



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

# Subjektivní vnímání prenatální péče těhotnou ženou

Vypracovala: Karin Uhlíková

Vedoucí práce: Mgr. Dominika Průchová

České Budějovice 2014

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2014

.....

Karin Uhlíková

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala Mgr. Dominice Průchové za odborné vedení mé bakalářské práce, cenné rady a připomínky. Dále bych ráda poděkovala ochotným matkám, které mi otevřeně poskytly rozhovory a dovolily mi nahlédnout do jejich soukromí. Děkuji také své rodině, která mě během studia podporovala.

## Abstrakt

Těhotenství je jedno z nejkrásnějších období v životě ženy. Není to nemoc, pouze jde o jiný stav, ve kterém se žena nachází. Najednou se nestará jen o sebe, ale musí začít myslet i na potřeby svého, dosud nenarozeného dítěte. V těchto choulostivých chvílích se žena může setkat s různými problémy a prenatalní péče společně s přístupem zdravotnického personálu je jednou z možností, jak problémy ženy vyřešit nebo se jim snažit úplně předejít. Těhotenství je zakončeno porodem, během nějž se narodí z pohledu matky její vytoužené miminko. Po porodu nastává období šestinedělí, kdy se organismus ženy vrací do stavu před těhotenstvím.

Tématem této bakalářské práce je „Subjektivní vnímání prenatalní péče těhotnou ženou“. Práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou a část praktickou. Část teoretická je zaměřena na vyšetření, které těhotná žena musí v rámci prenatalní péče absolvovat, zároveň se zabývá pozitivy a negativy prenatalní péče, vlivem na psychiku těhotné ženy a dále popisuje psychologii těhotenství v jednotlivých trimestrech. V praktické části jsem zjišťovala, jak těhotné ženy vnímají prenatalní poradnu, kterou navštěvují, nakolik rozumí sdělovaným informacím, jak prožívají těhotenství a jak důvěřují porodní asistenci.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak ženy vnímají prenatalní péči. Na základě toho byla zvolena výzkumná otázka: Jaké mají ženy pocity během průběhu prenatalní péče? Druhým cílem bylo zjistit názory těhotných žen na jejich vztah k porodní asistenci. Stanovená výzkumná otázka k tomuto cíli zní: Do jaké míry důvěřují ženy porodní asistentce v průběhu návštěv v prenatalní poradně? Dalším cílem této bakalářské práce bylo zjistit a porovnat jak těhotné ženy vnímají prenatalní péči v Písku a v Týně nad Vltavou. Na základě tohoto posledního cíle byla zvolena výzkumná otázka: Jak vnímají ženy prenatalní poradnu v Písku a v Týně nad Vltavou?

Výzkum byl proveden kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které jsou flexibilní a umožňují i v jeho průběhu vytvářet doplňující otázky, které se objevují mimo předem stanovenou strukturu rozhovoru. Empirická část probíhala v období od ledna 2014 do března 2014. Byly určeny dva výzkumné soubory.

Zkoumaný soubor tvořilo 10 respondentek, pět žen z prenatální poradny v Týně nad Vltavou a pět žen, které docházely do prenatální poradny v Písku. Jednotlivá data byla zachycena formou audiozáznamu nebo pouze písemně. Nahrávky byly přepsány do formy spisovného textu. Při tlumočení dat byly použity citace respondentek.

Z výzkumného šetření vyplynulo, že těhotné ženy jsou s formou poskytované prenatální péče spokojeny. Mezi změny, které by ženy uvítaly, patří zvýšení informovanosti o průběhu těhotenství a plánovaných vyšetření. Dále si ženy přejí více individuální přístup, lepší komunikaci s lékařem a kratší čekací doby.

Z výsledků jednoznačně vyplynulo, že všechny oslovené ženy mají důvěru v porodní asistentku. Za jejich důvěrou stojí nejen osobitý přístup, pozornost, komunikativnost, čas věnovaný těhotným ženám, ale i milé slovo a úsměv porodní asistentky.

Na základě provedeného výzkumného šetření se mi podařilo zjistit, že dotazované ženy z prenatální poradny v Písku jsou spokojeny se všemi dílčími složkami prenatální péče, kterou poskytuje zdravotnický personál. Pouze dvě respondentky uvedly, že by si přály být více informovány o prováděných vyšetření dopředu. Oproti tomu v prenatální poradně v Týně nad Vltavou by respondentky uvítaly ještě více individuální přístup a komunikaci s lékařem. Jedna respondentka by si přála polohovací křeslo a jedna by uvítala kratší čekací dobu.

Výzkumná práce poukazuje na to, že ve zdravotnictví nejde pouze o rutinní práci, ale především o lidský přístup a komunikaci. Zdravotnický personál by se za každé situace měl chovat empaticky a udržovat si své profesionální chování.

Práce může být využita pro zlepšení informovanosti o prenatální péči, také při přednáškách celoživotního vzdělávání zaměřených na odbornou, ale i laickou veřejnost. Další možností je publikace v odborném časopise.

**Klíčová slova:** těhotná žena, prenatální péče, prenatální diagnostika, porodní asistentka, prenatální psychologie.

## **Abstract**

Pregnancy is one of the most beautiful times in a woman life. It is not an illness it is just different state of a woman condition. Suddenly she does not have to take care just for herself but she is forced to take into consideration necessities of a still unborn child. In these delicate moments woman can face a various problems. Prenatal care together with medical personal attitude is an option how to prevent or even solve problems. Pregnancy is finished by childbirth, during which is from the mother viewpoint long desire baby found. After then the puerperium is arriving. The puerperium covers the 6 week period following birth when the various changes that occurred during pregnancy revert to the non-pregnant state.

My bachelor`s thesis topic is “Subjective perception of a prenatal care by pregnant woman” and it is divided into theoretical and practical part. First part is focus on medical screening, which the pregnant women have to walk through during prenatal care. There will be cover pros and cons of a prenatal care, influence on a pregnant woman psyche and describe pregnancy psychology in every single trimester. Second part, practical one, research how the woman realize pregnancy advisory center, their understanding of the obtained information and last but not least how they trust birth attendant.

First goal of this bachelor`s thesis was to find how is prenatal care perceive by women. Base of this has been chosen following research question: What are the woman feelings during prenatal care? Second goal was to find out opinions of pregnant women about birth attendants. Research question for this goal has been established as: However, to what extent pregnant women trust to birth attendant when they are visiting pregnancy advisory center? Next aim of this work was find out discrepancies and compare prenatal care in Pisek and Tyn nad Vltavou from pregnant women point of view. Research question for this last goal has been set up as: How do the women feel pregnancy advisory center in Pisek and in Tyn nad Vltavou?

Survey data were collected through the qualitative research method with semi-structured interviews, which allows new ideas to be brought up during the interview

as a result of what the interviewee says. Empirical part took place during period of time from January 2014 to March 2014. Survey sample was form by ten women. This size was divided into two groups, five women from pregnancy advisory center in Pisek and five women who attended same center in Tyn nad Vltavou. Data were recorded in written form or as audio notes, which were rewrite. Survey data were interpreted through respondent quotation.

As emerged from research pregnant women are satisfied with quality of offered prenatal care. Respondents would like to receive more information about pregnancy progress or checkups and prenatal tests. Women also want improve individual approach, better communication with doctors and decrease of the waiting time.

As unambiguously follow from results all interviewed women confide in birth attendants not only for their individual approach, attentiveness, communicability but also for ability to use nice word and smile.

Based on the result of the research I found out that respondents from Pisek are satisfied with all components of prenatal care provided with medical personal. Only two interviewed women mentioned that they would like to be informed about necessary screenings more in advance. As distinct from situation in Pisek respondents from Tyn nad Vltavou want to improve individual approach and communication with doctor. One woman appreciate equip examination room with medical adjustable chair and another one would like reduce waiting time.

Research outcome pointed out to the fact that health care is not only about routine work but also about human approach and communication. Medical personal should be able to show empathy and keep professional behavior under all circumstances.

Results of this work could be used for improving knowledge concerning prenatal care and also as lecture of lifelong learning focused on professional or non-professional public moreover it could be publish in specialized magazines.

**Key words:** pregnant woman, prenatal care, prenatal diagnosis (prenatal screening), midwife, prenatal psychology.

## Obsah

1	Současný stav.....	13
1.1	Náplň porodnictví .....	13
1.1.1	Definice těhotenství .....	13
1.1.2	Příznaky těhotenství .....	13
1.1.3	Stanovení termínu porodu .....	15
1.2	Prenatální péče .....	16
1.2.1	Cíle prenatální péče.....	16
1.2.2	System prenatální péče.....	17
1.2.3	Diferenciace těhotenství .....	18
1.2.4	Základní skupiny těhotných žen .....	18
1.3	Komplexní diagnostické vyšetření na počátku těhotenství .....	19
1.3.1	Identifikační a další osobní data vyšetřované.....	19
1.3.2	Anamnéza .....	19
1.4	Klinická a laboratorní vyšetření.....	20
1.4.1	Pravidelná vyšetření .....	21
1.4.2	Nepřavidelná vyšetření.....	21
1.5	Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad.....	24
1.5.1	Screeningové vyšetřovací metody .....	24
1.5.2	Invazivní metody prenatální diagnostiky .....	27
1.6	Psychická adaptace na těhotenství .....	28
1.6.1	Vliv těhotenství na matku.....	29
1.7	Předporodní příprava.....	30
1.8	Mezinárodní definice porodní asistentky .....	31
1.9	Edukace porodní asistentkou .....	32
2	Cíle práce a výzkumné otázky .....	33
2.1	Cíl práce.....	33
2.2	Výzkumné otázky .....	33
3	Metodika.....	34



3.1	Metodika práce, technika výzkumu .....	34
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	34
4	Výsledky.....	35
5	Diskuze .....	47
6	Závěr.....	54
7	Seznam použitých zdrojů.....	56
8	Přílohy .....	60

## Seznam použitých zkratk

- AB0 – Krevní systém AB0 tvoří 4 krevní skupiny (A, B, AB, 0)
- AC – Abdominal circumference (obvod břicha plodu)
- AFP – Alfafetoprotein (glykoprotein tvořený játry lidského plodu)
- AMC – Amniocentéza (odběr plodové vody)
- BPD – Biparietal diameter (vzdálenost temenních kostí)
- CRL – Crown – rump lenit (temeno – kostrční vzdálenost)
- DNA – Molekula DNA (kyselina deoxyribonukleová)
- E3 – Nekonjugovaný estriol
- EKG – Elektrokardiografie (vyšetřovací metoda v kardiologii)
- FL – Femur lenit (délka stehenní kosti)
- GBS – Group B Streptococcus (*Streptococcus agalactiae*)
- GDM – Gestační diabetes mellitus (těhotenská cukrovka)
- HbsAg – Hepatitis B surface Antigen
- HC – Head circumference (obvod hlavy plodu)
- HCG – Human chorionic gonadotropin (lidský choriogonadotropin)
- HIV – Human Immunodeficiency Virus (virus lidské imunitní nedostatečnosti)
- NT – Nuchální translucence (šijové projasnění)
- OGTT – Orální glukózový toleranční test
- R – Respondentka
- PaPPa – Specifický těhotenský plazmatický protein

## Úvod

Těhotenství je jedno z nejkrásnějších období v životě ženy. Jde o velmi významnou a zlomovou událost. Žena sama na sobě, ale i její okolí může pozorovat psychické změny. Těhotenství je samo o sobě velmi emotivní záležitostí, vliv hormonů působí na psychický i fyzický stav těhotné ženy velmi intenzivně. Je to období, kdy žena prožívá nevýslovný pocit štěstí, úzkost, ale i nejistotu a strach. V prvním stádiu těhotenství se obvykle objevuje úzkost a nejistota z adaptace na novou životní změnu. Nejstabilnější a nejkliďnější pro ženu bývá druhý trimestr. Na konci těhotenství mohou převládat obavy z průběhu porodu, z porodních bolestí, ale také ze zvládnutí nové životní situace v rodině a výchovy dítěte.

Tato bakalářská práce nese název: „Subjektivní vnímání prenatální péče těhotnou ženou“. Toto téma jsem si vybrala z důvodu zajímavého zaměření na tuto problematiku, a protože jsem chtěla znát představy, přání a spokojenost těhotných žen s prenatální péčí. Na tomto podkladě je vytvořena praktická část této bakalářské práce. Zde byly těhotné ženy dotazovány pomocí polostrukturovaných rozhovorů na vnímání prenatální péče a následně byly odpovědi vyhodnoceny. V závěru práce jsou navrženy opatření pro zkvalitnění prenatální péče a pro větší spokojenost těhotných žen s prenatální péčí. Praktické části předchází teorie, v níž jsem se zaměřila na vyšetření, které těhotná žena musí v rámci prenatální péče absolvovat, zároveň se zabývá pozitivy a negativy prenatální péče, vlivem na psychiku těhotné ženy a dále popisuje psychologii těhotenství v jednotlivých trimestrech. Doufám, že tato práce bude přínosem a poskytne také zamyšlení ke zlepšení prenatální péče.

Celé období těhotenství pokrývá prenatální péče, která představuje komplexní péči o těhotnou ženu. Je nezbytná v životě každé těhotné ženy, protože přispívá ke zdravému a příjemnému průběhu těhotenství. Zaměřuje se na psychiku i na fyzický stav a skládá se z povinných a doporučených kontrol. V době těhotenství by těhotná žena měla pravidelně navštěvovat těhotenskou poradnu, protože jí zde zodpoví veškeré dotazy a ochotně pomohou se všemi problémy. V průběhu těhotenství žena podstoupí několik vyšetření, některé se provádějí opakovaně. Jedná se o zjišťování krevního obrazu

a složení moči, kontroly krevního tlaku a pulzu, přírůstku hmotnosti, zevního vyšetření, vaginální kontroly nebo ultrazvuku. Prenatální péče je také schopna vymezit rizikové těhotenství a stanovit taková opatření, aby vše proběhlo v pořádku. Množství lékařských vyšetření, běžných i méně standardních, které musí ženy v těhotenství podstoupit, mají také nezanedbatelný vliv na psychiku budoucí maminky. Každý dobrý výsledek samozřejmě přinese pozitivní reakci, uvolnění a radost. Seběmenší odchylka, která navíc nemusí znamenat nic závažného pro zdraví dítěte či matky, však může psychiku ženy ovlivnit velice negativně. Jako důležité pocítují těhotné ženy hlavně individuální a empatický přístup, který je dokáže uklidnit a zmírnit jejich obavy. Prenatální péči se rozhodně vyplatí nepodceňovat. Jestliže si gynekolog neví rady, může ženu odeslat na specializované pracoviště, kde mají vybavení pro náročnější testy. Prenatální péče je u nás v republice na velmi vyspělé úrovni. To potvrzuje i fakt snižující se úmrtnosti novorozenců, možnosti včasného odhalení různých genetických vad a řešení mnoha problémů operativní cestou.

