

# **Prenatální péče a její vliv na těhotenství**

Lucie Macková

---

Bakalářská práce  
2009



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav porodní asistence

akademický rok: 2008/2009

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Lucie MACKOVÁ**  
Studijní program: **B 5349 Porodní asistence**  
Studijní obor: **Porodní asistentka**  
  
Téma práce: **Prenatální péče**

Zásady pro vypracování:

**Stanovení cílů a hypotéz.**

**Shromáždění literárních pramenů, informačních zdrojů.**

**Zpracování teoretické části.**

**Příprava praktické části – vypracování dotazníků pro respondentky evidované v prenatálních poradnách.**

**Zpracování údajů z dotazníkového šetření, interpretace výsledků.**

Rozsah práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**Macků, F. Macků, J. Průvodce těhotenstvím a porodem. Jan Klíma. 1. vyd. Praha : Grada publish, 1998. 328 s. ISBN 80-7169-589-0.**

**LEIFER, Gloria. Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství. 1. vyd. Praha : Grada publish, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7 .**

**Murkoffová, H. Eisenbergová, A. Hathawayová, S. Co očekávat v radostném očekávání. Slovart, 2004. 595 s. ISBN 80-7209-457-2.**

**Goer, H. Průvodce přemýšlivé ženy na cestě k lepšímu porodu. Praha : One women press, 2002. 524 s. ISBN 80-86356-13-2.**

**Rastislavová, K. Aplikovaná psychologie porodnictví. 1.vyd. Praha : Reklamní atelier AREA s.r.o., 2008. 105 s. ISBN 978-80-254-2186-4.**

Vedoucí bakalářské práce:

**MUDr. Pavla Brychtová**  
Ústav porodní asistence

Datum zadání bakalářské práce:

**5. února 2009**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**5. června 2009**

Ve Zlíně dne 5. února 2009



prof. PhDr. Vlastimil Švec, CSc.  
*děkan*

L.S.

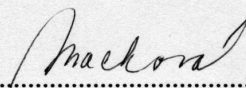
Mgr. Helena Fremlová  
*ředitel ústavu*

## 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 <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k prezenčnímu 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 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> 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 <sup>3)</sup> 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.

Ve Zlíně .....20.2.2009.....

..........

*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 nahlázení 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.*

## **ABSTRAKT**

Závěrečná bakalářská práce na téma Prenatální péče a její vliv na těhotenství, se zaměřuje na prenatální péči a její cíle. Uvádí vyšetření, která těhotná žena musí v rámci prenatální péče absolvovat. Zároveň se zabývá pozitivy a negativy prenatální péče a vlivem na psychiku těhotné ženy. Popisuje psychologii těhotenství v jednotlivých trimestrech. V praktické části zkoumá, jaká je informovanost žen navštěvujících prenatální poradny, nakolik rozumí sdělovaným informacím a jak prožívají těhotenství. Průzkum byl proveden pomocí dotazníkového šetření. Výsledky průzkumu jsou zpracovány v tabulkách a grafech.

Klíčová slova: prenatální péče, těhotenství, psychologie, mateřství, rodičovství, průzkum.

## **ABSTRACT**

The final Bachelor theses, on the theme antenatal care and its influence on pregnancy, is focused on antenatal care, its target and features survey which treemer has to undegro endure within antenatal care. Also simultaneously study considers positive side and also negative side of antenatal care and its psychoactive by treemer influence on psyche of treemer. Study decribes psychology within pregnancy in apportionable term. In practical part of this bachelor theses is examined treemers informedness – that attend antenatal clinic, how they understand imparted informations and how they feel within pregnancy. Research has been made via by virtue of interwiev. Results of research was processed in table and chart.

Keywords: antenatal (prenatal) care, pregnancy, psychology, motherhood, parentshood, exploration.

## **Poděkování**

Děkuji paní Mudr. Pavle Brychtové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a ochotu při vedení mé bakalářské práce.

