

Edukace klientek o průběhu těhotenství a prenatální péči

Gabriela Uncajtiková

Bakalářská práce
2015



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Gabriela Uncajtiková**

Osobní číslo: **H12715**

Studijní program: **B5349 Porodní asistence**

Studijní obor: **Porodní asistentka**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Edukace klientek o průběhu těhotenství a prenatální péči**

Zásady pro vypracování:

**Studium odborné literatury z oblasti edukace klientek o těhotenství a prenatální péči.
Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti těhotenství, prenatální péče a prenatální diagnostiky.
Příprava metodiky průzkumné části.
Realizace průzkumu v gynekologických ambulancích pomocí dotazníkového šetření.
Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.
Prezentace výsledků z dotazníkového šetření a jejich shrnutí.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. Nová kniha o těhotenství a mateřství. 1. vydání. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3081-3.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-50-247-4529-9.

JUŘENÍKOVÁ, Petra. Zásady edukace v ošetrovatelské praxi. 1. vydání. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-2171-2.

KUDELA, Milan a kol. Základy gynekologie a porodnictví: pro posluchače lékařské fakulty. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-1975-6.

NILLSON, Lennart a Lars HAMBERGER. Těhotenství týden po týdnu: tajemství lidského života. 2. vydání. Praha: Svojtka & Co, 2008. ISBN 978-80-7352-887-4.

Vedoucí bakalářské práce:

doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce:

26. ledna 2015

Termín odevzdání bakalářské práce:

22. května 2015

Ve Zlíně dne 26. ledna 2015


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 26. 1. 2015


.....

1) Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací.

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlášení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídí k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá tématem Edukace klientek o průběhu těhotenství a prenatální péči. Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol, kdy v první kapitole je definováno těhotenství, vymezeny jisté, pravděpodobné a nejisté známky těhotenství. Dále se první kapitola zabývá vývojem embrya, plodu a tělesnými změnami v průběhu těhotenství. Druhá kapitola je zaměřena na prenatální péči, na těhotenský průkaz, frekvenci kontrol a pravidelná a nepravidelná vyšetření v průběhu celého těhotenství. Třetí kapitola prenatální diagnostika je rozdělena na neinvazivní a invazivní metody. Ve čtvrté kapitole jsou uvedeny kompetence a role porodní asistentky. Pátá kapitola definuje edukaci, její proces, fáze a cíle. Praktickou část práce tvoří kvantitativní výzkum, který je zaměřen na skupinu těhotných žen a sleduje pět hlavních cílů. Cíle se zaměřují na úroveň informovanosti žen o průběhu těhotenství, prenatální péči a diagnostice. Dále se zaměřují na rozdíly v informovanosti mezi primiparami a multiparami a na jejich spokojenost s edukací v prenatální péči.

Klíčová slova: těhotenství, těhotenský průkaz, vyšetření v těhotenství, prenatální péče, prenatální diagnostika, porodní asistentka, edukace

ABSTRACT

This thesis deals with the topic of Educating clients about pregnancy and prenatal care. The theoretical part is divided into five chapters, the first chapter is defined pregnancy, defined by a certain, probable and uncertain signs of pregnancy. Furthermore, the first chapter deals with the development of the embryo, fetus and physical changes during pregnancy. The second chapter focuses on prenatal care for the pregnancy card, the frequency of inspections and regular and irregular examinations throughout pregnancy. The third chapter prenatal diagnosis is divided into non-invasive and invasive methods. In the fourth chapter lists the competencies and roles of midwives. The fifth chapter defines education, the process phases and objectives. The practical part includes quantitative research, which focuses on a group of pregnant women and follows five main objectives. Objectives focus on the level of awareness about women during pregnancy, prenatal care and diagnostics. It also focuses on the differences in awareness among primiparas and multiparous and their satisfaction with education in prenatal care.

Keywords: pregnancy, pregnancy card, screening in pregnancy, prenatal care, prenatal diagnosis, midwife, education

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala doc. Mgr. Martině Ciché, Ph.D. za odborné vedení, věcné připomínky, cenné rady a její vzácný čas, který mi věnovala v průběhu vypracovávání této bakalářské práce. Také děkuji všem respondentkám, které mi ochotně vyplnily dotazník.

"Když si žena projde těhotenstvím a porodem, je jiná, než byla předtím. Je proměněná a mnohem více rozumí životu. Přivést na svět dítě znamená vykoupit se v prameni života."

Dr. Federick Leboyer

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD	11
I TEORETICKÁ ČÁST	12
1 TĚHOTENSTVÍ	13
1.1 ZNÁMKY A PŘÍZNAKY TĚHOTENSTVÍ	13
1.1.1 Nejisté známky těhotenství	13
1.1.2 Nejisté příznaky těhotenství	14
1.1.3 Pravděpodobné známky těhotenství.....	14
1.1.4 Jisté známky těhotenství	14
1.2 VÝVOJ EMBRYA A PLODU	14
1.3 TĚLESNÉ ZMĚNY V TĚHOTENSTVÍ	15
1.3.1 Reprodukční systém	16
1.3.2 Trávicí systém	17
1.3.3 Kardiovaskulární systém a krevní systém.....	17
1.3.4 Respirační systém.....	18
1.3.5 Uropoetický systém.....	18
1.3.6 Kůže a kožní adnexa	19
1.3.7 Metabolismus	19
2 PRENATÁLNÍ PÉČE	20
2.1 TĚHOTENSKÝ PRŮKAZ	20
2.2 FREKVENCE LÉKAŘSKÝCH KONTROL.....	21
2.3 PRAVIDELNÁ A NEPRAVIDELNÁ VYŠETŘENÍ	21
2.3.1 Pravidelná vyšetření	21
2.3.2 Nepravidelná vyšetření.....	21
3 PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA	23
3.1 NEINVAZIVNÍ METODY	23
3.1.1 Screening vrozených vývojových vad v I. trimestru.....	23
3.1.2 Biochemický screening ve II. trimestru- tripple test.....	23
3.2 INVAZIVNÍ METODY	23
3.2.1 Amniocentéza.....	23
3.2.2 Biopsie choria.....	24
3.2.3 Kordocentéza.....	25
4 PORODNÍ ASISTENTKA	26
4.1 KOMPETENCE PORODNÍ ASISTENTKY	26
4.2 ROLE A FUNKCE PORODNÍ ASISTENTKY	27
5 EDUKACE	28
5.1 DEFINICE EDUKACE	28
5.2 EDUKAČNÍ PROCES	29
5.3 FÁZE EDUKAČNÍHO PROCESU.....	29
5.4 EDUKAČNÍ CÍLE	30
II PRAKTICKÁ ČÁST	32
6 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33

6.1	METODY VÝZKUMU.....	34
6.2	ZPRACOVÁNÍ VÝSLEDNÝCH DAT	34
6.3	DISKUSE.....	56
ZÁVĚR		58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		59
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....		61
SEZNAM GRAFŮ		62
SEZNAM PŘÍLOH.....		63

ÚVOD

Tématem této bakalářské práce je Edukace klientek o průběhu těhotenství a prenatální péči. Téma bylo zvoleno z několika důvodů. Jedním z důvodů je nedostatečná edukace žen v oblasti změn souvisejících s těhotenstvím. Tyto ženy mají pak zkreslené informace od známých nebo z internetu. Těhotenství je jedním z hlavních mezníků v životě ženy a proto by o něm každá žena měly být dobře edukovány. Edukace je záměrná činnost, která si klade za cíl ovlivnění chování klientů a učení se novým věcem poznatkům a dovednostem. V praxi se problematika těhotenských změn stala jakousi samozřejmostí a proto bývá toto téma často opomíjeno. Tato práce nemá cíl kritizovat lékaře ani porodní asistentky za špatnou edukaci v oblastech průběhu těhotenství a prenatální péče, má pouze za cíl zjistit v jaké míře jsou ženy edukovány a jaké rozdíly v informovanosti nalezneme mezi primiparami a multiparami. V teoretické části je definován samostatný pojem těhotenství, jsou zde uvedeny jisté, pravděpodobné a nejisté známky těhotenství. Dále se práce zaměřuje na vývoj embrya a plodu v průběhu celého těhotenství. V rozsáhlé podkapitole jsou také popsány všechny změny, které se v průběhu těhotenství dějí v organismu matky. Druhá kapitola je zaměřena na prenatální péči, práce obeznamuje s těhotenským průkazem, frekvencí lékařských návštěv a prováděnými vyšetřeními. Třetí kapitola s názvem prenatální diagnostika je zaměřena na invazivní a neinvazivní metody. Dále práce seznamuje s kompetencemi a rolemi porodní asistentky a vysvětluje pojem edukace, její proces, fáze a cíle. Cílem této práce je zjistit jak jsou ženy v různých oblastech prenatální péče edukovány, jak jsou s edukací spokojeny a jaké rozdíly v informovanosti mají primipary a multipary.

Praktická část představuje realizovaný kvantitativní výzkum, je sestavena z grafů, vytvořených na základě dotazníkového šetření. Praktická část je poměrně rozsáhlá z důvodu 4 skupin respondentek: prvorodičky, druhorodičky, třetírodičky a vícero dičky. Hledá odpovědi na cíle práce, kdy hlavním cílem je zjistit rozdíly v informovanosti mezi jednotlivými skupinami respondentek.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚHOTENSTVÍ

Gravidita, nebo-li těhotenství, je stav, kdy se po oplození vajíčka v těle matky vyvíjí nový jedinec. Oplozené vajíčko niduje v děloze, nejdříve se vyvíjí zárodek, později plod. Důležitou roli hraje placenta, která spojuje matku a plod a předává z krve matky jedinci důležité živiny a kyslík. Zároveň odvádí zplodiny látkové přeměny plodu. Těhotenství můžeme rozčlenit do tří trimestrů. Fyziologické těhotenství trvá deset lunárních měsíců, tj. 270 dní, 40 týdnů od prvního dne menstruačního cyklu do porodu. (Roztočil, 2001, str. 96)

1.1 Znamky a příznaky těhotenství

1.1.1 Nejisté známky těhotenství

Objevují se u žen v raném gestačním období.

Amenorea je nepřítomnost menstruačního krvácení. Nemusí se vždy jednat o známku těhotenství, ale může se objevit v souvislosti s nepřítomností ovulace nebo s emocionálními poruchami. Dále se může vyskytnout jako součást akutních a chronických systémových nebo metabolických poruch a může k ní dojít i změnou prostředí.

Změny v oblasti prsou pociťuje mnoho žen ze začátku těhotenství. Zvýšená citlivost a napětí v prsou, zvláště v oblasti bradavek jsou vyvolány růstem sekrečního duktálního systému. Také dochází k zvětšení mazových Montgomeryho žláz a k větší pigmentaci bradavek.

Změny v barvě poševní sliznice nastávají následkem překrvení pánevních cév v průběhu těhotenství. Poševní sliznice, děložní hrdlo a vulva mají tmavě modré nebo purpurově červené zbarvení. Tato změna není specifická pouze pro těhotenství, ale dochází k ní i u jiných stavů vyvolávajících pánevní překrvení.

Změny pigmentace kůže v oblasti čela a tváří jsou způsobeny aktivací melanin stimulujícího hormonu. Kůže v těchto oblastech ztmavne a tento děj se nazývá těhotenská maska. Tmavne také spojnice mezi pupkem a symfýzou.

Strie nebo-li pajizévký se objevují hlavně v oblasti břicha, hýždí a prsou. Dochází k nim rychlým a nadměrným růstem podkožních struktur a humorálními změnami provázející těhotenství.

1.1.2 Nejisté příznaky těhotenství

Nauzea je vyvolána neurovegetativními změnami gastrointestinálního traktu, které provázejí rané období těhotenství. Může být doprovázena i zvracením, ke kterému dochází většinou ráno. Nauzea se začíná projevovat přibližně 6 týdnů od poslední menstruace a trvá 6 až 12 týdnů, ale může přetrvávat po celé těhotenství.

Polakisurie je zvýšená frekvence močení. tento děj je způsoben tlakem zvětšující se dělohy na močový měchýř a nastává i snížení jeho kapacity.

Dalšími nejistými příznaky těhotenství jsou pohyby plodu, ke kterým dochází v 18. týdnu u vícerodiček a u prvorodiček až okolo 20. týdne. Dále zde můžeme zařadit zvýšenou únavnost, která přetrvává celý první trimestr.

1.1.3 Pravděpodobné známky těhotenství

Zvětšení břicha je více patrné u vícerodiček, díky snížení tonu břišních svalů, ke kterému dojde následkem předchozího těhotenství. Ve 12. týdnu je možné dělohu nahmatat nad symfýzou a ve 20. týdnu v úrovni pupku. (Roztočil, 2001, str. 97)

1.1.4 Jisté známky těhotenství

Průkaz lidského choriogonadotropinu neboli hCG z moči nebo séra. Choriogonadotropin je specificky těhotenský hormon, který produkují Langhasovy buňky. K průkazu hCG v moči se v současné době používá ambulantně prováděný rychlotest - simple hCG, jehož pozitivita je značně přesná již od 4. týdne těhotenství. (Hájek, Čech, 2014 str.103)

Průkaz plodového vejce ultrazvukem lze na novějších přístrojích detekovat již od 3.-4. týdne gravidity. Ultrazvuk ukáže gestační váček v děloze, nebo i mimo ni, běžně od 4.-5. týdne těhotenství a již od 6. týdne lze zaznamenat i srdeční akci plodu.

Dalšími jistými příznaky jsou prokázané pohyby plodu a palpační vyhmatání plodu, které lze provádět přibližně od 24. týdne gestace. (Zwinger, 2004, str. 78)

1.2 Vývoj embrya a plodu

Na konci prvního lunárního měsíce je embryo většinou 8 mm dlouhé. Hlavový konec převažuje a jsou na něm základy pro oči, uši i nos. Na končetinových koncích jsou zřetelné základy pro jednotlivé prsty. Koncem druhého lunárního měsíce je embryo již 3 cm dlouhé

o váze přibližně 5 g. Tvar již připomíná lidské tělo, ale hlavová část je pořád větší než zbytek těla. Jsou vytvořeny končetiny, na nich prsty. V závěru třetího lunárního měsíce je plod velký 9 cm a váží přibližně 20 g. Je vytvořen chrupavčitý základ pro kostru a prsty na končetinách jsou zcela vyvinuté. Ze společného základu rodidel se začínají vyvíjet mužské nebo ženské pohlavní orgány. Placentární vývoj je ukončen. Ke konci čtvrtého lunárního měsíce je velikost plodu 16 cm a hmotnost okolo 120 g. V tuto chvíli je plod pokryt jemnou, červenou a svraštělou kůží, jelikož není ještě vytvořen podkožní tuk. Zároveň na celé ploše je tělo pokryto velmi jemnými chloupky, chmýřím zvaným lanugo. O lunární měsíc později, tedy na konci pátého měsíce je plod zhruba dvakrát větší, váží cca 250 g a je 25 cm dlouhý. Objevuje se velmi tenký tukový polštář, na hlavičce začínají růst vlasy a na prstech nehty. Pohyby plodu může rodička vnímat a srdeční akce je zjistitelná poslechem. Na konci šestého lunárního měsíce je plod dlouhý 30 cm o hmotnosti 600 g. Oční víčka plodu jsou nyní rozdělena. V závěru sedmého lunárního měsíce váží plod již 1200 g a je dlouhý 35 cm. V plicní tkáni se vytváří antiatelektatický faktor, což je látka umožňující rozvinutí plic. Plod o délce 40 cm a hmotnosti 1800g odpovídá konci osmého lunárního měsíce, ve kterém se vytvoří osifikační jádro okolo dolní epifýzy stehenní kosti. Okolo osifikačního jádra se do chrupavčitého základu kosti začínají ukládat vápenné soli. Koncem devátého lunárního měsíce je délka plodu 45 cm a váha přibližně 2700 g. Kůže je napjatá, díky zcela vyvinutému podkožnímu tukovému polštáři. Z břicha a obličeje mizí lanugo. Na konci desátého lunárního měsíce lze hovořit o zcela zralém plodu se všemi známkami zralosti. Délka se pohybuje v rozmezí 48 až 50 cm, hmotnost je 3300 g až 3500 g. Kůže je růžová, napjatá, pokrytá mázkem, lanugo nalezneme pouze na zádech mezi lopatkami. Pupečníkový úpon je uprostřed mezi horním okrajem stydké spony a hrotem mečovitého výběžku hrudní kosti. Nosní a ušní chrupavky a také nehty jsou zcela vyvinuty. U děvčátek velké stydké pysky překrývají malé a štěrbinovitě uzavírají poševní vchod. U chlapců jsou varlata sestouplá v šourku. (Macků, 1998, str. 44)

1.3 Tělesné změny v těhotenství

Těhotenství představuje pro organismus matky velkou zátěž vycházející hlavně z potřeby zajistit výživu rostoucímu plodu. Organismus matky se přizpůsobuje změnami fyziologických funkcí, které jsou vyvolány buď hormonálními podněty nebo podněty vyvolaných fetoplacentární jednotkou. (Macků, 1998, str. 63)

Změny vznikají jak na organismu, tak i na orgánech ženy, které u zdravé těhotné ženy považujeme za fyziologické. K těmto změnám pak dochází v různém rozsahu, v podstatě na všech orgánech ženy. Většina těchto změn po porodu ustupuje. (Kudela, 2008, str. 133)

1.3.1 Reprodukční systém

Děloha

U netěhotné ženy se váha dělohy pohybuje kolem 70 gramů, v těhotenství narůstá až na 1100 gramů. Také se zvětšuje objem, který narůstá z 10 ml na 5-20 litrů, někdy i více. Zvětšuje se i počet a průsvit krevních a lymfatických cév, z 2 % krve z minutového srdečního oběhu u netěhotné ženy narůstá na 10 % z minutového srdečního oběhu. Postupně s růstem plodu narůstá i děloha a ukládá se spíše do pravé poloviny dutiny břišní. Mění se tvrdost děložního hrdla a také konzistence cervikálního hlenu. (Zwinger, 2004, str. 61)

Děložní hrdlo má funkci uzávěru děložní dutiny a zachovává si svůj konický nebo válcovitý tvar až do porodu. Konický tvar děložního hrdla se nachází u prvorodiček, válcovitý neboli cylindrický u vícerodoček. Hrdlo je prosáklé a překrvené, lividní barvy. Žlázy sliznice děložního hrdla produkují hlen, který je vazký a čirý, a který překrývá hrdlo jako zátku, tím zabraňuje vniknutí infekce do děložní dutiny. (Macků, 1998, str. 68)

Ovarium

V těhotenství vzniká *corpus luteum graviditas* neboli žluté těhotenské tělíčko. V něm se tvoří estrogeny a progesteron, ten je nutný k udržení těhotenství do 8. týdne. Poté se tvorba progesteronu snižuje, ale v malém množství přetrvává až do porodu. *Corpus luteum graviditas* produkuje také hormon relaxin, jehož význam není zcela jasný a není nutný pro udržení těhotenství. Narozdíl od progesteronu od 8. týdne těhotenství se jeho produkce nesnižuje, ale zůstává stejná po celou dobu gravidity. (Zwinger, 2004, str. 61)