# 1 Současný stav

## 1.1 Náplň porodnictví

Anglický pojem pro porodnictví (obstetrics) je odvozen z latinského slova obstetrix, které v překladu znamená porodní bába. Porodnictví se komplexně zabývá těhotenstvím, porodem a šestinedělím z hlediska matky a plodu. Je jedno z nejstarších a základních lékařských odvětví. Svou náplní jde o obor optimistický, stojící na úplném počátku života člověka, ale má však celou řadu úskalí a řeší některé akutní stavy, které patří mezi nejrizikovější v celé medicíně. Na základě znalostí fyziologie a patologie gestace je snahou moderního porodnictví poznávat, řešit a předcházet všem závažným stavům ohrožujícím matku a plod (1).

### 1.1.1 Definice těhotenství

*„Těhotenství je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Toto období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu.“ (2).*

### 1.1.2 Příznaky těhotenství

*Nejisté známky těhotenství* jsou celkové nespecifické adaptační příznaky, které se v graviditě často objevují, ale vyskytují se i mimo graviditu. Řadíme sem zvýšenou psychickou labilitu, únavu, sklon k závratím až k mdlobám. Také se objevují často trávicí poruchy, jako jsou zvraty chuti, zvýšená slinivost (ptyalismus), ranní nevolnosti (vomitus matutinus), zvracení (emesis gravidarum), či sklon k obstipacím nebo naopak

k průjůmům. Zvětšují se prsa, objevují se změny pigmentace, které zahrnují zvýšenou pigmentaci obličeje (těhotenská maska), prsů (ztmavnutí aerol) a břicha (linea nigra). Časté nebo nutkavé nucení na močení je způsobeno zvětšující se dělohou spolu s překrvením pánevní oblasti, které tak vyvíjejí tlak na močový měchýř (3, 4).

**Pravděpodobné známky těhotenství** jsou věrohodnějšími doklady těhotenství, i když samostatně těhotenství ještě neprokazují, protože se mohou objevit i mimo něj (3).

Amenorea je absence menstruace, zpravidla bývá hlavní příčinou, která vede ženu k návštěvě gynekologa, a řadíme ji mezi nejméně spolehlivé známky této skupiny příznaků, jelikož může být vyvolána psychogenně, např. z pouhého strachu, ze stresu, při celkových onemocněních, při poruchách výživy (anorexie). Příznak amenorey vykazuje vysokou pravděpodobnost těhotenství pouze u žen zdravých s pravidelným menstruačním cyklem (3).

Hyperpigmentace je relativně pozdním příznakem a vzniká v souvislosti se zvýšenou stimulací nadledvin v těhotenství. Pigment se ukládá na predilekčních místech pokožky v oblasti prsních dvorců, na břicho v místě linea alba, které se v těhotenství mění v linea fusca. Dále také v oblasti pupeční jizvy, na kůži zevního genitálu a mons pubis. Na některých částech kůže, zejména na obličeji se vytváří těhotenské skvrny. Jako příznak pravděpodobného těhotenství mají hyperpigmentace jen malý diagnostický význam, vzhledem k pozdnímu výskytu. Strie vznikají narušením škóry pokožky břišní stěny a expanzivním růstem dělohy (3).

Změny na děloze a v pochvě jsou nejvýraznějšími známkami gravidity. Jde především o zvětšování dělohy a její prosáknutí. Při posuzování je nutné brát v úvahu, že děloha může být zvětšená i z jiných příčin, např. při zánětech dělohy. O konečné diagnóze rozhoduje až sonografický a biochemický průkaz. *Dickinsonovo Braunovo znamení* – mírná prominence a změkčení stěny děložní v místě nidace. *Piskáčkovo znamení* – vyklenující se děložní roh v místě nidovaného vejce. *Goodellovo znamení* – vyhlazení cervixu a vagíny způsobené překrvením. *Chadwickovo znamení* – purpurové nebo modravé zbarvení hrdla děložního, vagíny a vulvy, které je způsobené překrvením. *Hegarovo znamení* – změknutí dolního

děložního segmentu. V důsledku změknutí lze lehce ohnout tělo dělohy proti hrdlu děložnímu. *Braxtonovy-Hicksovy kontrakce* – nepravidelné a bolestivé stahy dělohy, které nabývají na intenzitě až do porodu. *Balotování (ballotement)* – palpační manévr při vyšetření per vaginam, při němž je plod uveden v pohyb jemným klepnutím vyšetřujícího prstu a rychle se vrací zpět (2).

**Jisté známky těhotenství** jsou způsobeny pouze vyvíjejícím se plodem. V současné době všechny používané testy na průkaz těhotenství stanovují buď pouze kvantitativně nebo i kvalitativně přítomnost lidského choriogonadotropinu (hCG) z moči nebo ze séra. Choriogonadotropin je specifický těhotenský hormon, který je produkován Langhansovými buňkami syncytiotrofoblastu lidského choria. Ultrasonografický průkaz těhotenství je druhou metodou diagnostiky rané gravidity. Oproti vyšetření hCG má ultrazvuková metoda výhodu v možnosti lokalizovat od 5. týdne gravidity nidované vejce, a tím tak lze upřesnit diagnózu nitroděložního těhotenství. Biometrické vyšetření nidovaného vejce slouží k orientaci o přibližném stáří těhotenství. Velikost biparitálního průměru (BP) můžeme stanovit od 11. – 12. týdne těhotenství (1, 3).

### **1.1.3 Stanovení termínu porodu**

Podle prvního dne poslední menstruace, propočít dle Neagele. Provádíme jej tak, že od prvního dne poslední menstruace odečteme 3 kalendářní měsíce a přičteme 7 dní. Tento propočít nemusí být vždy přesný, hlavně při nepravidelnostech menstruačního cyklu (1).

Podle termínu koncepce. Provádíme jej tak, že k datu pohlavního styku přičteme 280 dnů, což je v průměru 38 týdnů. Nevýhodou je mnohdy nepřesný subjektivní údaj ženy (4).

Podle prvních pohybů plodu, vnímaných těhotnou ženou. U prvorodiček přičteme k tomuto dni 4,5 kalendářních měsíců a u vícero diček přičteme 5 kalendářních měsíců, jelikož pociťovaly pohyby plodu již v předchozím těhotenství, a proto je vnímají dříve (3).

Podle výšky děložního fundu se přihlíží k velikosti dělohy v jednotlivých měsících těhotenství. Výška děložního fundu může být značně zkreslena např. nepravidelností plodového vejce nebo mírou vstupu velké části plodu do malé pánve. Přesnější je gravidometrie, kdy pomocí krejčovského metru měříme vzdálenost od horního okraje spony k děložnímu fundu (3).

Podle ultrazvukového vyšetření prováděného v 13. týdnu těhotenství. Pokud se ultrazvukem určená délka těhotenství liší od údaje počítaného podle posledních měsíčků, pak by měl být termín porodu stanoven podle ultrazvukového vyšetření (4).

## **1.2 Prenatální péče**

Smyslem prenatální péče je zabezpečení těhotné ženy, zejména její důsledná prevence všech možných chorobných stavů a také včasný záchyt odchylek od normálního průběhu gestace, se zajištěním všech dostupných diagnostických a terapeutických opatření. K úspěšnému porodu, zachování zdraví matky a dítěte je nejlepší cestou včasná a pravidelná prenatální péče. K tomu, aby prenatální péče byla efektivní, je důležité, aby byla akceptovaná těhotnou ženou, v jejímž rámci žena absolvuje opakovaná vyšetření. Prenatální péči poskytují porodníci, praktičtí lékaři a certifikované porodní asistentky, kdy jejich správná péče vede ke snížení perinatální úmrtnosti (3,5).

### **1.2.1 Cíle prenatální péče**

Hlavními cíli prenatální péče jsou poskytování fyzické péče, poučení o zdravých návycích a o redukci rizikových faktorů, výchova k rodičovské odpovědnosti a zajištění bezpečného porodu pro matku i dítě. K dosažení těchto cílů je nutná spolupráce mezi lékařem, zdravotnickým personálem i ošetřující porodní asistentkou, kteří musejí



spolupracovat jako tým a vytvářet vhodné prostředí, které zohledňuje individuální odlišnosti a působí příznivě na celou rodinu (1).

### **1.2.2        Systém prenatální péče**

V současnosti je v České republice diferencovaná péče o těhotnou ženu koncipována do třístupňové péče (6).

Základní péče o těhotnou ženu je realizována obvodní prenatální poradnou a porodnickým zařízením základního typu. Tato poradna provádí první screening rizikového těhotenství a jsou zde sledovány ženy s fyziologickým těhotenstvím. V případě, že dojde ke zjištění zvýšeného rizika, je těhotná žena odeslána buď na pracoviště vyššího typu, anebo je nadále sledována v obvodní prenatální poradně. Tyto ženy rodí v zařízení základního typu (7).

Intermediální péče představuje ambulance pro ohrožená a patologická těhotenství, která jsou zřizovaná pro určitou spádovou oblast, v návaznosti na lůžková oddělení v nemocnicích druhého typu. Ambulance poté rozhodují, zda bude rizikově těhotná žena sledována v prenatální poradně, nebo v ambulanci pro patologická těhotenství. Ženy s nejvyššími riziky odesílá na superkonziliární pracoviště, která jsou vedena specialistou pro patologická těhotenství, jenž spolupracuje s interním lékařem a neonatologem. Tato oddělení mají návaznost na neonatologickou jednotku a musí být adekvátně vybavena přístrojovou technikou (7).

Perinatální centra jsou superkonziliární ambulance pro patologická těhotenství. Jsou zřizované při gynekologicko-porodnických klinikách nebo na odděleních krajských nemocnic a specializují se na vážné těhotenské patologie. Jako jsou např. Rh inkompatibilita a předčasný porod před 32. týdnem gestace. Tato pracoviště disponují mnohými diagnostickými a léčebnými metodami, spolupracují s odborníky (genetikem, neonatologem, internistou, biochemikem) a mají návaznost na neonatální jednotku intenzivní péče (7).

### **1.2.3 Diferenciace těhotenství**

Fyziologické je těhotenství s normálním průběhem. Rizikové těhotenství je takové, které doposud probíhá normálně, avšak zahrnuje ženy s primární zátěží (anamnestickou, nebo vzniklou v průběhu gravidity), která zvyšuje pravděpodobnost rozvoje patologického stavu. A dále patologické těhotenství s prokázaným průběhem gestace, které může vyústit v poškození či vitální ohrožení matky nebo plodu (3).

### **1.2.4 Základní skupiny těhotných žen**

Na základě získaných anamnestických údajů a aktuálního klinického nálezu o míře případného rizika, rozhodne ošetřující lékař o zařazení těhotné ženy do některé ze tří následujících skupin (8).

Těhotné s malým rizikem jsou pacientky bez rizikových faktorů v anamnéze a výsledky jejich vyšetření v průběhu gravidity jsou normální. Takové těhotenství označujeme jako fyziologické. Návštěvy v poradně do 36. týdne gravidity by měly být v intervalu 4 – 6 týdnů (optimálně 1x měsíčně) a od 37. týdne gravidity do termínu porodu 1x týdně. Předání těhotné ženy do ambulantní péče pracoviště, které provede porod, je v 36. týdnu gravidity, nejpozději však v termínu porodu (8).

Těhotné se středním rizikem mají anamnézu zatíženou rizikovými faktory, avšak výsledky vyšetření jsou normální, ale vyžadují opakování. Takové těhotenství označujeme jako rizikové a frekvence návštěv je závislá na vývoji zdravotního stavu ženy. V případě výskytu laboratorních výsledků mimo hranice fyziologie, musí být těhotná žena převedena do třetí skupiny. O rozsahu a frekvenci vyšetření rozhoduje ošetřující gynekolog, a to dle závažnosti rizikového faktoru (8).

Těhotné s vysokým rizikem mohou, ale nemusí mít rizikové faktory v anamnéze. Přítomnost patologických výsledků, které určují konkrétní riziko, je pro ně charakteristická. Řadíme sem i ženy, jejichž medicínský problém definuje riziko již na samém začátku gravidity. Takové těhotenství označujeme jako patologické

a frekvence návštěv i rozsah vyšetření jsou zcela individuální. O rozsahu a frekvenci vyšetření rozhoduje ošetřující gynekolog podle charakteru a závažnosti rizikového faktoru (8).

### **1.3 Komplexní diagnostické vyšetření na počátku těhotenství**

#### **1.3.1 Identifikační a další osobní data vyšetřované**

Vedle běžných identifikačních údajů, jako jsou jméno, příjmení, věk, rodné číslo, typ zdravotní pojišťovny, bydliště, státní příslušnost, národnost, stav, povolání, parita, uvádíme věk a i povolání otce dítěte, samozřejmě výhradně se souhlasem těhotné. Dále poznamenáváme údaje o zjištěných sociálních a pracovních poměrech, o přání mít otce u porodu, o požadované nadstandardní péči apod. Poznamenáme počet těhotenství a porodů. Žena poprvé těhotná je označována jako primigravida a v dalších těhotenství jako secundi –, terci –, quarti –, atd. gravida. A od 2 – 5 těhotenství souhrnně jako plurigravida. Žena s 6 a více těhotenstvími je multigravida. Žena, která poprvé rodí je označována jako primipara, u dalších porodů jako secundi –, terci –, quarti –, atd. para, souhrnně též pluripara od 2 – 5 porodů a jako multipara od 6 a více porodů (3).

#### **1.3.2 Anamnéza**

Anamnéza má být vedena aktivně, s použitím cílených otázek a má obsáhnout vše, co má jakýkoliv vztah k probíhající gestaci. První rozhovor s těhotnou je velkou příležitostí, jak si získat její důvěru (3, 9).

