezenost ve vztahu mezi ním a plodem (Göbel, et al. 2019).

Porodní asistentka by měla těhotnou ženu povzbuzovat a udržovat v pozitivním způsobu myšlení (Dušová et al., 2019a). V Austrálii vznikla v roce 2019 studie, kde se autoři rozhodli vytvořit inovativní vzdělávací program pro porod, který je podložen teorií salutogeneze. Dalším důležitým krokem tohoto vzdělávacího programu bylo zhodnocení jeho vlivu na pocit soudržnosti žen. Autoři této studie označují těhotenství jako ideální čas na to, aby se těhotná žena zaměřila na podporu zdraví, a to nejen tedy psychickou, ale i fyzickou. Zaměření na podporu zdraví v těhotenství může mít dopad nejen na současné těhotenství, ale může také vytvořit základ pro zlepšení celkového zdraví pro matku a dítě po porodu. Nyní se připravují další publikace pro zhodnocení kvality těchto vzdělávacích programů (Davis et al., 2019).

V roce 2019 publikoval časopis *Maternal and Child Health Journal* studii, jejímž závěrem bylo, že jsou těhotné ženy nedostatečně informovány v problematice edukace o výživě, cvičení a aktivitě v těhotenství během předporodní přípravy, a to má značný vliv na jejich velkém procentuálním přírůstku hmotnosti během těhotenství (Baruth, et al, 2019).

1.3 Role porodní asistentky v prenatální péči

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 uznávaná 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. Vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního

porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a 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 péče o dítě. Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek (International Confederation of Midwives, 2017).

Mezi nejdůležitější úkoly porodní asistentky v prenatální péči patří pravidelné vyhodnocování fyzického stavu gravidní ženy, identifikace a přehodnocování rizikových faktorů, edukace ženy o samostatné péči, o průběhu vyšetření, o správné životosprávě, přípravě na porod a měla by pomoci jí a její rodině s přípravou na příchod novorozence (Bašková, 2015).

1.3.1 Edukace porodní asistentkou v prenatální poradně

Edukaci můžeme chápat jako učební proces, při kterém se snažíme o změnu kvality života u vzdělávaného jedince. Jde o naučení jedince vyrovnat se s pro něj nově vzniklou situací (Řehořová, 2007). Edukace jako taková má význam nejen pro zdravotníka, ale i pro samotnou klientku, u které nám zvyšuje její spokojenost a zajišťuje kontinuitu péče (Dušová et al., 2019a).

V několika prvních návštěvách prenatální poradny je těhotná žena porodní asistentkou vzdělávána ve všech směrech (Lockwood, et al., 2019). Porodní asistentka provede ženu těhotenskou poradnou a předporodními kurzy, připraví ženu na porod a příchod dítěte, konzultuje se ženou její předporodní plán, podporuje ženu v náročných situacích, nabízí možnosti těhotenského cvičení a masáží a podporuje zdravé těhotenství (Unie porodních asistentek, 2017). Také sleduje stav plodu v děloze, rozpoznává možná rizika a v případě zjištění rizik upozorňuje lékaře (Čermáková, 2017). Edukace klientky porodní asistentkou zajišťuje kontinuitu péče a má preventivní účinek pro výskyt komplikací, motivuje ženu k potřebným aktivitám, zajišťuje její spolupráci a poskytuje jí důležité informace (Dušová et al., 2019b). Porodní asistentka musí vědět, co chce svou cílenou edukací své klientce předat. Měla by být vzdělávána v nejnovějších trendech a musí umět důsledně vysvětlit všechny informace, které chce pacientce předat

(Dušová et al., 2019a). Porodní asistentka má důležitou pozici pro poskytování informací o výživě v těhotenství. Vzdělávání těhotné ženy v této problematice má pozitivní vliv na fyziologický průběh jejího těhotenství (Arrish et al., 2016). Vhodně zvolená výživa těhotné ženy vede ke správnému vývoji plodu, má také vliv na délku těhotenství a prevenci vrozených vývojových vad (Dušová et al., 2019a). Jídelníček ženy v období těhotenství by měl obsahovat především velké množství potravin bohatých na základní živiny (Dušová et al., 2019b). Nutné je ale také dbát na nutriční stav ženy ještě před otěhotněním (Dušová et al., 2019a). Obecně by těhotná žena měla klást důraz na konzumaci ovoce, zeleniny, celozrnných produktů, mléčných výrobků a lehce stravitelného masa, jako je například drůbeží, králičí nebo ryby (Dušová et al., 2019b). Těhotné ženě je doporučeno jíst nejméně pět menších porcí denně. Nejvíce kalorií by však měla obsahovat snídaně a oběd, oproti tomu nejméně kalorií by měla obsahovat večeře (Velemínský, 2017). Průměrně by se energetický příjem těhotné ženy měl pohybovat okolo 2400 kcal denně (Hájek, 2014). Zvýšenou péči by porodní asistentka měla věnovat těhotným ženám, které postihuje onemocnění zažívacího traktu a jiné zdravotní důvody omezující určité potraviny, jako je například celiakie, fenylketonurie nebo potravinová alergie. Určitou péči by porodní asistentka měla věnovat i těhotným ženám s alternativním způsobem výživy, které by měly upravit svůj jídelníček tak, aby byl zajištěn správný vývoj plodu. Jedná se především o veganky, vegetariánky a makrobiotičky (Dušová et al., 2019a).

Mezi důležité složky výživy patří v první řadě bílkoviny. Bílkoviny jsou zdrojem energie a napomáhají správnému růstu plodu a vývoji placenty. Bílkoviny se také podílejí na syntéze hormonů, enzymů a protilátek (Dušová et al., 2019b). Doporučená dávka přísunu bílkovin je 1,3 g/kg denně (Hájek, 2014). Dalším významným zdrojem energie jsou tuky. Tuky obsahují esenciální mastné kyseliny a vitamíny a mají vliv na vývoj mozku plodu a snižují riziko nízké porodní hmotnosti (Dušová et al., 2019b). Doporučená denní dávka v těhotenství je 90 g (Dušová et al., 2019a). Těhotná žena by také neměla zapomínat na užívání dostatečného množství sacharidů, které jsou hlavním zdrojem energie. Jejich doporučená dávka činí 321 g denně (Dušová et al., 2019b). Pro ochranu před tvorbou hemoroidů a vznikem onemocnění trávicího traktu je pro těhotnou ženu vhodné konzumovat potraviny bohaté na vlákninu (Dušová et al., 2019a). Důležitou minerální látkou pro tvorbu kostí a zubů je vápník. Ten také působí na správnou činnost nervového systému a správnou funkci krevního oběhu. Doporučené

množství je 100 mg denně (Swinneyová, Andersonová, 2011). Vápník má rovněž preventivní účinky na vznik těhotenských křečí a na předčasný porod (Dušová et al., 2019a). Pro dobré vstřebávání vápníku je nutné, aby těhotná žena přijímala v dostatečné míře hořčík, jehož denní spotřeba by se měla pohybovat mezi 300 a 400 mg denně (Hájek, 2014). Nezbytný je také příjem železa, který je důležitý pro správný růst a neurologický vývoj plodu. Jeho doporučená denní dávka je 20 mg (Dušová et al., 2019b). Jód je další minerální látkou, které by měla mít těhotná žena dostatek. Minimální doporučená denní dávka je 100 µg (Hájek, 2014). Jód je důležitý pro správnou činnost štítné žlázy a je důležitý pro správný vývoj mozku plodu (Dušová et al., 2019a). V neposlední řadě je důležitá kyselina listová. Ta omezuje výskyt vývojových vad (Velemínský, 2017). V první polovině těhotenství by se denní dávka kyseliny listové měla pohybovat okolo 400 µg a ve druhé 800 µg (Hájek, 2014). Důležité je, aby těhotná žena doplnila svůj jídelníček o dostatečný příjem tekutin, který by se měl pohybovat od 2 do 2,5 l tekutin za den (Velemínský, 2017).

Porodní asistentka těhotnou ženu informuje o důležitosti pohybové aktivity v průběhu těhotenství. Cvičení má za cíl udržení organismu těhotné ženy v kondici, správný vývoj plodu a také přípravu na porod (Hudáková, 2017). Mezi vhodné pohybové aktivity v těhotenství patří plavání, které zatěžuje svaly celého těla a prohlubuje dýchání (Dušová et al., 2019b). Dalším vhodným sportem je gravidjóga, která pomáhá těhotné ženě uvolnit tělo a zklidnit mysl (Hudáková, 2017). Těhotné ženě může porodní asistentka doporučit i speciální cvičení v těhotenství, kterým je těhotenská gymnastika, při níž se těhotná žena snaží posílit některé svalové skupiny, nacvičí si způsoby relaxace, naučí se správnému dýchání a připraví se na porod (Dušová et al., 2019a). Dalšími vhodnými sporty jsou jízda na kole, pilates a pravidelné procházky (Hudáková, 2019). Nevhodnými pohybovými aktivitami jsou oproti tomu například jízda na koni, míčové sporty, adrenalinové sporty a akrobacie (Dušová et al., 2019a). Těhotná žena by měla být během prenatální péče porodní asistentkou edukována o možnosti pohlavního styku, který je u fyziologického průběhu těhotenství možný v celém trvání těhotenství (Hájek, 2014). Cestování v těhotenství není zakázáno. Porodní asistentka by však měla těhotnou ženu poučit o tom, že během prvních třech měsíců je při cestování zvýšené riziko potratu a v posledních měsících předčasného porodu (Velemínský, 2017). Těhotná žena by měla dát přednost krátkému cestování a z hromadné dopravy by měla upřednostňovat jízdu vlakem, kde má možnost volného pohybu a přístupu k toaletě

(Hájek, 2017). V neposlední řadě by porodní asistentka měla těhotnou ženu poučit o užívání návykových látek, alkoholu a tabákových výrobků v těhotenství. Užívání návykových látek má za možný následek vznik vývojových vad plodu, potrat nebo abstinenční syndromy u novorozence (Velemínský, 2017). Nikotin má negativní účinek na průtok krve v placentě. Novorozenci kuřáček mívají nízkou porodní hmotnost, častěji umírají na syndrom náhlého úmrtí a častěji se u nich postupem života objevuje astma nebo respirační infekce (Hájek, 2014). Důležitým tématem je také tělesná hygiena. Porodní asistentka by těhotnou ženu měla poučit o nepoužívání dráždivých mýdel. Upřednostňuje se sprchování před koupelí, přičemž voda by neměla přesáhnout 37 °C (Velemínský, 2017).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Zjistit, jaká je úroveň informovanosti žen navštěvujících prenatální poradny a nakolik sdělovaným informacím rozumí.