Vagina a vulva

Vagina se v graviditě zvětšuje a prodlužuje. Poševní sliznice je tlustší, překrvená, prosáklá a fialově zbarvená. Začíná silné odlupování vaginálního epitelu, projevující se jako silný poševní výtok. Vaginální výtok má v těhotenství pH kolem 4,0. Nízké pH chrání před patogenními organismy, avšak může podpořit vznik plísní. Vulva je překrvená a prosáklá. Stydkové pysky mohou být vlivem pigmentace tmavší, než u žen, které těhotné nejsou. (Hájek, Čech, 2014, str. 47)

Mléčná žláza

Mléčná žláza se připravuje k její hlavní funkci, tedy k laktaci. Díky estrogenům a progesteronu se množí žlázné vývody, proto se prsy zvětšují. Zvětšují se také kvůli příbytku tuku v intersticiu. Kolem prsních dvorců je viditelná kapilární síť, což je způsobeno zvýšeným prokrvením mléčných žláz. Již v brzkých stádiích těhotenství může docházet k sekreci řídké rosolovité tekutiny, které říkáme kolostrum. Sekreci mléka po porodu spouští prolaktin a oxytocin usnadňuje ejekci mléka. (Binder, 2011, str. 31)

1.3.2 Trávicí systém

Roztočil uvádí, že zvýšené hladiny estrogenů vyvolávají zvýšenou produkci slin, které mohou mít sníženou kyselost, což může vést k výskytu zubního kazu a demineralizaci zubů. (Roztočil, 2001, str. 91) Tomuto názoru oponuje Kudela, který tvrdí, že těhotenství jen zhoršuje a urychluje již existující kazy. Tvrdí, že nadměrná produkce slin není prokázána. Uváděné množství dvou litrů slin za den je fyziologické a zvýšená sekrece slin je pouze dojem, který způsobuje porušení mechanismu mimovolného polykání slin při nauzei. (Kudela, 2008, str. 136)

Dle Roztočila zvýšená hladina hCG způsobuje v průběhu prvních tří měsíců nauzeu a zvracení. Zvracení také mohou způsobit metabolické změny, dehydratace či různé pachy a chutě. (Roztočil, 2001, str. 91)

Podle Bindera progesteron způsobuje snížení tonu hladkého svalstva střev a tím dochází ke snížení motility a zpomalení střevní pasáže. Dochází k plynatosti a zácpě. V pozdějším těhotenství u mnohých žen dochází k pálení žáhy. To je způsobeno gastroesofageálním refluxem a změnou uložení žaludku. (Binder, 2011, str. 32-33)

1.3.3 Kardiovaskulární systém a krevní systém

Dle Roztočila dochází k těmto změnám:

- Vysunutí srdce nahoru a doleva, způsobené zvětšením objemu dělohy. Srdce se mírně zvětší a dochází tak ke vzniku systolického šelestu.
- Změna tepové frekvence, nárůst o deset až patnáct úderů za minutu.
- Změny krevního tlaku, které nejsou výrazné v prvních měsících těhotenství. V druhém trimestru z pravidla dochází k hypotenzi a s blížícím se termínem porodu se tlak opět normalizuje.
- Výrazné zvýšení srdečního výdeje, které nastává již v prvním trimestru a pokračuje po celé těhotenství.

- O 40 - 50 %, tedy o 1000- 1500 ml se zvyšuje krevní objem, maxima dosahuje kolem 30. - 32. týdne těhotenství, větší změny nastávají u vícečetných těhotenství.
- Zvýšená potřeba železa následkem zrychlené produkce erytrocytů, klesá hemoglobin i hematokrit jako důsledek těhotenské pseudoanemie.
- Zvýšená produkce leukocytů, kdy průměrné hodnoty dosahují až k 10 000 - 12 000/ mm³.
- Pokles koncentrace albuminu způsobuje snížení plazmatických bílkovin na hodnoty 3,0 - 3,5 g/dl, kdy hodnoty mimo těhotenství dosahují 4,0 - 4,5 g/dl.
- Zvýšená sedimentace erytrocytů o zhruba 20 mm/hod způsobená poklesem plazmatických proteinů.
- V termínu porodu je zvýšen fibrin o 40 % a fibrinogen o 50 %. (Roztočil, 2001, str. 92)

1.3.4 Respirační systém

Binder uvádí čtyřiceti procentní zvýšení dechového objemu, které způsobuje zvýšení minutového dechového objemu. Zvyšuje se také frekvence vdechů asi o 10 vdechů za minutu. Snižuje se ovšem reziduální kapacita plic a mírně se snižuje vitální kapacita plic, v důsledku zvýšené bránice. (Binder, 2011, str. 32) Břišní dýchání nahrazuje hrudní dýchání po 24. týdnu těhotenství. Ke konci těhotenství, kdy tlak dělohy na bránici je nejsilnější, mnoho žen pociťuje dyspnoi. (Roztočil, 2001, str. 90)

1.3.5 Uropoetický systém

Dle Bindera v těhotenství vlivem zvýšené aktivity aldosteronu, kortizolu a placentárního laktogenu dochází k zvýšenému průtoku krve ledvinami a vzrůstu glomerulární filtrace. U těhotných žen dochází k výraznému poklesu hladiny urey a kreatininu, větší ztrátě jódu, kyseliny listové, aminokyselin a glukózy. Močový měchýř a uretra jsou dislokovány a jejich sliznice jsou značně překrvené. Je zde i zvýšené riziko retence moči a rozvoje infekce močových cest. (Binder, 2011, str. 31) Zvýšená frekvence močení se objevuje podle Roztočila v prvním trimestru jako následek tlaku dělohy na močový měchýř v malé pánvi. V druhém trimestru, kdy děloha vystoupí do dutiny břišní se frekvence mikce normalizuje, zvyšuje se opět až ve třetím trimestru v období, kdy naléhající část plodu vstupuje do malé pánve. Tonus močového měchýře se snižuje, čímž dochází ke zvýšení jeho kapacity na 1000 - 1500 ml. (Roztočil, 2001, str. 91) Průtok krve ledvinami stoupá již od začátku těhotenství. Dle Kudely ke konci prvního trimestru až o 45 % oproti netěhotným ženám. Poté,

do konce těhotenství mírně klesá, kdy na konci těhotenství činí jen 100 ml/min nad hodnoty u netěhotných žen. (Kudela, 2008, str. 135)

1.3.6 Kůže a kožní adnexa

Hyperpigmentace kůže je známkou těhotenství a je vyvolána zvýšenými hladinami estrogenů a progesteronu. Častěji se u žen objevuje lokální hyperpigmentace na bradavkách, v oblasti pupku, axily, vulvy a perinea. Po porodu se hyperpigmentace ztrácí. Oproti pigmentaci, která je v těhotenství zvýšená, růst ochlupení a vlasů se nemění. Častá je u mnoha žen poporodní ztráta vlasů, příčinu ovšem neznáme. U mnoha těhotných žen dochází také ke vzniku strií neboli pajizévek. Ty vznikají hlavně v podbříšku, na hýždích a prsou. Zpočátku jsou růžovofialové a jejich barva se pomalu mění v bílou. Po porodu zcela nezmizí, zanechají po sobě malé jizvy. (Roztočil, 2001, str. 92)

1.3.7 Metabolismus

Kudela udává, že průměrný váhový přírůstek v těhotenství se pohybuje mezi 12 - 13 kg. Z tohoto přírůstku připadá zhruba 8 kg až na druhou polovinu gravidity. Nejvíce přírůstek stoupá od 20. do 30. týdne, kdy průměrně činí 400 - 500 g týdně. Pokud je vyšší než 500 g, může znamenat patologický stav. Na váhovém přírůstku mají podíl tělesné změny matky a plodové vejce, které obsahuje plod, placentu a plodovou vodu. (Kudela, 2008, str. 136) Podle Roztočila jsou požadavky na příjem bílkovin zvýšeny, kdy v termínu porodu obsahuje plod a placenta asi polovinu z navýšeného množství bílkovin v těhotenství. U metabolismu cukrů dochází také k výraznému navýšení, a to díky energetické potřebě plodu, která je hlavně v druhé polovině gravidity zajišťována glukózou. (Roztočil, 2001, str. 92, 93) Binder uvádí nárůst tuků v těhotenství asi o jednu třetinu. Dále uvádí, že do 30. týdne se tuky v organismu matky shromažďují jako energetická rezerva. (Binder, 2011, str. 34) Metabolismus minerálů se také výrazně mění v průběhu těhotenství. Nejvíce se zvyšuje potřeba železa, která je přibližně 18 mg denně. Železo prochází placentou k plodu, kde se shromažďuje v játrech plodu. Denní potřeba vápníku činí asi 1,3 g/den a fosforu 1,2 g denně. Plod, placenta a plodová voda vyžadují zvýšený příjem vody. Zvýšený příjem vody je také nutný díky zvětšenému cévnímu řečišti matky. V průběhu fyziologického těhotenství je v organismu matky minimálně 6,5 l vody navíc. (Roztočil, 2001, str. 93)

2 PRENATÁLNÍ PÉČE

Cílem prenatální péče je včasné odhalení stavů a komplikací, které by mohly ohrozit matku nebo plod. Poté co je těhotenství potvrzeno, je žena zvána na pravidelné kontroly. Při těchto kontrolách probíhají pravidelné i nepravidelné vyšetření, zaměřená jak na matku, tak i na plod. (Gregora, Velemínský, 2013, str. 83) V současné době je v České republice dobře propracovaný systém prenatální péče. Dle Pařízka se síť poraden dělí na poradny základní péče o těhotné, poradny s intermediální péčí a poradny v perinatologickém centru. Poradny základní péče navštěvuje většina žen a jsou určeny pro ženy zcela zdravé. U poraden s intermediální péčí se jedná o ambulance pro riziková nebo patologická těhotenství. Poradny v perinatologickém centru jsou součástí krajských porodnic nebo gynekologicko-porodnických klinik. Poradny v perinatologických centrech navštěvují těhotné ženy s nejzávažnějšími riziky, protože v těchto centrech je široká nabídka diagnostických a léčebných metod a s gynekology a porodníky zde pracuje mnoho dalších specialistů. V České republice je dvanáct perinatologických center. (Pařízek, 2006, str. 49)

2.1 Těhotenský průkaz

Těhotenský průkaz je dokument, který je běžně vystavován gynekologem pečujícím o těhotnou ženu při druhé návštěvě. Těhotenský průkaz by měla těhotná vždy nosit u sebe a na každou další návštěvu v prenatální poradně. V průkazu jsou gynekologem nebo porodní asistentkou zaznamenávány tyto údaje: jméno a příjmení těhotné, bydliště a zaměstnání, rodné číslo matky i otce, datum poslední menstruace, datum prvních pohybů, termín porodu, údaje o předchozích těhotenstvích, výchozí výška a váha, datum další plánované návštěvy. V rozsáhlé tabulce se zaznamenávají údaje o každé návštěvě v poradně. Datum vyšetření, u kterého se vždy zaznamená současný týden gravidity, hodnoty naměřeného krevního tlaku, bílkovina a cukr v moči, otoky, ozvy plodu, zevní a vnitřní vyšetření. Součástí těhotenského průkazu jsou výsledky vyšetření prováděných v průběhu těhotenství, tedy krevní skupina a Rh matky i otce, HIV, syfilis, žloutenka typu B, krevní obraz, výsledky testů protilátek, vyšetření na *Streptococcus agalactiae* (GBS) a vyšetření hladiny cukru v krvi. Do průkazu jsou pak zaznamenávány údaje o návštěvě u zubního a praktického lékaře. K průkazu se přikládají i záznamy o hospitalizaci a ultrazvukových vyšetřeních. (Zwinger, 2004, str. 82, 83)

2.2 Frekvence lékařských kontrol

První návštěva prenatální poradny by měla proběhnout do 12. týdne těhotenství. Během fyziologicky probíhajícího těhotenství navštíví žena poradnu přibližně desetkrát. (Gregora, Velemínský, 2013, str. 84) Pařízek udává následující doporučení pro návštěvy v prenatálních poradnách. Do 23. týdne by měla těhotná navštěvovat poradnu každé 4 týdny. Mezi 24. až 32. týdnem se frekvence návštěv zvyšuje, těhotná by měla na pravidelné kontroly chodit jednou za tři týdny. Od 33. do 36. týdne by návštěva měla proběhnout jednou za dva týdny. Od 37. týdne až do 40. týdne je frekvence kontrol nejvyšší, a to jednou za týden. (Pařízek, 2006, str. 54)

2.3 Pravidelná a nepravidelná vyšetření

2.3.1 Pravidelná vyšetření

Roztočil zařazuje mezi pravidelná vyšetření sběr anamnézy a subjektivních potíží těhotné. Dále pak zevní vyšetření, hmotnostní přírůstek a přítomnost otoků, varixů dolních končetin. Jako další z pravidelných vyšetření udává měření krevního tlaku, chemickou analýzu moči na přítomnost bílkoviny, glukózy a ketolátek. Mezi pravidelné vyšetření zařazuje také stanovení cervix skóre, při kterém se hodnotí výška naléhající části plodu, krácení čípku, prostupnost čípku, konzistence čípku a také směr čípku. Od 24. týdne je pravidelným vyšetřením také detekce známek vitality plodu. Od 38. týden se v týdenních intervalech provádí non-stress test.

2.3.2 Nepravidelná vyšetření

Nepravidelná vyšetření, které mohou být označována pojmem termínová vyšetření jsou vyšetření, které nejsou prováděny při každé návštěvě v prenatální poradně. Při první návštěvě jsou změřeny zevní pánevní rozměry, výchozí hmotnost a výška ženy. V šestnáctém týdnu těhotenství by mělo být provedeno hematologické vyšetření pro zjištění hodnot krevního obrazu, zjištění krevní skupiny a Rh-faktoru a stanovení přítomnosti protilátek. V tomto týdnu se provádí testy na syfilis, HIV a žloutenku typu B (HBsAg). Zjišťuje se také močový sediment ze střední porce moči. V neposlední řadě v 16. týdnu absolvuje těhotná žena biochemický screening vrozených vývojových vad neboli triple test. Mezi 18. až 20. týdnem se provádí první ultrazvukový screening. Poté následuje mezi

24. až 28. týdnem screening poruch glukózové tolerance (OGTT). Provádí se podáním 75 g glukózy nalačno, pokud za 60 minut převyšuje hodnota 7,8 mmol/l je lékařem indikováno diabetologické vyšetření. Vyšetřovány jsou všechny ženy nad 25 let, mladší ženy pouze v případě diabetu v rodinné anamnéze, se zatíženou porodnickou anamnézou, nebo ženy obézní. Ve 30. až 32. týdnu se provádí další vyšetření krevního obrazu, druhý ultrazvukový screening a vyšetření titru erytrocytárních protilátek u žen Rh negativních a žen s krevních skupinou 0. Mikrobiologické vyšetření na zjištění streptokoků skupiny B v pochvě se provádí v rozmezí 36. až 37. týdne, v těchto týdnech je doporučen i kardiokografický non-stress test, který je od 38. týdne již povinný. (Roztočil, 2001, str. 58)

3 PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA

3.1 Neinvazivní metody

3.1.1 Screening vrozených vývojových vad v I. trimestru

Tento screening se provádí mezi 10. - 14. týdnem těhotenství, kdy smyslem je odhalit ženy s rizikem vývojové vady u plodu. Kombinovaný test, jak se toto vyšetření také nazývá, se skládá z vyšetření krve matky a ultrazvukového vyšetření. Vyšetření krve probíhá mezi 10. - 11. týdnem, zjišťují se hodnoty jedné z částí molekuly těhotenského hormonu (beta-hCG) a bílkoviny nazývané těhotenský placentární protein A. Přibližně za dva týdny od odběru krve následuje ultrazvukové vyšetření, kde se měří tloušťka šíjového projasnění plodu neboli nuchální translucence. Všechny získané výsledky spolu s věkem matky určují riziko výskytu chromozomální vady, především Downova syndromu. Screening je schopen zachytit až 90 % plodů s Downovým syndromem. Při pozitivním výsledku testu je žena odeslána na genetické pracoviště. Pokud není tento test ženě dostupný, je nahrazen biochemickým screeningem ve II. trimestru. (Gregora, Velemínský, 2013, str. 92)

3.1.2 Biochemický screening ve II. trimestru- tripple test

Tento screening se provádí v 16. týdnu těhotenství z krve matky. Slouží k zjištění rizika ohrožení plodu vývojovou vadou. Je schopen zachytit zhruba 65 % chromozomálních vad. Z krve matky, jsou stanoveny hodnoty alfafetoproteinu, choriového gonadotropinu a volného estriolu. Výsledné hodnoty spolu s údaji o hmotnosti a stáří matky jsou hodnoceny počítačem a je vypočítáno výsledné riziko. Riziko se týká ovšem jen počtu nebo struktury chromozomů a rozštěpů neurální trubice. Pokud je tento test na některé onemocnění pozitivní je těhotná žena odeslána na genetické pracoviště, kde se rozhoduje o dalším postupu (nejčastěji následuje amniocentéza). (Gregora, Velemínský, 2013, str. 92, 93)

3.2 Invazivní metody

3.2.1 Amniocentéza

Amniocentéza neboli vyšetřování odběru plodové vody je nejčastěji používanou invazivní metodou. Nejčastěji se pro genetické účely provádí mezi 16. - 24. týdnem těhotenství. Tato

metoda umožňuje diagnostikovat především chromozomální aberace plodu, metabolické choroby a choroby vázané na pohlaví. Nejčastější indikací k amniocentéze je pozitivní výsledek biochemického screeningu v druhém trimestru. Amniocentéza spočívá v odběru plodové vody punkční jehlou vedenou přes břišní stěnu do amniální dutiny. Tento vpich je pod neustálou kontrolou ultrazvukovým přístrojem, aby nedošlo k poranění plodu a placentární tkáň. Jedná se o ambulantní výkon bez místního znecitlivění. Plodové vody se běžně odebírá přibližně 20 ml, kdy u fyziologického těhotenství je její barva slabě nažloutlá a konzistence je řídká. Patologii značí změna barvy plodové vody. Červená barva plodové vody značí čerstvé krvácení, nejčastěji se jedná o poranění placenty. Tmavě hnědá barva znamená dřívější krvácení či odumření plodu. Zelené zbarvení znamená obsah smolky v plodové vodě, ke kterému dochází při intrauterinní dechové tísní. Amniocentéza má rizika jak pro matku tak pro plod. Nejčastějším rizikem pro matku je zavlečení infekce do amniální a peritoneální dutiny nebo perforace stěv. U plodu je nejčastějším rizikem také zavlečení infekce nebo závažné poranění. Riziko komplikací jako jsou odtok plodové vody nebo potrat je okolo 1 %. Výsledky amniocentézy jsou dostupné zhruba do 3 týdnů. (Kudela, 2008, str. 270)