Rodinná anamnéza je zaměřena na zdravotní stav rodiny. Neměl by být opomenut výskyt dědičných chorob. I ve vztahu k budoucímu dítěti jsou významná v rodině se vyskytující akutní i chronická infekční onemocnění (4).

U osobní anamnézy postupujeme systematicky od chorob v dětském věku k chorobám v dospělosti. Podrobně zaznamenáme případné vrozené vývojové vady i výsledky genetických vyšetření. Důležité jsou všechny poruchy somatického vývoje, poruchy výživy a pohybového ústrojí, hlavně v oblasti pánve a kyčelních kloubů. Zjišťujeme období menarche, pravidelnost menstruačního cyklu, délku a kvalitu vlastní menstruace. Následují záznamy o závažných chorobných stavech, které byly spojeny s hospitalizací, také se ptáme na operace a úrazy, či případnou lékovou alergii (3, 4).

Zvláštní pozornost věnujeme pak gynekologické anamnéze, zejména gynekologických zánětů, nádorů, vrozeným anomáliím, délce a způsobu léčby proběhlé sterility nebo infertility a onemocnění prsních žláz. Popíšeme průběh předchozích těhotenství, které popíšeme v časovém sledu. Dále popíšeme průběh stávající gravidity, zda jde o těhotenství plánované, chtěné, jak žena snadno otěhotněla, místo a počátek prenatalní péče, počet kontrolních vyšetření a všechny proběhlé nebo probíhající komplikace a jejich terapie. Poznamenáme výsledky interních vyšetření, včetně EKG, krevního obrazu, výsledky prenatalního genetického vyšetření, výsledky bakteriologických a virologických vyšetření, ultrazvukových vyšetření, údaje o pohybech plodu a další. Zjistíme výšku těhotné v cm, hmotnost před těhotenstvím a příslušný váhový přírůstek. Také posuzujeme hygienické návyky, kouření, případný abusus škodlivých látek v průběhu těhotenství (3).

#### **1.4 Klinická a laboratorní vyšetření**

Nejpozději do konce 12. týdne těhotenství musí být provedeno komplexní prenatalní vyšetření. Součástí kromě pravidelně prováděných vyšetření je i vystavení těhotenské průkazky s podrobnou informací o průběhu prenatalní péče. Povinnými údaji v těhotenském průkazu jsou přesné ultrazvukové datace gravidity a u vícečetné gravidity i stanovení chorionicity a amnionicity (3).

### 1.4.1 Pravidelná vyšetření

Provádějí se při každé návštěvě v těhotenské poradně, kam řadíme sběr anamnestických údajů a určení míry rizika. Dále pak krevní tlak a pulz, chemické vyšetření moče, zevní vyšetření těhotné ženy s určením hmotnosti, bimanuální vaginální vyšetření se stanovením cervix-skóre (dle úvahy lékaře) a detekce známek vitality plodu (2, 10).

### 1.4.2 Nepravidelná vyšetření

**Laboratorní vyšetření do 14. týdne (14+0)** zahrnuje stanovení krevní skupiny AB0 + RhD a screening nepravidelných antierytrocytárních protilátek. Stanovení hematokritu; počtu erytrocytů, leukocytů i trombocytů a hladiny hemoglobinu. Dále sérologické vyšetření HIV a HbsAg. Součástí je také vyšetření protilátek proti syfilis a glykémie na lačno (8).

**Ultrazvukové vyšetření do 14. týdne (14+0)** určuje počet plodů a u vícečetného těhotenství chorionicitu a amnionicitu. Dále pak vitalitu plodů a jejich biometrii, při níž je měřena temenokostrční vzdálenost, parametr CRL (8).

**Ultrazvukové vyšetření (20+0 – 22+0)** stanovuje počet plodů a jejich vitalitu. Dále se provádí biometrie plodů, kde jsou měřeny parametry BPD, HC, AC a FL. Zkontroluje se uložení placenty, její stav a množství plodové vody. Zároveň se ověří, zda velikost plodů odpovídá stáří těhotenství (8).

**Orální glukózo toleranční test (24+0 – 28+0)** je vyšetřovací metoda, která se používá k diagnostice gestačního diabetu (8, 11).

Všechny těhotné ženy mají vyšetřenou glykémii na lačno v prvním trimestru. V případě hodnoty glykémie na lačno vyšší než 5,6 mmol/l se vyšetření opakuje

s odstupem několika dní. V případě, že glykémie na lačno je i ve druhém vyšetření vyšší než 5,6 mmol/l pacientka má diagnózu gestační diabetes mellitus a není třeba dalších vyšetření. V případě, že je jedna glykémie vyšší než 5,6 mmol/l a další nižší je třeba pacientku odeslat na vyšetření standardního OGTT. Pacientky s vysokým rizikem je nutné odeslat na OGTT již v prvním trimestru bez nutnosti kontrol glykémie na lačno (8).

Těhotenská cukrovka se vyšetřuje vypitím 75g glukózy, vyšetřením krevního cukru na lačno – 0' glykémie méně než 5,6 mmol/l a 120' glykémie méně než 7,7 mmol/l, kdy za patologický test se považuje zvýšení alespoň jedné hodnoty. V případě glykémie na lačno více než 7,0 mmol/l je diagnóza diabetu jasná a není potřeba provádět OGTT. Glykémie v rozmezí mezi 5,7 – 6,9 mmol/l, jde o vysokou glykémii na lačno, kterou je v graviditě doporučeno považovat za GDM (11).

Důležitá je edukace těhotné ženy porodní asistentkou o zásadách diety v těhotenství a léčebných opatřeních. Měla by ji poučit o důležitosti pravidelné stravy, která by měla být rozdělena do 5 – 6 dávek, o zařazení potravin bohatých na vlákninu, zvýšeném přísunu zeleniny a o dostatečném množství tekutin. Předně musí ženu porodní asistentka oslovit, zaujmout, stručně objasnit problematiku onemocnění, vysvětlit základní pojmy a odpovědět na nejčastější dotazy (12).

***Profylaxe RhD aloimunizace u RhD negativních žen (27+1 – 28+0).***  
Rh inkompatibilita je vzájemná neslučitelnost Rh faktoru matky a Rh faktoru plodu. Existují situace, kdy může dojít k přestupu krve plodu do krevního oběhu matky (13).

Mezi indikace v I. trimestru řadíme umělé ukončení těhotenství, samovolný potrat s instrumentální revizí dutiny děložní, operace mimoděložního těhotenství, biopsie choria z genetické indikace a evakuaci molární gravidity (13).

Indikacemi v II. trimestru jsou amniocentéza, kordocentéza, jiné invazivní výkony prenatalní diagnostiky, indukovaný abort, intrauterinní úmrtí plodu, pokus o zevní obrat konce pánevního, břišní poranění a porodnické krvácení (13).

Jestliže je matka Rh negativní a její plod Rh pozitivní, dochází v těle matky k tvorbě protilátek proti červeným Rh pozitivním krvinkám. Tyto protilátky poté kolují

v těle a při dalším těhotenství volně procházejí přes placentu a napadají červené krvinky plodu (je-li Rh pozitivní). Z tohoto důvodu se Rh negativním ženám do 72 hodin aplikují umělé protilátky, které ničí fetální Rh pozitivní červené krvinky v těle matky (14).

**Laboratorní vyšetření (27+1 – 32+0)** stanovuje hladinu hematokritu a počet erytrocytů, leukocytů i trombocytů. Dále pak hladiny hemoglobinu. Sérologické vyšetření HIV, HBsAg a protilátek proti syfilis se provádí pouze výběrově (7).

**Ultrazvukové vyšetření mezi (30+0 – 32+0)** týdnem gravidity se zaměřuje na počet plodů, jejich vitalitu a uložení. Při biometrii jsou měřeny parametry BPD, HC, AC a FL. Dále vyšetření zjišťuje lokalizaci placenty a množství plodové vody (7).

**Vaginorektální detekce streptokoků skupiny B se provádí mezi (35+0 – 38+0) týdnem gravidity.**

Významnou příčinou perinatální mortality a morbidity je infekce streptokoky skupiny B (GBS, Streptococcus agalactiae). Streptokoky skupiny B jsou potencionálně patogenními organismy, jejich primárním rezervoárem je gastrointestinální trakt se šířením do traktu urogenitálního. Mezi 35. až 38. týdnem těhotenství by se měly podrobit všechny těhotné ženy (s výjimkou žen s GBS – pozitivní kultivací moči kdykoli v průběhu těhotenství) screeningu streptokokové infekce. Odběr kultivačních vzorků se provádí z postranních stěn dolní třetiny pochvy, který je poté umístěn do transportního média. Standardní kultivační vyšetření umožňuje získat výsledek do 48 hodin. Při časové tísní používáme rychlé diagnostické testy, avšak je u nich vyšší riziko falešně negativních výsledků. Těhotná žena by měla být před porodem seznámena s výsledkem kultivačního vyšetření. V případě negativního výsledku kultivačního vyšetření není třeba ženě podávat intrapartální antibiotickou profylaxi (15).

**Kardiotokografický non – stress test (od 38. týdne)** je neinvazivní vyšetřovací metoda, která snímá srdeční akci plodu a děložní činnost (kontrakce). (3).

Do termínu porodu 1x týdně (7).

## **1.5 Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad**

Prenatální diagnostika je soubor vyšetření, jejichž cílem je najít těhotné ženy se zvýšeným rizikem narození plodu s vrozenou vývojovou vadou nebo se zaměřuje na těhotenství, u nichž, se již vrozená vývojová vada plodu vyskytuje. Jejím úkolem je dát rodičům co nejvyšší pravděpodobnost narození zdravého dítěte. Žádná metoda prenatální diagnostiky není schopná dát stoprocentní záruku zdraví plodu, jelikož z těchto metod mohou dát i falešně pozitivní nebo negativní výsledky (16).

Pokud se vadu podaří diagnostikovat, poté se těhotné ženě navrhnou možnosti dalšího řešení. Na prenatální diagnostice se účastní především gynekolog a genetik. Základními metodami prenatální diagnostiky jsou screeningová vyšetření a ty jsou tak označovány proto, že jsou určena všem těhotným ženám. Výsledkem těchto vyšetření jsou pak ženy, kde je vyšší riziko postižení plodu vrozenou vývojovou vadou (5, 6).

K nejčastějším vrozeným vývojovým vadám patří Downův syndrom (trizomie 21. chromozomu), Patauův syndrom (trizomie 13. chromozomu) a Edwardsův syndrom (trizomie 18. chromozomu). K nejčastějším abnormalitám pohlavních chromozomů patří syndrom Klinefelterův (47 XXY) a Turnerův (45 X). (3).

### **1.5.1 Screeningové vyšetřovací metody**

**Kombinovaný test** je neinvazivní vyšetření prováděné v I. trimestru gravidity, kdy jde o biochemické vyšetření krve matky a ultrazvukové vyšetření plodu. Vyšetření probíhá tak, že porodní asistentka vyplní žádanku, na kterou dopíše hodnoty z ultrazvukového vyšetření a provede odběr krve matky ke zjištění hladiny specifického



těhotenského plazmatického proteinu (PaPP-A). Odběr je možno provádět od 10+0 až do 11+3 týdne těhotenství. Pokud je zjištěna příliš nízká syntéza PaPP-A, následuje měření šíjového projasnění. Snížená hladina PaPP-A bývá doprovodným ukazatelem těhotenství s vývojem plodu postiženým Downovým syndromem. Kombinovaný test není hrazen zdravotní pojišťovnou a v případě zájmu, si jej musí těhotná žena uhradit sama (17, 18, 19).

**Triple test**, slouží k detekci genetických poruch. Pokud nemá těhotná žena vyšetření pomocí prvotrimestrálního kombinovaného screeningu, provádí se screening vrozených vývojových vad ve II. trimestru pomocí biochemického vyšetření. Triple test, hodnotí hladinu tří látek: hCG (lidský choriogonadotropin, který odráží riziko Downova syndromu), E3 (nekonjugovaný estriol, který určuje celkové riziko těhotenství), AFP (alfafetoprotein, který má vztah k vadám nervové trubice) a počítá riziko vrozené vývojové vady plodu s ohledem na věk ženy. Tyto látky slouží k odhalení chromozomálních aberací včetně Downova syndromu. Optimální je toto vyšetření provádět mezi 16. – 18. týdnem těhotenství. Při pozitivitě výsledků se přistupuje k dalším vyšetřením, nejčastěji k amniocentéze, odběru plodové vody (3, 19, 20).

**Integrovaný test** je nejlepší test na záchyt chromozomálních vad včetně Downova syndromu. Test je spojením výsledků kombinovaného testu (I. trimestr) a výsledků triple testu (II. trimestr). Riziko je vypočítáno počítačovým tomografem. Podezření na rozštěpovou vadu páteře, břišní stěny je při zvýšené hladině AFP. Podezření určené testem neznamena výskyt vrozené vady, ale je důvodem k podrobnějšímu vyšetření, většinou odběru plodové vody a podrobnému ultrazvuku (17).

**Sérum integrovaný test** provádí pouze biochemické vyšetření krve a změření NT monografistou je vynecháno. V období mezi 10+0 až 11+3 se provede odběr krve matky ke zjištění hladiny PaPP-A, další odběr krve následuje od 14. týdne gravidity, který je zaměřen na hodnoty AFP, HCG a E3 (17, 21).

**Prenascan** je neinvazivní přesný prenatalní test odhalující nejčastější genetické vady plodu. Provádí se ze vzorku krve těhotné ženy bez nutnosti odběru plodové vody nebo choriových klků. Prenascan zjišťuje zmnožení (trizomie) chromozomů plodu číslo 21, 13 a 18, které jsou příčinou Downova, Patauova a Edwardsova syndromu. Test je možné provádět již od 10. až do 24. týdne těhotenství. K vyšetření se používají úlomky DNA plodu, které kolují v krvi matky. V případě positivity testu se doporučuje podstoupit další vyšetření, amniocentézu, odběr plodové vody (22).