# OBSAH

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ÚVOD</b> .....   | <b>8</b>  |
| <b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....                                      | <b>9</b>  |
| <b>1 HISTORIE</b> .....   | <b>10</b> |
| 1.1 NÁPLŇ PORODNICTVÍ.....  | 10        |
| 1.2 HISTORIE PORODNICTVÍ U NÁS I VE SVĚTĚ.....                      | 10        |
| 1.2 HISTORIE PERINATÁLNÍ PÉČE .....                                 | 11        |
| <b>2 PRENATÁLNÍ PÉČE</b> .....                                      | <b>13</b> |
| 2.1 CÍLE PRENATÁLNÍ PÉČE .....                                      | 13        |
| 2.2 SYSTÉM PRENATÁLNÍ PÉČE .....                                    | 14        |
| 2.3 VYŠETŘOVÁNÍ TĚHOTNÝCH.....                                      | 15        |
| 2.3.1 Diagnóza těhotenství.....                                     | 15        |
| 2.3.2 Stanovení termínu porodu .....                                | 17        |
| 2.3.3 Stanovení rizikového těhotenství .....                        | 18        |
| 2.3.4 Klinická a laboratorní vyšetření během prenatální péče .....  | 19        |
| 2.4 POZITIVA A NEGATIVA PRENATÁLNÍ PÉČE .....                       | 21        |
| 2.5 PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA A STRES S NÍ SPOJENÝ.....                | 21        |
| <b>3 MATEŘSTVÍ, OTCOVSTVÍ, RODIČOVSTVÍ</b> .....                    | <b>23</b> |
| <b>4 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ</b> .....                              | <b>24</b> |
| 4.1 PSYCHICKÉ ZMĚNY V JEDNOTLIVÝCH TRIMESTRECH.....                 | 25        |
| 4.2 SOMATICKÉ ZMĚNY A VLIV NA PSYCHIKU .....                        | 26        |
| 4.3 VLIV NEPŘÍZNIVÝCH PSYCHOSOCIÁLNÍCH FAKTORŮ NA TĚHOTENSTVÍ ..... | 26        |
| <b>5 PRENATÁLNÍ PSYCHOLOGIE</b> .....                               | <b>29</b> |
| <b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....                                      | <b>31</b> |
| <b>6 EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....                                       | <b>32</b> |
| 6.1 STANOVENÉ CÍLE A HYPOTÉZY PRŮZKUMU .....                        | 32        |
| 6.2 METODOLOGIE PRŮZKUMU .....                                      | 33        |
| 6.3 VYHODNOCENÍ PRŮZKUMU .....                                      | 34        |
| 6.4 ZHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....   | 58        |
| <b>ZÁVĚR</b> .....  | <b>63</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....                              | <b>65</b> |
| <b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....                     | <b>67</b> |
| <b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....   | <b>68</b> |
| <b>SEZNAM TABULEK</b> .....   | <b>69</b> |

## ÚVOD

Období těhotenství je jen krátkou etapou v životě ženy, ale natolik důležitou, že jej může významně změnit. Těhotenství ovlivňuje zejména fyzický a psychický stav těhotné. Je to stav, který v ženě vyvolá nové myšlenky, stav, který ženu změní i fyzicky. V životě ženy je těhotenství zlomovým obdobím. Z ženy se stává matka. Mateřství by mělo být zodpovědným úkolem, který bude ženu posilovat a který bude činností prováděnou z lásky a ne z povinnosti. Je to poslání, kterého by si měla každá žena vážit a cenit. Pokud je žena vyrovnaná a připravená plnit novou roli, je čas pro plánování těhotenství. Je to společný úkol partnerů, kteří si musí být vědomi, co je čeká, jaká to pro ně bude změna a nakolik to ovlivní každého z nich, včetně jejich okolí.

V průběhu těhotenství se pocity ženy mění. Od prvního trimestru, kdy zažívá především ambivaletní pocity, přes období blaha, kterým je označován druhý trimestr. Obdobím břemene je označován třetí trimestr, tento je pro ženu náročný zvláště po fyzické stránce.