3.2.2 Biopsie choria

Biopsie choria je odběr choriových klků, který se provádí podobně jako odběr plodové vody přes břišní stěnu punkční jehlou pod ultrazvukovou kontrolou. Lze jej provést ale také přes pochvu, kdy se používá speciální katétr. Provádí se již v prvním trimestru mezi 10. - 12. týdnem gravidity, což je jednou z hlavních výhod. V případě nutnosti ukončení těhotenství je psychická i zdravotní zátěž pro matku menší. Další výhodou biopsie choria jsou rychle získané výsledky, předběžné za dva dny konečné pak do týdne. Toto vyšetření se dnes provádí pouze na specializovaných pracovištích. (Gregora, Velemínský, 2013, str. 94) Smith rozděluje indikace k biopsii choria na monogenně dědičné poruchy a chromozomální indikace. Mezi monogenně dědičné poruchy zařazuje například cystickou fibrózu, Huntingtonovu chorobu nebo svalovou dystrofii. Dále uvádí srpkovitou anémii, talasemii, hemofilii a poruchy metabolismu. Do chromozomálních indikací zařazuje věk matky, větší tloušťka šjívového projasnění plodu nebo rodiče, jako nositele translokací. (Smith, 2006, str. 166)

3.2.3 Kordocentéza

Kordocentéza je v současnosti nejpoužívanější a nejbezpečnější metoda přístupu k fetální cirkulaci. Provádí se obdobně jako amniocentéza, avšak až od 20. týdne těhotenství. Je to transabdominální punkce pupečníku kontrolovaná ultrazvukem. Riziko je srovnatelné s rizikem u amniocentézy, tedy méně než 1% fetálních ztrát. Indikací k provedení kordocentézy je nejasný výsledek amniocentézy, pozdní zjištění závažné vývojové vady nebo Rh izoimunizace. Výsledek vyšetření chromozomů z bílých krvinek plodu lze zjistit již za dva až tři dny. Z odebrané krve lze zjistit krevní skupinu a Rh plodu a také množství krvinek plodu. V případě ohrožení plodu lze touto metodou provést léčbu plodu v děloze nebo podat krevní transfuzi plodu. (Hájek, Čech, 2014, str. 392)

4 PORODNÍ ASISTENTKA

4.1 Kompetence porodní asistentky

Dle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních, tj. §5 odst. 3 zákona č. 96/2004 Sb. „za výkon povolání porodní asistentky považuje poskytování zdravotní péče v porodní asistenci, to je zajištění nezbytného dohledu, poskytování péče a rady ženám během těhotenství, při porodu a šestinedělí, pokud probíhají fyziologicky, vedení fyziologického porodu a poskytování péče o novorozence, součástí této zdravotní péče je také ošetrovatelská péče o ženu na úseku gynekologie. Dále se porodní asistentka ve spolupráci s lékařem podílí na preventivní, léčebné, diagnostické, rehabilitační, neodkladné nebo dispenzární péči“ (Česká republika, 2004).

V roce 1972 Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní konference porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) vytvořily dokument nazvaný Definition of the Midwife neboli Definice porodní asistentky. Současné znění dokumentu bylo přijato v roce 2005 v Austrálii na Mezinárodní konferenci porodních asistentek. Definice dle tohoto dokumentu zní: „Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávané v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro výkon povolání porodní asistentky. Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

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

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik, nebo zdravotnických středisek“ (ICM, online, 2011).

4.2 Role a funkce porodní asistentky

Porodní asistentka zajišťuje dohled, péči a rady ženám během těhotenství, při porodu a také v šestinedělí. Porodní asistentka smí vést fyziologický porod samostatně na vlastní odpovědnost, pečovat o novorozence a kojence. Dále porodní asistenta rozpoznává abnormální stavy u matky a dítěte, zajistí lékařskou pomoc v případě potřeby a provede nezbytná opatření. Důležité místo zaujímá porodní asistentka v poradenství a výchově žen, rodin a komunit. Součástí práce porodní asistentky je také psychoprofylaktická příprava k rodičovství, porodu, šestinedělí a péče o dítě. (Světová zdravotnická organizace, 2000, str. 38)

Mezi výhody péče patří individuální přístup a podpora přirozených procesů. Péče se zaměřuje jak na posílení po psychologické stránce tak i po stránce sociální. Výzkumy je prokázáno, že porodní asistentky poskytují bezpečnou, efektivní a kvalitní péči. (Štomerová, 2010, str. 20)

5 EDUKACE

5.1 Definice edukace

Juřeníková pojem edukace definuje jako „... proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech“ (Juřeníková, 2010, str. 9).

„V širším smyslu slova pojmem edukace rozumíme souhrn působení (činností) sloužících k formování (rozvíjení a změnám) životních způsobilostí (kompetencí) člověka“ (Malach, 2007, str. 45).

Edukce zahrnuje výchovu a vzdělávání jedince. Tyto pojmy od sebe nelze oddělit, vzájemně se prolínají. Edukace je odvozena z latinského slova *educō, educare*, jehož doslovný překlad znamená vést vpřed, vychovávat. V současné terminologii nejsou tyto dva pojmy jednoznačně definovány. Výchova si klade za cíl dosáhnout pozitivních změn a je to proces záměrného působení na osobnost člověka. Výchovu u každého jedince mohou rozvíjet jeho postoje, potřeby, zájmy a chování. Vzdělávání je proces, kdy jedinec rozvíjí své vědomosti, dovednosti, také návyky a schopnosti. (Juřeníková, 2010, str. 9)

Juřeníková uvádí: „Edukace ve zdravotnictví má přispět k předcházení nemoci, udržení nebo navrácení zdraví či přispět ke zkvalitnění života jedince. Edukace hraje významnou roli v rámci primární, sekundární a terciární prevence“ (Juřeníková, 2010, str. 11).

V rámci primární prevence je edukace zaměřena na zdravé osoby, obzvláště na zdraví prospěšná opatření, prevenci vzniku nemoci, tedy držení zdraví a zlepšení kvality života. Sekundární edukace je zaměřena na nemocné jedince a snaží se zabránit možným komplikacím. Cílem sekundární prevence je pozitivní vliv na uzdravení jedince. Edukace je zaměřena na udržení soběstačnosti, dodržení léčebného režimu a na prevenci recidivy. Zaměření terciární prevence je na osoby, které mají již nezvratné a trvalé změny ve svém zdravotním stavu. Jde o zlepšení kvality života a zabránění dalším komplikacím. (Juřeníková, 2010, str. 11)

Juřeníková edukaci rozděluje na základní, reedukační a komplexní. Při základní edukaci jsou jedinci předávány nové vědomosti nebo dovednosti a jedinec je motivován ke změně hodnot či postojů. U reedukační edukace má edukátor možnost navázat na předchozí vědomosti/ dovednosti jedince. Vědomosti jsou dále prohlubovány. Při komplexní edukaci jsou předávány vědomosti po etapách. Tento typ edukace se nejčastěji odehrává v kurzech.

Edukace je pokládána za jednu z nejdůležitějších složek v ošetrovatelství. Je důležité zapojit klientku do léčebného procesu, čímž se zvýší kvalita života s nemocí. Efektivitu zvyšuje začátek edukace již od dětského věku. K důležitým předpokladům úspěšné edukaci klientky patří navázání kontaktu s klientkou, důvěra klientky a zájem o ni. (Juřeníková, 2010, str. 11, 12)

5.2 Edukační proces

„Edukační proces je záměrnou a řízenou učební aktivitou, při níž jeden subjekt usiluje o změnu jiného subjektu za účelem dosažení zamýšlených cílů edukace“ (Malach, 2007, str. 76).

Při edukačním procesu dochází k učení a probíhá od prenatálního života až po smrt. Může probíhat záměrně nebo nezáměrně. (Juřeníková, 2010, str. 10)

Juřeníková uvádí čtyři determinanty vstupující do procesu edukace- edukanti, edukátor, edukační konstrukty a edukační prostředí. Edukant je individuální osobnost, která je edukována. Edukant je charakterizován fyzickými (věk, pohlaví), afektivními (postoje, motivace)

a kognitivními (schopnost učit se) vlastnostmi. Ve zdravotnictví bývá nejčastěji edukantem zdravý nebo nemocný klient. Edukátor je osoba, uskutečňující edukační aktivitu. Ve zdravotnictví jde nejčastěji o lékaře, všeobecnou sestru či porodní asistentku, fyzioterapeuta, aj. Edukační konstrukty ovlivňují kvalitu edukace. Jsou to plány, zákony, předpisy nebo edukační materiály. Edukační prostředí je místo, kde edukace probíhá. (Juřeníková, 2010, str. 10)

5.3 Fáze edukačního procesu

Edukační proces má dle Kuberové pět fází: posuzování, diagnostiku, plánování, realizaci a hodnocení. V posuzování tedy v 1. fázi je pro porodní asistentku důležitý sběr dat, třídění a analýza údajů o klientce. Pro sběr těchto údajů se nabízí tyto metody: rozhovor, pozorování, fyzikální vyšetření, dokumentace, ale také získávání informací z dotazníku. Po ověření a shrnutí všech údajů o klientce přechází porodní asistentka k druhé fázi edukačního procesu, tedy stanovení edukační diagnózy. Tato fáze slouží k vymezení problému a potřeb

klientky, dále pak příčiny a faktory problémů a potřeb. Edukační diagnózu je dobré rozdělit podle důležitosti, s ohledem na potřeby a priority klientky. Ve třetí fázi porodní asistentka společně s klientkou připravuje edukační plán, který je realizován po etapách. Zapojením klientky do plánu, zvyšuje motivaci klientky. Na začátku této fáze si společně stanoví priority v edukaci. Edukační plán by měl být pružný, kdyby nastaly nepředvídatelné změny. Následuje stanovení vzdělávací strategie a výběr metod. Edukaci je dobré přizpůsobit klientce podle věkové skupiny, profese, diagnózy. Edukaci může komplikovat jiná kultura, tradice, mravy a samozřejmě jazyková bariéra. Během čtvrté fáze zvané realizace musí porodní asistentka aplikovat nejen své teoretické znalosti, ale prokázat se i praktickými dovednostmi. Pro vysokou efektivitu edukace je důležité přizpůsobit klientce tempo, zajistit vhodné edukační prostředí a pomůcky, odstranit rušivé elementy a mít dostatek času. Porodní asistentka by se měla pro lepší srozumitelnost vyhýbat odborným a medicínským výrazům. Pátá fáze slouží ke kontrole a zhodnocení, je průběžným a zároveň závěrečným procesem. Porodní asistentka poskytuje klientkám pozitivní zpětnou vazbu v podobě pochvaly či odměny. Negativní zpětná vazba klientky od učení odrazuje. Společně s klientkou porodní asistentka hodnotí změnu v jednání a chování a zároveň i to, co se klientka naučila. Je vhodné konkretizovat, co bylo dobré a co naopak ne. V této závěrečné fázi se hodnotí plnění krátkodobých nebo dlouhodobých cílů, využívá se konstruktivního hodnocení. (Kuberová, 2010, str. 25 - 27)

5.4 Edukační cíle

Edukační cíle můžeme definovat jako očekávaný výsledek, kdy správná formulace napomáhá edukaci dobře naplánovat. Porodní asistentka, která provádí edukaci, musí vědět jakou změnu ve vědomostech a dovednostech, postojích a návycích chce docílit. Cíle můžeme rozdělit na krátkodobé a dlouhodobé. Cíle lze rozdělit i na nižší a vyšší. Při vytváření struktury výukové situace je nutná konkretizace. Konkrétní cíl určí jaké učivo a způsoby jsou potřebné k dosažení cíle. Kategorizace cílů v jednotlivých oblastech (kognitivní, afektivní, psychomotorické) pomůže porodní asistentce při správném stanovení a formulaci cílů. Podle Blooma má největší vliv na didaktické myšlení a praktické použití taxonomie cílů v kognitivní oblasti. Rozděluje dále tuto oblast do šesti kategorií a subkategorií. Do kategorií řadí: znalost, porozumění, aplikaci, analýzu, syntézu a hodnotící posouzení. Podle Krathwohlov jsou to afektivní cíle, které mají největší význam. Tyto cíle se zaměřují

na oblast vytváření přesvědčení, hodnot, postojů a názorů. Krathwohlov uvádí pět kategorií: přijímání, reagování, oceňování hodnoty, integrování hodnot a začlenění hodnot. (Kuberová, 2010, str. 37,42) V oblasti psychomotorické zpracovala taxonomii Simpsonová, která uvedla sedm kategorií: vnímání, zaměření, řízená motorická reakce, automatizace jednotlivých motorických dovedností, automatizace komplexních motorických dovedností, schopnost motorické adaptace a motorické tvořivosti. Dosažení cíle má dané podmínky, které se vztahují na rozsah, vymezení způsobu řešení, pomůcky, prostředí a vymezení vztahů mezi všemi aktéry. Při plánování a realizaci cílů je nejdůležitějším úkolem zajistit, aby klientka daný cíl přijala. Zde se uplatňuje motivační mechanismus, kdy se porodní asistentka s cílem vnitřně ztotožní a vezme ho za svůj. Tento motivační mechanismus je také vázán na řadu podmínek: dosažitelný cíl, perspektivita cíle, sdělování, práce s cíly a přizpůsobení cíle reálným podmínkám. (Vališová, Kasíková, 2007, str. 54)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

6 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cíl č. 1: Zjistit úroveň informovanosti těhotných žen o prenatální péči.

Cíl č. 2: Zjistit úroveň informovanosti rodiček o prenatální péči , návštěvách v prenatální poradně a o těhotenském průkazu.

Cíl č. 3: Zjistit úroveň informovanosti rodiček o průběhu těhotenství.

Cíl č. 4: Zjistit rozdíly v informovanosti mezi primiparami a multiparami.

Cíl č. 5: Zjistit, zda jsou ženy spokojeny s úrovní edukace v prenatálních poradnách.

6.1 Metody výzkumu

Pro sběr dat v mé bakalářské práci byla zvolena kvantitativní výzkumná metoda, dotazník pro těhotné ženy, navštěvující prenatalní poradnu.

Dotazník je formulář s předem připravenými otázkami, určený pro určitý okruh respondentů. V dotazníku by měl být stručný úvod a vysvětlení, za jakým účelem jsou data sbírána. Pokud dotazník není anonymní, měl by obsahovat informovaný souhlas respondenta. (Kutnohorská, 2009)

Obsahem dotazníku na téma „Edukace klientek o průběhu těhotenství a prenatalní péči“ je 17 otázek. Dotazník je zcela anonymní. Dotazník vyplňovaly pouze těhotné ženy různého věku, v různém týdnu těhotenství a navštěvující různé ambulance. Dotazník je rozdělen do tří oddílů, kdy v prvním (otázky 1-3) zjišťuji informace o ženě, ve druhém (otázky 4-15) zjišťuji vědomosti maminek a ve třetí (otázky 16, 17) spokojenost s edukací v poradně. Kromě otázky číslo 17 je zbylých šestnáct otázek uzavřených s jednou správnou odpovědí. Na otázku číslo 17 respondentky odpovídaly pouze v případě, že u otázky číslo 16 zvolily odpověď B. Dotazník byl rozdán v gynekologických ambulancích v KNTB ve Zlíně, v soukromé gynekologické ambulanci MUDr. Václava Čamka v Zábřeze a také na internetu. Celkem dotazník vyplnilo 113 respondentek.

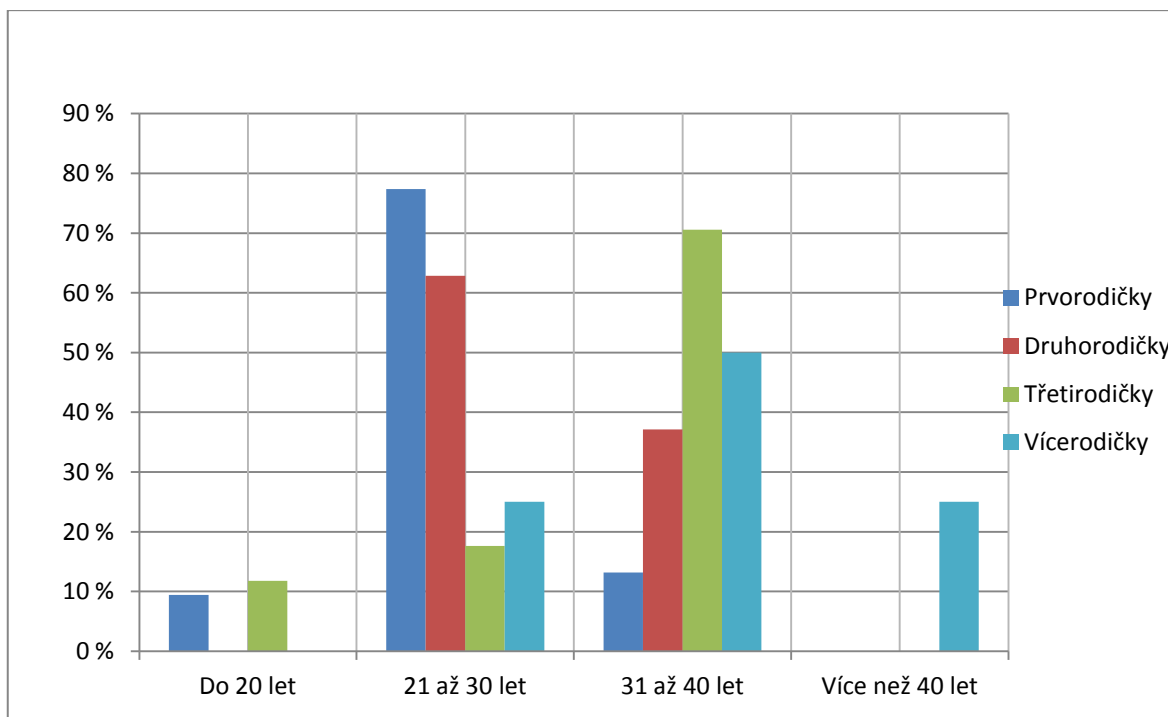
6.2 Zpracování výsledných dat

Výsledná data jsou zpracovány v Microsoft Excelu do grafů, které ukazují procentuální četnost zkoumaných položek. Pro lepší orientaci jsou grafy barevně sjednoceny. Respondentky jsou rozděleny podle toho, po kolikáté jsou těhotné. Na svislé ose grafu jsou zobrazeny procenta a na vodorovné ose vždy jednotlivé odpovědi, sloupce jsou barevně rozlišeny podle rozdělení respondentek. Otázka číslo 6 pro lepší přehlednost zahrnuje pět grafů.

1) Otázka č. 1 zjišťuje věk respondentek - Kolik je Vám let?