**Nuchální translucence (šijové projasnění)** je ultrazvukové vyšetření, kdy se zjišťuje množství lymfatické tekutiny, mezi 11. až 13. týdnem gravidity, tedy v době, kdy se lymfatický systém vyvíjí. U plodů s Downovým syndromem je šířka významně větší, u plodů s trizomií 21 byla zvýšená hodnota NT prokázána v mnoha studiích. Měření se provádí přes břišní stěnu matky nebo transvaginálně. Je-li naměřena hodnota 6 mm, je riziko těžké abnormality plodu až 90% (23, 24).

Kromě šijového projasnění se sleduje i délka nosní kosti, jelikož u Downova syndromu dochází kromě mentální retardace i k strukturálním změnám (23, 24).

**Ultrazvukový screening** jsou vyšetření zaměřená na zjištění závažných malformací plodu. Pomocí ultrazvukového vyšetření je možné vidět plod od hlavy až k patě. Pro zdárný průběh vyšetření jsou zapotřebí nejen zkušenosti lékaře, ale i kvalitní ultrazvukový přístroj, dostatek času a vhodná atmosféra. V případě nejasností, lékař vyšetření znovu opakuje a následně ženu odesílá na specializované pracoviště (24, 25).

Vyšetření nevyžaduje zvláštní přípravu. Porodní asistentka pomůže ženu uložit na vyšetřovací lůžko do polohy na zádech a přes stěnu břišní lékař provede ultrazvukové vyšetření (19).

Mezi 18. až 20. týdnem těhotenství se provádí první ultrazvukový screening. Při něm se ověřuje počet plodů, vitalita plodů, množství plodové body a uložení placenty. Smyslem je odhalit případně další skupinu vrozených vývojových vad, které se při vyšetření krve nemusí projevit (26).

Druhý ultrazvukový screening se provádí ve 30. – 32. týdnu těhotenství. Vyšetření je zaměřeno především na růst plodů, placentu a množství plodové vody. Při tomto vyšetření lze zachytit některé z vývojových vad, které nebyly při předchozích vyšetření patrné. Někdy je při této prohlídce provedeno také vyšetření dopplerem, při kterém je slyšet tok krve cévami plodu nebo v pupečníku (27).

### **1.5.2 Invazivní metody prenatální diagnostiky**

Hlavním účelem invazivních vyšetření je získat vzorek tkáně plodu pro určení nebo upřesnění diagnózy. Přístupuje se k nim na základě anamnézy, při nepříznivém výsledku ultrazvukového screeningu nebo nejčastější indikací invazivního vyšetření bývá pozitivita biochemického screeningu na chromozomální aberace plodu (3, 7).

*Amniocentéza* je prenatální vyšetření, při kterém lékař punkcí odebere z dělohy malé množství plodové vody pro laboratorní vyšetření. Provádí se přes břišní stěnu za ultrazvukové kontroly. Obvykle se provádí mezi 16. a 20. týdnem těhotenství (18, 28, 29).

Indikací k provedení aminocentézy je věk ženy nad 35 let, věk muže nad 50 let, dále pokud byly pozitivní screeningové testy v předchozím období gravidity, jeden z rodičů je zatížen genetickou poruchou, matka má vrozenou poruchu metabolismu, pokud byly zjištěné morfologické abnormality během ultrazvukového vyšetření a také v případě, že v minulosti bylo narozeno dítě s genetickou vadou či došlo k abortu s genetickou vadou (28).

Další průběh těhotenství může negativně ovlivnit stres, kterému je žena vystavena při tomto výkonu. Jde nejen o obavy ze samotného výkonu, ale i o strach z výsledků vyšetření (5, 30).

**Biopsie choria** je další metodou k odhalování chromozomálních aberací plodu. Indikace jsou stejné jako u amniocentézy, nejčastěji je to však věk těhotné (23).

Biopsie choria je odběr tkání tvořících základ budoucí placenty. Biopsii je možné provádět dříve, v době mezi 11. a 14. týdnem těhotenství, což je výhoda především pro ženy, u kterých hrozí zvýšené riziko poškození plodu, a tím tak nemusí čekat na amniocentézu do 15. týdne těhotenství (28, 31, 32).

Pod ultrazvukovou kontrolou se do plodového vaku zavede jehla a odebere se vzorek tkáně placenty. Jde o diagnostickou metodu, která je doporučena v okamžiku, kdy dojde k podezření na riziko vzniku genetické vady plodu (5).

**Kordocentéza** je vyšetření, při kterém je pod ultrazvukovou kontrolou provedeno napíchnutí pupečníku plodu a dojde k odběru krve. Tento odběr je možný zhruba od 20. týdne těhotenství. Odběr je proveden nasátím fetální krve tenkou jehlou přes břišní stěnu a stěnu dělohy za ultrazvukové kontroly. Častým důvodem k provedení kordocentézy jsou hematologická i některá imunologická vyšetření a potvrzení intrauterinní infekce plodu. Metoda je využívána i pro intrauterinní infuze a transfuze, např. při Rh inkompatibilitě (6).

## **1.6 Psychická adaptace na těhotenství**

Ať už těhotenství je, nebo není plánované, mění mezilidské vztahy mezi všemi členy rodiny. Oba rodiče se mohou cítit zaskočeně skutečností, že čekají dítě a stanou se rodiči, kdy jako první je napadne, jak dítě naruší jejich vztah jako páru. Rodiče, kteří již dítě mají, přemýšlí obvykle o tom, jak dokážou rozdělit svou energii i lásku mezi nový přírůstek do rodiny a starší děti. Porodní asistentka v prenatální poradně pomáhá rodině překonat tuto kritickou chvíli v jejich životě (1).

### 1.6.1 Vliv těhotenství na matku

Těhotenství je pro ženu více než jen fyzická záležitost, jelikož v průběhu těhotenství nejprve akceptuje dítě jako součást sebe sama a postupně si zvyká na představu dítěte jako samostatné bytosti. Mění se z těhotné ženy v matku, kdy i s postupujícím těhotenstvím se její reakce mění (1).

První trimestr – někdy je pro ženu těžké uvěřit, že je v jiném stavu, protože na sobě žádnou změnu nepocítuje, a tak provedené ultrazvukové vyšetření pomáhá matce pochopit skutečnost, že se v ní vyvíjí nový život. Většina žen vnímá těhotenství během prvních týdnů s rozporuplnými pocity. V této době se žena zcela soustředí na sebe, jelikož zažívá mnoho fyzických pocitů, které se ale nevztahují přímo k dítěti. Tyto fyzické pocity, ale i vyšší hladiny hormonů způsobují psychickou labilitu. Porodní asistentka se snaží matce i jejími partnerovi, který často bývá obětí takovýchto nálad, vysvětlit příčinu potíží (1).

Druhý trimestr – váha matky se zvyšuje a rostoucí děloha začíná být patrná, takže se plod pro matku stává hmatatelnějším. Brzy po začátku druhého trimestru matka slyší tlukot srdce plodu nebo vidí tlukoucí srdce na ultrazvukovém záznamu, také cítí pohyby plodu a to jí pomáhá vnímat plod jako samostatnou bytost. Pro většinu žen je druhý trimestr nejstabilnějším obdobím těhotenství, protože překonají mnohé ze svých dřívějších rozpolceností. Celým srdcem se oddávají pocitu, že jsou nastávajícími matkami. Často tráví hodně času vybíráním jídel, která jsou pro ni nejvhodnější, a prostředí, které je nejlepší pro zdraví její i jejího dítěte. S radostí vítá starostlivost okolí, které ji zakazuje nosit těžké věci nebo se unavovat náročnější prací. Zkouší si roli matky tím, že zkoumá, jaké děti jsou. Ráda poslouchá, jaké to bylo, když ona nebo její přátelé byli malými dětmi. Představuje si, jak bude dítě vypadat, jakého bude pohlaví. Při vyšetření ultrazvukem lze zjistit pohlaví, ale matky to někdy nechtějí až do porodu vědět a nechají se překvapit. Žena, která už dítě má, prochází podobnými úvahami, představuje si, jak jedinečné to bude dítě a jak se bude lišit od svých sourozenců. Změny charakteristické pro těhotenství jsou nyní zcela zjevné, žena je vítá, protože jsou známkou, že její plod je dobře chráněn a prospívá. Zároveň si už může připadat méně

přitažlivá, a tím poněkud nesvá. Oba rodiče se mohou obávat ohrožení plodu, zvláště jestli už předtím ztratili dítě. Nepříjemné pocity, potíže, tloustnutí mohou způsobit menší zájem o pohlavní styk, a proto i úkolem porodní asistentky je ubezpečit partnery, že změny jsou jen dočasné (1).

Třetí trimestr – tělesné změny jsou nyní výrazné a žena mění nahlížení na sebe samou. Vidí se jako obludně veliká a nemilovaná svým partnerem. Tyto změny nálad odrážejí pocity větší zranitelnosti a závislosti na partnerovi. Žena sama sebe zkoumá, jestli je schopna zvládnout porod, a bojí se, jak dopadne. Někdy se vrací psychická labilita, matka si začíná zvykat na blížící se konec těhotenství a připravuje se na pečování o dítě. Ona i její partner dělají konkrétní kroky k zaopatření dítěte, kupují oblečení a vybavení, které bude dítě potřebovat. Mnohé páry chodí do kurzů přípravy k porodu. I ty nejmenší potíže spojené s těhotenstvím jsou v posledních týdnech čím dál tím únavnější. Matce připadá, že těhotenství nikdy neskončí. Matka potřebuje porozumění a lásku svých blízkých, podpora rodiny i zdravotníků jí dává sílu zvládnout vše, co se týká porodu (1, 33).

## **1.7 Předporodní příprava**

Předporodní příprava těhotných žen k porodu se provádí nejčastěji v posledním trimestru těhotenství. Cílem je připravit rodičky na porod psychicky i fyzicky, odstranit negativní emoce, strach z porodu a bolesti, obavy o vývoj dítěte apod. (34).

Psychická příprava má odstranit všechny tyto negativní emoce a zároveň navodit pozitivní postoj k porodu, vzbudit důvěru a pocit bezpečí. Ženy jsou poučeny o průběhu těhotenství a porodu, o potřebě klidu a uvolnění, o možnostech a způsobech tlumení nepříjemných pocitů v průběhu porodu (34).

Dále je budoucí matka v předporodních kurzech seznámena a poučena o hygieně v těhotenství a šestinedělí, životosprávě, sexuálním životě v těhotenství. Dostatek času v předporodní přípravě je nutné věnovat kojení, nástupu laktace, střídání prsou, péči o prsy, prevenci zánětu a psychické pohodě v době kojení (1).

Fyzická příprava je neméně důležitá, spočívá v provádění těhotenské gymnastiky, v nácviku správného dýchání, účinného tlačení při porodu a také nácviku relaxace. Ta mají naučit ženu činnostem, které ji ulehčí porod a urychlí její zotavení po něm. Cvičení těhotných není zaměřeno na zvyšování tělesné zdatnosti, ale na posilování některých svalových skupin, kdy cviky jsou přizpůsobeny stupni těhotenství. Tělocvik učí v prenatálních poradnách školené porodní asistentky nebo rehabilitační pracovnice. Cviky mají zlepšit celkovou kondici těhotné a navodit příjemný pocit u každé nastávající matky (6, 14).

Neméně cenným efektem je posílení sebevědomí, dosažení klidu z pocitu aktivity. Duševní pohoda snižuje sklon k napětí, křečím a zvyšuje schopnost tělesné i duševní relaxace (34).

Kurzy pořádají buď porodnice, nebo soukromé subjekty, které mohou těhotné ženy navštěvovat spolu se svými partnery. K překonání strachu a nejistoty jsou důležité pohovory a neustálá komunikace. Z chování porodní asistentky by měla každá budoucí matka cítit, že je tu pro ni. Samozřejmostí je podání ruky, přímý pohled, úsměv a takt. Tyto základní věci navozují u každé budoucí maminky dobrou psychickou pohodu, a vždy vedou ke sblížení vztahu, porodní asistentka – rodička (34).

## **1.8 Mezinárodní definice porodní asistentky**

*„Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky.“* Definice porodní asistentky vychází z dokumentu z roku 1972 nazvaného Definice porodní asistentky. Tato definice prošla již dvěma modifikacemi a její poslední úprava byla přijata 19. července 2005 v Brisbane, na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek (35).

## 1.9 Edukace porodní asistentkou

Porodní asistentka edukuje těhotnou ženu o správně životosprávě. V oblasti výživy by těhotnou ženu měla upozornit na vhodné složení stravy a pravidelnost jídel. Těhotná žena by se neměla přejídat, ani hladovět. Strava by měla být bohatá na dostatek ovoce, zeleniny, vitamínů a minerálů. Zároveň by neměla opomenout na dostatečný příjem tekutin během dne (4, 6).

Jako prevenci listeriózy a toxoplazmózy, které představují závažná rizika pro plod, by měla být těhotná žena informována o dodržování hygienických zásad při manipulaci, přípravě a konzumaci potravin (4).

V péči o kůži by měla porodní asistentka poučit těhotnou o dostatečném promazávání vhodnými krémy, které jsou dostupné i v lékárnách (4).

Důležitá je edukace o dostatečném a vydatném spánku, který je důležitý pro její fyzické a psychické zdraví. Relaxace během dne napomáhá dobrému prokrvení dělohy a placenty (6).

Porodní asistentka edukuje o vhodném oblékání, kdy by měla dát přednost pohodlnosti a přírodním materiálům, které jsou prodyšné. Dále by měla doporučit podprsenku pro kojící matky, která by měla prsa podpírat a také ji informovat o pořízení dvou velikostí, jelikož se prsa v průběhu těhotenství budou zvětšovat (4).

V těhotenství je vhodná i tělesná aktivita. Těhotná žena by měla mít informace o tom, který sport lze v těhotenství provádět. Mezi vhodné aktivity lze zařadit chůzi, jízdu na kole, jógu, tanec a plavání. Naopak se nedoporučuje lyžování, tenis, bruslení, terénní běh a adrenalinové sporty (4).

V průběhu těhotenství by měla těhotná žena omezit cestování na dlouhé vzdálenosti, jelikož je spojeno s otřesy a vibracemi (6).

Některé porodní asistentky mohou pořádat předporodní kurzy, jejichž smyslem je připravit nastávající maminku na duševní a tělesné změny, které k těhotenství a pozdějšímu mateřství patří. Zároveň také přispívají k odbourání strachu a negativních emocí souvisejících s porodem a porodními bolestmi (6).