Důležitým podnětem pro spokojené prožívání těhotenství jsou i dobré výsledky během prenatalní péče. Pokud žena ví, že je zdravá a její tělo správně funguje, je to další pozitivum pro radostné pocity každé těhotné. Podpora a dostatečné informace jsou jedním z kroků, jak může žena své těhotenství lépe zvládnout. Kvalitní a dostatečné informace může žena získat od lékaře, porodní asistentky, ale i z různých zdrojů.

Prenatální péče je zaměřená na získávání poznatků o každé těhotné, zaměřuje se na vliv těhotenství na tělo matky a snaží se zachytit odchylky od normálního průběhu těhotenství. Většinou se těhotenství rozvíjí zcela bezproblémově a nic nenasvědčuje jakémukoli riziku. Takové těhotenství lze označit za fyziologické. V případě, že se u těhotné ženy vyskytnou komplikace, těhotenství není fyziologické, ale rizikové.

Výsledky prenatalních vyšetření mohou včas zachytit případné patologie. Kvalitní a dostatečná prenatalní péče je příčinou snižování mateřské a perinatální úmrtnosti.

Tématem mé bakalářské práce je především popis prenatalní péče v České republice, její systém a průběh vyšetření, které by měla těhotná žena absolvovat. Dále se zaměřuji na pozitiva a negativa prenatalní péče a na stres, který je spojen s prenatalní diagnostikou. V dalších kapitolách je rozepsán pojem mateřství, otcovství a rodičovství. Po této kapitole následuje popis psychologie těhotenství, která je podrobně rozebrána v každém trimestru těhotenství. V poslední kapitole popisují prenatalní psychologii.



## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 HISTORIE

### 1.1 Náplň porodnictví

Anglický pojem pro porodnictví (obstetrics) je odvozen od latinského slova *obstetrix*, které znamená porodní bába.

Porodnictví je někdy označováno jako „ženské lékařství“. Je součástí lékařského oboru gynekologie a porodnictví. Zabývá se pochody v ženském organismu, které souvisí s plněním jejího biologického poslání – rozmnožování. Mezi tyto pochody patří – *oplodnění, těhotenství, porod a šestinedělí*. Podíl ženy na rozmnožování je ale širší, zahrnuje i citovou vazbu na dítě, péči o jeho výživu po narození a o jeho výchovu.

Hlavním zaměřením současného porodnictví je preventivní charakter a pravidelné sledování těhotných. Je zjišťován vývoj těhotenství, tj. plodu a zdravotní stav gravidních žen. To vše se dá shrnout pod pojmem prenatální péče. [3]

### 1.2. Historie porodnictví u nás i ve světě

Vývoj porodnictví začal už v dávnověku, kdy rodící ženě poskytovaly pomoc starší zkušené ženy, které měly porod již za sebou. Tato „porodní pomoc“ byla pojímána velmi empiricky a magicky. Porod byl děj obestřen tajemstvím.

Postupem doby byly více uplatňovány nabyté zkušenosti, ale magická ani náboženská složka nevymizela. Jako zaměstnání se mu začaly věnovat až některé ženy v antickém Řecku a o něco později v Římě. Vědomosti a zkušenosti přejímaly od svých předchůdkyň a samy zaučovaly mladší uchazečky o toto povolání. Toto období bylo porodnictví babické, které trvalo ještě celý středověk. Praktické porodnictví bylo zcela v rukou porodních bab. Pomoc lékařů byla vyžadována pouze při komplikacích. Také při ženských nemocech vyšetřovaly nemocné porodní báby a lékař doporučil ošetření na základě sděleného nálezu.

Ve starém Egyptě a poté i v Řecku a Římě se zajímali o teoretické otázky porodnictví i muži, aniž se sami porodnictvím zabývali. V Římě platilo pravidlo „hadec ars viros „dedecet“ – tj. „toto umění nepřísluší mužům“. Někteří z antických „lékařů“ – např. z okruhu Hippokratova, v Římě Celsus, později Galenos – popsali pravidelný průběh porodu i některé jeho nepravidelnosti s tím, že navrhli i léčbu. Mezi jejich znalosti patřily zevní i vnitřní

hmaty, extrakce plodu a jiné porodnické operace. Rozpadem římské říše upadly jejich spisy v zapomnění. Nastalo stěhování národů a úroveň porodnictví i medicíny se zhoršila.