Z celkového počtu 113 dotazovaných bylo 7 (6,19 %) těhotných žen mladších 20 let, z toho prvorodiček do 20 let bylo 5 (9,43 %), třetírodiček do 20 let 2 (11,76 %). Druhorodičky a vícerodičky do 20 let nebyly žádné. Ve věkovém rozmezí 21 až 30 let bylo ze 113 respondentek celkem 68 (60,18 %) žen, z toho prvorodiček bylo 41 (77,36 %), druhorodiček 22 (62,86 %), třetírodičky byly 3 (17,65 %) a vícerodičky byly 2 (25 %). Ve věkovém rozmezí 31 až 40 let bylo celkem 36 (31,68 %) žen ze 113 respondentek. Prvorodiček v tomto věkovém rozmezí bylo 7 (13,21 %), druhorodiček 13 (37,14 %), třetírodiček 12 (70,59 %) a vícerodičky byly 4 (50 %). Z celkového počtu 113 respondentek byly pouze 2 (1,77 %) ženy starší 40 let a to vícerodičky (25,00 %).

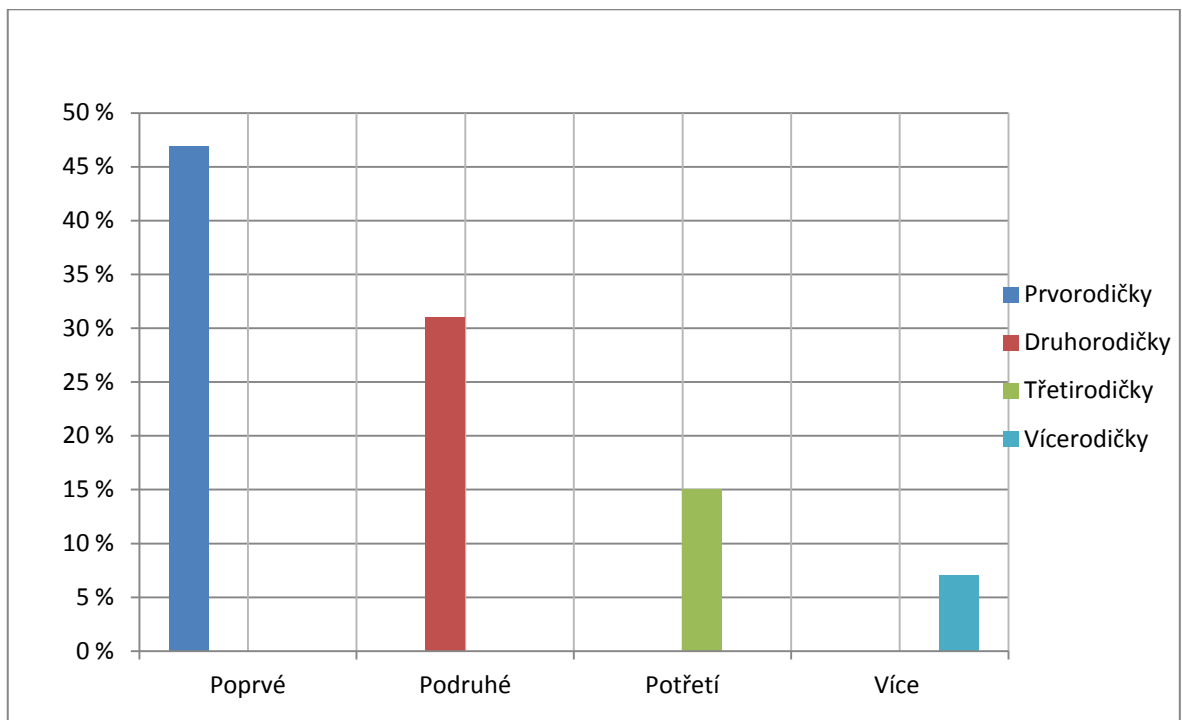
Graf 1: Věk



2) Otázka č. 2 zjišťuje počet těhotenství - Po kolikáté jste těhotná?

Z celkového počtu 113 respondentek bylo 53 (46,90 %) žen těhotných poprvé, 35 (30,97 %) žen těhotných po druhé, potřetí je těhotných 17 (15,04 %) žen a vícerodiček bylo z dotazovaných žen 8 (7,08 %).

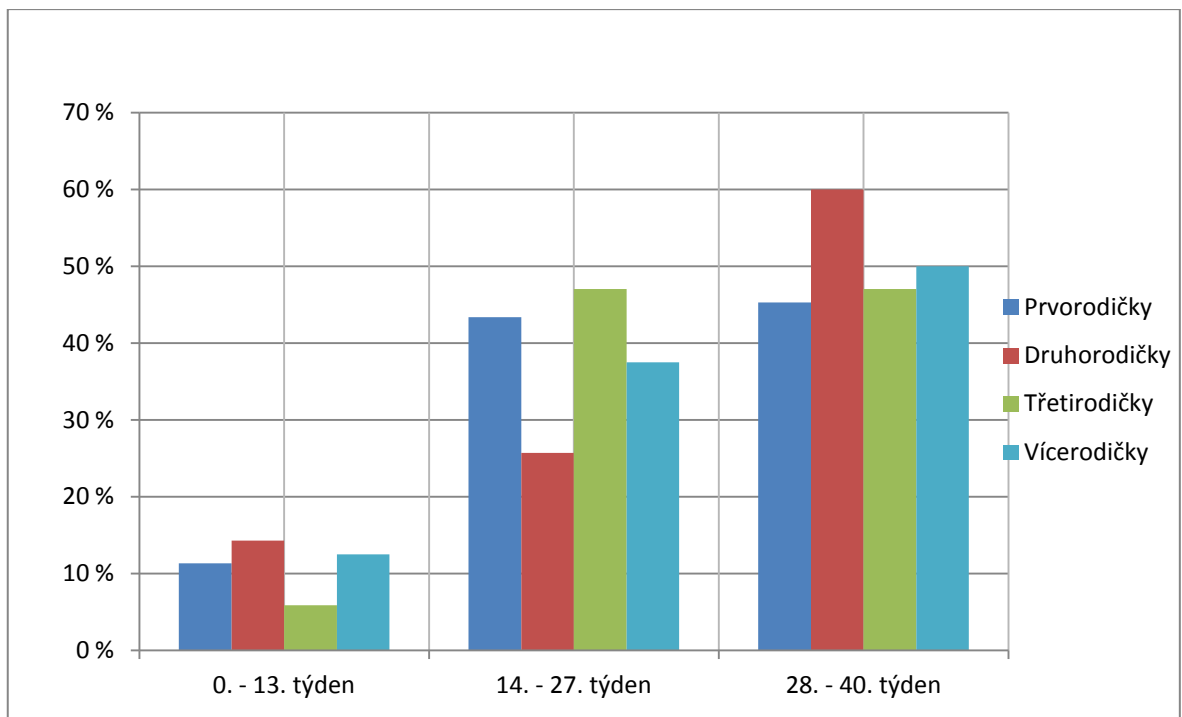
Graf 2: Těhotenství



3) Otázka č. 3 zjišťuje nynější týden těhotenství - V jaké jste nyní týdnu těhotenství?

V otázce číslo tři bylo zjištěno, že ze 113 respondentek bylo 13 (11,50 %) žen v rozmezí 0. až 13. týdne, z toho 6 (11,32 %) žen bylo prvorodiček, 5 (14,29 %) druhorodiček, 1 (5,88 %) třetirodička a 1 (12,50 %) vícero dička. Dále bylo zjištěno, že v rozmezí 14. až 27. týdne bylo 43 (38,05 %) žen, z toho 23 (43,40 %) prvorodiček, 9 (25,71 %) druhorodiček, 8 (47,06 %) třetirodiček a 3 (37,50 %) vícero dičky. Mezi 28. až 40. týdnem bylo zařazeno 57 (50,44 %) žen, z nichž bylo 24 (45,28 %) prvorodiček, 21 (60,00 %) druhorodiček, 8 (47,06 %) třetirodiček a 4 (50,00 %) vícero dičky.

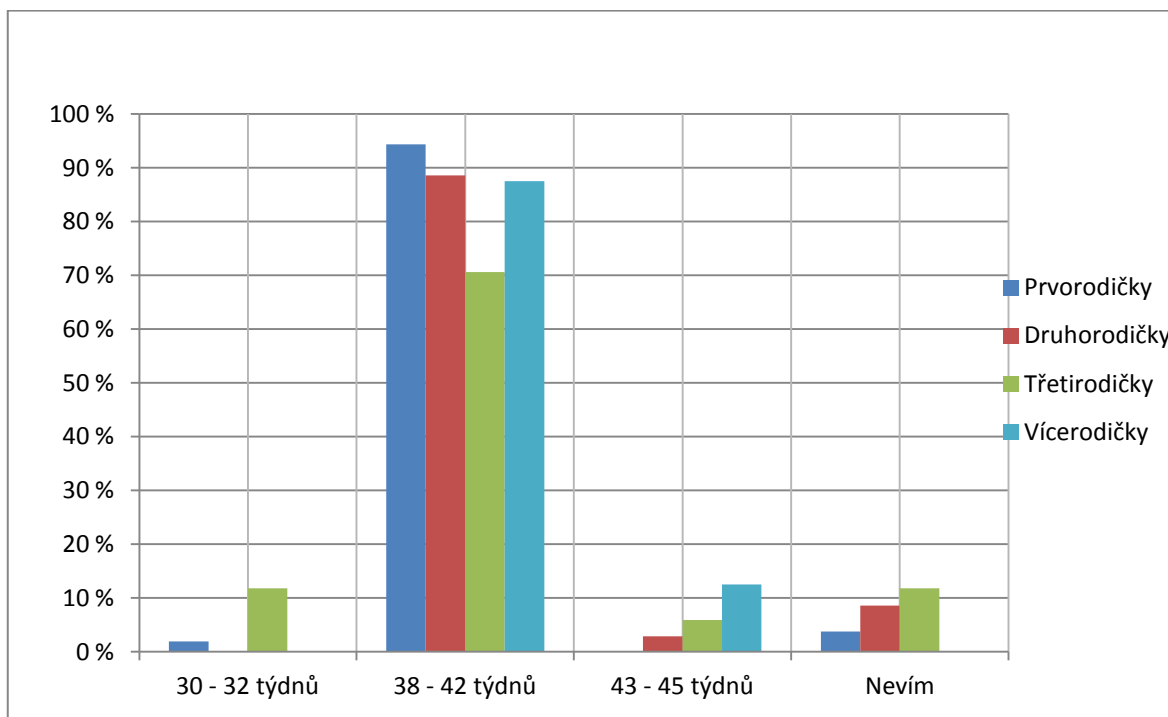
Graf 3: Týden těhotenství



4) Otázka č. 4 zjišťuje, zda ženy ví, jak dlouho trvá fyziologické těhotenství - Kolik týdnů trvá fyziologické (bezproblémové, bez komplikací) těhotenství?

Z dotazníků vyplývá, že ze 113 respondentek si 3 (2,65 %) myslí, že fyziologické těhotenství trvá 30 až 32 týdnů, 1 (1,89 %) prvorodička, 2 (11,76 %) třetírodičky. Žádná z druhorodiček a vícerodiček tuto odpověď nezvolily. Odpověď „38 - 42 týdnů“ zvolilo z dotazovaných 113 žen 100 (88,50 %) žen, z toho 50 (94,34 %) prvorodiček, 31 (88,57 %) druhorodiček, 12 (70,59 %) třetírodiček a 7 (87,50 %) vícerodiček. Odpověď „43 až 45 týdnů“ zvolily celkem 3 (2,65 %) těhotné ženy, z toho byla 1 (2,86 %) druhorodička, třetírodička 1 (5,88 %) a 1 (12,50 %) vícerodička. Žádná prvorodička tuto odpověď nezvolila. Odpověď „nevím“ zvolilo z dotazovaných 113 respondentek celkem 7 (6,19 %) žen, z toho 2 (3,77 %) prvorodičky, 3 (8,57 %) druhorodičky, 2 (11,76 %) třetírodičky a žádná vícerodička.

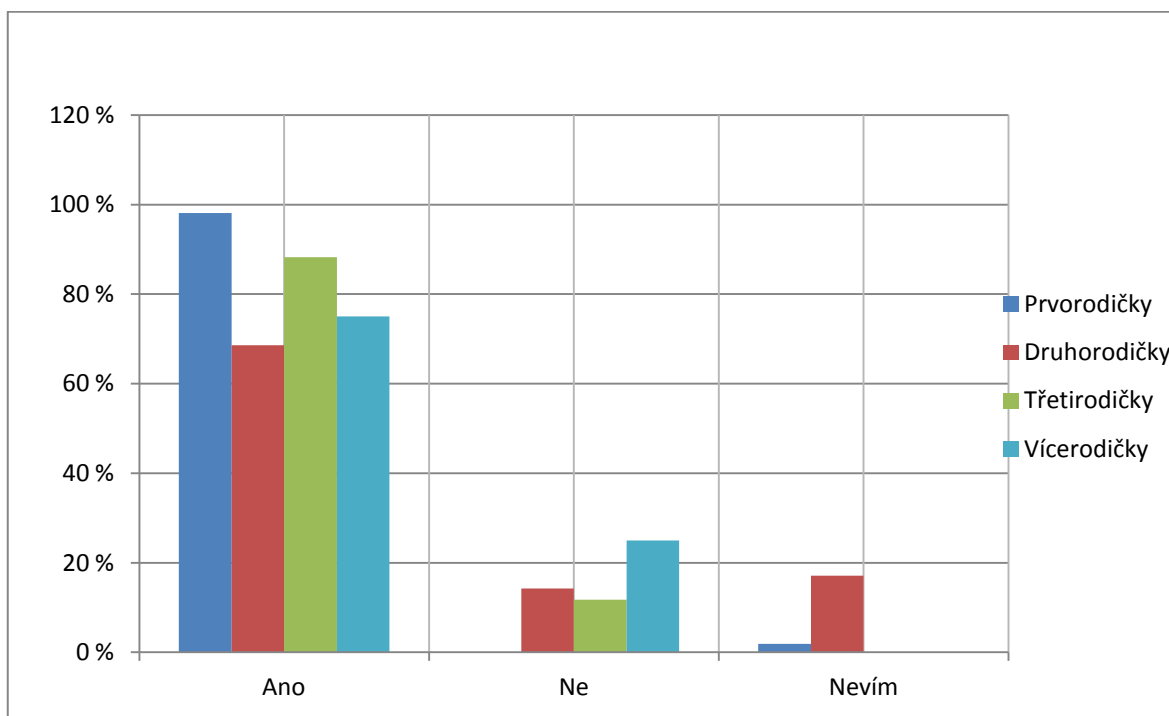
Graf 4: Délka těhotenství



5) Otázka č. 5 zjišťuje zda ženy ví, zda se v těhotenství zjišťuje krevní skupina matky - Podstupují těhotné ženy vyšetření krve pro zjištění krevní skupiny?

Z celkového počtu 113 respondentek odpověď „Ano“ zvolilo 97 (85,84 %) žen, z toho 52 (98,11 %) prvorodiček, 24 (68,57 %) druhorodiček, 15 (88,24 %) třetírodiček a 6 (75,00 %) vícero diček. Celkem 9 (7,96 %) žen si myslí, že se toto vyšetření v těhotenství neprovádí, 5 (14,29 %) druhorodiček, 2 (11,76 %) třetírodičky a 2 (25,00 %) vícero dičky. Odpověď „Nevím“ zvolilo ze 113 respondentek 7 (6,19 %) žen, z toho 1 (1,89 %) prvorodička, 6 (17,14 %) druhorodiček. Z třetírodiček a vícero diček tuto odpověď nezvolila žádná.

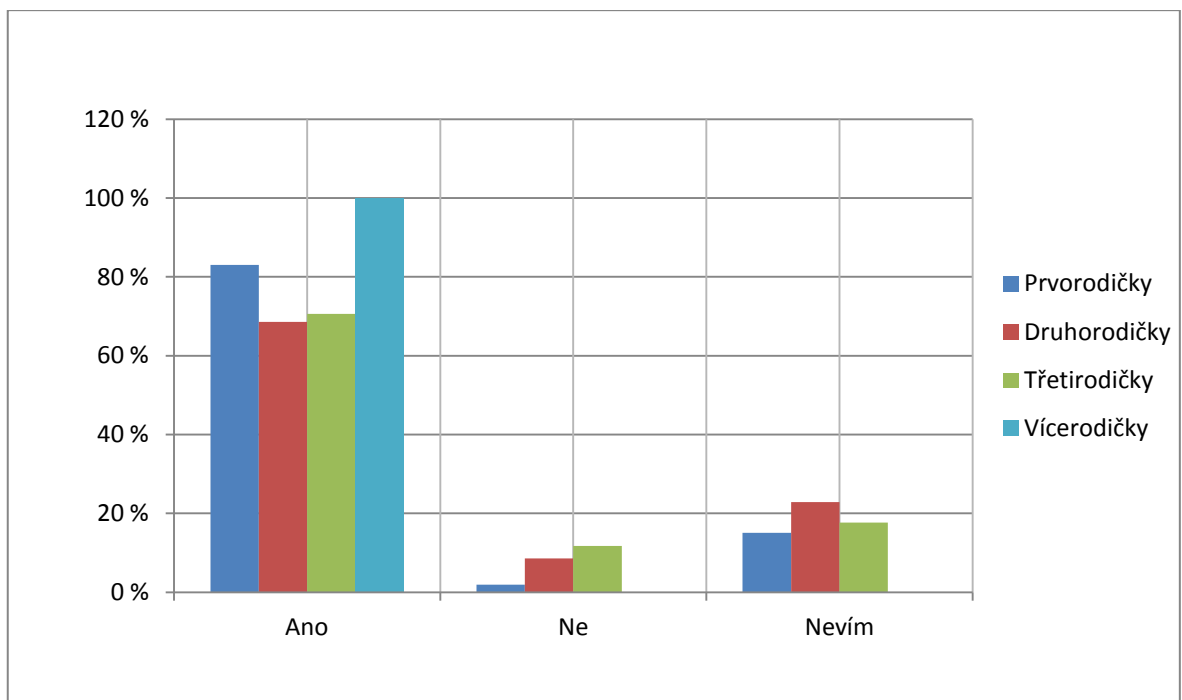
Graf 5: Krevní skupina



6) Otázka č. 6 zjišťuje, zda těhotné ženy ví, které krevní testy v těhotenství podstupují - U těhotných žen se provádí test na HIV, toxoplazmózu, syfilis, žloutenka typu A, žloutenka typu B?