## **2 Cíle práce a výzkumné otázky**

### **2.1 Cíl práce**

**Cíl 1:** Zjistit, jak ženy vnímají prenatální péči.

**Cíl 2:** Zjistit názory těhotných žen na jejich vztah k porodní asistenci.

**Cíl 3:** Zjistit a porovnat jak těhotné ženy vnímají prenatální poradnu v Písku a v Týně nad Vltavou.

### **2.2 Výzkumné otázky**

**Výzkumná otázka 1:** Jaké mají ženy pocity během průběhu prenatální péče?

**Výzkumná otázka 2:** Do jaké míry důvěřují ženy porodní asistentce v průběhu návštěv v prenatální poradně?

**Výzkumná otázka 3:** Jak vnímají ženy prenatální poradnu v Písku a v Týně nad Vltavou?

## **3 Metodika**

### **3.1 Metodika práce, technika výzkumu**

Výzkum byl proveden pomocí kvalitativní metody, která pracuje pouze s malým souborem respondentek. Pro sběr dat byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který je flexibilní, umožňuje i v jeho průběhu vytvářet doplňující otázky, které se objevují mimo předem stanovenou strukturu rozhovoru. Empirická část probíhala v období od ledna 2014 do března 2014. Byly určeny dva výzkumné soubory. Byly zjišťovány i identifikační údaje: věk, vzdělání, počet předchozích těhotenství a týden těhotenství. Rozhovory se uskutečnily v Týně nad Vltavou a v Písku. Účast na výzkumu byla dobrovolná, oslovené ženy byly předem seznámeny s tématem bakalářské práce a účelem rozhovoru. Rozhovory byly nahrávány, vždy jen se souhlasem respondentek, a proto některá data mohla být zachycena formou audiozáznamu nebo pouze písemně. Nahrávky byly přepsány do formy spisovného textu a poté byly vypuštěny nepodstatné informace. Při tlumočení dat byly použity citace respondentek. Záměrem mé práce je představit tuto problematiku z více pohledů. Těhotné ženy se liší nejen svými subjektivními postoji, ale i zkušenostmi a je zřejmé, že i postoj k prenatální péči se různí.

### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Zkoumaný soubor tvořilo celkem 10 respondentek. Zcela anonymní rozhovory byly vedeny s pěti ženami, které v průběhu těhotenství docházely do prenatální poradny v Týně nad Vltavou. Se zbylými pěti respondentkami jsem vedla rozhovory, které docházely do prenatální poradny v Písku. U respondentek jsem zjišťovala jejich postoj k prenatální péči, která se víceméně týká všech těhotných žen.

## 4 Výsledky

Tabulka 1A: Identifikační údaje dotazovaných žen – prenatalní poradna Týn nad Vltavou

Identifikační údaje dotazovaných žen – Týn nad Vltavou					
R – respondentka	R1	R2	R3	R4	R5
Věk	42 let	29 let	32 let	33 let	35 let
Vzdělání	VŠ, Ing.	VŠ, Ing.	SŠ	VŠ, Mgr.	SŠ
Porod	III.	II.	I.	I.	I.
Týden těhotenství	38. t. t.	36. t. t.	39. t. t.	37. t. t.	37. t. t.

Tabulka 1A znázorňuje základní identifikační údaje žen. Všechny ženy jsou aktuálně na mateřské dovolené. Nejmladší respondentce je 29 let a nejstarší 42 let. R1 vystudovala vysokou školu a rodit bude potřetí. R2 vystudovala také vysokou školu a rodit bude podruhé. Ostatní respondentky budou rodit poprvé. R3 a R5 vystudovaly střední školu, R4 má vysokou školu. Všechny těhotné ženy byly v rozmezí od 36. týdne těhotenství do 39. týdne těhotenství.

Tabulka 1B: Identifikační údaje dotazovaných žen – prenatalní poradna Písek

Identifikační údaje dotazovaných žen – Písek					
R – respondentka	R6	R7	R8	R9	R10
Věk	26 let	26 let	29 let	32 let	34 let
Vzdělání	SŠ	SŠ	SŠ	VŠ, Mgr.	SŠ
Porod	I.	II.	I.	II.	III.
Týden těhotenství	37. t. t.	39. t. t.	37. t. t.	37. t. t.	37. t. t.

Tabulka 1B zobrazuje základní identifikační údaje dotazovaných žen v Písku. Věk respondentek je v rozmezí od 26 let do 34 let. R9 vystudovala vysokou školu a rodit bude podruhé. R6 a R8 vystudovaly střední školu a obě budou rodit poprvé. Poslední R7 a R10 vystudovaly střední školu, R7 bude rodit podruhé a R8 potřetí. Z tabulky je patrné, že všechny těhotné ženy byly v rozmezí od 37. týdne těhotenství až do 39. týdne gravidity.

Tabulka 2: Seznam kategorizačních tabulek

KATEGORIE	PODKATEGORIE
Těhotenství	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Prožívání těhotenství</li> <li>b) Čerpání informací o těhotenství, porodu a šestinedělí</li> <li>c) Změna životního stylu</li> </ul>
Prenatální péče	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Poskytovatelé prenatální péče</li> <li>b) Termín první návštěvy v prenatální poradně</li> <li>c) Frekvence vyšetření v prenatální poradně</li> <li>d) Obvyklá kontrola v prenatální poradně</li> <li>e) Stresující vyšetření v prenatální poradně</li> </ul>
Kvalita péče porodních asistentek	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Přístup porodních asistentek</li> <li>b) Čas věnovaný těhotným ženám porodními asistentkami</li> <li>c) Důvěra v porodní asistentku</li> </ul>
Spokojenost s prenatální péčí	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Profesionalita a odbornost zdravotnického personálu</li> <li>b) Individuální přístup</li> <li>c) Zachování intimity</li> <li>d) Přístrojové vybavení</li> <li>e) Prostředí a čekací doba</li> <li>f) Změny v prenatální péči z pohledu těhotných žen</li> </ul>
Příprava k porodu	<ul style="list-style-type: none"> <li>a) Předporodní příprava</li> <li>b) Fyzická a psychická příprava před porodem</li> </ul>

## **Kategorie 1 Těhotenství**

V rámci této kategorie byly použity tři podkategorie a u každé je možné vysledovat několik variant odpovědí.

### **a) Prožívání těhotenství**

R1 si své těhotenství užívala. *„Oproti předchozím těhotenstvím jsem si toto více užila, nebyla jsem tolik rozladěná, jako v prvním trimestru předchozích těhotenství. Lépe jsem se orientovala ve svých pocitech a náladách. Během minulého těhotenství jsem byla rozpačitá z přibírání na váze, ale tentokrát dávám své bříško na obdiv.“*

R2 uvedla, že své těhotenství prožívala neutrálně. *„Vzhledem k tomu, že mám doma již dvouletého syna, tak vím, jak takové těhotenství probíhá. Ráda bych si jej užila od prvních dnů až po samotný porod v klidu a pohodě, ale bohužel mě zaměstnává péče o syna, který je často nemocen, a aby toho nebylo málo, tak i dětský pokoj jsme zařizovali až v teď v posledních týdnech těhotenství.“* Celé těhotenství od začátku prožívaly R3, R4 s radostí. Žádné potíže nepopisovaly a cítily se skvěle. Pouze R5 uvedla, že vzhledem ke své pracovní vytíženosti musela své tempo zpomalit a od druhého trimestru se začala více soustředit na samotné těhotenství a začala si jej více užívat.

R10 z Písku nic závažného v průběhu těhotenství netrápilo, cítila se úžasně, pouze teď s blížícím se termínem porodu se cítí více unavená. R6 a R8 trápily ranní nevolnosti, které poté ustoupily. Obě se na nový přírůstek do rodiny velmi těší. Ranními nevolnostmi na počátku gravidity netrpěly R7 a R9 a tak si své těhotenství užívaly. R9 přiznala, že si sama poupravila svůj spánkový režim, jelikož se cítila více unavená, a tak chodila spát dříve.

### **b) Čerpání informací o těhotenství, porodu a šestinedělí**

Obě R1 a R2 získaly informace již z předchozího těhotenství, předporodního kurzu a prostřednictvím internetu. R1 dále uvedla, že čerpala informace od svého gynekologa

a porodní asistentky. R3 získala informace o těhotenství, porodu a šestinedělí od svých rodičů a příbuzných. R4 a R5 získaly nejvíce informací z internetu, knih a časopisů.

V Písku respondentky R7, R8 a R10 čerpaly informace převážně z knih, časopisů a internetu, R7 a R10 dále uvedly, že mnoho informací znají, již z předchozího těhotenství. R6 získávala informace od kamarádů, své matky, knih a pomocí internetu. R9 měla informace z prenatální poradny od svého gynekologa a porodní asistentky, ale také z vlastní iniciativy pomocí knih a internetu.

### **c) Změna životního stylu**

R5 uvedla, že vzhledem ke své pracovní vytíženosti bude rodit poprvé až teď ve svých 35 letech. *„Únava a nevolnosti mi daly jasně najevo, že je nutné, abych zpomalila své tempo. Od druhého trimestru těhotenství jsem se začala více soustředit na sebe a své budoucí dítě.“* R1 nezměnila svůj životní styl. Jak sama řekla, snaží se dodržovat zásady zdravého životního stylu i mimo těhotenství. R2 změnila životní styl na základě doporučení od porodní asistentky, jelikož před těhotenstvím kouřila 10 cigaret denně. R3 a R4 změnilly dosavadní životní styl, na doporučení od porodní asistentky jedí více ovoce, zeleniny a snaží se více odpočívat. Obě R3 a R4 nekouří a alkohol vynechaly automaticky při zjištění těhotenství.

V prenatální poradně v Písku i přes doporučení od porodní asistentky R6 nezměnila svůj dosavadní životní styl a nepřestala kouřit. R6 však uvedla, že jí tato velká neřest trápí, a že se snaží kouření alespoň omezit. R8 životní styl také nezměnila, kvůli své pohodlnosti a vyšší váze, ale říká, pokud by nastaly nějaké problémy, své stravovací návyky by změnila. R9 sama změnila svůj spánkový režim, jelikož se cítila od začátku těhotenství více unavená, a tak chodila spát dříve a ráno se cítila odpočinutá. R7 a R10 svůj životní styl pouze lehce upravily na základě poučení od porodní asistentky, snažily se více odpočívat, chodit na procházky a jíst více ovoce a zeleniny.

## **Kategorie 2 Prenatální péče**

V rámci této kategorie bylo použito 5 podkategorií a u každé je možné vysledovat několik variant odpovědí.

### **a) Poskytovatelé prenatální péče**

Na tuto otázku odpověděly všechny respondentky shodně. V obou prenatálních poradnách, jak v Týně nad Vltavou, tak v Písku ordinuje lékař, gynekolog, společně s porodní asistentkou. R9 uvedla, že by navštěvovala dle svého přání jenom porodní asistentku. *„Péče porodní asistentky pro mě představuje možnost bližšího, hlubšího a důvěrnějšího vztahu oproti běžným setkáním s mnoha lidmi na mnoha místech, s gynekologem, mnoha různými lékaři a sestrami. Taková setkání mi totiž neumožňují vytvoření bližšího vztahu a nemohou mě poznat důvěrněji.“*

### **b) Termín první návštěvy v prenatální poradně**

Prenatální poradnu v Týně nad Vltavou navštěvuje R2 a R4 od 7. týdne těhotenství, kdy byla gravidita potvrzena. R1 docházela do prenatální poradny od 8. týdne těhotenství. Nejpozději docházely do těhotenské poradny od 9. týdne gravidity respondentky R3 a R5.

V Písku do těhotenské poradny docházely od 8. týdne gravidity respondentky R6 a R9. Nejdříve ze všech respondentek bylo potvrzeno těhotenství u R10, již v 5. týdnu. Od 6. týdne těhotenství navštěvovala prenatální poradnu R7 a od 9. týdne těhotenství R8.

### **c) Frekvence vyšetření v prenatální poradně**

Všechny respondentky docházely do prenatální poradny v Týně nad Vltavou v pravidelných intervalech do 29. týdne těhotenství každý měsíc, do 35. týdne gravidity každé dva týdny a od 36. týdne těhotenství každý týden.

Prenatální poradnu v Písku navštěvovala R10 pravidelně do 28. týdne těhotenství každé 3 týdny, do 33. týdne gravidity ob dva týdny a od 34. týdne těhotenství každých

sedm dní. Zbylé respondentky R6, R7, R8 a R9 chodily od zjištění těhotenství do 30. týdne do poradny každý měsíc, poté do 36. týdne gravidity každé dva týdny a od tohoto termínu každých 7 dní.

#### **d) Obvyklá kontrola v prenatalní poradně**

V prenatalní poradně v Týně nad Vltavou se všechny respondentky shodly na pravidelných vyšetřeních. Patřilo mezi ně vyšetření moči indikačním papírkem, změření tlaku, pulzu, zvážení a ke konci těhotenství natočení dvacetiminutového záznamu CTG. Poté byly vaginálně vyšetřeny lékařem a optány na dosavadní stav, jak se cítí. R1 a R5 uvedly, že se jich porodní asistentka zeptala na otoky.

V Písku porodní asistentka všem respondentkám vyšetřila moč indikačním papírkem, změřila tlak, pulz, zvážila a natočila CTG záznam. Lékař poté provedl vaginální vyšetření, informoval se u žen na otoky a ke konci těhotenství i na pohyby miminka. R9 uvedla, že porodní asistentka se dotazovala na její psychický stav a ke konci těhotenství na špinění. U R10 se porodní asistentka optala na její psychický stav.

#### **e) Stresující vyšetření v prenatalní poradně**

R1 a R4 uvedly jako nepříjemné vaginální vyšetření gynekologem. R2 uvedla, že nechtěla podstoupit kvůli špatné předchozí zkušenosti z minulého těhotenství OGTT. *„Lékař sice tento test provádí, ale u mě udělal výjimku, protože minule mi bylo strašně zle a dokonce jsem zvracela. Domluvily jsme se, že v prvním těhotenství to stačilo a teď už nemusím.“* R3 a R5 neprodělaly žádná nepříjemná nebo stresující vyšetření při prenatalní poradně.