2.2 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1: Jakým způsobem porodní asistentka edukuje těhotné ženy v prenatální poradně?

Výzkumná otázka 2: Jak ženy podávaným informacím rozumí?

2.3 Operacionalizace pojmů

Edukace je pojem, jenž je podle Průchy (2009) používáný jako termín zahrnující pojem výchova a vzdělávání.

Informace je obecně jakékoliv sdělení, zpráva či údaj, v odborné terminologii kvantifikovatelná veličina vyjadřující míru entropie systému a její změny, kvalitu přenosu obsahu sdělení, strukturální jednotku umožňující interakci přirozených struktur a jejich vývoj.“ (Nešpor, 2018).

Těhotná žena je podle definice Medical Dictionary (© 2020) žena, která nosí v těle oplodněné vajíčko.

Porodní asistentka je podle International Confederation of Midwives (©2017) definována jako osoba, která úspěšně ukončila vzdělávací program porodní asistence a kdo prokazuje způsobilost v praxi porodní asistence.

Prenatální poradna instituce a místo, které poskytuje prenatální péči. Prenatální péče je podle MedicineNet (©2020) zdravotní péče, kterou těhotné ženě poskytuje porodník nebo porodní asistentky.

3 Metodika

3.1 Metodika a technika výzkumu

Pro výzkumnou část této bakalářské práce byla zvolena kvalitativní metoda. Sběr dat byl proveden pomocí individuálních polostrukturovaných rozhovorů, které byly realizovány pomocí předem připravených otevřených otázek. Rozhovory se skládaly ze sedmnácti základních otázek a několika doplňujících podotázek, jejichž cílem bylo získání více podkladů pro bakalářskou práci. Rozhovory probíhaly se třinácti těhotnými ženami. U některých z nich se uskutečnily v jejich domácím prostředí, kde jsme se snažili o vytvoření klidného prostředí a zamezení vzniku rušivých elementů. U některých těhotných žen byl proveden rozhovor přes Skype nebo Messenger z důvodu vládou nařízené celostátní karantény. Kritériem pro zvolení výzkumného souboru bylo provedení individuálních polostrukturovaných rozhovorů s těhotnými ženami, které docházejí do prenatální poradny. Rozhovory byly nahrávány na audiozáznam, ze kterého byl následně pořízen doslovný přepis. Tento přepis byl poté anonymizován, aby nebylo možné na jeho základě informantky identifikovat. Pro zachování anonymity byly informantky označeny zkratkami T1 až T13. Zpracování a analyzování dat probíhalo pomocí otevřeného kódování, konkrétně pomocí metody papír a tužka (Šed'ová et al., 2014). Odpovědi byly seřazeny do tří hlavních kategorií a sedmi podkategorií. V podkategoriích jsou použity odpovědi informantek i v podobě přímých citací, které jsou označeny kurzivou.

Rozhovory byly uskutečněny po předchozí domluvě s informantkami. Bylo jim vysvětleno téma a cíl práce a zajištěno anonymní využití podaných informací. Na tomto základě podaly ústní souhlas, který byl nahrán pomocí audiozáznamu během rozhovoru. Sběr dat probíhal od března do dubna 2020.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo celkem třináct informantek. Anonymní individuální polostrukturované rozhovory byly vedeny s těmito všemi těhotnými ženami, které docházely do prenatální poradny v Broumově a v Českých Budějovicích. U informantek s označením T1 až T13 jsem zjišťovala způsob jejich informování v průběhu prenatální péče a úroveň jejich informovanosti.

4 Výsledky výzkumu

4.1 Identifikační údaje informantek

Tabulka 1. Identifikační údaje dotazovaných těhotných žen

Informantky	Věk	Rodinný stav	Vzdělání	Obor
T1	21	Svobodná	Ukončené středoškolské vzdělání s vyučením	Cukrář
T2	26	Vdaná	Vyšší odborné vzdělání	Diplomovaná všeobecná sestra
T3	22	Svobodná	Ukončené středoškolské vzdělání s vyučením	Aranžér
T4	22	Svobodná	Ukončené středoškolské vzdělání s maturitou	Všeobecné gymnázium
T5	24	Vdaná	Ukončené středoškolské vzdělání s vyučením	Kuchař/Číšník
T6	26	Vdaná	Vysokoškolské vzdělání	Logistika
T7	24	Vdaná	Ukončené středoškolské vzdělání s vyučením	Kuchař/Číšník
T8	26	Svobodná	Ukončené středoškolské vzdělání s maturitou	Všeobecné gymnázium
T9	26	Vdaná	Ukončené středoškolské vzdělání s maturitou	Všeobecné gymnázium
T10	29	Vdaná	Vysokoškolské vzdělání	Ekonomie
T11	27	Vdaná	Ukončené středoškolské vzdělání s maturitou	Všeobecné gymnázium
T12	30	Vdaná	Vyšší odborné vzdělání	Multimediální tvorba
T13	26	Svobodná	Ukončené středoškolské vzdělání s vyučením	Masér

Zdroj: vlastní

Komentář k tabulce 1

Znázorňuje osobní údaje třinácti těhotných žen, které docházely do prenatalních poraden v Broumově a v Českých Budějovicích. Všechny z těchto žen jsou v současné době na mateřské dovolené. Nejmladší informantce je 21 let a nejstarší 31 let. Nejnižší dosažené vzdělání informantek je ukončené středoškolské vzdělání s vyučením a nejvyšší je vysokoškolské vzdělání.

Tabulka 2. Konkrétní data informantek o těhotenství

Informantky	Těhotenství	Porod	Týden těhotenství	Průběh těhotenství
T1	I.	I.	37+5 tt.	Fyziologický
T2	II.	II.	25+0 tt.	Vývojová vada srdce
T3	I.	I.	22+0 tt.	Únava, cefalea, obstipace
T4	II.	II.	21+3 tt.	Fyziologický
T5	II.	II.	27+0 tt.	Fyziologický
T6	I.	I.	33+2 tt.	Fyziologický
T7	III.	I.	34+2 tt.	Fyziologický
T8	II.	II.	30+0 tt.	Fyziologický
T9	II.	II.	35+0 tt.	Fyziologický
T10	I.	I.	30+0 tt.	Fyziologický
T11	I.	I.	25+1 tt.	Nadměrná únava, cefalea
T12	II.	II.	38+5 tt.	Fyziologický
T13	I.	I.	32+3 tt.	Fyziologický

Zdroj: vlastní

Komentář k tabulce 2

Znázorňuje četnost těhotenství a počet porodů. Rovněž týden těhotenství, ve kterém se informantka nacházela v době provedení výzkumu. Také zobrazuje možné komplikace těhotné ženy v průběhu těhotenství, případně vývojové vady.

Informantka T1 je svobodná 21 letá žena, která má ukončené středoškolské vzdělání s vyučením v oboru cukrář. Je poprvé těhotná a poprvé bude rodit, nyní se nachází ve 37+5 týdnu těhotenství. Průběh těhotenství je fyziologický.

Informantka T2 je vdaná. Je jí 26 let a má ukončené vyšší odborné vzdělání v oboru diplomovaná všeobecná sestra. Tato informantka je podruhé těhotná a podruhé bude rodit. Nyní je ve 25+0 týdnu těhotenství a má diagnostikovanou vývojovou vadu srdce, má aneurisma na aortě a dvojcípou aortální chlopeň. Dochází na specializovaná kardiologická pracoviště.

Informantka T3 je svobodná 22 letá žena. Má vystudované středoškolské vzdělání s vyučením v oboru aranžér, je poprvé těhotná a nyní je ve 22+0 týdnu těhotenství. V průběhu těhotenství uvedla, že trpí bolestmi hlavy, zácpou a je velmi unavená.

Informantka T4 je svobodná. Její věk je 22 let. Má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou na čtyřletém gymnáziu. Informantka je podruhé těhotná a bude rodit rovněž podruhé. Nyní je ve 21+3 týdnu těhotenství. Průběh jejího těhotenství je fyziologický.

Informantka T5 je vdaná. Je jí 24 let, má ukončené středoškolské vzdělání s vyučením v oboru kuchař, číšník. Je podruhé těhotná a rodit bude též podruhé, nyní se nachází ve 27+0 týdnu těhotenství. Průběh jejího těhotenství je fyziologický, bez komplikací.

Informantka T6 je vdaná 26 letá žena. Dosáhla vysokoškolského vzdělání v oboru logistika s titulem Bc. Je poprvé těhotná a nyní je ve 33+2 týdnu těhotenství. Její těhotenství probíhá fyziologicky.

Informantka T7 je vdaná. Dovršila věku 24 let a má ukončené středoškolské vzdělání v oboru kuchař, číšník. Tato informantka je potřetí těhotná, bude však rodit poprvé. Nyní se nachází ve 34+2 týdnu těhotenství. Průběh těhotenství udává bez komplikací, tudíž fyziologický.

Informantka T8 je svobodná 26 letá žena. Má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou na čtyřletém gymnáziu. Informantka je podruhé těhotná a rodit bude rovněž podruhé. Stáří nynějšího těhotenství udává 30+0 týdnů. Její těhotenství má fyziologický průběh.

Informantka T9 je vdaná. Dovršila věku 26 let. Má ukončené středoškolské vzdělání s maturitou na osmiletém gymnáziu. Je podruhé těhotná, bude rodit podruhé. Uvádí, že stáří jejího současného těhotenství je 35+0 týdnů. Průběh těhotenství je fyziologický.

Informantka T10 je vdaná. Její věk je 29 let. Má vysokoškolské vzdělání v oboru ekonomie s titulem Bc. Tato informantka udává první těhotenství, nyní ve 30+0 týdnu, které probíhá bez komplikací neboli fyziologicky.

Informantka T11 je vdaná 27 letá žena. Její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou na čtyřletém gymnáziu. Informantka je poprvé těhotná, nyní se nachází ve 25+1 týdnu těhotenství. Udává bolesti hlavy a nadměrnou únavu.

Informantka T12 je vdaná. Je jí 30 let. Absolvovala vyšší odborné vzdělání v oboru Multimediální tvorba. Je podruhé těhotná a bude rodit též podruhé. Informantka se nyní nachází ve 38+5 týdnu těhotenství a sdělila, že průběh jejího těhotenství je bez komplikací, tudíž fyziologický.

Informantka T13 je svobodná. Dověřila věku 26 let. Její vzdělání je středoškolské s vyučením v oboru masér. Informantka je poprvé těhotná. Stáří těhotenství udává 32+3 týdnů s fyziologickým průběhem.