V období středověku zůstává porodnictví výlučně záležitostí žen. Od 15. století se požadují od těchto pomocnic odborné znalosti a jsou postaveny pod dozor městského lékaře.

V Čechách byly porodní báby zařazeny do cechu společně s ranhojiči-chirurgy a lazebníky, který byl pod dohledem městského fyzika. V roce 1452 bylo v Řezně vydáno první nařízení o povinném školení pomocnic. První škola pro porodní báby byla zřízena v roce 1589 v Mnichově, o něco později v Paříži.

Operativní porody se začaly provádět na počátku novověku téměř výhradně obratem a extrakcí nebo embryotomií (rozřezáním plodu v děloze), operaci prováděli ranhojiči-chirurgové. Nebyli to lékaři, zabývali se chirurgickými výkony a ošetřováním poranění. Někteří z nich se začali věnovat nepravidłnostmi těhotenství a porodu a přispěli podstatnou měrou k prohloubení porodnických znalostí.

Teprve od 19. století se porodnictví stává lékařským oborem: je přednášeno na univerzitách a jsou zřizovány porodnické kliniky. Stává se vědním oborem zaměřeným na zkoumání fyziologických dějů, které souvisí s těhotenstvím, porodem a šestinedělím a na nepravidłnostmi tohoto období.

V první polovině 19. století byli porodníci konzervativní a do průběhu porodu zasahovali velmi zřídka. *Bud' trpělivý a důvěřuj moci přírody* – to radili odborníci studentům, aby při své budoucí praxi, pokud půjdou k porodu, nechali své brašny s nástroji doma. To se, ale v druhé polovině století změnilo. Porodnické zásahy se staly módou zejména v Británii a v USA. Počet lékařských zásahů narůstal. Na počátku století to byla 3%, později 20-30% a v první třetině 20. století to bylo 50% případů. S tím začala stoupat i mateřská úmrtnost.

[3, 4]

## 1.2 Historie perinatální péče

Základní prvky systému perinatální péče se postupně utvářely po roce 1945. Mezi tyto prvky patřilo zřizování perinatálních poraden, přesun porodů do zdravotnických zařízení, specializační příprava gynekologů a porodníků, postupný vznik neonatologických pracovišť, zavedení principů rizikového přístupu a diferencované péče, epidemiologie vrozených vývojových vad atd. Podpora tohoto dlouhodobého vývoje byla rozvíjena základní myšlenkou

perinatologie – spolupráci mezi porodníkem a specializovaným pediatrem. Důsledkem bylo zlepšení ukazatelů kojenecké, mateřské a perinatální úmrtnosti. Byl vytvořen fungující systém, který se opíral o síť zdravotnických zařízení, schopných poskytovat péči všem těhotným a novorozencům, díky kvalifikovaným odborníkům.

Systém perinatální péče byl na počátku 90. let jedním ze dvou nejlépe hodnocených oblastí našeho zdravotnictví. Existovaly, ale nedostatky zejména v koncentraci rizikových těhotných a novorozenců do nemocnic, které by byly schopné poskytovat specializovanou perinatální péči na vysoké úrovni. Dalším nedostatkem bylo špatné technické vybavení porodnic. [1]

Po roce 1990 vývoj ovlivnil zavedení „Zprávy o rodičce“ a „Zprávy o novorozenci“ jako součást sběru individuálních perinatologických dat.

Na základě každoročních analýz, prováděných Sekcí perinatální medicíny, byly stanoveny čtyři základní priority (s ohledem na jejich ovlivnění):

- Snižování podílu VVV na celkové perinatální úmrtnosti.
- Snižování podílů časně novorozenecké úmrtnosti novorozenců s porodní hmotností 2000 gramů a více bez VVV.
- Snižování podílů časně novorozenecké úmrtnosti u novorozenců s porodní hmotností nižší než 2000 gramů bez VVV.
- Snižování podílu mrtvorozenosti novorozenců s porodní hmotností 2000 gramů a vyšší bez VVV.