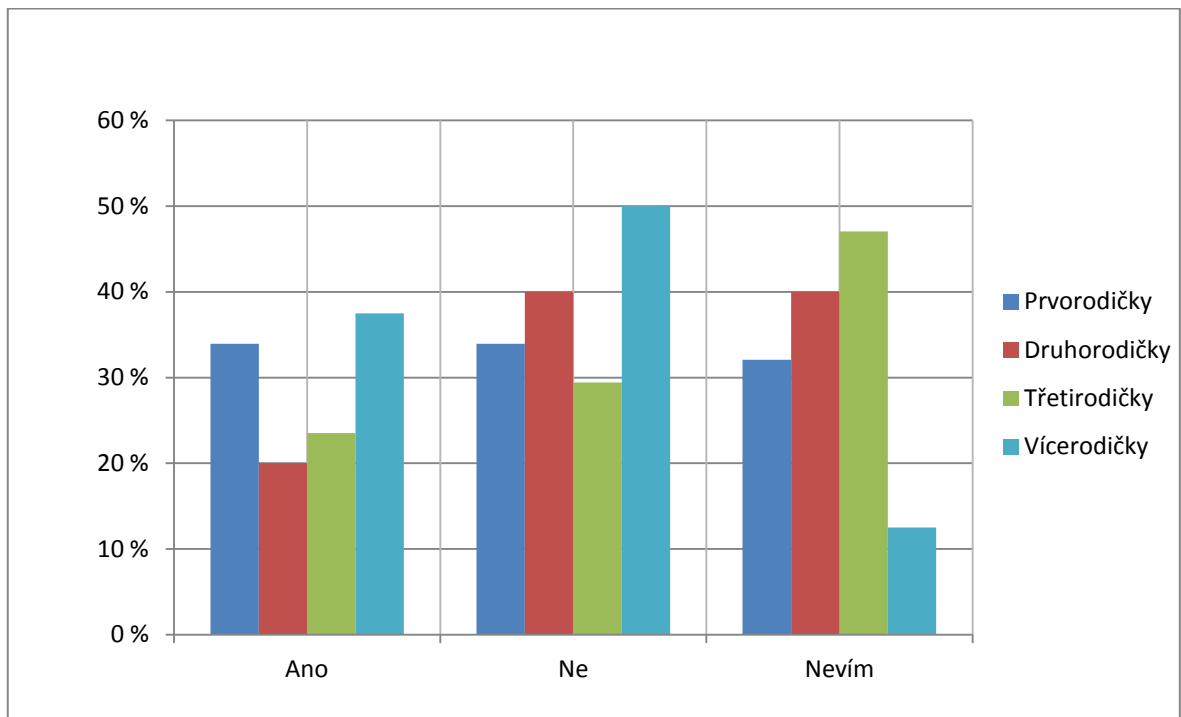
Z dotazníků vyplývá, že z celkového počtu 113 respondentek si 88 (77,88 %) žen myslí, že se v těhotenství provádí testy na HIV, z toho bylo 44 (83,02 %), 24 (68,57 %) druhorodiček, 12 (70,59 %) třetírodiček a 8 (100,00 %) vícero-diček. Odpověď „Ne“ zvolilo 6 (5,31 %) respondentek ze 113. 1 (1,89 %) prvorodička, 3 (8,57 %) druhorodičky, 2 (11,76 %) třetírodičky a žádná vícero-dička. Celkem 19 (16,81 %) respondentek zvolilo odpověď „Nevím“, přičemž z toho takto odpovědělo 8 (15,09 %) prvorodiček, 8 (22,86 %) druhorodiček, 3 (17,65 %) třetírodičky a žádná vícero-dička.

Graf 6: HIV



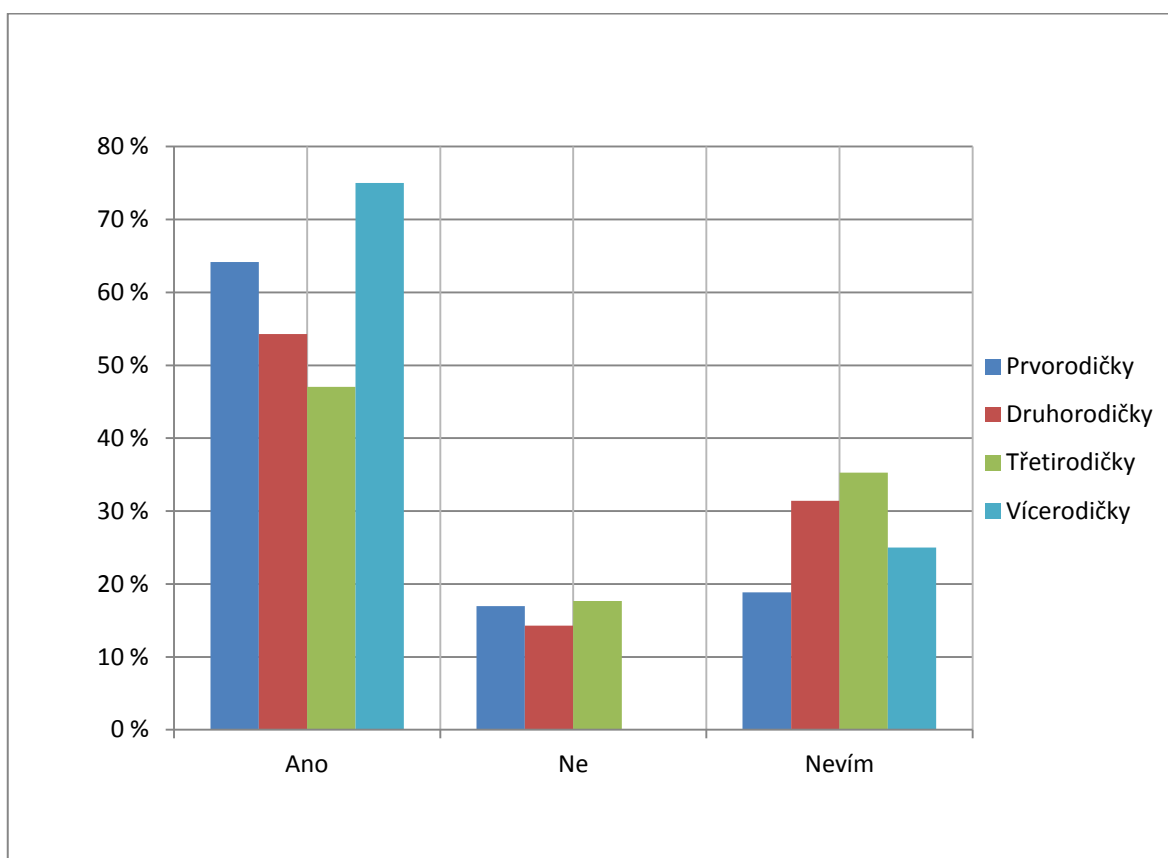
Z celkového počtu 113 dotazovaných žen na otázku zda jsou ženy testovány na toxoplazmózu odpovědělo ano 32 (28,32 %) žen, z toho 18 (33,96 %) prvorodiček, 7 (20,00 %) druhorodiček, 4 (23,53%) třetirodičky a 3 (37,50 %) vícero dičky. Odpověď „Ne“ zvolilo celkem 41 (36,28 %) žen, přičemž z nich bylo 18 (33,96 %) prvorodiček, 14 (40,00 %) druhorodiček, 5 (29,41 %) třetirodiček a 4 (50,00 %) vícero dičky. Odpověď „Nevím“ zvolilo 40 (35,40 %) respondentek: 17 (32,08 %) prvorodiček, 14 (40,00 %) druhorodiček, 8 (47,06 %) třetirodiček a 1 (12,50 %) vícero dička.

Graf 7: Toxoplazmóza



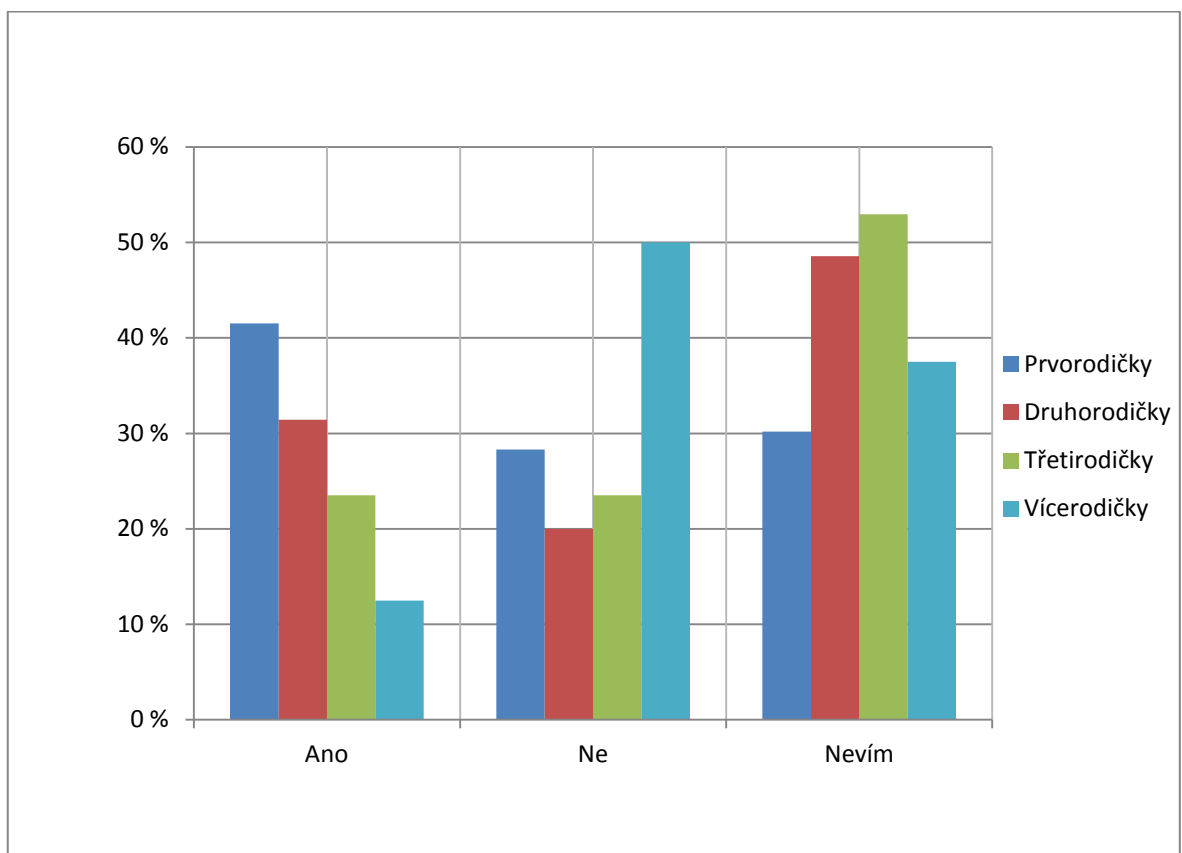
Na otázku, zda se provádí u těhotných žen test na syfilis odpovědělo 67 (59,29 %) ze 113 dotazovaných ano, z toho 34 (64,15 %) bylo prvorodiček, 19 (54,29 %) druhorodiček, 8 (47,06 %) třetirodiček a 6 (75,00 %) vícero diček. Odpověď „Ne“ zvolilo celkem 17 (15,04 %) žen, z nichž bylo 9 (16,98 %) prvorodiček, 5 (14,29 %) druhorodiček, 3 (17,65 %) třetirodičky a žádná vícero dička. Odpověď „Nevím“ zvolilo celkem 29 (25,66 %) žen: 10 (18,87 %) prvorodiček, 11 (31,43 %) druhorodiček, 6 (35,29 %) třetirodiček a 2 (25,00 %) vícero dičky.

Graf 8: Syfilis



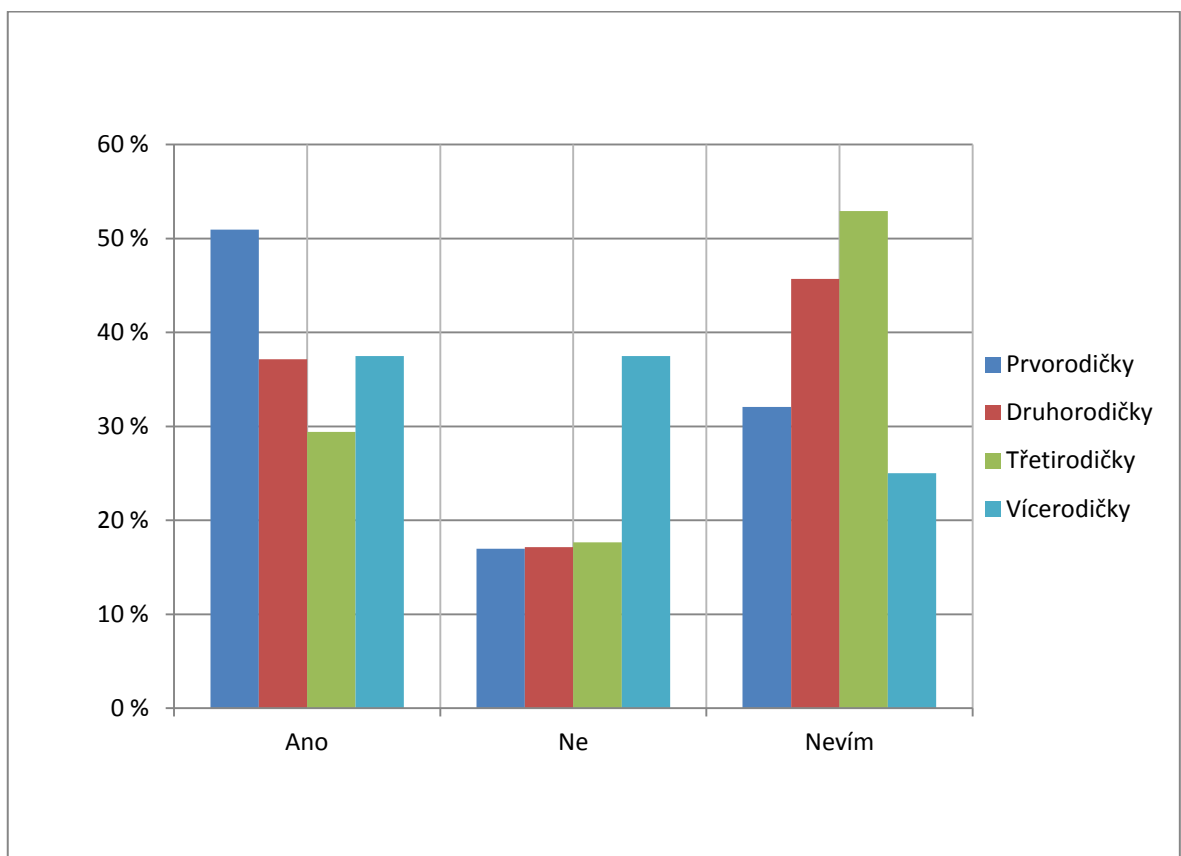
Z dotazníků vyplývá, že ze 113 respondentek si 38 (33,63 %) žen myslí, že se v těhotenství podstupuje test na žloutenku typu A. Z těchto žen bylo 22 (41,51 %) prvorodiček, 11 (31,43 %) druhorodiček, 4 (23,53 %) třetírodičky a 1 (12,50 %) vícero dička. Zápornou odpověď zvolilo 30 (26,55 %) žen, přičemž z nich bylo 15 (28,30 %) prvorodiček, 7 (20,00 %) druhorodiček, 4 (23,53 %) třetírodičky a 4 (50,00 %) vícero dičky. Odpověď „Nevím“ zvolilo 45 (39,82 %) žen, z nichž 16 (30,19 %) byly prvorodičky, 17 (48,57 %) druhoro dičky, 9 (52,94 %) třetírodičky a 3 (37,50 %) vícero diček.

Graf 9: Žloutenka typu A



V poslední části otázky č. 6 bylo zjištěno, že 48 (42,48 %) žen z celkového počtu 113 respondentek si myslí, že se v těhotenství provádí test na žloutenku typu B. Z těchto žen bylo 27 (50,94 %) prvorodiček, 13 (37,14 %) druhorodiček, 5 (29,41 %) třetirodiček a 3 (37,50 %) vícero dičky. Odpověď „Ne“ zvolilo 21 (18,58 %) žen, z nichž 9 (16,98 %) bylo prvorodiček, 6 (17,14 %) druhorodiček, 3 (17,65 %) třetirodičky a 3 (37,50 %) vícero dičky. Odpověď „Nevím“ zvolilo 44 (38,94 %) žen: 17 (32,08 %) prvorodiček, 16 (45,71 %) druhorodiček, 9 (52,94 %) třetirodiček a 2 (25,00 %) vícero dičky.

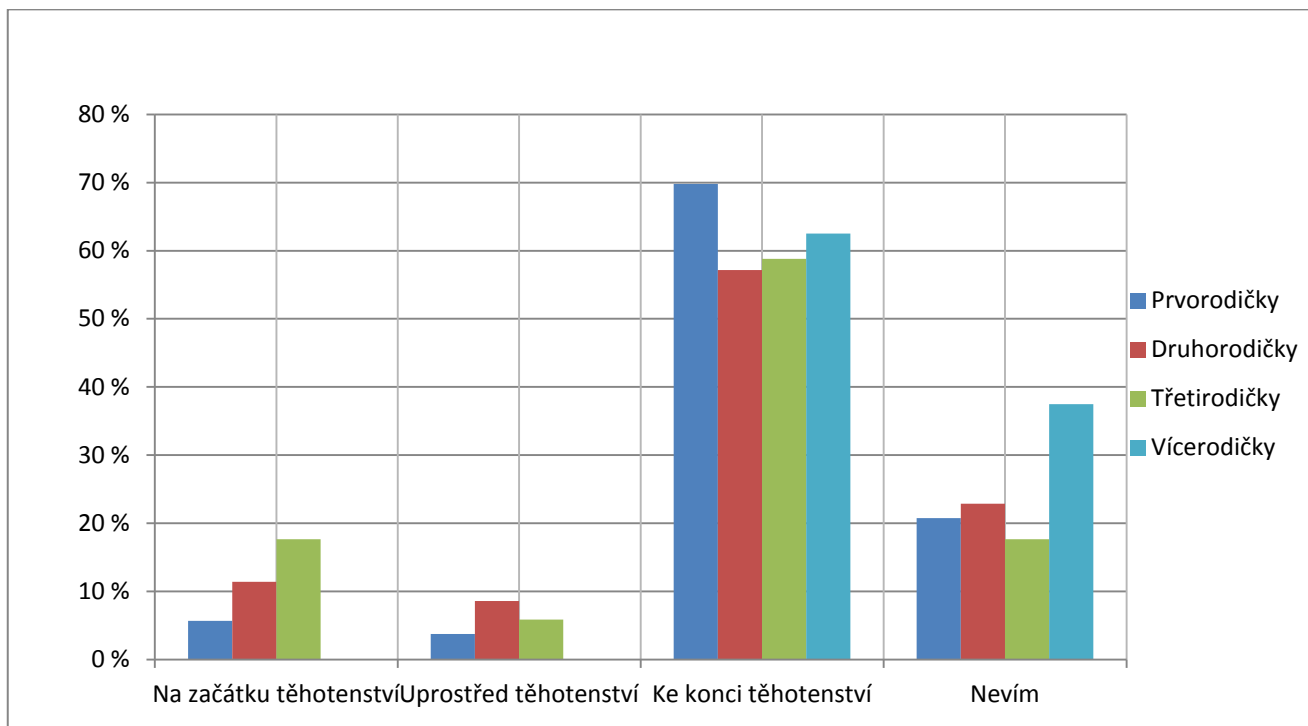
Graf 10: Žloutenka typu B



7) Otázka č. 7 zjišťuje, zda ženy ví, kdy se provádí stěr z pochvy na GBS - V které části těhotenství se provádí stěr z pochvy na *Streptococca Agalactiae* (GBS)?