4.2 Kategorizace dat

Tabulka 3. Seznam kategorií a podkategorií výzkumného šetření

Kategorie	Podkategorie
1. Prenatální poradna	a) Poskytovatelé prenatální péče, jejich odbornost a profesionální přístup
	b) Frekvence návštěv a obvyklý průběh návštěvy v prenatální poradně
2. Porodní asistentka	a) Důvěra v porodní asistentku a její přístup k těhotným ženám
	b) Způsob předávání informací těhotným ženám porodní asistentkou, zdroje informací těhotných žen
3. Prenatální péče	a) Znalost pojmu prenatální péče a její důležitost z pohledu těhotných žen
	b) Průběh těhotenství a absolvovaná vyšetření v průběhu prenatální péče
	c) Spokojenost těhotných žen s poskytovanou prenatální péčí

Zdroj: vlastní

Komentář ke kategoriím

1. Prenatální poradna – viz kapitola 2.3 Operacionalizace pojmů
2. Porodní asistentka – viz kapitola 2.3 Operacionalizace pojmů
3. Prenatální péče – viz kapitola 1.2 Prenatální péče

Kategorie 1 Prenatální poradna

Kategorie Prenatální poradna obsahuje 2 podkategorie a zabývá se tím, kdo poskytuje prenatální péči, jakou má odbornost a jak přistupuje k těhotným ženám. Popisuje frekvenci návštěv a obvyklý průběh návštěvy v prenatální poradně.

Podkategorie a) Poskytovatelé prenatální péče, jejich odbornost a profesionální přístup

V této podkategorii jsem se od všech informantek (T1 až T13) dozvěděla, že prenatální péče jim byla poskytována lékařem gynekologem a porodní asistentkou. Z toho vyplývá, že věděly, kdo je poskytovatelem prenatální péče. Z výzkumného šetření vyplynulo, že všechny informantky jsou spokojeny s odborností lékaře a porodní

asistentky, ne však s profesionálním přístupem. Informantka T10 si jako jediná stěžovala na neprofesionální chování ze strany lékařky: „*Přišlo mi, že paní doktorku otravuji svými otázkami. Opakovaně jsem se jí doptávala na užívání vitamínů v průběhu těhotenství a nikdy jsem nedostala uspokojující odpověď. Její přístup se mi zdál neprofesionální.*“ Informantka T6 si nestěžovala na odbornost poskytovatelů prenatální péče, ale na neprofesionální chování ze strany porodní asistentky: „*Odbornost porodní asistentky a lékaře je nesporně veliká, bohužel ale lehce chybí profesionální chování ze strany porodní asistentky. Je jasné, že ne vždy má člověk dobrý den, ale ať už se potýká s jakýmkoliv problémem, neměl by ho přenášet na ostatní, především pokud je v zaměstnání jako je toto. Chtěla bych jen více slušnějšího zacházení.*“

Podkategorie b) Frekvence návštěv a obvyklý průběh návštěvy v prenatální poradně

Všechny informantky (T1 až T13) docházely do prenatální poradny v pravidelných intervalech. Informantky (T3, T4) docházely do prenatálních poraden jednou do měsíce. Informantky (T2, T5, T8, T10, T11) uvedly, že do 23. týdne těhotenství docházely do prenatální poradny jednou za 4 týdny, po ní navštěvovaly poradnu jednou za 3 týdny. Frekvence návštěv u informantek (T6, T7, T9, T13) byla do 24. týdne těhotenství jednou do měsíce, do 32. týdne těhotenství každé tři týdny a následně docházely do prenatální poradny každé dva týdny. A nakonec informantky (T1, T12) od začátku těhotenství do 24. týdne těhotenství docházely do prenatální poradny jednou za 4 týdny, následně do 32. týdne každé tři týdny, do 36. týdne těhotenství navštěvovaly poradnu každé dva týdny a od 37. týdne těhotenství navštěvují prenatální poradnu jednou do týdne.

Porodní asistentka všem informantkám (T1 až T13) v prenatálních poradnách během každé návštěvy, jako součást vyšetření, odebrala moč a pomocí identifikačního papírku získala výsledky pH, bílkoviny v moči, krve v moči a glukózy. Změřila krevní tlak, pulz a zkontrolovala tělesnou hmotnost. U informantek (T1, T12) byl porodní asistentkou od 36. týdne těhotenství také natáčen CTG záznam. Poté byly těhotné ženy lékařem tázány na jejich současný stav, jak se cítí a zda netrpí nějakými komplikacemi. Lékař následně provedl vaginální vyšetření a doptal se na pohyby miminka. Informantky (T6, T7, T9, T12) uvedly, že se jim mimo jiné lékař zaměřil i na kontrolu otoků a přikládal důležitou váhu jejich psychickému stavu.

Kategorie 2 Porodní asistentka

Tato kategorie obsahuje dvě podkategorie a zahrnuje, jakou důvěru mají těhotné ženy v porodní asistentku a přístup porodní asistentky k těhotným ženám. Dalším důležitým aspektem byl způsob předávání informací těhotným ženám porodní asistentkou a zdroje informací, ze kterých těhotné ženy čerpaly.

Podkategorie a) Důvěra v porodní asistentku a její přístup k těhotným ženám

V této podkategorii bylo z výzkumného šetření zjištěno, že jedenáct těhotných žen má důvěru v porodní asistentku, která působí v prenatální poradně, kam ženy docházejí. Informantky (T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11) uvedly, že mají v porodní asistentku plnou důvěru. Informantky (T2, T3, T12) sdělily, že porodní asistentce sice důvěřují, protože věří v její odbornost, ale ne natolik, aby se jí svěřily se všemi problémy, vzhledem k jejímu přístupu a způsobu chování. Oproti tomu informantky (T1, T13) uvedly, že porodní asistentce nedůvěřují. Například informantka T13 uvedla: *„Důvěru v porodní asistentku bohužel nemám, vždy když přijdu do poradny, tak se ke mně chová, jako kdybych jí byla něčím nepříjemná, většinu času mi odsekává, a když se na něco důležitého zeptám, tak mě buď obrátí na pana doktora nebo mi odpoví skoro s křikem. Chápu samozřejmě, že je toho na ní určitě během týdne dost, ale lehký úsměv by neuškodil.“*

Dále jsem zjišťovala, jak porodní asistentka s těhotnými ženami v prenatální poradně komunikuje, jakým způsobem se jim věnuje a také to, jak sama sebe prezentuje. Informantky (T4, T5, T7, T8, T9, T10, T11) byly spokojeny s přístupem porodní asistentky. Informantka T4 sdělila: *„Porodní asistentka ke mně přistupuje vždy velice mile, ano občas má svoje nálady, asi jako každý člověk, ale nedá to na sobě znát. Velice se mi líbí, jak se opravdu zajímá o člověka. Nemá sebemenší problém s tím, že mám neskutečně mnoho dotazů a je schopna poradit mi i s věcmi, které s těhotenstvím nesouvisí.“* Informantka T7 uvedla: *„Péče jakou mi poskytuje porodní asistentka v poradně, kam docházím, mě drží na nohou, a to hlavně při nejzávažnějších situacích. Přijde mi, jako kdyby pokaždé věděla co mi říct, aby mě uklidnila, maximálně se mi věnuje a neumím si představit, kdyby tam se mnou nebyla.“* Také informantka T9 řekla: *„S porodní asistentkou jsem maximálně spokojená, je milá a ochotná.“* Informantka T11 popsala: *„Takhle přívětivou a empatickou porodní asistentku si člověk může jen přát, je to velice hodná a vzdělaná osoba. Je neskutečně ochotná, najde si čas na to, aby*

mi popsala vše důležité a nikdy se mi nestalo, že by mi nedokázala odpovědět nebo poradit.“ Ostatní informantky (T1, T2, T3, T6, T12, T13) se o přístupu porodní asistentky vyjádřily negativně. Informantka T1 sdělila: „Jediné co mi v prenatalní poradně nevyhovuje, je laxní postoj porodní asistentky. Představovala bych si, aby byla konkrétnější a více se mi věnovala. Přijde mi, jako by každá práce navíc pro ni znamenala obrovskou komplikaci a ztrátu času.“ Informantka T2 uvedla: „Porodní asistentka, která působí v prenatalní poradně, kam docházím, je k pacientkám velice nepřijemná. Člověk do poradny pokaždé dochází s vědomím, že dostane vynadáno za všechno, co provede. Chtěla bych, aby se mi více věnovala. Občas mám i touhu se jí zeptat na něco v souladu s těhotenstvím, ale po jedné zkušenosti, kdy na ní bylo vidět, že jí to vyloženě obtěžuje, se už raději na nic neptám.“ Informantka T3 uvedla: „Věřím tomu, že toho má porodní asistentka až nad hlavu, ale mohla by se mi jako poprvé těhotné ženě více věnovat. Stačilo by i jen kdyby se při příchodu usmála, hezky pozdravila nebo trochu s ochotou odpověděla na mnou kladené otázky. Bohužel toho se mi z její strany nedostává.“ Informantka T12 řekla: „Nelíbí se mi neochota ze strany porodní asistentky, většinu času je nepřijemná a člověk se na ní občas skoro bojí podívat.“

Podkategorie b) Způsob předávání informací těhotným ženám porodní asistentkou, zdroje informací těhotných žen

Tato podkategorie popisuje, jakou formou porodní asistentka v prenatalní poradně edukuje těhotné ženy o průběhu těhotenství a o průběhu prenatalní péče a z jakých zdrojů těhotné ženy čerpaly informace. V případě porodní asistentky jsou informace podávány ústně nebo formou letáčků a brožurek, které se týkají výživy v těhotenství, pohybových aktivit v těhotenství, léků a vyšetření v průběhu prenatalní péče. Informantkám (T1, T2, T3, T6, T7, T8, T9, T10, T11) byly informace porodní asistentkou podány pouze ústně. Informantky (T4, T5, T11, T12) uvedly, že jim byly kromě ústního podání informací nabízeny brožurky a letáčky (viz výše uvedeno). Pouze informantky (T5, T7, T11) byly porodní asistentkou informovány o možnosti docházení do prenatalních kurzů. Informantky (T2, T13) sdělily, že se jim porodní asistentka věnuje pouze minimálně, tudíž všechny informace spojené s těhotenstvím a prenatalní péčí získávají od lékaře gynekologa. Těhotné ženy také využily další doplňující zdroje informací. Informantky (T1, T2, T3, T5, T6, T7, T9, T10, T11, T12, T13) uvedly, že jejich hlavním doplňujícím zdrojem byly internetové stránky, žádná z nich však nebyla

schopná konkrétně vyjmenovat které. Informantky (T6, T7, T9, T11) si rovněž jako doplňující zdroj vybraly knihy s těhotenskou tematikou. Informantky (T3, T6, T7, T9, T11, T13) získávaly informace ještě od rodiny a známých. Informantky (T1, T11) využily k získání doplňujících informací mobilní aplikace. Pouze informantky (T4, T8) nevyhledávaly doplňující informace z jiných zdrojů. Informantka T4 v rozhovoru uvedla: „*Informace jsem získávala jen od lékaře a porodní asistentky, neměla jsem potřebu vyhledávat si informace z jiných zdrojů.*“ Oproti tomu informantka T6 sdělila: „*Bylo pro mě nezbytné vyhledávat si informace především z internetových zdrojů, také z knih a od rodiny, je to pro mě rychlejší a pohodlnější způsob získávání informací.*“ Informantka T7 řekla: „*Často si vyhledávám informace na internetu, asi jako každá těhotná žena. Koupila jsem si dokonce i knihy o těhotenství, které čteme společně s partnerem. Také mi spoustu vědomostí předaly kamarádky, které už děti mají.*“

Kategorie 3 Prenatální péče

Kategorie 3 Prenatální péče zahrnuje tři podkategorie, které se zaměřily na znalost pojmu prenatální péče, důležitost prenatální péče z pohledu těhotných žen a na obsah prenatální péče. Dále na průběh těhotenství a absolvovaná vyšetření těhotnou ženou v průběhu prenatální péče.