Vývoj perinatální péče od roku 1990, který navázal na úspěchy předcházejících let, s poklesem perinatální úmrtnosti na hodnotu srovnatelnou se zeměmi s nejlepšími výsledky, prokázal správnost výše uvedených priorit. K rozhodujícím faktorům patřilo vytvoření sítě perinatologických center a zlepšení výsledků jejich práce a současně celkové zvýšení úrovně klinické práce na všech úrovních zdravotnických zařízení, minimalizace podílu intrapartálních úmrtí až na 0,2 promile v důsledku intrapartálního monitorování jako součásti zlepšené porodnické péče a úspěchy prenatalní diagnostiky, které přispěly ke snížení podílu vrozených vývojových vad na perinatální mortalitě. [1]

## 2 PRENATÁLNÍ PÉČE

Smyslem prenatální péče je všestranné zabezpečení těhotné ženy a včasný záchyt odchylek od normálního průběhu gravidity s následným zajištěním terapeutických a diagnostických opatření. [1]

Včasná a pravidelná prenatální péče je důležitá k tomu, aby se těhotenství vyvíjelo k úspěšnému porodu a aby se zachovalo zdraví matky i dítěte. Prenatální péče má být efektivní, ale nesmí být nadbytečná a musí být akceptovatelná těhotnou ženou. Správná péče lékaře a porodní asistentky vede ke snížení perinatální úmrtnosti. V rámci této péče absolvuje žena opakovaná vyšetření.

Velká část vyšetření má preventivní, vyhledávací charakter. Tato vyšetření lze označit za *plošný screening*. Těhotné, kterým tyto testy vyjdou pozitivně nebo mají rizikovou anamnézu, jsou podrobeny dalším testům (OGTT, vyšetření hereditárních trombofilií, stanovení hladiny kyseliny močové, dopplerovské vyšetření pupečnickové arterie apod.) Tento screening už je tzv. *cílený*. [1]

### 2.1 Cíle prenatální péče

Hlavní cíle prenatální péče jsou:

- Poskytování fyzické péče a zajištění optimálního průběhu gravidity.
- Zjistit poruchy vývoje plodu a rizikové faktory u matky.
- Učit těhotnou, jak má pečovat sama o sebe.
- Podpora a výchova matky a otce k rodičovské odpovědnosti.
- Prevence předčasného porodu a zajištění bezpečného porodu pro matku i dítě.
- Působit na matku, aby zachovávala zdravé návyky a aby se redukovaly rizikové faktory. [2]

## 2.2 Systém prenatální péče

### Organizace prenatální péče v České Republice

V současnosti je v České republice prenatální péče koncipována do třístupňové péče:

- *základní péče*: hlavní osoba, která pečuje o těhotnou ženu, je privátní gynekolog a dále pak může poskytovat těhotné ženě péči spádová nemocnice, která je nejbližší bydliště těhotné (tyto nemocnice nekonzentrují patologie, vedou pouze fyziologické porody),
- *intermediární péče*: zajišťují některá gynekologicko-porodnická oddělení, hospitalizují lehké a střední patologie, jsou zde přijímány předčasné porody od 33. týdne do dokončeného 36. týdne gravidity,
- *perinatologická centra*: zajišťují intenzivní péči, jsou to fakultní a regionální nemocnice, koncentrují výrazné těhotenské patologie a předčasné porody od 23. týdne do ukončeného 32. týdne těhotenství. [12]

### Ambulantní prenatální poradny

Každá těhotná žena by měla být evidována v prenatální poradně, kterou vede ambulantní gynekolog pracující v rámci své soukromé praxe nebo při státním či soukromém zdravotnickém zařízení (nejčastěji při nemocnici). Po stanovení diagnózy, že je žena těhotná, je zařazena do evidence buď v téže poradně, nebo přechází do jiné, kterou z nějakého důvodu upřednostní.