U otázky č. 7 bylo zjištěno, že z 113 dotazovaných žen si 10 (8,85 %) žen myslí, že stěr na GBS se provádí na začátku těhotenství. Z těchto žen to byly 3 (5,66 %) prvorodičky, 4 (11,43 %) druhorodičky, 3 (17,65 %) třetírodičky a žádná vícerodička. Dalších 6 (5,31 %) žen si myslí, že se stěr provádí uprostřed těhotenství: 2 (3,77 %) prvorodičky, 3 (8,57 %) druhorodičky, 1 (5,88 %) třetírodička a žádná vícerodička. 72 (63,72 %) žen uvedlo, že se stěr provádí ke konci těhotenství, z nichž bylo 37 (69,81 %) žen prvorodiček, 20 (57,14 %) druhorodiček, 10 (58,82 %) třetírodiček a 5 (62,50 %) vícerodiček. Odpověď „Nevím“ zvolilo 25 (22,12 %) dotazovaných žen: 11 (20,75 %) prvorodiček, 8 (22,86 %) druhorodiček, 3 (17,65 %) třetírodičky a 3 (37,50 %) vícerodičky.

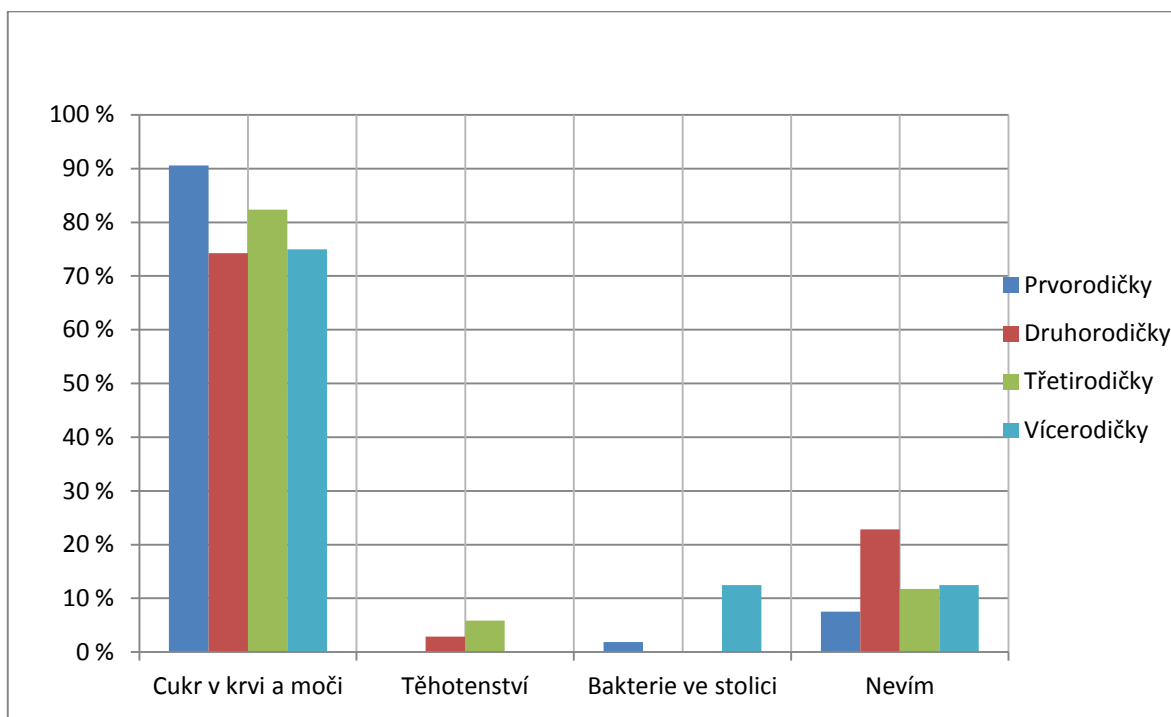
Graf 11: GBS



8) Otázka č. 8 zjišťuje, zda ženy ví k čemu slouží test OGTT - Co prokazuje test OGTT?

Na otázku č. 8 z celkového počtu 113 respondentek odpovědělo 94 (83,19 %) dotazovaných žen, že test OGTT prokazuje přítomnost cukru v krvi a moči matky. Z těchto žen bylo 48 (90,57 %) žen prvorodiček, 26 (74,29 %) druhorodiček, 14 (82,35 %) třetírodiček a 6 (75,00 %) vícero-diček. Odpověď, že tento test prokazuje těhotenství zvolily celkem 2 (1,77 %) ženy, z nichž 1 (2,86 %) byla druhorodička a 1 (5,88 %) třetírodička. Další 2 (1,77 %) ženy si myslí, že tento test prokazuje bakterie ve stolici- 1 (1,89 %) prvorodička a 1 (12,50 %) vícero-dička. Odpověď „Nevím“ zvolilo 15 (13,27 %) respondentek: 4 (7,55 %) prvorodičky, 8 (22,86 %) druhorodiček, 2 (11,76 %) třetírodičky a 1 (12,50 %) vícero-dička.

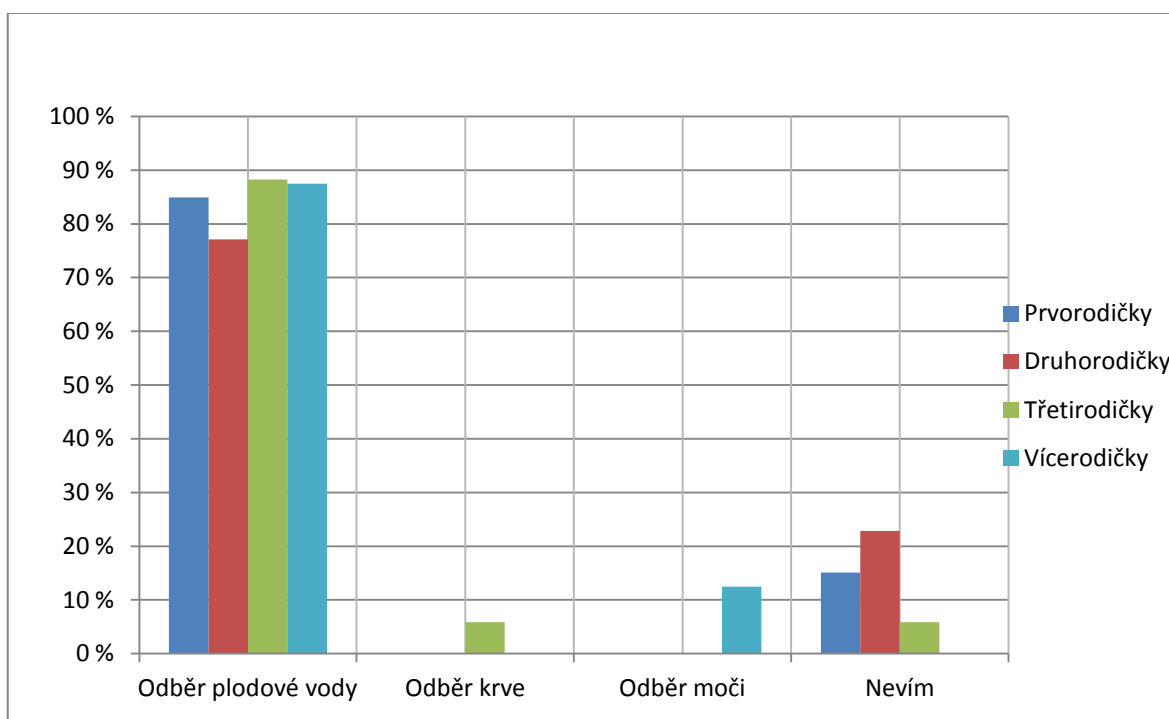
Graf 12: OGTT



9) Otázka č. 9 zjišťuje zda těhotné ženy ví, co je to amniocentéza - Co je to amniocentéza?

Z celkového počtu 113 respondentek si 94 (83,19) žen myslí, že amniocentéza je odběr plodové vody. Z těchto žen bylo 45 (84,91 %) prvorodiček, 27 (77,14 %) druhorodiček, 15 (88,24 %) třetirodiček a 7 (87,50 %) vícero diček. Možnost odpovědi, že amniocentéza je odběr krve zvolila pouze 1 (0,88 %) respondentka - třetirodička (5,88 %). Odpověď „Odběr moči“ zvolila také pouze 1 (0,88 %) respondentka- vícero dička (12,50 %). 17 (15,04 %) žen udalo, že na tuto otázku neznají odpověď: 8 (15,09 %) prvorodiček, 8 (22,86 %) druhorodiček a 1 (5,88 %) třetirodička.

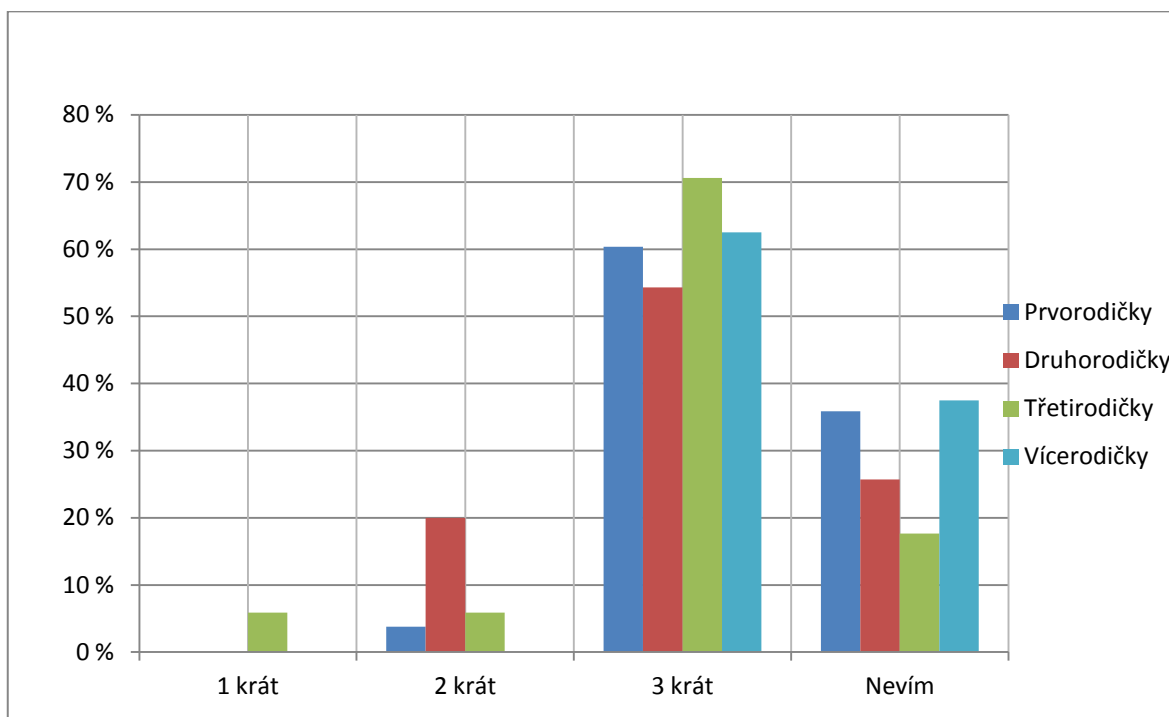
Graf 13: Amniocentéza



10) Otázka č. 10 zjišťuje, zda těhotné ženy ví, kolikrát absolvuje doporučené pravidelné vyšetření ultrazvukem - Kolikrát během fyziologického těhotenství žena absolvuje doporučené pravidelné vyšetření ultrazvukem?

Z dotazníků vyplývá, že na otázku č. 10 odpověděla pouze 1 (0,88 %) respondentka, že pravidelné doporučené vyšetření ultrazvukem se absolvuje pouze jednou, třetírodička (5,88 %). Odpověď „2 krát“ zvolilo 10 (8,85 %) žen: 2 (3,77 %) prvorodičky, 7 (20,00 %) druhorodiček a 1 (5,88 %) třetírodička. Dále 68 (60,18 %) respondentek odpovědělo 3 krát, přičemž z těchto žen bylo 32 (60,38 %) prvorodiček, 19 (54,29 %) druhorodiček, 12 (70,59 %) třetírodiček a 5 (62,50 %) vícerodiček. 34 (30,09 %) žen uvedlo, že na tuto otázku neznají odpověď: 19 (35,85 %) prvorodiček, 9 (25,71 %) druhorodiček, 3 (17,65 %) třetírodičky, 3 (37,50 %) vícerodičky.

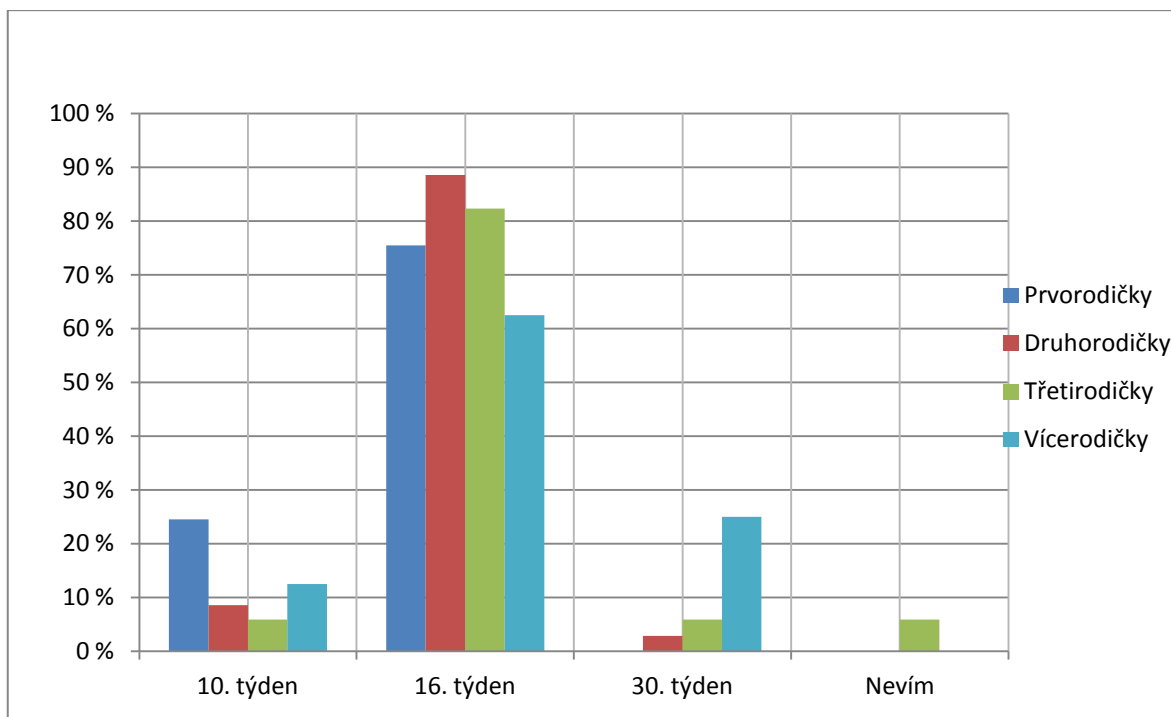
Graf 14: Ultrazvuk



11) Otázka č. 11 zjišťuje, zda ženy ví ve kterém týdnu se provádí Triple test - Ve kterém týdnu těhotenství se zjišťují rizika vývojových vad plodu z krve matky, tzv. Triple test?

Z celkového počtu 113 respondentek si 18 (15,93 %) žen myslí, že se tento test provádí v 10. týdnu těhotenství. Z těchto žen bylo 13 (24,53 %) prvorodiček, 3 (8,57 %) druhorodičky, 1 (5,88 %) třetirodička a 1 (12,50 %) vícero dička. Odpověď „16. týden“ zvolilo 90 (79,65 %) žen, přičemž 40 (75,47 %) z nich bylo prvorodiček, 31 (88,57 %) druhorodiček, 14 (82,35 %) třetirodiček a 5 (62,50 %) vícero diček. Pouze 4 (3,54 %) ženy si myslí, že tento test je prováděn ve 30. týdnu těhotenství, z nichž 1 (2,86 %) byla druhorodička, 1 (5,88 %) třetirodička a 2 (25,00 %) vícero dičky. Odpověď „Nevím“ zvolila pouze jedna (5,88 %) třetirodička.

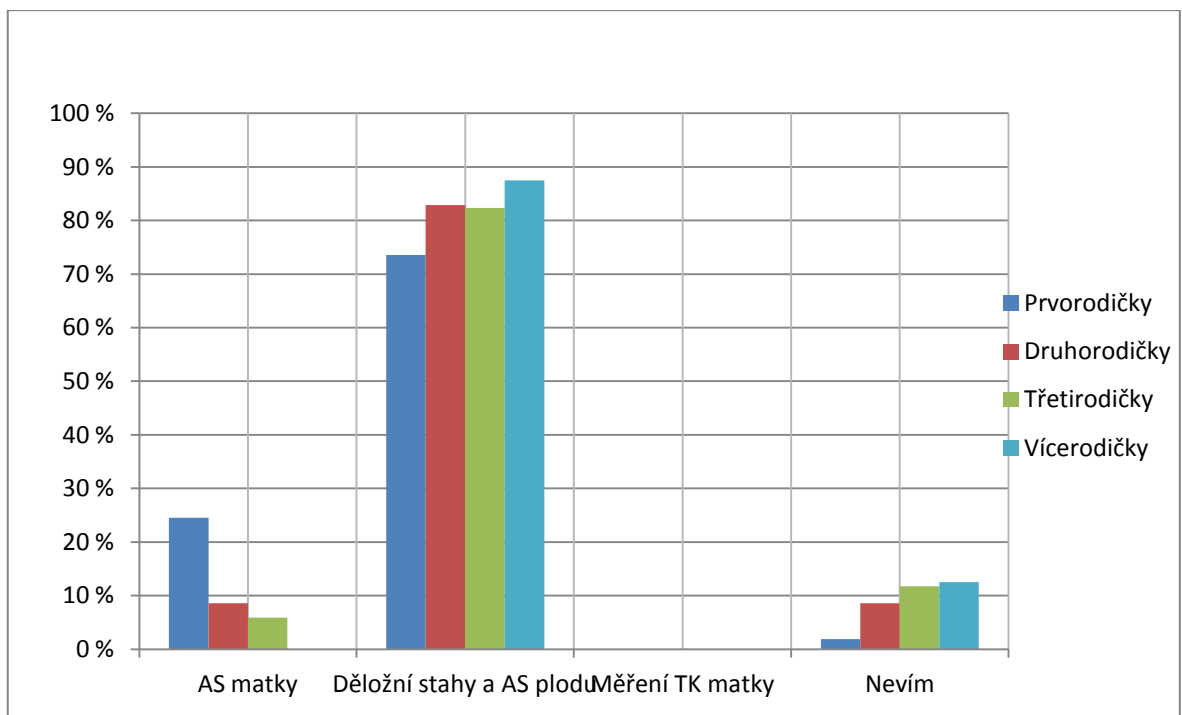
Graf 15: Triple test



12) Otázka č. 12 zjišťuje za ženy ví, co je to kardiokografie - Co je to kardiokografie?