Podkategorie a) Znalost pojmu prenatální péče a její důležitost z pohledu těhotných žen

V této podkategorii jsem se zaměřila na to, jakou mají těhotné ženy znalost o samotném pojmu prenatální péče a zda je z pohledu těhotných žen prenatální péče důležitá. Informantky (T2, T5, T6, T7, T8, T9, T12) sdělily, že si pod pojmem prenatální péče představují péči o těhotné ženy v prenatálních poradnách. Uvedly také, že se nejedná jen o péči o samotnou těhotnou ženu, ale i o plod. Součástí prenatální péče by podle nich měla být především pravidelná kontrola stavu těhotné ženy a plodu. Informantky (T1, T4, T10, T11, T13) řekly, že pod pojmem prenatální péče se jim vybaví pouze docházení do prenatální poradny za účelem vyšetření souvisejících s těhotenstvím. Jediná informantka T3 uvedla: „*Bohužel nemám sebemenší zdání, co pojem prenatální péče znamená. Myslím si, že jsem snad ani nikdy nepřišla s tímto pojmem do styku.*“

Součástí této podkategorie byla i důležitost prenatální péče z pohledu těhotných žen. Výzkumným šetřením jsem zjistila, jaký vliv, smysl a důležitost má pro těhotné ženy poskytovaná prenatální péče. Všechny informantky (T1 až T13) se shodly, že prenatální

péče má pro ně velký význam, a to především, když se jedná o monitorování stavu plodu. Informantka T1 uvedla: „*Docházení do prenatalní poradny je pro mě velice uklidňující a nepostradatelné. Nejdůležitější je pro mě vědomí, že jsem v pořádku, a že i moje nenarozené miminko nestrádá. Díky pravidelným kontrolám v prenatalní poradně se cítím klidnější.*“ Informantka T5 prohlásila: „*V docházení do prenatalní poradny vidím velký smysl. To, že jsem pod pravidelnou kontrolou paní doktorky a porodní asistentky, mi udržuje pocit klidu.*“

Podkategorie b) Průběh těhotenství a absolvovaná vyšetření v průběhu prenatalní péče

Tato podkategorie popisuje průběh těhotenství u těhotných žen, a jaká absolvují vyšetření v průběhu prenatalní péče. Je zde popsáno, jak byly těhotné ženy během docházení do prenatalní poradny informovány o těhotenství samotném, o možných komplikacích a jejich řešení, o změnách v těhotenství, a také o pravidelných i nepravidelných vyšetřeních a jejich významu.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že informantky (T1, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T12, T13) byly po celý průběh těhotenství bez problémů a komplikací. Dokonce informantka T1 uvedla, že se od začátku těhotenství cítí šťastně a užívá si každý okamžik. Informantka T4 pronesla: „*Moje těhotenství má dosud skvělý průběh. Cítím se skvěle, nepocítuji žádné projevy nevolnosti a neobjevily se ani jiné problémy. Jsem moc spokojená.*“ Informantka T10 uvedla: „*Od začátku těhotenství mě vůbec nic netrápí, nic mě nebolí, netrpím nevolnostmi, otoky, můžu sníst, co se mi zachce a ani s vylučováním problém nemám. Nemůžu si stěžovat.*“ Naopak informantka T2 sdělila: „*Vzhledem k tomu, že mám vývojovou vadu srdce, mám aneurisma na aortě a dvojcípou aortální chlopeň, tak docházím i na jiná specializovaná kardiologická pracoviště. To je jediné co mě na průběhu nynějšího těhotenství lehce omezuje. Jinak celé těhotenství snáším dobře, všechno je bez komplikací, je mi dobře.*“ Informantka T3 řekla: „*Na začátku těhotenství jsem se necítila dobře, trápila mě velká únava a bolesti hlavy. Trpěla jsem také na zácpu. Nyní se už ale cítím lépe.*“ Informantka T11 sdělila: „*Od začátku těhotenství trpím bolestmi hlavy a silnou únavou. Po konzultacích s paní doktorkou se můj stav postupně zlepšuje.*“

Všechny informantky (T1 až T13) absolvovaly pravidelná vyšetření, jako je sběr anamnestických údajů, chemické vyšetření moči, kontrola krevního tlaku a kontrola tělesné hmotnosti, a to při každé návštěvě prenatalní poradny. Všechny informantky (T1

až T13) si vzpomněly i na vaginální vyšetření prováděné lékařem a na ultrazvuková vyšetření, která taktéž provedl lékař. Informantky dále uvedly, že jim byla v průběhu těhotenství dvakrát nabírána venózní krev a byly poslány na test OGTT. Pouze informantky (T3, T4) nebyly doposud vystaveny testu OGTT, jelikož se tento test provádí až od 24. týdne těhotenství. Informantky (T2, T3, T4, T5, T11) nepodstoupily druhé laboratorní vyšetření venózní krve z důvodu nízkého stádia těhotenství. Informantky (T1, T3, T6, T10, T12, T13) v rozhovoru uvedly, že porodní asistentkou nebyly edukovány o důvodu pravidelných kontrol tělesné hmotnosti, krevního tlaku ani o chemickém vyšetření moči. Informantky (T1, T3, T13) nebyly porodní asistentkou informovány o důvodu odběru venózní krve v těhotenství. Informantka T3 uvedla: *„Dostala jsem do ruky pouze žádanku se slovy, dojděte si na krev a to bylo vše.“* Nicméně všechny informantky (T1 až T13) byly porodní asistentkou řádně edukovány o provedení testu OGTT. Informantka T5 popsala v rozhovoru průběh vyšetření: *„Porodní asistentka mi doporučila, abych den před testem nejedla nic sladkého a od půlnoci nejedla, nepila a nekouřila vůbec. Informovala mě, že mi bude odebrána krev z žíly a když budou hodnoty v pořádku, tak vypiju sladký roztok a po jeho vypití mi budou krev odebírat ještě dvakrát. Pokud by hodnoty prvního odběru nebyly v pořádku, tak bych musela přijít ještě jednou v jiný den. Informovala mě také o tom, že kdyby hodnoty nebyly opětovně v pořádku, tak by mi byla stanovena těhotenská cukrovka.“*

Z výzkumného šetření také vyplynulo, že informantky (T4, T5, T7, T8, T11, T12) byly porodní asistentkou v průběhu prenatální poradny edukovány o výživě v těhotenství. Informantky (T2, T5, T8, T11) uvedly v rozhovoru, že porodní asistentkou byly edukovány o možnosti užívání kyseliny listové a vhodných vitamínů pro správný vývoj těhotenství. Informantkám (T4, T5, T7, T11) byla edukace rozšířena o informace týkající se možné pohybové aktivity a odpočinku v průběhu těhotenství. Informantka T10 uvedla: *„Na informace týkající se pohybu v těhotenství jsem se musela porodní asistentky doptat, sama mi tyto informace neposkytla.“* Pouze informantky (T5, T7, T11) porodní asistentka edukovala o možnosti využití prenatálních kurzů. Nejvíce informantek (T3, T4, T5, T6, T7, T9, T10, T12, T13) bylo v průběhu prenatální péče porodní asistentkou edukováno o neužívání návykových látek, alkoholu a tabákových výrobků v těhotenství. Informantka T6 sdělila: *„Abych se přiznala, tak jediné na co mě porodní asistentka upozornila, bylo, abych v průběhu těhotenství nekouřila, ale jiné informace, třeba o tom, co jíst v těhotenství nebo celkově jak se mám chovat, mi vůbec*

nepodala.“ O hygieně v těhotenství byla edukována pouze jedna informantka (T7), která byla rovněž jako jediná porodní asistentkou edukována o provozování pohlavního styku v průběhu těhotenství. Informantkám (T5, T7, T11) byla popsána těhotenská průkazka, kde je porodní asistentka informovala o důležitosti těhotenské průkazky, o záznamech, které budou v průběhu těhotenství do těhotenské průkazky vedeny. Informantka T7 uvedla: „*Na začátku těhotenství mi porodní asistentka kladla na srdce, abych se šetřila a nezvedala těžké věci. Vysvětlila mi i jak se stravovat, a že bych měla přestat kouřit. Bylo mi řečeno, abych se nekoupala ve vaně a upřednostnila sprchu a také, abych se během prvních týdnů těhotenství vyvarovala pohlavnímu styku. Asi ve 13. týdnu těhotenství mi porodní asistentka ukázala těhotenskou průkazku a popsala mi, co se do ní bude zaznamenávat během každé kontroly. Vzpomínám si, že se mi zmínila i o možnosti docházení do prenatálních kurzů, ale ty jsem nevyužila.*“ Informantka T11 sdělila: „*Na začátku těhotenství mi porodní asistentka popsala těhotenskou průkazku. Podala mi informace o vyšetření moči, kde se hlídá hodnota bílkovin v moči, vyšetření krevního tlaku a hlídání váhového přírůstku. Porodní asistentka mě také poučila o tom, že bych měla jíst více zeleniny a zdravých potravin a doporučila mi užívání femibionu v těhotenství. Pamatuji si, že mi říkala, že bych měla chodit na krátké procházky, abych byla na čerstvém vzduchu, a že bych neměla provozovat náročnější sportovní aktivity.*“ Pouze informantka (T1) uvedla: „*Porodní asistentka ani lékař mi nepodali žádné informace o tom, jak bych se měla v průběhu těhotenství chovat. Věřím ale tomu, že sama instinktivně vím, co by se v těhotenství mělo dělat.*“

Podkategorie c) Spokojenost těhotných žen s poskytovanou prenatální péčí

Tato podkategorie obsahuje názory těhotných žen na spokojenost s množstvím podávaných informací a poskytovaných vyšetření. Z rozhovorů vyplynulo, že informantky (T1, T3, T12, T13) nebyly spokojeny s množstvím podávaných informací v průběhu prenatální péče. Informantka T1 uvedla: „*S podáváním informací spokojená nejsem, bohužel si většinu informací musím vyhledávat z jiných zdrojů a myslím si, že by to ani nebylo zapotřebí, kdyby se zdravotnický personál začal o trochu více věnovat především prvorodičkám.*“ Informantky (T2, T6, T10, T11) jsou s četností podaných informací v prenatální poradně spokojené, ale jak samy uvedly, věří, že by jim mohlo být podáno více informací. Informantka T11 sdělila: „*Podávání informací v průběhu prenatální péče určitě není malé, ale vzhledem k tomu, že jsem prvorodička, tak bych si představovala, aby se mi více věnovali. Přejde mi, že podávané informace jsou více*

méně poloviční. Co se týče vyšetření, tak věřím tomu, že je mi poskytována plná péče. Nejsem si vědoma toho, že by mi nebylo provedeno jakékoliv důležité vyšetření.“

Z analýzy rozhovorů také vyplynulo, že informantky (T4, T5, T7, T8, T9) byly s množstvím podávaných informací porodní asistentkou a lékařem spokojeny. Informantka T4 dokonce sdělila, že s poskytovanými informacemi je velmi spokojená.