V Písku R6 a R8 neuvedly žádná nepříjemná nebo stresující vyšetření, které v průběhu těhotenství podstoupily. R7 a R9 uvedly vaginální vyšetření, jako nepříjemné. R10 neprováděla žádné stresující vyšetření, pouze se obávala ultrazvukových kontrol. *„Je to bezbolestné vyšetření, ale pokaždé jsem měla strach, aby pan doktor něco neobjevil.“*



### **Kategorie 3 Kvalita péče porodních asistentek**

Tato kategorie je rozčleněna do tří podkategorií.

#### **a) Přístup porodních asistentek**

Všechny těhotné ženy jsou s přístupem porodní asistentky spokojené. Hodnotí jej pozitivně. R2 uvedla: „*Výborný, porodní asistentka je ke mně velmi vstřícná, komunikativní a usměvavá.*“ R7 uvedla: „*Porodní asistentka je velmi pozorná, chová se taktně a pracuje s úsměvem.*“ R9 uvedla: „*Porodní asistentka je vytížená, ale i přesto se snaží svou práci dělat, co nejlépe to jde.*“

#### **b) Čas věnovaný těhotným ženám porodními asistentkami**

Všechny respondentky z prenatálních poraden uvedly, že jim porodní asistentka věnuje dostatek času. R1 uvedla: „*Myslím, že se mi snaží věnovat co nejdéle, je pozorná a starostlivá.*“ R3 uvedla: „*Ano, snaží se mi věnovat dostatek času. Člověk musí pochopit, že tu není sám.*“ R9 uvedla: „*Ano věnuje. Myslím si, že má i hodně dokumentace, ale i přes to se mi věnuje.*“

#### **c) Důvěra v porodní asistentku**

Všechny dotazované ženy uvedly, že porodní asistence důvěřují. Některé až natolik, že by si přály, aby byla přítomna u jejich porodu. R7 uvedla, že porodní asistence důvěřuje natolik, že by si přála, aby u porodu byl manžel a zkušený lékař s porodní asistentkou. R9 se mi svěřila, že lékaře vnímá jako záruku rychlé, odborné péče. Porodní asistentka je pro ni oporou a zároveň osobou, které se může se vším svěřit.

## **Kategorie 4 Spokojenost s prenatální péčí**

Tato kategorie se zabývá tím, jak jsou těhotné ženy spokojené s dílčími složkami prenatální péče, kterou poskytuje zdravotnický personál. Tato kategorie je rozčleněna do 6 podkategorií.

### **a) Profesionalita a odbornost zdravotnického personálu**

V prenatální poradně v Týně nad Vltavou se všechny respondentky shodly, že profesionalita i odbornost je na vysoké úrovni. R4 uvedla, že každá těhotná žena potřebuje milé slovo a lidský přístup. *„Nícméně mnoho pacientů ani neumí poděkovat a poprosit, a zároveň ale očekává laskavost. Zdravotník by pochopitelně měl být profesionál, ale pacient by neměl očekávat víc, než je v silách personálu. Podle mého názoru, oboustranně by měla fungovat pravidla slušného chování.“*

V Písku u respondentek také vyšla vzácná shoda. Zdravotnický personál pracující v prenatální poradně si zachovával odborný přístup, který prokazoval i jejich odborností. R9 uvedla: *„Zdravotníci musejí být profesionálové a mají se chovat profesionálně. Asi je to někdy obtížné si zachovat chladnou hlavu a občas nebouchnout jako přetopený kotel. Podíl na tomto napětí má samo sebou i velké množství přesčasových hodin a obrovský nárůst administrativní zátěže.“*

### **b) Individuální přístup**

V prenatální poradně v Týně nad Vltavou jsou s individuálním přístupem spokojeny R1, R2, R4 a R5. R3 uvedla, že by si přála ještě více individuální přístup. *„Zdravotnické zařízení je pro mě něčím cizím a do určité míry stresujícím. Od zdravotnického personálu, proto vyžadují profesionalitu, ohleduplnost, zdvořilé a citlivé chování, které bezesporu zdravotnický personál v poradně má, ale hůře prožívám svůj strach, a tak potřebuji se mnou maximální trpělivost a schopnost naslouchat mi.“*

V poradně v Písku je dle slov dotazovaných respondentek všem zajištěn individuální přístup. R6 uvedla: *„S individuálním přístupem je to někdy těžké. I přestože*

*se mohou všichni zdravotníci snažit, jak chtějí, nemohou poskytnout všem svým pacientkám plně individuální přístup, vždyť i zdravotníci jsou jen lidi jako my.“*  
R7 uvedla: *„Já si nemohu stěžovat na individuální přístup personálu.“*

### **c) Zachování intimity**

Všechny respondentky z obou prenatalních poraden se shodují, že jim byla zajištěna intimita v nejvyšší možné míře, k níž přispělo používání zástěny, ale i profesionální přístup zdravotnického personálu. Respondentka R9 uvedla, že jí byla nabídnuta i možnost přítomnosti porodní asistentky při vaginálním vyšetření, které jí bylo nepříjemné a stresující.

### **d) Přístrojové vybavení**

Respondentky R1, R2, R3 a R5 jsou v Týně nad Vltavou spokojeny s přístrojovým vybavením. R4 uvedla, že je též spokojena, ale že by přivítala elektrické polohovací vyšetřovací gynekologické křeslo.

Respondentky z prenatalní poradny v Písku vyslovily jednoznačný souhlas ohledně vybavení poradny. R9 uvedla, že využila možnosti zapůjčení kapesního doppleru k detekci ozev plodu. *„S porodní asistentkou jsem se o něm bavila, lékař mi ho sice rozmlouval, že s ním nebudu moc umět, ale i přesto jsem si ho půjčila. Porodní asistentka mě s ním naučila manipulovat a já jsem hned klidnější, když každý den vím, že je miminko v bříšku v pořádku.“*

### **e) Prostředí a čekací doba**

Respondentky R1, R2, R3 a R4 z Týna nad Vltavou se shodly, že je maximální snaha o dodržení objednaného času. Negativní zkušenost popisuje pouze R5. *„Vadí mi dlouhé čekání. Víím, že je to dáno velkým počtem pacientek, ale některé ženy chodí i bez objednání.“* Ke zpříjemnění čekací doby jim v čekárně přispívají obrázky těhotných žen, časopisy a plazmová televize. R1 je velice spokojená s prostředím čekárny. *„V čekárně mají nainstalovanou televizi a pouští jednak informace, co je*

*v tomto oboru nového, pak ještě recepty na zdravá jídla. Někdy mi je líto, že jdu tak brzy na řadu.“*

V Písku všechny respondentky uvedly, že čekací doba je sice někdy dlouhá, ale že za delší čekání stojí. Prostředí jim zpříjemňují obrázky na stěnách, časopisy a rádio. R8 si krátí čas čtením časopisů. *„Já třeba miluji časopisy. Většinou jsou to tituly týkající se těhotenství i zdravého životního stylu, porodu a tak.“*

#### **f) Změny v prenatální péči z pohledu těhotných žen**

R1 a R2 by nezměnily nic, jsou spokojeny s dosavadní péčí, která je jim poskytována. R3 uvedla, že by si přála více individuální přístup. R4 by uvítala lepší komunikaci s lékařem a R5 by uvítala dodržování objednaných časů návštěvy v poradně a dřívější odchod po porodu z porodnice.

V prenatální poradně v Písku R6 a R8 by neměnily dosavadní péči, která je jim poskytována. R7 by žádné velké změny neviděla, pouze by si přála, aby byla hrazena předporodní příprava. *„Myslím si, že předporodní příprava by měla být hrazena ze zdravotního pojištění a to alespoň u prvorodiček.“* R9 a R10 by potěšilo, kdyby byly informovány o vyšetření, které je při další návštěvě v poradně čeká, aniž by se musely doptávat. R9 dále uvedla. *„Přivítala bych zřízení porodních domů, které u nás tak chybí. Je v něm zaručena individuální péče jednou porodní asistentkou, která je přítomna od počátku porodu.“*

## Kategorie 5 Příprava k porodu

Tato kategorie je rozčleněna do dvou podkategorií.

### a) Předporodní příprava

V prenatalní poradně v Týně nad Vltavou nebyl ani jedné z respondentek nabídnut kurz předporodní přípravy. R3, R4 a R5 se všechny shodly, že by tuto nabídku rády využily, jelikož budou rodit poprvé. Pouze R4 sama ze své vlastní iniciativy navštěvovala předporodní kurz v mateřském centru Caplík. Byla ráda, že kurz vedla porodní asistentka, a jak sama uvedla, předporodní kurz splnil všechna její očekávání. *„Porodní asistentka byla nesmírně vstřícná a hodná. Kurz měl čtyři na sebe navazující lekce. První hodina byla zaměřena na cvičení jednotlivých svalových partií, druhá hodina na nácvik správného dýchání pro I. dobu porodní, ale i tlačení pro II. dobu porodní. Třetí lekce byla věnována relaxaci a čtvrtá, pro mě asi nejdůležitější, teorii.“* R1 a R2 chodily na předporodní kurzy při prvním těhotenství, R1 navštěvovala plavání a cvičení pro těhotné ženy a R2 chodila na hodiny gravidjógy. Obě R1 a R2 uvádí, že kurzy jsou přínosné pro budoucí matky prvorodičky, které chtějí znát informace ohledně porodu a těhotenství.

Pouze v prenatalní poradně v Písku byl kurz předporodní přípravy nabídnut R6 a R8. R6 byla s kurzem absolutně spokojená. Její očekávání splnil. *„Cítím se po absolvování kurzu po všech stránkách lépe. Poznala jsem nové přítelkyně, které byly ve stejné situaci jako já. Žádná z nás neměla žádné informace, ale spíše předsudky. Prostřednictvím kurzu jsem se přestala porodu bát a naučila jsem se naslouchat svému tělu.“* Opačného názoru je R10, která kurz absolvovala v průběhu prvního těhotenství. *„Kurzy jsou podle mého názoru přínosné jen po teoretické stránce, ale na samotný porod ženu nepřipraví.“* R7 a R9 se svěřily, že kurz jim nabídnut nebyl, ale že veškeré informace si načetly z knížek, internetu, brožurek a prostřednictvím televize. R9 dále uvedla, že veškeré její dotazy jí zodpověděla i porodní asistentka v prenatalní poradně, kam dochází.

## **b) Fyzická a psychická příprava před porodem**

Z prenatální poradny v Týně nad Vltavou jsou podle svých domněnek připraveny jak fyzicky, tak psychicky R1 a R2. R3 uvedla, že je připravená jen částečně. *„Nechodila jsem na žádný kurz předporodní přípravy, ani jsem nikdy moc nesportovala, a proto se obávám, abych porod zvládla. Můj partner si přeje být u porodu, tak věřím, že mi bude v tuto chvíli velkou oporou a vše společnými silami zvládneme.“* R4 se domnívá, že je připravena neutrálně. *„Sice jsem absolvovala předporodní kurz, který vedla porodní asistentka a i všechny mé dotazy mi zodpověděla, ale i přesto se obávám, že mě porod může ať už pozitivně nebo negativně překvapit.“* R5 je podle sebe připravená na porod jen částečně. Teoretické znalosti má, ale jak se bude cítit po fyzické a psychické stránce, sama nedokáže odhadnout.

R6 odpověděla, že po teoretické stránce je na porod připravená, ale vždy může něco nového překvapit. R7 bude rodit již podruhé a cítí se být na porod připravená. *„Doufám, že porod bude jednodušší a rychlejší. Člověk, i když jde podruhé rodit, nikdy neví, co ho může překvapit, a proto chci, aby u porodu byl manžel a i zkušený lékař s porodní asistentkou.“* R8 se domnívá, že na porod není připravena. *„Mám strach z možných komplikací, které mohou během porodu nastat, a také mám obavu, jak budu snášet bolest při porodu.“* R9 je dle svých slov připravená a přeje si porodit ve spolupráci lékaře a porodní asistentky. *„Lékař je pro mě zárukou rychlé, odborné péče a porodní asistentka je pro mě oporou a zároveň osobou, které se můžu se vším svěřit.“* R10 se domnívá, že je připravená na porod více, než při předchozích dvou porodech. *„V prvním těhotenství pro mě bylo vše nové a neznámé.“*

## 5 Diskuze

Tématem této bakalářské práce je „Subjektivní vnímání prenatalní péče těhotnou ženou.“ Dle Čecha (3) těhotnou ženu poučíme o významu prenatalní péče a pravidelných lékařských prohlídkách. Smyslem prenatalní péče je všestranné zabezpečení těhotné, zejména důsledná prevence všech chorobných stavů a včasný záchyt odchylek od normálního průběhu gestace, se zajištěním všech dostupných diagnostických a terapeutických opatření.

Pro výzkum bakalářské práce jsem si stanovila tři výzkumné cíle. Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak ženy vnímají prenatalní péči. Druhým cílem bylo zjistit názory těhotných žen na jejich vztah k porodní asistenci a třetím cílem bylo zjistit a porovnat jak těhotné ženy vnímají prenatalní poradnu v Písku a v Týně nad Vltavou.

Výzkum byl proveden kvalitativní metodou pomocí polostrukturovaných rozhovorů, které jsou flexibilní a umožňují i v jeho průběhu vytvářet doplňující otázky, které se objevují mimo předem stanovenou strukturu rozhovoru. Rozhovor byl individuálně veden s 10 respondentkami a to v posledních týdnech těhotenství. Byly určeny dva výzkumné soubory. Pět žen z prenatalní poradny v Týně nad Vltavou a pět žen, které docházely do prenatalní poradny v Písku.

Každá respondentka vyslovila souhlas s rozhovorem a poskytnutím informací do výzkumu bakalářské práce. Seznámila jsem je s důvodem a účelem rozhovoru. Jednotlivá data byla zachycena formou audiozáznamu nebo pouze písemně. Nahrávky byly přepsány do formy spisovného textu. Při tlumočení dat byly použity citace respondentů.