Z dotazníků vyplývá, že z celkového počtu 113 respondentek odpovědělo 17 (15,04 %) žen, že kardiokografie je měření srdeční činnosti matky. Z těchto žen bylo 13 (24,53 %) prvorodiček, 3 (8,57 %) druhorodičky a 1 (5,88 %) třetirodička. Odpověď, že kardiokografie je měření srdeční činnosti plodu a děložních stahů odpovědělo 89 (78,76 %) žen, z nichž bylo 39 (73,58 %) prvorodiček, 29 (82,86 %) druhorodiček, 14 (82,35 %) třetirodiček a 7 (87,50 %) vícero diček. Odpověď „Měření krevního tlaku matky“ nezvolil nikdo. Dále pak 7 (6,19 %) žen udalo, že na tuto otázku neznají odpověď: 1 (1,89 %) prvorodička, 3 (8,57 %) druhorodičky, 2 (11,76 %) třetirodičky a 1 (12,50 %) vícero dička.

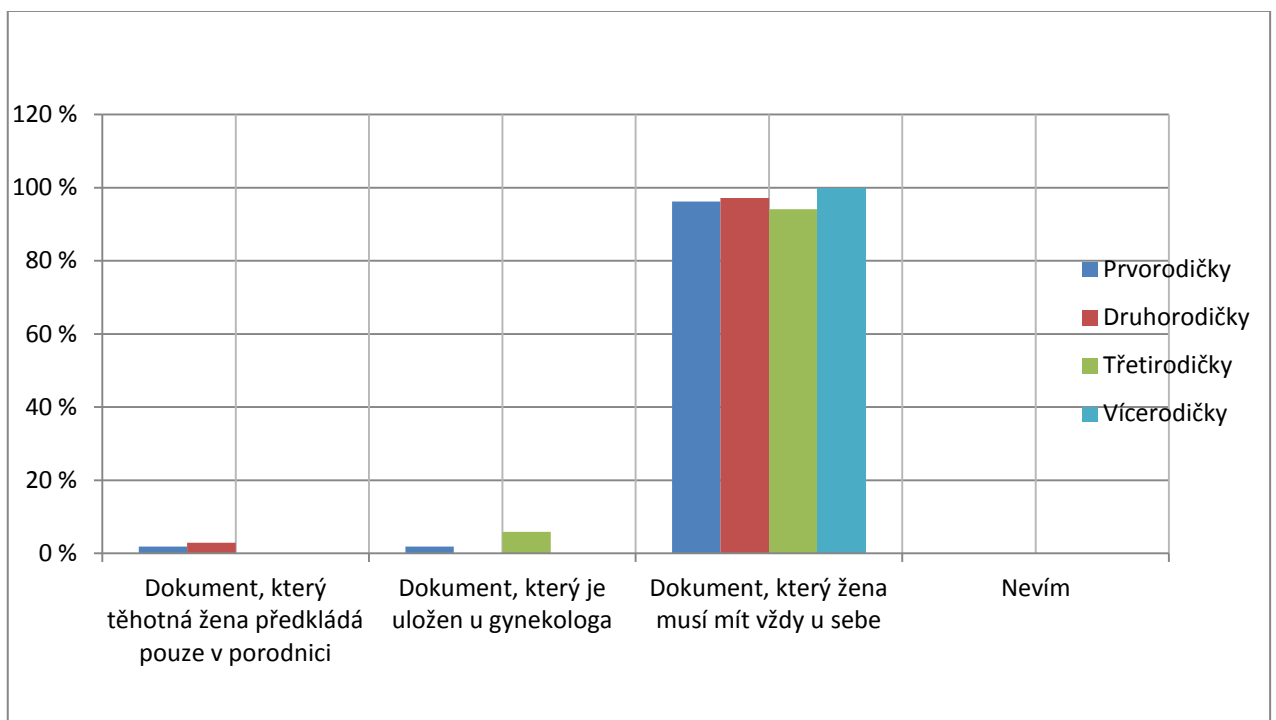
Graf 16: Kardiokografie



13) Otázka č. 13 zjišťuje informovanost žen o těhotenské průkazce - Co je to těhotenská průkazka?

Z celkového počtu 113 respondentek 2 (1,77 %) uvedly, že těhotenská průkazka je dokument, který předkládají pouze v porodnici, takto odpověděla 1 (1,89 %) prvorodička a 1 (2,86 %) druhorodička. 2 (1,77 %) respondentky si myslí, že tento dokument je uložen u gynekologa: 1 (1,89 %) prvorodička a 1 (5,88 %) třetírodička. Odpověď „Dokument, který musí mít žena vždy u sebe“ zvolilo 109 (96,46 %) žen, z nichž 51 (96,23 %) žen byly prvorodičky, 34 (97,14 %) druhorodičky, 16 (94,12 %) třetírodičky a 8 (100,00 %) vícerodičky. Odpověď „Nevím“ nevolil nikdo.

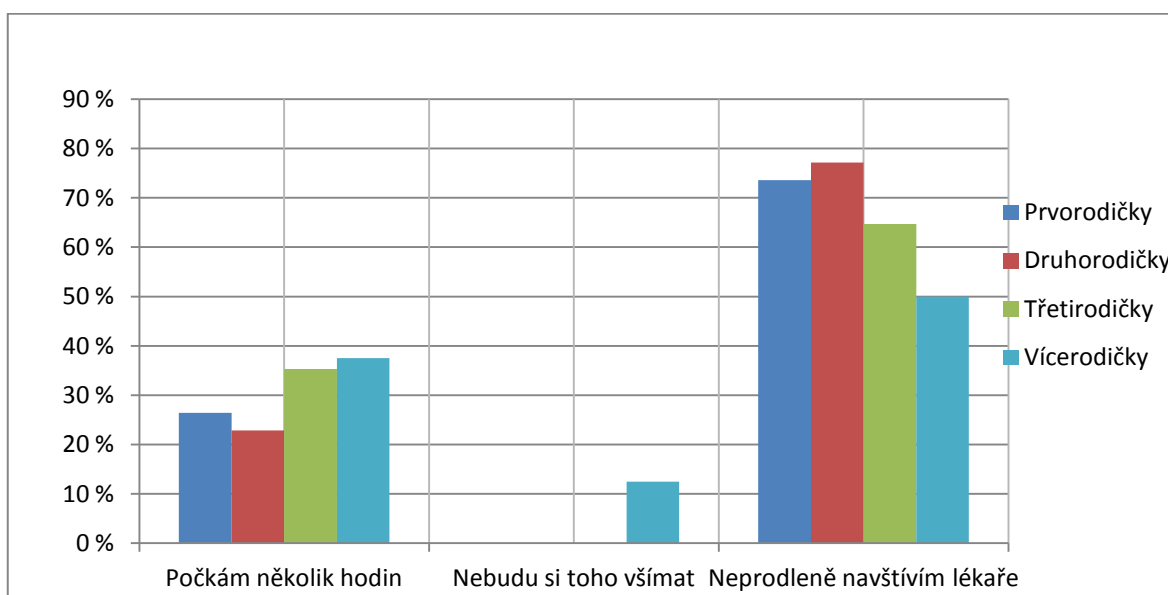
Graf 17: Těhotenská průkazka



14) Otázka č. 14 zjišťuje reakci těhotných žen na vymizení pohybů plodu - *Jak se zachováte v případě vymizení pohybů plodu?*

Ze 113 respondentek by v případě vymizení pohybů plodu 31 (27,43 %) žen počkalo několik hodin a poté by navštívily lékaře. Z těchto žen bylo 14 (26,42 %) prvorodiček, 8 (22,86 %) druhorodiček, 6 (35,29 %) třetírodiček a 3 (37,50 %) vícerodičky. Odpověď „Nebudu si toho všimnout“ zvolila 1 (0,88 %) respondentka, vícerodička (12,50 %). Dále by pak 81 (71,68 %) žen neprodleně navštívilo lékaře, přičemž 39 (73,58 %) žen bylo prvorodiček, 27 (77,14 %) druhorodiček, 11 (64,71 %) třetírodiček a 4 (50,00 %) vícerodičky.

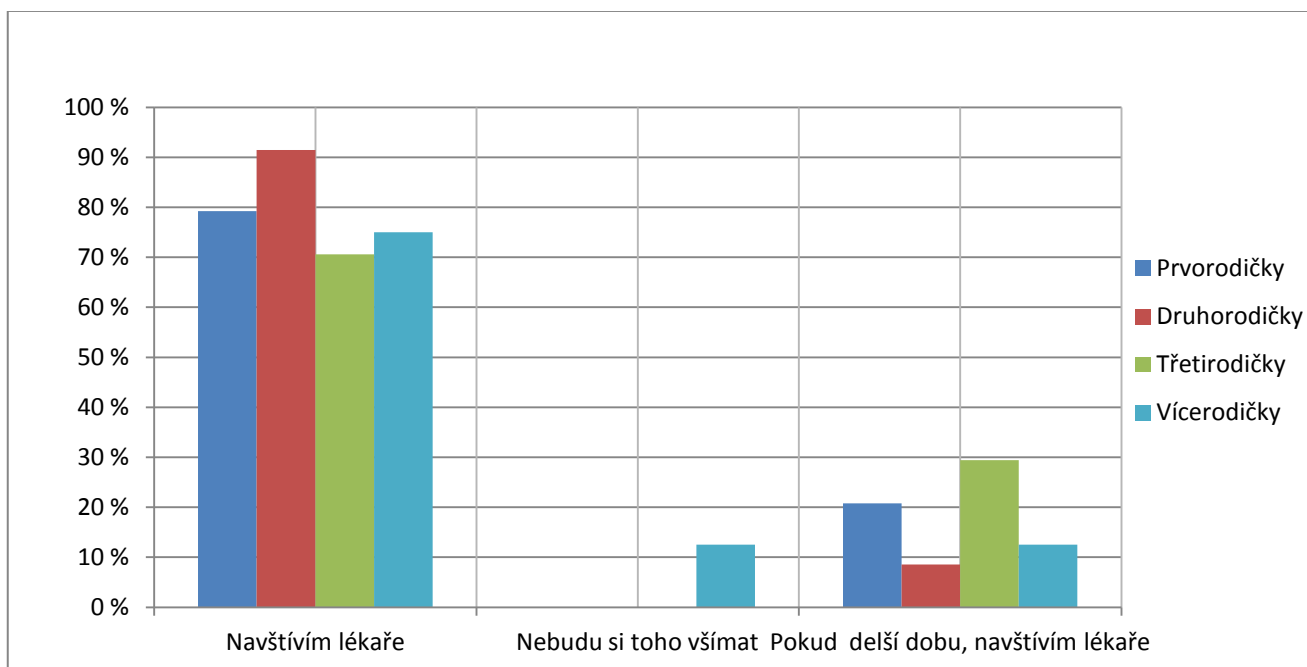
Graf 18: Pohyby plodu



15) Otázka č. 15 zjišťuje, jak by se ženy zachovaly v případě vaginálního krvácení - Jak se zachováte v případě náhlého vaginálního krvácení v průběhu těhotenství?

Na otázku č. 15 odpovědělo ze 113 respondentek 92 (81,42 %) žen, že při vaginálním krvácení neodkladně navštíví lékaře. Z těchto žen bylo 42 (79,25 %) prvorodiček, 32 (91,43 %) druhorodiček, 12 (70,59 %) třetírodiček a 6 (75,00 %) vícero diček. Odpověď, že krvácení v těhotenství je běžné a proto si ho není třeba všimnout zvolila pouze 1 (0,88 %) respondentka, vícero dička (12,50 %). Odpověď „Pokud bude přetrvávat delší dobu navštívím lékaře“ zvolilo celkem 20 (17,70 %) žen, z nichž 11 (20,75 %) byly prvorodičky, 3 (8,57 %) druhorodičky, 5 (29,41 %) třetírodiček a 1 (12,50 %) vícero dička.

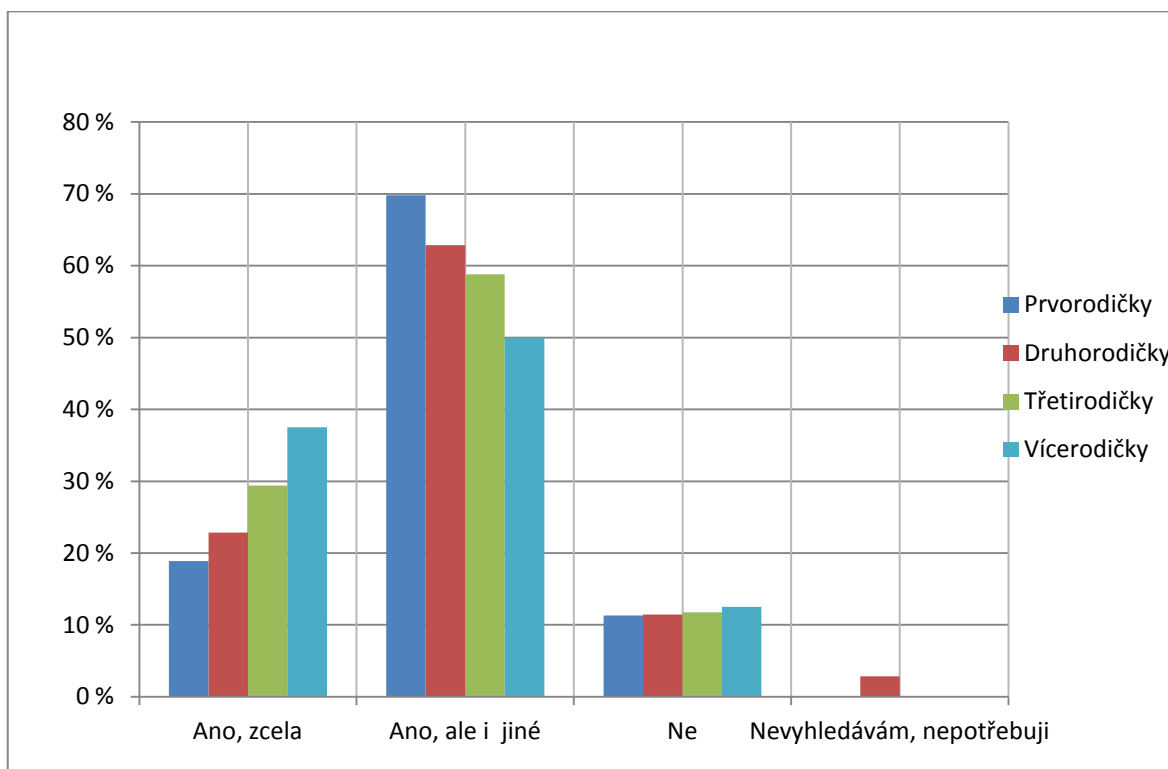
Graf 19: Krvácení



16) Otázka č. 16 zjišťuje spokojenost těhotných žen s poskytováním informací v prenatální poradně - Myslíte si, že informace o průběhu těhotenství, které Vám jsou v prenatální poradně poskytovány jsou dostačující?

Ze 113 respondentek je zcela spokojených 26 (23,01 %) žen, z nichž 10 (18,87 %) bylo prvorodiček, 8 (22,86 %) druhorodiček, 5 (29,41 %) třetirodiček a 3 (37,50 %) vícero-dičky. 73 (64,60 %) žen bylo spokojených, ale čerpaly i z jiných zdrojů, 37 (69,81 %) z těchto žen bylo prvorodiček, 22 (62,86 %) druhorodiček, 10 (58,82 %) třetirodiček a 4 (50,00 %) vícero-dičky. S poskytováním informací v prenatální poradně bylo zcela nespokojených 13 (11,50 %) žen, přičemž 6 (11,32 %) bylo prvorodiček, 4 (11,43 %) druhorodičky, 2 (11,76 %) třetirodičky a 1 (12,50 %) vícero-dička. Odpověď „Informace nevyhledávám, nepotřebuji“ zvolila 1 (0,88 %) respondentka, druhorodička (2,86 %).