„Jsou mi podány všechny informace, co potřebuji. Pokud tomu tak není, protože chápu, že ne na všechno si člověk v danou chvíli vzpomene, tak se doptám a vždy je mi srozumitelně odpovězeno.“

5 Diskuse

Cílem bakalářské práce s názvem „Těhotná žena v prenatální péči“ bylo zjistit, jaká je úroveň informovanosti žen navštěvujících prenatální poradny, a nakolik sdělovaným informacím rozumí. Rovněž byly položeny dvě výzkumné otázky: Jakým způsobem porodní asistentka edukuje těhotné ženy v prenatální poradně? Jak ženy podávaným informacím rozumí?

Kvalitativní výzkumné šetření vytvořilo výzkumný soubor sestávající z 13 těhotných žen, které docházejí do prenatální poradny. Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí individuálních polostrukturovaných rozhovorů. Všechny informantky (T1 až T13) se snažily odpovídat co nejpřesněji a vyjadřovat se, pro ně odpovídajícím způsobem. U informantek hrálo velkou roli, v jakém byly momentálním psychickém a fyzickém stavu. Záleželo také na prostředí, ve kterém byl individuální polostrukturovaný rozhovor veden. Důležitým aspektem bylo i jaké mají informantky rodinné zázemí, věk a vzdělání, počet dříve prodělaných těhotenství a porodů a v jak pokročilém stádiu těhotenství se nacházely v době rozhovoru.

Ve výzkumné části bakalářské práce bylo zkoumáno, kdo těhotným ženám v prenatální poradně podává informace o průběhu prenatální péče. Podle Hájka (2004a) by v prenatálních poradnách měly být těhotné ženy edukovány lékařem gynekologem a porodní asistentkou. Všechny těhotné ženy z výzkumného šetření (T1 až T13) potvrdily, že jim informace o průběhu prenatální péče poskytuje jak porodní asistentka, tak lékař gynekolog. Přičemž dvě informantky (T2, T13) v rozhovoru zdůraznily, že byly edukovány převážně lékařem gynekologem, porodní asistentka se jim věnovala pouze okrajově.

Dále jsem výzkumným šetřením zjišťovala, jakým způsobem byly těhotné ženy v prenatální péči edukovány, a to především z pozice porodní asistentky. Dušová (2019a) tvrdí, že by porodní asistentka v roli edukátora neměla pouze poskytovat strohé informace, ale snažit se o aktivní podporu učení a vytvoření podmínek, které přispějí těhotným ženám k dosažení co největšího zapojení do péče o své zdraví. Měla by tedy svou edukaci obohatit o různé informační materiály. V rozhovorech informantky uváděly, že edukace ze strany porodní asistentky proběhla vždy ústní formou. Ve čtyřech případech, konkrétně u informantek T4, T5, T11, T12, byla slovní edukace

podpořena poskytnutím edukačních materiálů, a to formou letáčků, či brožur s tematikou těhotenství. Z výzkumného šetření také vyplynulo, že si informantky byly často ze své iniciativy nuceny vyhledávat doplňující, ale i podstatné informace převážně z jiných zdrojů. V rozhovorech informantky nejčastěji udávaly zdroje internetové. Tyto zdroje využilo celkem jedenáct informantek, které je ohodnotily jako nejrychlejší a nejpohodlnější způsob pro vyhledávání informací. Dle mého názoru, by těhotné ženy měly spíše upřednostnit ověřené literární zdroje s těhotenskou tematikou. Myslím si, že čerpání z literárních zdrojů je kvalitnějším a validnějším způsobem sebeedukace, přesto je využily pouze čtyři informantky (T6, T7, T9, T11). Běžné internetové zdroje nemusí vždy být prověřeny specialisty z porodnictví a perinatální péče a mohou někdy poskytovat zavádějící informace. Druhým nejčastěji uváděným doplňujícím zdrojem informací byly rady, zkušenosti a postřehy ze strany rodiny a známých informantek. Tyto zdroje využilo šest informantek (T3, T6, T7, T9, T11, T13). Překvapivým zjištěním bylo to, že žádná z těhotných žen nevyužila možnosti vzdělávání se v perinatálních kurzech. Dušová (2019a) uvádí, že cílem předporodních kurzů pro těhotné ženy je individuální psychická a fyzická příprava, zaměřená především na odstranění úzkostných stavů, obav, strachu, zmírnění bolesti a navození pozitivního postoje k těhotenství a porodu. Myslím si, že perinatální kurzy jsou pro ženy v období těhotenství velice vhodné, leč zjevně těhotnými ženami málo využívány. Příjemným zjištěním bylo to, že dvě informantky (T4, T8) neměli potřebu vyhledávat doplňující informace z jiných zdrojů. Podle jejich slov jim veškeré potřebné informace byly podány ze strany porodní asistentky a také lékaře gynekologa. Jedná se však o velmi malý podíl informantek neprojevuujících potřebu sebevzdělávání díky subjektivně dostatečné péči v perinatální poradně.

Dalším zkoumaným aspektem bylo, jak se porodní asistentka těhotným ženám věnovala a jaký přístup k informantkám zaujímal. Porodní asistentka by měla k těhotným ženám přistupovat jako k holistické bio-psycho-sociálně-duchovní bytosti. Měla by dbát na uspokojování problémů a potřeb žen v období těhotenství a měla by brát v potaz individualitu každé z nich. Podmínkou pro kvalitně vedenou perinatální péči je také vytvoření si vzájemného vztahu porodní asistentky a těhotné ženy (Dušová, 2019b). V rozhovorech jsem cílila na zjištění, jaký mají informantky vztah s porodní asistentkou působící v perinatální poradně kam docházejí. Překvapivé bylo zjištění, že pouze necelé dvě třetiny (osm ze třinácti) informantek má plnou důvěru v porodní asistentku. Tyto

informantky (T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11) během rozhovoru uváděly i vřelý přístup porodní asistentky. Čtvrtina informantek T2, T3, T12 v porodní asistentku sice důvěru měla, ale ne v takové míře, aby se jí se vším svěřily. Jako důvod často uváděly přístup porodní asistentky, který byl dle jejich slov neprofesionální a nepříjemný. Dvě informantky ze třinácti (T1, T13) v porodní asistentku důvěru vůbec neměly. Během rozhovorů několikrát zdůraznily, že důvodem bylo právě neprofesionální a nevhodné chování porodní asistentky. Chtěla jsem tedy zjistit, jaký přístup zaujímá porodní asistentka ke klientkám v prenatální poradně. Analýzou rozhovorů jsem se dozvěděla, že pouze nadpoloviční většina informantek (7 z 13) bylo spokojeno s chováním porodní asistentky. Tyto informantky (T4, T5, T7, T8, T9, T10, T11) ve svých výpovědích zmínily vřelost, ochotu, empatii a vstřícné chování porodní asistentky, tedy vlastnosti a přístup, které by porodní asistentky měly mít a vůči těhotným ženám zastávat. Zbýlých šest informantek ze třinácti se vyjádřilo k přístupu porodní asistentky negativně. Její chování často popisovaly jako laxní a nepříjemné. Podle Štomerové et al. (2010) by porodní asistentka měla být nezávislá, zodpovědná, otevřená pro přísun nových informací, s vlastním názorem, schopností naslouchat druhým a empatická. V každém případě musí během své profese uplatňovat svou odbornost, což se podle mnou zkoumaného vzorku těhotných matek podařilo porodním asistentkám pouze v mírně nadpolovičním množství případů.

Výzkumným šetřením jsem také zjišťovala, o čem jsou těhotné ženy během poskytování prenatální péče porodní asistentkou edukovány. Porodní asistentka by podle Dušové (2019a) měla těhotné ženy edukovat v oblasti vhodných stravovacích návyků, dodržování pitného režimu a pro těhotenství vhodné pohybové aktivitě. Zároveň by je měla obeznámit s náležitostmi těhotenské průkazky a také s možnostmi předporodních kurzů. Důležitá je také edukace v souvislosti s hygienou v těhotenství a pohlavním stykem. Tímto způsobem by měla porodní asistentka těhotné ženy individuálně připravit k porodu. Z výzkumu vyplývá, že porodní asistentky needukují těhotné ženy dle tohoto modelu. Při výzkumném šetření jsem se dozvěděla, že nadpoloviční většině informantek (T1, T2, T3, T6, T9, T10, T13) nebyly porodní asistentkou poskytnuty informace o správné výživě v těhotenství. Pouze necelá třetina informantek (T2, T5, T8, T11) byla obeznámena o možnosti užívání kyseliny listové, nebo vhodných vitamínů pro správný vývoj těhotenství. Více než dvě třetiny informantek (T1, T2, T3, T6, T8, T9, T10, T12, T13) nebylo poučeno o pohybové aktivitě a odpočinku v těhotenství. Pouze informantka

T7 byla jako jediná z tázaných těhotných žen porodní asistentkou poučena o vhodných hygienických návycích a provozování pohlavního styku po dobu těhotenství. Překvapivé bylo také zjištění, že pouze čtvrtině informantek (T5, T7, T11) byla porodní asistentkou nabídnuta možnost docházení na prenatalní kurzy a stejně tak čtvrtině informantek (T5, T7, T11) byla popsána těhotenská průkazka a její náležitosti. Naproti tomu byly těhotné ženy nejčastěji edukovány o užívání návykových látek, alkoholu a tabákových výrobků v období těhotenství. O tomto tématu bylo edukováno celkem devět informantek ze třinácti, tedy téměř 70 % ze studovaného vzorku těhotných žen. Informantka T6 dokonce udala, že právě edukace o užívání návykových látek, alkoholu a tabákových výrobků byla jediná z výše zmíněných, kterou ji porodní asistentka poskytla. Zajímavá byla rovněž výpověď informantky T1, která v rozhovoru uvedla, že porodní asistentkou, ani lékařem, nebyla edukována ani o jedné z těchto oblastí. Během studia oboru porodní asistence jsem vykonávala praxi v prenatalních poradnách, a z vlastní zkušenosti mohu poznamenat, že vzdělávání těhotných žen o vhodném životním stylu a chování v období těhotenství je bráno porodními asistentkami spíše na lehkou váhu. Přesněji řečeno jsem se s informováním těhotných žen o těchto doménách setkala pouze výjimečně. Myslím si, že by všechna tato témata měla být těhotným ženám podána automaticky v každé prenatalní poradně v průběhu těhotenství, k čemuž zjevně podle vyhodnocení odpovědí studovaného vzorku těhotných žen nedochází. Rovněž, jak uvádí Bašková (2015), se domnívám, že by se prenatalní péče měla zaměřovat nejen na péči zdravotnickou, ale také na vzdělávání a poradenství těhotných žen a jejího okolí, a tím pomoci ke zlepšení adaptace na těhotenství a mateřství.