Úvodní část rozhovoru se týkala identifikačních údajů, ptala jsem se na věk, dosažené vzdělání, počet předchozích porodů a týden těhotenství. Těhotné ženy byly ve věkové kategorii od 26 let do 42 let. Tři respondentky z Týna nad Vltavou a jedna respondentka z Písku mají vysokou školu, zbylé respondentky mají střední školu zakončenou maturitní zkouškou. Mimo pět žen, tři z Týna nad Vltavou a dvě z Písku, byly vícerodičky. Dvě respondentky očekávaly do rodiny již třetí přírůstek, jedna

z Týna nad Vltavou a jedna z Písku. Všechny těhotné ženy byly v rozmezí od 36. týdne těhotenství do 39. týden těhotenství.

Další otázka vedla ke zjištění prožívání těhotenství. Celkem sedm respondentek uvedlo, že své těhotenství prožívaly bez problémů a že si jej užívaly. Jedna respondentka z poradny v Týně nad Vltavou uvedla, že těhotenství prožívala neutrálně, protože ji zaměstnávala péče o dvouletého syna a pouze dvě respondentky trápily ranní nevolnosti. Behinová (36) ve své knize uvádí, že v prvních týdnech těhotenství mohou těhotné ženy trápit ranní nevolnosti, pocity na zvracení, nadýmání a jiné těžkosti, kterým lze do určité míry předcházet neдрáždívou a netučnou stravou, ale v podstatě si každá žena musí přijít sama na to, co jí vadí a co naopak pomáhá překonat nevolnost.

V praktické části jsem dále zjistila, že nejčastějším zdrojem informací o těhotenství, porodu a šestinedělí je internet, což hodnotím kladně, jelikož to poukazuje na zájem těhotných žen získávat informace. Internet však nemusí být zdrojem validních informací a tímto bych raději doporučila konzultace s porodní asistentkou a lékařem. Tuto možnost čerpání informací mi sdělily pouze jen dvě respondentky, jedna z poradny v Týně nad Vltavou a jedna z Písku. Druhým nejčastějším zdrojem pro čerpání informací byly odborné knihy a časopisy.

Nováková (38) uvádí ve své knize, že zdravý životní styl zahrnuje pravidelný životní rytmus, dostatečný pohybový režim, psychickou aktivitu, duševní hygienu a správnou životosprávu. Mezi další diskutovanou položku prenatalní péče patřila změna životního stylu. Tři ženy z poradny v Týně nad Vltavou a dvě ženy z Písku daly na doporučení od porodní asistentky a změnily jejich životní styl. Zde bych ráda poukázala na edukační aktivity porodních asistentek, pomocí nichž se snažily předávat své informace, zkušenosti, poučení a rady. Bohužel jedna respondentka z poradny v Písku i přes doporučení a důkladné poučení o možných následcích nepřestala kouřit. I Čech (3) popisuje ve své knize negativní vliv kouření v těhotenství. Toxické látky vznikající při kouření omezují v mateřském organismu přenos kyslíku a nikotin snižuje průtok krve placentou. Důležitá je zde role lékaře i porodní asistentky, kteří by se měli pokusit doporučit těhotným, aby s kouřením přestaly. Během těhotenství dvě



respondentky samy změnilly jejich životní styl, kvůli pracovní vytíženosti a únavě. Respondentka z poradny v Písku nezměnila životní styl kvůli své pohodlnosti a vyšší váze, ale přiznává, že pokud by nastaly nějaké problémy, své stravovací návyky by změnila. Pouze jedna žena z poradny v Týně nad Vltavou dodržovala dle svých slov zásady zdravého životního stylu jak v těhotenství, tak i mimo něj.

Všechny těhotné ženy se shodly na tom, že v poradnách ordinuje lékař společně s porodní asistentkou. Leifer (1) uvádí, že prenatální péči poskytují porodníci, praktičtí lékaři a certifikované porodní asistentky.

Dle ČGPS (8) by komplexní vyšetření v prenatální poradně mělo být uskutečněno do 14. týdne těhotenství, což všechny těhotné ženy z obou poraden splňují. Termín první návštěvy v prenatální poradně byl v rozmezí od 5. týdne do 9. týdne těhotenství. Nejdříve byla potvrzena gravidita u respondentky v prenatální poradně v Písku v 5. týdnu a naopak nejpozději v 9. týdnu těhotenství u jedné respondentky z Písku a u dvou respondentek z Týna nad Vltavou. Dále byl nejvíce zastoupen 8. týden těhotenství a to u tří respondentek, dále 7. týden u dvou respondentek a 6. týden byl u jedné respondentky z Písku. Jsem mile potěšena, že všechny těhotné ženy poprvé navštívily prenatální poradnu do 9. týdne těhotenství, jde o včasný záchyt.

Dle doporučených postupů ČGPS (8) by těhotné ženy měly navštěvovat prenatální poradnu v pravidelných intervalech do 36. týdne těhotenství včetně rozmezí 4 – 6 týdnů a poté od 37. týdne těhotenství každý týden až do termínu porodu. Ani jedna žena nenavštěvovala poradnu v doporučeném rozmezí. V Týně nad Vltavou respondentky chodily na vyšetření v pravidelných intervalech do 29. týdne těhotenství každý měsíc, do 35. týdne těhotenství každé 2 týdny a od 36. týdne gravidity každých 7 dní. Do poradny v Písku docházely čtyři respondentky od zjištění těhotenství do 30. týdne každý měsíc, do 36. týdne gravidity každé 2 týdny a od 37. týdne každých 7 dní. Pouze jedna respondentka docházela do poradny pravidelně do 28. týdne těhotenství každé 3 týdny, do 33. týdne gravidity ob 2 týdny a od 34. týdne každý týden. Z tohoto výsledku jsem nemile překvapena. Každá prenatální péče má být efektivní, protože hlavním cílem je zdravá žena a zdravý plod. Z tohoto důvodu jsem usuzovala, že bude dodržován harmonogram návštěv v poradnách dle posledních doporučení ČGPS.

Podle Gregory (6) každá návštěva v prenatalní poradně začíná rozhovorem zaměřeným na zjištění momentálních pocitů a stesků těhotné ženy. Poté následuje zvážení, určení hmotnostního přírůstku, změření krevního tlaku a vyšetření moči. Při většině návštěv poté následuje gynekologické vyšetření a ke konci těhotenství jsou poslouchány srdeční ozvy plodu. Toto uvedly všechny respondentky. V Týně nad Vltavou se lékař u všech respondentek zeptal na jejich psychický stav a u dvou respondentek se porodní asistentka zeptala na otoky. V Písku se lékař informoval na otoky a pohyby plodu. Na psychický stav se dotazoval pouze u dvou respondentek, což mě velmi překvapilo. Myslela jsem si, že je důležité se každé ženy zeptat, jak se cítí, zda nemá problémy a zda všemu rozumí. Žena si v průběhu celého těhotenství přivyká nové životní roli, a to i roli matky. Slezáková (14) ve své knize uvádí, že těhotenství představuje jednu z vývojových krizí v životě ženy, kdy se osoba nachází mezi tím, čím byla a tím, čím se má stát.

V obou poradnách panovala shoda ohledně nepříjemných a stresujících vyšetření. Dvě respondentky v Týně nad Vltavou a v Písku uvedly jako stresující vaginální vyšetření. Slezáková (14) ve své knize uvádí, že každé vyšetření vyžaduje takt, respekt k soukromí, citlivý a individuální přístup k ženě. Zároveň také dvě respondentky v Týně nad Vltavou a Písku neuvedly žádné vyšetření, které by jim bylo nepříjemné. Respondentka z Týna nad Vltavou nechtěla podstoupit kvůli špatné předchozí zkušenosti z minulého těhotenství OGTT, jelikož jí bylo „zle a zvracela“. Jedna respondentka z prenatalní poradny v Písku uvedla, že jí neprováděly žádné stresující vyšetření, ale pouze se obávala ultrazvukových kontrol. V tomto případě se domnívám, že lékař společně s porodní asistentkou měly ženu dostatečně poučit. Každá žena by měla být předem poučena o důvodu vyšetření, jeho průběhu, možných komplikacích a péči po něm. Všechna vyšetření by měla být srozumitelně vysvětlena a neměly by být zamlčeny žádné podstatné informace. Z tohoto důvodu usuzuji, že zdravotnický personál mohl předejít nepříjemným obavám těhotné ženy.

Další otázka směřovala k zhodnocení kvality péče porodní asistentky v prenatalní poradně. S přístupem porodní asistentky byly všechny ženy spokojeny, hodnotily jej velmi pozitivně. Často ženy uváděly porodní asistentku jako velmi usměvavou,

vstřícnou, pozornou a pracovitou. I s časem, který jim věnuje porodní asistentka, byly ženy spokojeny. Čas byl pro ně dostačující. Velmi mě však potěšila důvěra žen v porodní asistentku. Některé ženy se mi svěřily, že jí důvěřují natolik, že si přejí, aby byla přítomna i u jejich porodu. Jsem velmi ráda, že ženy vnímají porodní asistentku jako osobu, které mohou důvěřovat a se vším se svěřit. Je pro ně velkou oporou.

Dále jsem chtěla zjistit, zda jsou těhotné ženy docházející do prenatální poradny, spokojené s dílčími složkami péče, které jsou jim poskytovány. Dotazovány byly na profesionalitu a odbornost zdravotnického personálu v prenatální poradně, individuální přístup, zachování intimity, přístrojové vybavení, prostředí a čekací dobu

. Všechny dotazované respondentky jsou velmi spokojené s odborností a profesionalitou ošetrovatelského personálu v prenatální poradně. Dále byly ženy dotazovány na individuální přístup, s ním byly spokojeny všechny respondentky, pouze jedna respondentka z prenatální poradny v Týně nad Vltavou by si přála ještě více individuální přístup, jako důvod uvedla, stresují zdravotnické zařízení, které je pro ni novým prostředím. Všechny ženy byly spokojené se zachováním intimity. V další otázce byly dotazovány na přístrojové vybavení v prenatální poradně. Spokojenost vyjádřily všechny respondentky, pouze jedna respondentka z Týna nad Vltavou by uvítala polohovací elektrické křeslo. S prostředím byly respondentky spokojené a to díky obrázkům, časopisům, televizi a rádiu. S čekací dobou byly převážně také spokojeny, jedné ženě vadí dlouhé čekání z důvodu příjmu neobjednaných pacientek. Vesměs se ale shodují, že čekací doba je sice někdy dlouhá, ale že za delší čekání stojí.

V další otázce jsem se ptala, co by těhotné ženy změnily na prenatální péči, kdyby měly tu možnost. Čtyři respondentky uvedly, že by neměnily nic, že jsou spokojené s dosavadní péčí, které je jim poskytována. Jedna respondentka z Týna nad Vltavou uvedla, že by uvítala lepší komunikaci s lékařem. Zacharová (37) uvádí, že nejčastějším problémem ve zdravotnictví je právě komunikace. I respondentka z Týna nad Vltavou sama uvedla, že komunikace s lékařem byla nedostatečná. Já se sama domnívám, že mnohdy velký počet pacientů lékařům nedovoluje tolik individuální přístup, jak by si zřejmě mnozí přáli. Bohužel jim tak nezbyvá dostatek času na rozhovor s pacientkou.

Návrhem řešení by mohlo být, že edukační rozhovory poté převezme porodní asistentka. Vše by s těhotnou ženou znovu probrala, případně vysvětlila a zodpověděla veškeré dotazy. Dále by dvě respondentky z prenatalní poradny v Písku potěšilo, kdyby byly informovány o vyšetřeních, která je čekají dopředu, aniž by se musely samy doptávat a zároveň by jedna z nich uvítala zřízení porodních domů. Jedna respondentka by si přála dodržování objednaných časů při návštěvě v poradně a zároveň by uvítala po porodu dřívější odchod domů. Další respondentka by uvítala, aby předporodní příprava byla hrazená zdravotní pojišťovnou.

Otázka zaměřená na předporodní kurzy mě velmi zaskočila. V prenatalní poradně v Týně nad Vltavou nebyl ani jedné z respondentek nabídnut kurz předporodní přípravy. Ze své vlastní iniciativy pouze jedna respondentka navštěvovala předporodní kurz v mateřském centru Caplík v Českých Budějovicích. Domnívala jsem se, že předporodní kurzy jsou nabízeny všem těhotným ženám, a že jejich dostupnost v České republice je dobrá, ale jejich dostupnost může být omezena právě v obcích a malých městech. V prenatalní poradně v Písku byl předporodní kurz nabídnut pouze dvěma respondentkám. Dle svých domněnek usuzuji, že tomu bylo proto, že jde o prvorodičky. Dle názorů od nastávajících maminek jsou kurzy velmi přínosné. I Gregora (6) píše, že je dobré se účastnit v těhotenství předporodní přípravy, kde získají cenné rady a zkušenosti.

Poslední otázkou bylo zjistit, jak se ženy cítí být po fyzické a psychické stránce připravené na porod. U této otázky nastal rozkol, pět respondentek se cítí být připravené na porod. Čtyři ženy se cítí být připravené jen částečně a jedna uvedla, že není připravená. Často hovořily o strachu, jak budou porod zvládat, strachu z komplikací, že jsou připravené jen po teoretické stránce a zároveň mi sdělily, že se nedá na porod připravit, jelikož každý porod je jiný. Velmi mě potěšila odpověď od respondentky z prenatalní poradny v Písku. Uvedla, že u porodu si přeje lékaře, který je pro ni zárukou rychlé a kvalitní péče. Zároveň také dodala, že porodní asistentku, která je oporou a osobou, které se může svěřit. Kameníková (39) uvádí ve své knize, že cílem pracovního kolektivu na porodním sále je poskytovat kvalitní péči prostřednictvím ošetřovatelského procesu a efektivní spolupráce s rodičkou a jejími nejbližšími.



## 6 Závěr

Na základě prostudované literatury bylo provedeno kvalitativní výzkumné šetření. Výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Zkoumaný soubor tvořilo celkem 10 respondentek, 5 respondentek z prenatální poradny v Týně nad Vltavou a 5 žen, z prenatální poradny v Písku.

V této práci jsem se zaměřila na prenatální péči poskytovanou v prenatálních poradnách v Týně nad Vltavou a Písku. Mou snahou bylo především zjistit spokojenost, postoje a přání těhotných žen s formou poskytované prenatální péče.