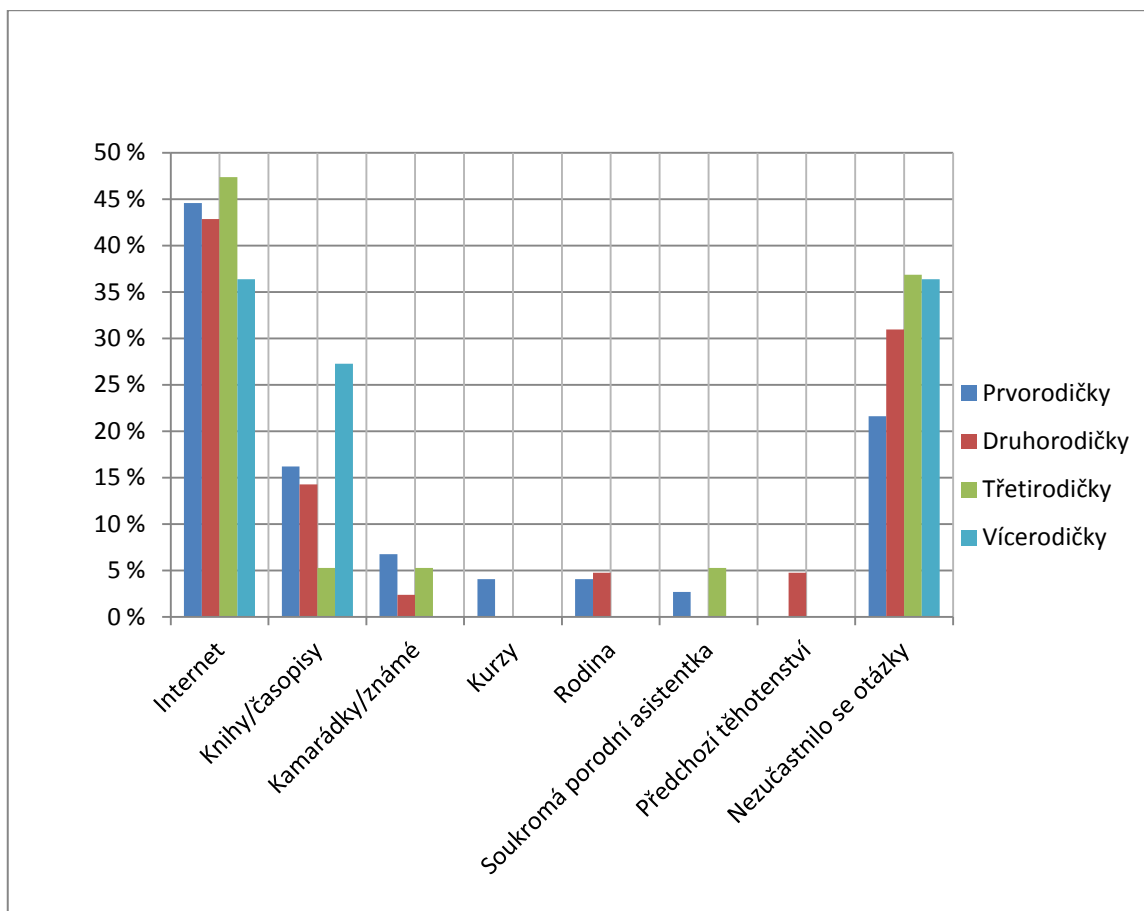
Graf 20: Spokojenost



17) Otázka č. 17 zjišťuje z jakých dalších zdrojů těhotné ženy čerpají informace - Mimo čerpání informací v prenatalní poradně získávám informace z:

Otázka č. 17 byla otevřená a odpovídaly na ni pouze ženy, které u otázky č. 16 zvolily odpověď B. Této otázce se tedy nezúčastnilo 40 žen (35,40 %). Respondentky udávaly jednu nebo více odpovědí. Odpověď „Internet“ byla zvolena celkem 64 krát (56,64 %), přičemž na internetu hledalo informace 33 (44,59 %) prvorodiček, 18 (42,86 %) druhorodiček, 9 (47,37 %) třetírodiček a 4 (36,36 %) vícerodičky. Dále ženy informace vyhledávaly v knihách a časopisech, a tuto odpověď udalo 22 (19,47 %) žen: 12 (16,22 %) prvorodiček, 6 (14,29 %) druhorodiček, 1 (5,26 %) třetírodička a 3 (27,27 %) vícerodičky. Od kamarádek a známých čerpalo informace 7 (6,19) žen: 5 (6,76 %) prvorodiček, 1 (2,38 %) druhorodička a 1 (5,26 %) třetírodička. 3 (4,05 %) prvorodičky odpověděly, že informace čerpaly v předporodních kurzech. Pěti (4,42 %) ženám poskytla informace rodina, z nichž 3 (4,05 %) ženy byly prvorodičky a 2 (4,76 %) druhorodičky a dalším třem (2,65 %) ženám soukromá porodní asistentka: 2 (2,70 %) prvorodičky, 1 (5,26 %) třetírodička. Z předchozího těhotenství čerpaly 2 (1,77 %) respondentky, druhorodičky (4,76 %).

Graf 21: Zdroje



6.3 Diskuse

Bakalářská práce se zabývá průzkumem informovanosti těhotných žen o těhotenství, prenatální péči a prenatální diagnostice. Průzkumné šetření bylo realizováno pomocí kvantitativního výzkumu. Oblast průzkumu byla zaměřena na těhotné ženy. Kvantitativní výzkum byl uskutečněn pomocí dotazníkového šetření v gynekologických ambulancích v KNTB ve Zlíně, v soukromé gynekologické ambulanci MUDr. Čamka v Zábřeze a na internetu.¹ Dotazník obsahuje 16 uzavřených otázek, kdy otázka č. 17 je otevřená a odpovídají na ni pouze ženy, které v otázce č. 16 zvolily odpověď B.

Prvním cílem bylo zjistit informovanost těhotných žen o průběhu těhotenství. Z dotazníkového šetření vyplývá, že ze 113 dotázaných žen 88,50 % ví, jak dlouho trvá fyziologické těhotenství. Dále pak 5,30 % zvolilo špatnou odpověď a 6,19% žen zvolilo odpověď neví. Většina žen tedy je informována o průběhu těhotenství, jeho trvání.

Dalším cílem bylo zjistit úroveň informovanosti žen o prenatální diagnostice, kdy tomuto cíli odpovídalo více otázek. Nejlepších výsledků ženy dosáhly v otázce č. 8 (Co prokazuje test OGTT?) a č. 9 (Co je to amniocentéza?), kdy správnou odpověď zvolilo ze 113 respondentek v obou případech 83,19 %. Špatně edukované nejsou ženy v oblasti vědomostí o tzv. Tripple testu a kardiokografii. Na tyto otázky (otázka č. 11, č. 12) odpovědělo více než 75 % dotazovaných správně. K podprůměrným hodnotám edukace v oblasti krevních odběrů v těhotenství se dostáváme u otázky č. 6, kdy se správné odpovědi pohybují v rozmezí 28,32 % až 77,88 %.

Třetím cílem práce bylo zjistit úroveň informovanosti žen o prenatální péči, návštěvách v prenatální poradně a o těhotenské průkazce. V této oblasti jsou těhotné ženy edukovány dobře, v otázce č. 13 (Co je to těhotenská průkazka?) odpovědělo 96,46 % respondentek správně.

Předposledním cílem bylo zjistit rozdíly v informovanosti mezi primiparami a multiparami. Dalo by se očekávat, že prvorodičky budou mít méně znalostí než víceroďičky. Výzkum však ukázal, že rozdíly nejsou nijak markantní.

¹ Dotazník viz. Příloha PI a Žádost o povolení výzkumného šetření viz. Příloha PII, Příloha PIII

Poslední cíl byl zaměřen na spokojenost žen s edukací v prenatálních poradnách. Zcela spokojeny s edukací ve své prenatální poradně bylo 23,01 % respondentek. Dalších 64,60 % žen je spokojených s edukací, ale čerpají informace i z jiných zdrojů. Zcela nespokojených bylo 11,50 % žen z celkového počtu 113 respondentek. Ze zdrojů, ze kterých ženy čerpají informace mimo prenatální poradnu byl nejčastěji uveden internet (56,65 %) a knihy a časopisy (19,47 %).

ZÁVĚR

Cílem teoretické části bakalářské práce bylo shrnout informace o těhotenství, prenatální péči a prenatální diagnostice. Dále pak uvést kompetence a role porodní asistentky a vysvětlit pojem edukace. Zhledem k rozsáhlosti problematiky byla teoretická část rozdělena do pěti hlavních kapitol. V první kapitole se práce zabývala těhotenstvím, příznaky těhotenství, vývojem embrya a tělesnými změnami v průběhu celého těhotenství. V druhé kapitole se práce zabývá prenatální péčí. Zahrnuje informace o těhotenském průkazu, frekvenci lékařských kontrol a o pravidelných a nepravidelných vyšetřeních. Třetí kapitola se zabývá prenatální diagnostikou a je rozdělena na neinvazivní a invazivní metody. Dále pak práce uvádí kompetence a role porodní asistentky. Definiuje pojem edukace, edukační proces, fáze a cíle.

V praktické části byly rozebrány cíle práce. Výsledky dotazníkového šetření byly shrnuty pomocí grafů. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda jsou těhotné ženy dostatečně edukovány v oblasti těhotenství, prenatální péče a prenatální diagnostiky. Dále bylo zjišťováno rozdíly mezi primiparami a multiparami a také to, zda jsou ženy spokojeny s edukací v prenatálních poradnách. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že jsou ženy dostatečně edukovány. Často s tímto problémem souvisí nedostatek času, někdy porodní asistentky edukaci přenechávají lékaři. Porodní asistentka by měla přistupovat ke každé ženě individuálně a rozeznat jaké informace žena postrádá.

Návrhem na zlepšení edukace v této oblasti by bylo zařadit do péče o těhotné ženy kurzy, které by byly propláceny zdravotními pojišťovnami, aby si je mohla dovolit každá žena, bez ohledu na svou finanční situaci. Tyto kurzy by probíhaly alespoň třikrát a pojednávaly by o těhotenství, těhotenských změnách a vyšetřeních v prenatálních porodnách. Měly by zde také být přiblíženy nejčastější potíže a jejich řešení. Cílem kurzu by tedy bylo dostatečně ženu informovat a odstranit strach, který některé ženy v těhotenství pociťují.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BINDER, T. a kolektiv. 2001. *Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-1907-1

ČESKÁ REPUBLIKA. 2004. Zákon č. 96/2004 Sb. O nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. částka 030. ISSN 1211-1244

GREGORA, M. a M. VELEMÍNSKÝ ml. 2013. *Čekáme děťátko*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, a.s.. ISBN 978-80-247-3781-2

HÁJEK, Z. , E. ČECH a K. MARŠÁL. 2014. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 978-50-247-4529-9

ICM. International Confederation of Midwives. 2011. *Mezinárodní definice porodní asistentky podle ICM*. In: ICM [online]. [cit. 2015-04-14]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/dokumenty-mezinarodni-konfederace-porodnich-asistentek-_9081_3076_3.html

JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2171-2

KUBEROVÁ, D. 2010. *Didaktika ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-684-1

KUDELA, M. a kol. 2008. *Základy gynekologie a porodnictví: pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-1975-6

KUTNOHORSKÁ, J. 2010. *Historie ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3224-4

MACKŮ, F. MACKŮ J. 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-7169-589-0

MALACH, J. 2007. *Pedagogika jako obecná teorie edukace*. 1. vydání. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7368-291-0

PAŘÍZEK, A. 2006. *Kniha o těhotenství @ porodu*. 2. vydání. Praha: Galén. ISBN 807262-411-3

PRŮCHA, J. 2005. *Moderní pedagogika*. 3. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-736-047-X

ROZTOČIL, A. a kolektiv autorů. 2001. *Porodnictví*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně. ISBN 80-7013-339-2

SMITH N. C. a A. P. M. SMITH. 2006. *Ultrazvuk v porodnictví, praktická příručka*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing a.s.. ISBN 80-247-1107-9

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE. 2000. *Strategické dokumenty pro všeobecné sestry a porodní asistentky*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky. ISBN 80-85047-20

ŠTROMEROVÁ, Z. 2010. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. 1. vydání. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0324-3

VALÍŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H. 2007. *Pedagogika pro učitele*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1734-0

WHO. World Health Organization. 2013. *Midwifery educator core competencies*. [online]. [cit. 2015-05-04]. Dostupné z: http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/13012WHO_Midwifery_educator_core_competencies.pdf

ZWINGER, A. et al. 2004. *Porodnictví*. 1 vydání. Praha: Galén. SBN 80-7262-257-9

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

FIGO	Mezinárodní federace gynekologů a porodníků
GBS	Group B Streptococcus
HBsAg	Hepatitis B surface Antigen
hCG	lidský choriový gonadotropin
ICM	Mezinárodní konfederace porodních asistentek
KNTB	Krajská nemocnice Tomáše Bati
OGTT	Orální glukózový toleranční test
pH	power of hydrogen
Rh	Rhesus
WHO	World Health Organization

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1: Věk	35
Graf 2: Těhotenství	36
Graf 3: Týden těhotenství	37
Graf 4: Délka těhotenství	38
Graf 5: Krevní skupina	39
Graf 6: HIV	40
Graf 7: Toxoplazmóza	41
Graf 8: Syfilis.....	42
Graf 9: Žloutenka typu A.....	43
Graf 10: Žloutenka typu B.....	44
Graf 11: GBS	45
Graf 12: OGTT	46
Graf 13: Amniocentéza	47
Graf 14: Ultrazvuk	48
Graf 15: Triple test.....	49
Graf 16: Kardiotokografie	50
Graf 17: Těhotenská průkazka.....	51
Graf 18: Pohyby plodu.....	52
Graf 19: Krvácení	53
Graf 20: Spokojenost	54
Graf 21: Zdroje	55

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Dotazník	64
Příloha 2: Žádost o výzkumné šetření KNTB.....	68
Příloha 3: Žádost o výzkumné šetření MUDr. Čamek.....	69

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Příloha 1: Dotazník

Dotazník pro těhotné ženy navštěvující prenatální poradnu

Vážená maminko,

jmenuji se Gabriela Uncajtiková a studuji na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně Fakultu humanitních studií obor porodní asistentka.

V rámci mé bakalářské práce s názvem *Edukace klientek o průběhu těhotenství a prenatální péči* Vás chci požádat o vyplnění krátkého dotazníku pro praktickou část mé práce. Prosím o pravdivé a úplné vyplnění dotazníku, který má 17 otázek. Dotazník je zcela anonymní, všechna data budou zpracována hromadně.

Děkuji za zodpovězení všech otázek a za spolupráci.

Instrukce k vyplnění dotazníku:

První tři otázky se týkají vašeho nynějšího stavu. U každé otázky prosím zakřížkujte vždy jen jednu odpověď, o které si myslíte, že je správná.

1) Kolik je Vám let?

- a) do 20 let
- b) 21 až 30 let
- c) 31 až 40 let
- d) více než 40 let

2) Po kolikáté jste těhotná?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí
- d) více

3) V jakém jste nyní týdnu těhotenství?

- a) 0. - 13. týden
- b) 14. - 27. týden
- c) 28. - 40. týden

4) Kolik týdnů trvá fyziologické (bezproblémové, bez komplikací) těhotenství?

- a) 30 - 32 týdnů
- b) 38 - 42 týdnů
- c) 43 - 45 týdnů
- d) nevím

5) Podstupují těhotné ženy vyšetření krve pro zjištění krevní skupiny?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

6) U těhotných žen se provádí test na:

(V tabulce zakřížkujte pod jednotlivými názvy onemocnění správnou odpověď)

	HIV	Toxoplazmóza	Syfilis	Žloutenka typu A	Žloutenka typu B
ano					
ne					
nevím					

7) V které části těhotenství se provádí sěr z pochvy na *Streptococca Agalactiae* (GBS)?

- a) na začátku těhotenství
- b) uprostřed těhotenství
- c) ke konci těhotenství
- d) nevím

8) Co prokazuje test OGTT?

- a) přítomnost cukru v krvi a moči matky
- b) těhotenství
- c) bakterie ve stolici
- d) nevím

9) Co je to amniocentéza?

- a) odběr plodové vody
- b) odběr krve
- c) odběr moči
- d) nevím

- 10) Kolikrát během fyziologického těhotenství žena absolvuje doporučené pravidelné vyšetření ultrazvukem?**
- a) 1 krát
 - b) 2 krát
 - c) 3 krát
 - d) nevím
- 11) Ve kterém týdnu těhotenství se zjišťují rizika vývojových vad plodu z krve matky, tzv. Triple test?**
- a) 10. týden
 - b) 16. týden
 - c) 30. týden
 - d) nevím
- 12) Co je to kardiokografie?**
- a) měření srdeční činnosti matky
 - b) měření děložních stahů a srdeční činnosti plodu
 - c) měření krevního tlaku matky
 - d) nevím
- 13) Co je to těhotenská průkazka?**
- a) dokument, který těhotná žena předkládá pouze v porodnici
 - b) dokument, který je uložen u gynekologa
 - c) dokument, který žena musí mít vždy u sebe
 - d) nevím
- 14) Jak se zachováte v případě vymizení pohybů plodu?**
- a) počkám několik hodin, zda se pohyby znovu neobjeví
 - b) nebudu si toho všimnout
 - c) neprodleně navštívím lékaře
- 15) Jak se zachováte v případě náhlého vaginálního krvácení v průběhu těhotenství?**
- a) neodkladně navštívím lékaře
 - b) krvácení v těhotenství je obvyklé, nebudu si toho všimnout
 - c) pokud bude přetrvávat delší dobu navštívím lékaře
- 16) Myslíte si, že informace o průběhu těhotenství, které Vám jsou v prenatální poradně poskytovány jsou dostačující?**
- a) ano, zcela
 - b) ano, ale čerpám i z jiných zdrojů
 - c) ne
 - d) informace nevyhledávám, nepotřebuji

17) Mimo čerpání informací v prenatální poradně, získávám informace z:

(Na tuto otázku odpovídejte pouze v případě, že jste u otázky číslo 16 zvolili odpověď

B.)

PŘÍLOHA P II: ŽÁDOST O VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ KNTB

Příloha 2: Žádost o výzkumné šetření KNTB


Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd
Mostní 5139
760 01 Zlín

ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

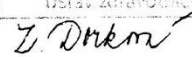
Vážená paní Novotná,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti KNTB, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka.

Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

Téma bakalářské práce	Edukace klientek o průběhu těhotenství a prenatální péči
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Těhotné ženy
Pracoviště	Gynekologická ambulance, ambulance pro riziková a patologická těhotenství, KNTB, Zlín
Autor bakalářské práce	Gabriela Uncajtiková
Vedoucí bakalářské práce	doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D.

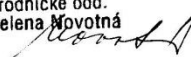
 Ve Zlíně dne..... **26-03-2015**


 Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Vyjádření instituce:

-
- Žádost povolena
-
-
- Žádost zamítnuta

Krajská nemocnice T. Bati, a. s.
 Zlín
 gynekologicko-porodnické odd.
 Bc. Helena Novotná


 Razítko a podpis zástupce zařízení

PŘÍLOHA P III: ŽÁDOST O VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ MUDR. ČAMEK

Příloha 3: Žádost o výzkumné šetření MUDr. Čamek


 Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

 Fakulta humanitních studií
 Ústav zdravotnických věd

 Mostní 5139
 760 01 Zlín


ŽÁDOST O UMOŽNĚNÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Vážený pane doktore Čamku,

obracíme se na Vás s žádostí o umožnění výzkumného šetření na Vašem pracovišti soukromé gynekologické ambulance, které bude podkladem pro zpracování empirické části bakalářské práce studentky 3. ročníku studijního programu Porodní asistence, oboru Porodní asistentka. Děkujeme za vyřízení naší žádosti a těšíme se na další spolupráci

Téma bakalářské práce	Edukace klientek o průběhu těhotenství a prenatální péči
Metoda výzkumného šetření	Dotazníkové šetření
Skupina respondentů	Těhotné ženy
Pracoviště	Soukromá gynekologická ambulance, MUDr. Václav Čamek, Zábřeh
Autor bakalářské práce	Gabriela Uncajtková
Vedoucí bakalářské práce	doc. Mgr. Martina Cichá, Ph.D

Ve Zlíně dne..... 26-03-2015


 MUDr. Václav Čamek s.r.o.
 Ústav zdravotnických věd

 Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D
 ředitelka Ústavu zdravotnických věd

Vyjádření instituce:

-
- Žádost povolena
-
-
- Žádost zamítnuta

93	MUDr. Václav ČAMEK s.r.o.
515	ŠKOLSKÁ 13, 789 01 ZÁBŘEH
001	TEL: 583 411 595
	IČO: 29384231

Razítko a podpis zástupce zařízení