Ve výzkumné části bakalářské práce jsem také zjišťovala, zda těhotné ženy rozumí podávaným informacím. Na základě výzkumného šetření jsem dospěla k názoru, že většina informantek nebyla porodní asistentkou správně edukována o průběhu prenatalní péče, a to především v případě informací týkajících se důvodu jednotlivých vyšetření. V první řadě šlo o pravidelná vyšetření zahrnující chemické vyšetření moči. Téměř polovina informantek (T1, T3, T6, T10, T12, T13) v rozhovoru uvedla, že nebyla informována o důvodu provádění těchto kontrol. Rozšířením rozhovoru o doplňující otázky jsem zjistila, že tyto informantky mají milné představy o důvodech provedení těchto vyšetření. Informantka T1 se domnívá, že chemické vyšetření moči se provádí z důvodu kontroly funkčnosti jater. Čtvrtina informantek (T3, T12, T13) uvedla, že chemické vyšetření moči se provádí za účelem kontroly těhotenské cukrovky. Dále jsem

zjistila, že čtvrtina informantek (T1, T3, T13) nebyla porodní asistentkou poučena o důvodu odběru venózní krve v těhotenství. Informantka T3 se domnívala, že odběr krve se provádí za účelem kontroly hladiny železa v krvi. Pozitivním zjištěním bylo to, že všechny těhotné ženy byly porodní asistentkou řádně edukovány o provedení testu OGTT. Všechny informantky byly během rozhovoru schopny detailně popsat zásady provedení tohoto vyšetření.

V neposlední řadě jsem se zaměřila na spokojenost těhotných žen s obsáhlostí prenatalní péče. Překvapilo mě, že i vzhledem k téměř 50% nespokojenosti těhotných žen s přístupem porodní asistentky, jen 30 % informantek uvedlo nespokojenost s poskytovanou prenatalní péčí. Tyto informantky (T1, T3, T12, T13) by chtěly, aby jim bylo poskytnuto více informací o vhodném chování v průběhu těhotenství a očekávaly vřelejší přístup porodní asistentky. Dalších 30 % informantek (T2, T6, T10, T11) bylo s obsáhlostí poskytované prenatalní péče sice spokojeno, ale uvedlo, že by jim mohla být poskytována ještě ve větší míře. Jako předešlé informantky v rozhovorech uváděly, že by si přály větší množství informací o průběhu těhotenství a větší ochotu ze strany zdravotnického personálu. Informantka T6 jako jediná poukázala na svou vlastní chybu a v rozhovoru sdělila: *„Obnos informací, které jsou mi poskytovány mi jako dostatečný nepřijde, spoustu věcí si dohledám na internetu. Je ale pravda, že se během kontroly v poradně na moc věcí nezeptám, raději si vyhledávám věci sama. Možná kdybych se začala více zajímat o věci týkající se těhotenství v poradně, tak by mi dostatek informací byl poskytnut.“*

Zajímavá pro mě byla výpověď informantky T2, která uvedla: *„Vzhledem k tomu, že mám zdravotnické vzdělání, tak mi rozsah informací dostatečný přijde, ale kdybych toto vzdělání neměla, tak informace pro mě dostačující nejsou. Setkávám se i s tím, že mi kamarádky co navštěvují stejnou prenatalní poradnu píšou, nebo si voláme a ptají se mě, jak těhotenství probíhá a co se s nimi bude dít. Myslím si tedy, že informovanost ze strany porodní asistentky, týkající se všech těhotných žen, které sem docházejí, není na dobré úrovni.“* Zbylé informantky byly s prenatalní péčí spokojeny.

Z tohoto výzkumného šetření jednoznačně vyplývá, že těhotné ženy ne vždy dostatečně rozumí informacím, které v prenatalních poradnách dostávají a měly být více edukovány porodními asistentkami především o možnosti užívání vhodných potravinových doplňků (informováno 31 % informantek), o pohybové aktivitě a

odpočinku v těhotenství (informováno 31 % informantek), o možnosti docházení na prenatální kurzy (informováno 23 % informantek), o náležitostech těhotenské průkazky (informováno 23 % informantek), o vhodných hygienických návycích a provozování pohlavního styku po dobu těhotenství (informováno 8 % informantek). V ostatních okruzích je informovanost těhotných žen v prenatálních poradnách nadpoloviční, což se však i přesto nezdá dostačující, protože optimální hladina informovanosti by se měla pohybovat nad 80 % těhotných žen. Těhotné ženy obecně mají důvěru v porodní asistentky (85 % informantek), proto by jistě jejich větší profesionalita v kombinaci s informacemi předávanými lékařem gynekologem vedla k mnohem lepšímu edukování těhotných žen a k jejich lepšímu zvládnutí těhotenství.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala úrovní informovanosti žen navštěvujících prenatalní poradny a sledovala nakolik sdělovaným informacím těhotné ženy rozumí. V teoretické části byla věnována pozornost popisu průběhu těhotenství, popisem prenatalní péče, jejím průběhem a dávala důraz na vyšetření, která těhotné ženy v průběhu prenatalní péče absolvují. V neposlední řadě byla věnována pozornost roli porodní asistentky.

Praktická část bakalářské práce byla zpracována pomocí kvalitativního výzkumného šetření, které probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů s těhotnými ženami, které docházely do prenatalních poraden v Broumově a v Českých Budějovicích. Cílem bylo zjistit, jaká je úroveň informovanosti žen navštěvujících prenatalní poradny a nakolik sdělovaným informacím rozumí. Pro splnění tohoto cíle byly stanoveny dvě výzkumné otázky. První se zabývala jakým způsobem porodní asistentka edukuje těhotné ženy v prenatalní poradně. Díky výzkumnému šetření se zjistilo, že porodní asistentky nepřikládají edukaci těhotných žen velkou váhu. Těhotné ženy jsou nedostatečně edukovány především o možnosti užívání vhodných potravinových doplňků, o pohybové aktivitě a odpočinku v těhotenství, o možnosti docházení na prenatalní kurzy, o náležitostech těhotenské průkazky, nebo o vhodných hygienických návycích a provozování pohlavního styku po dobu těhotenství. Přesto byla nadpoloviční většina těhotných žen se způsobem předávání informací porodní asistentkou spokojeno, nejsou však spokojeny s množstvím podávaných informací. Oproti tomu 46 % informantek nebylo spokojeno se způsobem předávání informací porodní asistentkou, a to především kvůli jejímu přístupu a chování. Tyto těhotné ženy se shodly, že by ocenily větší obsah podávaných informací a vlídnější přístup porodní asistentky.

Druhá výzkumná otázka měla za cíl zjistit, jak ženy podávaným informacím rozumí. Z výzkumného šetření vyplynulo, že těhotné ženy ve větší míře podávaným informacím porodní asistentkou rozumí, ale ne v dostatečné míře. Téměř 85 % informantek si muselo dodatečné informace vyhledávat i z jiných zdrojů, například z internetových stránek nebo knih.

Bakalářská práce by mohla sloužit jako základ pro zlepšení kvality poskytování prenatalní péče a také pro zvýšení míry informovanosti těhotných žen. Jasně ukazuje oblasti, kde je přenos informací ze strany porodních asistentek nedostatečný. Těhotné ženy však mají důvěru v porodní asistentky (85 % informantek), proto by jejich větší

profesionalita v kombinaci s informacemi předávanými lékařem gynekologem mohla vést k optimálnějšímu edukování těhotných žen a k jejich lepšímu zvládnání těhotenství.

7 Seznam použité literatury

- 1) ANDĚLOVÁ, A., 2013. *Provádění screeningu poruch glukóзовé tolerance v graviditě: Doporučený postup*. ČGPS ČLS JEP: portál Sekce ultrazvukové diagnostiky [online]. [cit.2020-01-20]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2008-provadeni-screeningu-poruch-glukozove-tolerance-v-gravidite.pdf>
- 2) ARRISH, J., YEATMAN, H., WILLIAMSON, M. 2016. *Australian midwives and provision of nutrition education during pregnancy: A cross sectional survey of nutrition knowledge, attitudes, and confidence*, Women and Birth 29(5): 455–464. ISSN 1871-5192.
- 3) BARUTH, M., SCHLAFF, R.A., DEERE, S., WALKER, J.L., DRESSLER, B.L., WAGNER, S.F., BOGGS, A., SIMON, H.A. 2019. *The feasibility and efficacy of a behavioral intervention to promote appropriate gestational weight gain*, Maternal and Child Health Journal 23, 1604–1612, ISSN 1604-1612.
- 4) BAŠKOVÁ, M., 2015. *Metodika psychologické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing. 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
- 5) ČERMÁKOVÁ, B. 2017. *K porodu bez obav*. Brno: Cpress. 144 s. ISBN 978-80-265-0579-2.
- 6) DAVIS, D., FERGUSON, S., NISSEN, J., FOWLER, C., MOSSLAR, S. 2019. *A salutary childbirth education program: Health promoting by desing. A discussion paper*, Sexual & Reproductive Healthcare 22, 100456, ISSN 1877-5756.
- 7) DOČKALOVÁ, J. ©2020. *Průkazka pro těhotné* [online]. Praha: Pears Health Cyber s.r.o. [cit. 2020-08-09]. Dostupné z: <https://www.ordinace.cz/clanek/prukazka-pro-tehotne/>
- 8) DUŠOVÁ, B., HERMANOVÁ, M., JANÍKOVÁ, E., SALOŇOVÁ, R. 2019a. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing, 144s. ISBN 978-80-271-0836-7.
- 9) DUŠOVÁ, B., HERMANOVÁ, M., MAJDYŠOVÁ, V. 2019b. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. 144 s. ISBN 978-80-271-0837-4.
- 10) EGGOVÁ, P., VRÁNOVÁ, V. *Kvalita edukace gravidních žen*. Sestra [online]. 2011, č. 3. Dostupné z WWW: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/kvalita-edukace-gravidnich-zen-458794>