Prvním cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak ženy vnímají prenatální péči. Na základě tohoto cíle byla zvolena výzkumná otázka: Jaké mají ženy pocity během průběhu prenatální péče? Tuto otázku jsem vyhodnotila na základě spokojenosti respondentek s prenatální péčí a přáním těhotných žen na jejich změnu. Z výsledků výzkumného šetření vyplynulo, že těhotné ženy jsou s formou poskytované prenatální péče převážně spokojeny. Mezi změny, které by ženy uvítaly, patří zvýšení informovanosti o průběh těhotenství a plánovaných vyšetření. Dále si ženy přejí více individuální přístup, lepší komunikaci s lékařem a kratší čekací doby.

Druhým cílem bylo zjistit názory těhotných žen na jejich vztah k porodní asistenci. Stanovená výzkumná otázka k tomuto cíli zní: Do jaké míry důvěřují ženy porodní asistentce v průběhu návštěv v prenatální poradně? Z výsledků jednoznačně vyplynulo, že všechny oslovené ženy důvěřují porodní asistenci. Za jejich důvěrou stojí nejen osobitý přístup, pozornost, komunikativnost, čas věnovaný těhotným ženám, ale i milé slovo a úsměv.

Třetím cílem bylo zjistit a porovnat jak těhotné ženy vnímají prenatální poradnu v Písku a v Týně nad Vltavou. Na základě provedeného výzkumného šetření se mi podařilo zjistit, že dotazované ženy z prenatální poradny v Písku jsou spokojeny se všemi dílčími složkami prenatální péče, kterou poskytuje zdravotnický personál. Pouze dvě respondentky uvedly, že by si přály být více informovány o prováděných vyšetření dopředu. Oproti tomu v prenatální poradně v Týně nad Vltavou by

respondentky uvítaly ještě více individuální přístup a komunikaci s lékařem. Jedna respondentka by si přála polohovací křeslo a jedna by uvítala kratší čekací dobu.

V rámci výzkumného šetření jsem zjistila, že některé ženy nejsou spokojeny s individuálním přístupem, komunikací lékaře a sdělováním informací o průběhu těhotenství a následujících prováděných vyšetřeních. V souvislosti se zjištěnými nedostatky, které vyplynuly během vyhodnocení dat, navrhuji toto opatření. Během návštěv v prenatalní poradně dostatečně informovat, vysvětlovat, edukovat a případně ukazovat. Porodní asistentka by se dále aktivně měla dotazovat těhotných žen na jejich případné otázky, na které by měla umět odpovědět.

Práce může být využita pro zlepšení informovanosti o prenatalní péči, také při přednáškách celoživotního vzdělávání zaměřených na odbornou i laickou veřejnost. Další možností je publikace v odborném časopise.

## 7 Seznam použitých zdrojů

1. LEIFER, G., *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*, Praha: Grada Publishing, 2004, 952 s. ISBN 80-247-0668-7
2. ROZTOČIL, A., a kolektiv, *Moderní porodnictví*, Praha: Grada Publishing, 2008, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2
3. ČECH, E., a kolektiv, *Porodnictví*, 2. vydání, Praha: Grada Publishing, 2006, 544 s. ISBN 978-80-247-1303-8
4. PAŘÍZEK, A., *Kniha o těhotenství a porodu*, 2. vydání, Praha: Galén, 2006, 414 s. ISBN 80-726-2411-3
5. HÁJEK, Z., a kolektiv, *Rizikové a patologické těhotenství*, Praha: Grada Publishing, 2004, 444 s. ISBN 80-247-0418-8
6. GREGORA, M., VELEMÍNSKÝ, M., *Čekáme dítětko*, 2. vydání, Praha: Grada Publishing, 2013, 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2
7. EGGOVÁ, P., VRÁNOVÁ, V., *Kvalita edukace gravidních žen*, *Sestra*, Praha: Strategie Praha, 2011, roč. 21, č. 3, s. 30-31. ISSN 1210-0404
8. UNZEITIG, V., MĚCHUROVÁ, A., LUBUŠKÝ, M., *Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství: Doporučený postup*. In: ČGPS ČLS JEP: portál Sekce ultrazvukové diagnostiky [online]. 2012 [cit. 2013-11-29]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2012-zasady-dispenzarni-pece-ve-fyziologickem-tehotenstvi.pdf>
9. ŠPINAR, J., a LUDKA, O., *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí*, 2. vydání, Praha: Grada, 2013, 336 s. ISBN 978-802-4743-561
10. KUDELA, M. a kolektiv, *Základy gynekologie a porodnictví*, Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 273 s. ISBN 80-244-0837-6
11. ANDĚLOVÁ, A., *Provádění screeningu poruch glukózové tolerance v graviditě: Doporučený postup*. In: ČGPS ČLS JEP: portál Sekce ultrazvukové diagnostiky [online]. 2013 [cit. 2013-12-01]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2008-provadeni-screeningu-poruch-glukozove-tolerance-v-gravidite.pdf>
12. REINDLOVÁ, V., *Edukace nastávajících maminek s dg. Gestační diabetes mellitus*, *Sestra* [online]. 2013, 48 [cit. 2014-01-12]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/edukace-nastavajicich-maminek-s-dg-gestacni-diabetes-mellitus-373236>



13. LUBUŠKÝ M., a kolektiv, *Doporučení k provádění prevence RhD aloimunizace u RhD negativních žen*: Doporučený postup. In: ČGPS ČLS JEP: portál Sekce ultrazvukové diagnostiky [online]. 2012 [cit. 2013-11-29]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-doporuceni-k-provadeni-prevence-rhd-aloimunizace-u-rhd-negativnich-zen.pdf>
14. SLEZÁKOVÁ, L., *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*, Praha: Grada, 2011, 269 s. ISBN 978-802-4733-739.
15. UNZEITIG, V., MĚCHUROVÁ, A., *Diagnostika a léčba streptokoků skupiny B v těhotenství a za porodu*: Doporučený postup. In: ČGPS ČLS JEP: portál Sekce ultrazvukové diagnostiky [online]. 2012 [cit. 2013-11-29]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-diagnostika-a-lecba-streptokoku-skupiny-b-v-tehotenstvi.pdf>
16. ANON, *Prenatální diagnostika*. [on-line] [cit. 2014-01-30] Dostupný z: <http://www.oggroup.cz/stranka-prenatalni-diagnostika-41>
17. ČUTKA, K., ČUTKA, D., *Biochemický skrining: integrovaný test*. In: Centrum lékařské genetiky [online]. 2009 [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: <http://www.clg.cz/skrining.htm>
18. HÁJEK, Z., KULOVANÝ, E., MACEK, M., *Základy prenatální diagnostiky*, Praha: Grada Publishing, 2000, 423s. ISBN 80-7169-391-X
19. NEDOMOVÁ, L., Prenatální diagnostika z pohledu porodní asistentky, *Sestra* [online]. 2013, 07-08 [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prenatalni-diagnostika-z-pohledu-porodni-asistentky-47115>
20. CALDA, P., *Návrh doporučení k provádění prenatálního screeningu trizomie 21*. In: ČGPS ČLS JEP: Sekce perinatální medicíny [online]. 2010 [cit. 2013-11-29]. Dostupné z: <http://www.perinatologie.cz/dokumenty/doc/doporucene-postupy/DP%20Down.pdf>
21. ČUTKA, K., ČUTKA, D., *Sérum integrovaný test*. In: Centrum lékařské genetiky [online]. 2009 [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: <http://www.clg.cz/it.htm>
22. ČUTKA, K., ČUTKA D., *Prenascan: Nová metoda neinvazivního vyšetření*. In: Centrum lékařské genetiky [online]. 2013 [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: [http://www.clg.cz/cz\\_prenascan.htm](http://www.clg.cz/cz_prenascan.htm)
23. SMITH, N. C., SMITH, A. P. M., *Ultrazvuk v porodnictví*, Praha: Grada Publishing, 2006, 192 s. ISBN 80-247-1107-9
24. KUČEROVÁ, I., *Prenatální diagnostika v I. trimestru těhotenství*. In: Postgraduální medicína [online]. 2005, č. 2 [cit. 2014-01-04]. Dostupné z:

<http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/prenatalni-diagnostika-v-i-trimestru-tehotenstvi-165984>

25. MIKULANDOVÁ, M., *Těhotenství a porod*, Brno: Computer Press, 2004, 160s. ISBN 80-251-0205-X
26. LUBUŠKÝ, M., KROFKA, L., HAŠLÍK, L., MARKOVÁ, I. *Podrobné hodnocení morfologie plodu při ultrazvukovém vyšetření ve 20. – 22. týdnu těhotenství: Doporučený postup*. In: ČGPS ČLS JEP: portál Sekce ultrazvukové diagnostiky [online]. 2013 [cit. 2014-01-02]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-podrobne-hodnoceni-morfologie-plodu-pri-ultrazvukovem-vysetreni-ve-20-22-tydnu-tehotenstvi.pdf>
27. LUBUŠKÝ, M., VLK R., KROFKA, L., *Pravidelná ultrazvuková vyšetření v průběhu prenatální péče: Doporučený postup*. In: ČGPS ČLS JEP: portál Sekce ultrazvukové diagnostiky [online]. 2012 [cit. 2013-11-29]. Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2013-pravidelna-ultrazvukova-vysetreni-v-prubehu-prenatalni-pece.pdf>
28. ŠILHOVÁ, L., STEJSKALOVÁ, J., *Matkou ve vyšším věku*, Brno: Computer Press, 2006, 102 s. ISBN 80-251-0987-9
29. SÁK, P., OTÁSKOVÁ J., VODIČKOVÁ H., KOUDELKOVÁ, V., *Standardy ošetrovatelské péče v porodní asistenci: Standard č. 305*, Nemocnice České Budějovice, a.s., 2008. 238 s. ISBN 978-80-3774-2
30. MACEK, M., BIANCHI, D. W., CUCKLE, H., *Early Prenatal Diagnosis, Fetal Cells and DNA in the Mother*, Praha: Karolinum, 2002, 426 s. ISBN 80-246-0397-7
31. PRESTONOVÁ, P., *Čekáme druhé dítě*, Praha: Fortuna Libri, 2011, 128 s. ISBN 978-80-7321-576-7
32. ŠVOLBOVÁ, M., Prenatální diagnostika, *Sestra* [online]. 2010, č. 3 [cit. 2014-01-04]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/prenatalni-diagnostika-450457>
33. MAREK, V., *Nová doba porodní*: Eminent, 2002, 263 s. ISBN 80-728-1090-1
34. ŠINDELÁŘOVÁ, A., Předporodní příprava, *Moderní babičtví*, 2005, 7., s. 20 - 23. ISSN 1214-5572
35. Kdo je porodní asistentka. In: Unie porodních asistentek [online]. 2010 [cit. 2013-11-29]. Dostupné z: [http://www.unipa.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=57&Itemid=63](http://www.unipa.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=57&Itemid=63)
36. BEHINOVÁ, M., a kolektiv, *Nová velká kniha o mateřství*, 3. vydání, Praha: Mladá fronta, 2012, 367 s. ISBN 978-80-204-2816-5

37. ZACHAROVÁ, E., a ŠIMÍČKOVÁ - ČÍŽKOVÁ. J., *Základy psychologie pro zdravotnické obory*, Praha: Grada Publishing, 2011, 288 s. ISBN 978-802-4740-621
38. NOVÁKOVÁ, I., *Zdravotní nauka*, Praha: Grada Publishing, 2011, 192 s. ISBN 978-80-247-3707-23
39. KAMENÍKOVÁ, M., a KYASOVÁ, M., *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*, Praha: Grada Publishing, 2003, 92 s. ISBN 80-247-0285-1

## **8 Přílohy**

**Příloha č. 1:** Polostrukturovaný rozhovor s těhotnými ženami v prenatální poradně.

**Příloha č. 2:** Edukační materiál pro porodní asistentky.

**Příloha č. 1:** Polostrukturovaný rozhovor s těhotnými ženami v prenatalní poradně.

### **1. Identifikační otázky**

Kolik je Vám let?

Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Po kolikáté rodíte?

Kolikátý jste týden těhotenství?

### **2. Těhotenství**

Jak jste celkově prožívala své těhotenství?

Jak jste čerpala informace o těhotenství, porodu a šestinedělí?

Změnila jste svůj životní styl po zjištění těhotenství?

### **3. Prenatální péče**

Kdo poskytuje prenatalní péči v poradně, kam docházíte?

Víte Váš termín první návštěvy v prenatalní poradně?

Dokážete vyjmenovat frekvenci Vašich návštěv v prenatalní poradně?

Dokážete vyjmenovat, co se při každé návštěvě v prenatalní poradně u těhotné ženy zjišťuje, vyšetřuje?

Které z doposud prováděných vyšetření pro Vás bylo nepříjemné nebo stresující?

### **4. Kvalita péče porodních asistentek**

Jaký je přístup porodní asistentky?

Věnují Vám porodní asistentky dostatek času?

Máte v porodní asistentku důvěru?

### **5. Spokojenost s prenatalní péčí**

Jste spokojena s profesionalitou a odborností personálu?

Jste spokojena s individuálním přístupem personálu v prenatalní poradně?

Zachovával personál v prenatalní poradně Vaší intimitu a soukromí?

Jak jste spokojena s přístrojovým vybavením v poradně?

Jste spokojená s prostředím a délkou čekací doby?

Co byste změnila na prenatalní péči, pokud byste tu možnost měla?

## **6. Příprava k porodu**

Byl Vám nabídnut kurz předporodní přípravy?

Cítíte se být připravená na porod?

Zdroj: Vlastní návrh.

## **Příloha č. 2:** Edukační materiál pro porodní asistentky.

Hlavní zásady edukace těhotných žen v souvislosti s vyšetřeními v prenatální poradně.

- Při edukaci odlišit podstatné informace od informací doplňujících.
- Postupovat systematicky.
- Poskytnout dostatek času na kladení otázek.
- Zodpovědět veškeré otázky.
- Rozhovor vést v klidném, tichém prostředí a beze spěchu.
- K těhotné ženě přistupovat otevřeně, ohleduplně a empaticky.
- Průběžně udržovat kontakt.
- Vhodná komunikace.
- Respektovat emocionální stav těhotné ženy.
- Vhodným způsobem se snažit ženu podpořit a pokusit se snížit její obavy.
- Ověřit si, zda žena sděleným informacím porozuměla – zpětná vazba.

Zdroj: Vlastní návrh.