- 11) ELIÁŠOVÁ, A., 2008. *Pôrodná asistencia | fyziológia*. Martin: Osveta. 103 s. ISBN 978-80-8063-261-8.
- 12) GÖBEL, A., BARKMANN, C., ARCK, P., HECHER, K., SCHULTE-MARKWORT, M., DIEMERT, A., MUDRA, S., 2019. *Couples' prenatal bonding to the fetus and the association with one's own and partner's emotional well-being and adult romantic attachment style*, *Midwifery*, 79: 102549, ISSN 0266-6138.
- 13) GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., 2013. *Čekáme dítě, 2. vydání*, Praha: Grada Publishing. 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
- 14) GYNULTRAZVUK, 2013. *Diagnostika a léčba streptokoků skupiny B v těhotenství a za porodu- doporučený postup*. [online]. Doporučené postupy. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-diagnostika-a-lecba-streptokoku-skupiny-b-v-tehotenstvi.pdf>
- 15) GYNULTRAZVUK, 2013. *Doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen*. [online]. Doporučené postupy. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-doporuceni-k-provadeni-prevence-rhd-aloimunizace-u-rhd-negativnich-zen.pdf>
- 16) GYNULTRAZVUK, 2019. *Gestační diabetes mellitus*. [online]. Doporučené postupy. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/2019-05-gestastacni-diabetes-mellitus-dp-cgps-cls-jep-revize.pdf>
- 17) GYNULTRAZVUK, 2019. *Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče*. [online]. Doporučené postupy. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/2019-03-pravidelna-uz-vysetreni-v-prubehu-prenatalni-pece-dp-cgps-cls-jep-revize.pdf>
- 18) GYNULTRAZVUK, 2019. *Zásady dispenzární péče v těhotenství*. [online]. Doporučené postupy. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/2019-01-zasady-dispenzarni-pece-v-tehotenstvi-dp-cgps-cls-jep-revize.pdf>
- 19) GYNULTRAZVUK, 2015. *Význam vyšetření protilátek a krevní skupiny v těhotenství*. [online]. Doporučené postupy. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2015-vyznam-vysetreni-protilatek-a-krevni-skupiny-v-tehotenstvi.pdf>

- 20) HÁJEK et al., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
- 21) HÁJEK, Z., 2004a. *Prenatální péče o fyziologické těhotenství*. Moderní babičtví. 3 č. [online]. ISSN 1214-5572 [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2004-3/?pdf=142>
- 22) HÁJEK, Z. 2004b. *Rizikové a patologické těhotenství*. Praha: Grada Publishing. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
- 23) HÁJEK, Z., KULOVANÝ, E., MACEK, M., 2000. *Základy prenatální diagnostiky*. Praha: Grada Publishing. 424 s. ISBN 80-7169-391-X.
- 24) HUDÁKOVÁ, Z., KOPAČIKOVÁ, M., 2017. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing. 136 s. ISBN 978-8-271-0274-7.
- 25) *Integrovaný nebo sérum integrovaný test v I. a II. trimestru. 2019.* [online]. Centrum lékařské genetiky. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://www.clg.cz/integrovaný-nebo-serum-integrovaný-test-v-i-a-ii-trimestru/>
- 26) *International Definition of the Midwife*, 2017. [online]. International Confederation of Midwives. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://www.internationalmidwives.org/collaborations/midwifery-education-framework-for-action.html>
- 27) KHARAH, M. R., SCHETTER, CH. D., McLEMORE, M. R., CHAMBERS, B. D., PAYNTER, R. A., BAER, R., FEUER, S. K., FLOWERS, E., KARASEK, D., PANTELL, M., PRATHER, A. A., RYCKMAN, K., JELLIFFE-PAWLOWSKI, L., 2019. *Socioeconomic status, preeclampsia risk and gestational length in black and white women*, Journal of Racial and Ethnic Health Disparities 6, 1182–1191. ISSN 1182-1191.
- 28) LOCKWOOD, CH.J., MAGRIPLES, U., ©2019. *Prenatal care: Patient education, health promotion, and safety of commonly used drugs*. [Online] UpToDate, Inc. And/or its affiliates. [cit.2020-01-20]. Dostupné z: <https://www.uptodate.com/contents/prenatal-care-patient-education-health-promotion-and-safety-of-commonly-used-drugs/print>
- 29) MACKŮ, F., MACKŮ, J., 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada Publishing. 328 s. ISBN 80-7169-589-0.
- 30) MAREŠOVÁ, P., FIALA, L., 2018. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta a. s. 542 s. ISBN 978-80-204-4852-1.

- 31) NEŠPOR, Z.R., Ed., 2018. Sociologická encyklopedie. Sociologický ústav AV ČR, v.v.i., <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Informace>
- 32) PAŘÍZEK, A., 2015. *Kniha o těhotenství, porodu a dítěti. 1. díl.* 5.vydání. Praha: Galén. 481 s. ISBN 978-80-7492-214-5.
- 33) PLEVOVÁ, I., 2012. *Management v ošetrovatelství.* Praha: Grada. 304s. ISBN 978-80-247-3871-0.
- 34) *Porodní asistentka – odbornost a respekt.* 2018. [online]. Unie Porodních Asistentek. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: https://www.unipa.cz/wp-content/uploads/2018/05/letak_PA_skladacka.pdf
- 35) PROCHÁZKA, M., PILKA, R., 2018. *Porodnictví: pro studenty lékařství a porodní asistence.* Olomouc: Vydavatelství UPOL. 253 s. ISBN 978-80-244-5322-4.
- 36) PRŮCHA, J., 2009. *Přehled pedagogiky.* 3. aktualizované vydání. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-7367-7.
- 37) ŘEHOŘOVÁ, J., PODSTATOVÁ, R., SOVOVÁ, E., 2007. *Jak přežít pobyt ve zdravotnickém zařízení: 100+1 otázek a odpovědí pro pacienty.* Praha: Grada. 143s. ISBN 978-80-247-1997-9.
- 38) ROZTOČIL, A., et al., 2017. *Moderní porodnictví. 2.,* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
- 39) SHIEL, W. C. ©2020. *Medical Definition of Prenatal care.* [online]. MedicineNet Inc. [cit. 2020-07-20]. Dostupné z: https://www.medicinenet.com/stages_of_pregnancy_pictures_slideshow/article.htm
- 40) SKUTILOVÁ, V. 2016. *Jak na strach a úzkost v těhotenství.* Praha: Grada Publishing, 160s. ISBN 978-80-247-5469-7.
- 41) SLEZÁKOVÁ, L., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2.,* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. 269 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
- 42) *Stages of pregnancy: week by week,* 2019. [online]. eMedicineHealth. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: https://www.emedicinehealth.com/slideshow_fetal_development/article_em.htm
- 43) SWINNEY, B., ANDERSON, T. 2011. *Výživa v těhotenství: praktický a chutný průvodce prenatální výživou.* Praha: Levné knihy, 402 s. ISBN 978-80-7309-874-2.

- 44) ŠEĎOVÁ, K., ŠVAŘÍČEK, R., et al., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2.vydání. Portál, 384 s. ISBN 978-80-262-0644-6.
- 45) ŠTROMEROVÁ, Z. 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo. 320 s. ISBN 978-80-257-0324-3.
- 46) The Free Dictionary by Farlex [online]: Pregnant woman. [cit. 2020-08-10]. Dostupné z: <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/Pregnant+women>
- 47) TOSELLO, B., DANY, L. 2019. *Psycho-social approach of perinatal palliative care*, Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine 32(21): 3693–3696, ISSN 1476-7058.
- 48) UNZEITIG, V., MĚCHUŘOVÁ, A., PROCHÁZKA, M., ČEPICKÝ, P., 2010. *Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství: Doporučený postup v perinatologii*. ČGPS ČLS JEP. [online]. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2011-20/?pdf=174#page=56>
- 49) VELEMÍNSKÝ, M., VELEMÍNSKÝ, M. 2017. *Dítě od početí do puberty: 1500 otázek a odpovědí*. 4. vydání. Praha: Triton, 443 s. ISBN 978-80-7553-148-3.
- 50) *What is prenatal care and why is it important*. 2017. [online]. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. [cit. 2020-01-20]. Dostupné z: <https://www.nichd.nih.gov/health/topics/pregnancy/conditioninfo/prenatal-care>
- 51) WHEELER, L., 2002. *Nurse – midwifery handbook: a practical guide to prenatal and postnatal care 2*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 443 s. ISBN 0-7817-2929-7.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha 1 – Gravidometr

Příloha 2a – Těhotenská průkazka

Příloha 2b – Těhotenská průkazka – pokračování

Příloha 2c – Těhotenská průkazka – pokračování

Příloha 2d – Těhotenská průkazka – pokračování

Příloha 3 – Žádost o provedení výzkumného šetření

Příloha 4 – Otázky k rozhovoru s těhotnými ženami

9 Seznam použitých zkratk

AC – Abdominal circumference (obvod břicha plodu)

BPD – Biparietal diameter (vzdálenost temenních kostí)

CTG – Kardiotokografie

CRL – Crown-rump length (temeno-kostrční vzdálenost)

EKG – Elektrokardiografie (vyšetřovací metoda v kardiologii)

FL – Femur length (délka stehenní kosti)

HBsAg – Hepatitis B surface Antigen

HC – Head circumference (obvod hlavy plodu)

hCG – Human chorionic gonadotropin (lidský choriový gonadotropin)

HIV – Human immunodeficiency virus

OGTT – Orální glukózový toleranční test

RhD – Hlavní antigen krevního skupinového systému Rh

10 Seznam použitých cizích slov

Amenorea – označení pro vymizení menstruace

Amniocentéza – invazivní metoda používaná pro odběr amniové tekutiny

Amnion – vnitřní obal ohraničující dutinu vyplněnou amnionovou tekutinou

Anémie – onemocnění krve tvořící se snížením koncentrace hemoglobinu v krvi

Cefalea – bolest hlavy

Defekt – stav závady či poruchy somatického nebo psychického zdraví

Diabetes mellitus – autoimunitní onemocnění projevující se poruchou metabolismu sacharidů

Downův syndrom – vrozená anomálie, přebytek 21. chromozomu

Edwardsův syndrom – genetická porucha, přebytek 18. chromozomu

Eklampsie – nejtěžší forma hypertenzního onemocnění, objevující se v těhotenství nebo šestinedělí, projevující se záchvatem tonicko–klonických křečí.

HELLP syndrom – vážná komplikace v těhotenství, často spojena s těžkou preeklamsií

Chorion – vnější obal kolem embrya

Infertilita – stav, kdy je žena schopna otěhotnět, ale není schopna donosit a porodit živý plod

Karyotyp – soubor všech chromozomů v buněčném jádru

Kolostrum – mlezivo

Koncepce – početí

Kordocentéza – invazivní metoda pro odběr fetální krve z pupku

Menarché – první menstruace

Mortalita – úmrtnost

Morbidita – nemocnost

Obstipace – zácpa

Opitzův syndrom – genetická porucha, při které je snížena schopnost vyrábět cholesterol

Preeklampsie – těhotenstvím indukovaná hypertenze

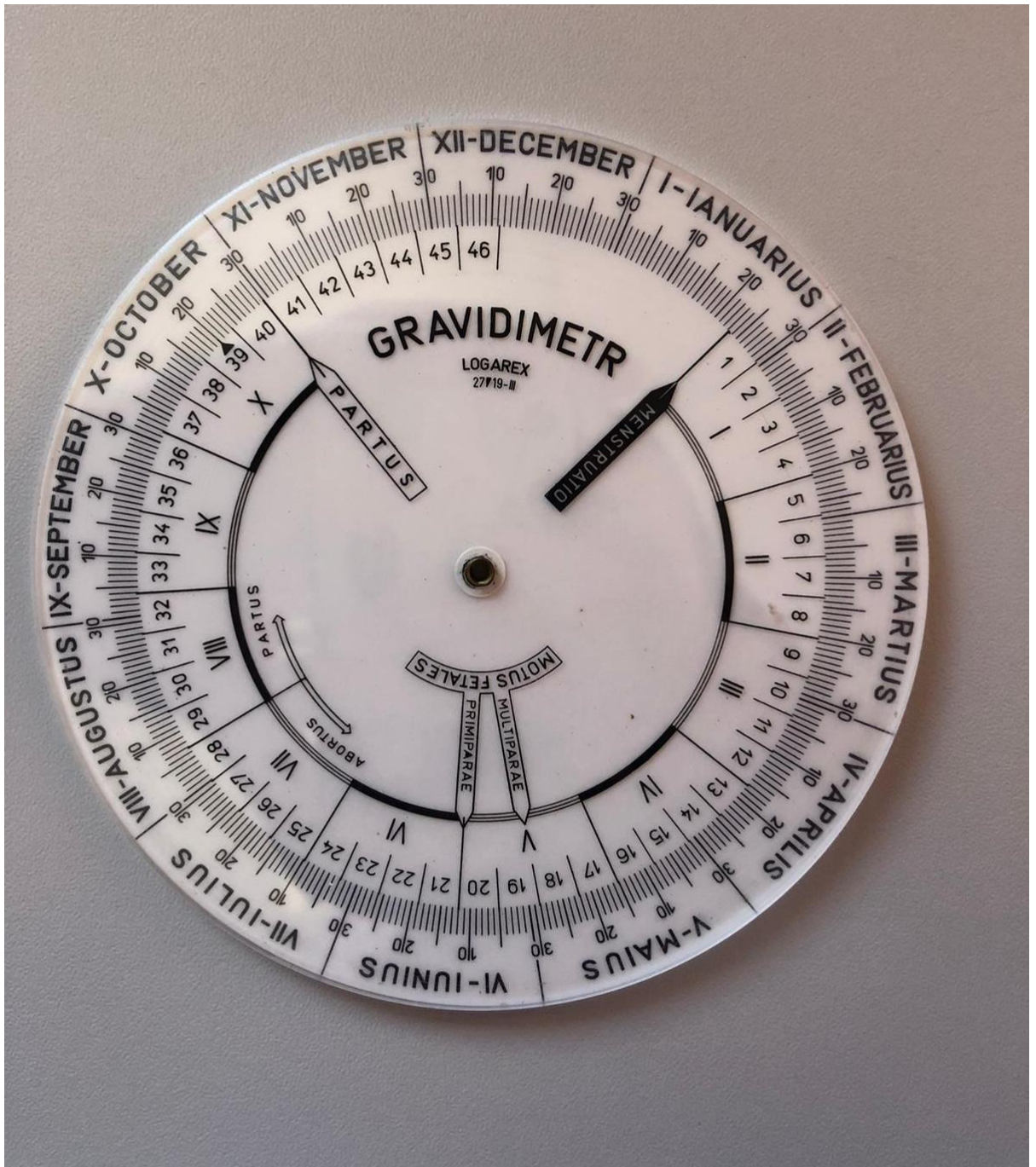
Ptyalismus – nadměrné slinění

Profylaxe – souhrn preventivních opatření sloužící k zabránění vzniku onemocnění

Sterilita – neplodnost

Trombocytopenie – pokles počtu krevních destiček v krvi

Příloha 1 – Gravidometr



Zdroj: Vlastní

Příloha 2a – Těhotenská průkazka

CS – body		0	1	2	40 cm
Naléhající část	klidby průžná	nežná	rozemčený dolní segment		
Dilatace hrdla	< 0,5 cm	0,5–1 cm	> 1,5 cm		
Zkrácení čípku	0	< 50 %	> 50 %		
Konzistence	tuhá	polotuhá	měkká		
Směr čípku	sakrálně	madlo sakrálně	středem		

KRITICKÁ HODNOTA CS PLATI PRO NULIPARY – MULTIPARY CS-I
 MODIPAR, INDUKCE PORODU, NULIPARA, ODIP, MULTIPARA, ODIP

SYMFIYSA – FUNDUS		15 Kg
14	20 cm	
13		
12		
11	15 cm	
10		
9	10 cm	
8		
7		
6		
5		
4		
3		
2		
1		

CERVIK – SCORE		1	2	3	4	5	6	7
Datum vyšetření	Naléhající část							
Dilatace hrdla	Zkrácení čípku							
Konzistence	Směr čípku							
CELKEM / Kritická hodnota								

Zdravotní pojišťovna

GS Mamavit
Prefolin + DHA

PRŮKAZ PRO TĚHOTNÉ

Jméno a přímení: _____

Rodné číslo matky: _____

Rodné číslo otce: _____

Bydliště: _____

Sanitní vůz: _____

Záchranná služba: _____

PM	TP
UTZ	TP

Razítko zdravot. zařízení: _____

gravida _____ para _____

MD: _____

Termíny dalších vyšetření:

--	--	--	--

Zdroj: Vlastní

Příloha 2b – Těhotenská průkazka – pokračování

ANAMNÉZA

Rodinná anamnéza	
Osobní anamnéza	
Operace	
Léky	
Alergie	
Transfúze	
Gynekol. anamnéza	
Menses od _____ let	Cyklus _____
Potraty	Samovolná _____
Gynekol. onemocnění	
Přidružená onemocnění	
CAVE	

PŘEDCHOZÍ TĚHOTENSTVÍ

Rok	Porod - potrat - interrupce Pohlaví - hmot./míra - délka těhotenství	Spont., operativní komplikace

PORODNICKÉ VYŠETŘENÍ

Pánev	Skupina matky otce	Protilátky: 1. 2. 3.	datum datum datum
Syphilis: 1. 2.	datum datum	Rh matky otce	Fetalykatonurie
Míra cm	Výchozí hmotnost v kg		

Datum	Týden	Hmot- nost K B G	Moč			TK	OP	Výška fundu v cm	Poloha plodu	Vnitřní nález hrdlo, kolpo, cyto	Podpis
			B	C	sed.						

Zdroj: Vlastní

Příloha 3 – Žádost o provedení výzkumného šetření

Žádost o provedení výzkumného šetření

Vážený pane doktore,

jmenuji se Michaela Krტიčková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského prezenčního studia, oboru Porodní asistentka na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Píši bakalářskou práci na téma Těhotná žena v prenatální péči. K zjištění potřebných údajů pro zpracování bakalářské práce Vás tímto žádám o možnost provedení výzkumného šetření ve Vaší gynekologické ordinaci. Realizace šetření proběhne anonymně, formou polostrukturovaného rozhovoru. Rozhovor bude nahráván a ze zvukového záznamu bude pořízen doslovný přepis. Ten bude následně anonymizován, aby nebylo možné na jeho základě klientky identifikovat. Výzkum by byl realizován od března do dubna 2020. Pokud budete mít zájem, s výsledky výzkumného šetření Vás seznámím.

Předem děkuji za kladné vyřízení žádosti.

S pozdravem

Michaela Krტიčková

Razítko a podpis:

Zdroj: Vlastní

Příloha 4 – Otázky k rozhovoru s těhotnými ženami

Seznam otázek pro rozhovor k bakalářské práci

1. Kolik je vám let?
2. Jaký je váš rodinný stav?
3. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Po kolikáté jste těhotná a po kolikáté budete rodit?
5. V jakém týdnu těhotenství nyní jste?
6. Jaký má vaše nynější těhotenství průběh? Je provázeno nějakými riziky, či komplikacemi?
7. Co si představujete pod pojmem prenatální péče?
8. Jak často docházíte do prenatální poradny?
9. Jste schopna popsat průběh návštěvy v prenatální poradně? Kdo poskytuje prenatální péči v poradně, kam docházíte? Kdo vám poskytuje informace o prenatální péči?
10. Máte důvěru v porodní asistentku, která vás prenatální poradnou provází?
11. Jakým způsobem vám porodní asistentka podává informace? Byly vám nabídnuty nějaké doplňující informační materiály, a pokud ano jaké?
12. Zdá se vám rozsah informací dostatečný a jsou vám podány srozumitelně? Pokud ne, co byste na způsobu předávání informací v prenatální poradně změnila?
13. Vyhledávala jste si informace týkající se prenatální péče i z jiných zdrojů? Pokud ano, z jakých?
14. Byly vám podány dostatečné informace o těhotenství a jeho průběhu? Jaká byla hlavní témata, ke kterým vám porodní asistentka předala informace?
15. Dokážete vyjmenovat vyšetření, která se provádí v těhotenství? Jaká vyšetření jste doposud absolvovala? Jsou nějaká vyšetření, o jejichž důvodu, či způsobu jste nebyla dopředu dostatečně seznámena?
16. Jak jste s poskytovanou prenatální péčí spokojena?
17. Jaký si myslíte, že má vaše účast v prenatální poradně vliv na průběh vašeho těhotenství?

Zdroj: Vlastní