Doporučená frekvence návštěv v prenatální poradně

- do 36. týdne těhotenství v pravidelných intervalech - každé 4 týdny
- od 37. týdne do termínu porodu 1x týdně
- od 40. týdne 2x týdně - rodička by měla být převedena na pracoviště porodnice do rizikové poradny, v místě kde se rozhodla родit [13]

### Předporodní kurzy

Během těhotenství mohou ženy navštěvovat kurzy psychosomatické přípravy, ve kterých jsou seznámeny nejen s problematikou průběhu těhotenství a porodu, ale i šestinedělí. Ženy mohou získat dostatek informací a praktických dovedností. Nejen, že jsou připravovány na porod, ale jsou podporovány také po psychické stránce. Cílem by mělo být posílení se-

bedůvěry ženy, víry ve vlastní schopnosti porodit a postarat se o dítě. Kurz má většinou dvě části - teoretickou a praktickou. Většina z kurzů je zaměřena na fyzickou přípravu, která spočívá v nácvičku správného dýchání a relaxace a účelného použití břišního lisu. Kurzy pořádají buď porodnice, nebo soukromé subjekty. Ženy je mohou navštěvovat společně se svými partnery. Tyto společné kurzy jsou velmi účelné. Partneři si uvědomí svoji spoluzodpovědnost a navodí u nich hlubší vztah nejen k nastávající matce, ale i k dítěti. Kurzy jsou vhodné zejména pro prvorodičky, jelikož se seznamují s tématy, která doposud příliš neřešily.

### 2.3 Vyšetřování těhotných

Komplexní prenatalní vyšetření by mělo být provedeno nejpozději do konce 12. týdne těhotenství. Ideální je, když péče začne ještě před těhotenstvím, neboť ještě před početím lze ovlivnit rizikové faktory, tak aby se zmírnil jejich negativní dopad na úspěšnost těhotenství. Mezi to patří například zlepšení výživy nebo podrobení se imunizaci, která zabrání infekcím škodlivým pro vyvíjející se dítě. Některé faktory nelze ovlivnit, ale péče před otěhotněním ženě pomůže v tom smyslu, že začne těhotenství v nejlepším možném zdravotním stavu. V momentě kdy si žena uvědomí, že by mohla být těhotná, tak by měla být zahájena prenatalní péče. Celkovou anamnézou a lékařskou prohlídkou se stanoví problematické momenty, které by mohly mít vliv na těhotnou ženu a plod. Těhotná žena by měla v rámci prenatalní péče absolvovat celkem 10 až 14 prohlídek.

#### 2.3.1 Diagnóza těhotenství

Otěhotněním je nastartována řada adaptačních mechanismů a funkčních změn ženského organismu.

##### Známky těhotenství

Do zavedení ultrazvukové diagnostiky a laboratorních testů se stanovení gravidity opíralo o známky těhotenství. Známky těhotenství se rozdělují do tří skupin: nejisté, pravděpodobné a jisté.

**Známky nejisté** - podle těchto známek nemůžeme diagnostikovat těhotenství, jelikož se vyskytují i mimo těhotenství. Jsou vyvolány změnami v neurovegetativním systému a projevují se jako celkové změny. Patří zde nauzea, zvracení, změny chuti, změny na prsou,

změny pigmentace, časté močení, únava a psychické změny (proměnlivost nálad, dráždivost, melancholie).

**Známky pravděpodobné** - vztahují se k změnám rodidel, mezi ně patří lividní zbarvení vulvy a poševní sliznice, zvětšení a prosáknutí čípku a dělohy. Některé znaky na děloze při palpaci prokazují přítomnost plodového vejce:

- znamení Dickinson –Braunovo (změkčení děložní stěny v místě usídlení plodového vejce),
- znamení Pískáčkovo (v místě kde proběhne implantace se vyklene děloha),
- znamení Holzapferovo (při bimanuálním vyšetření se měkká těhotná děloha pomalu vysune mezi prsty).

Dalším příznakem je amenorrhoea a bazální teplota s přetrvávající hypertermickou fází.

**Známky jisté** - představují objektivní průkaz plodu a jeho projevu: akce srdeční, pohyby a nahmatání plodu nebo jeho částí. [9]

### **Anamnéza**

Získávání anamnestických údajů od pacientky se řídí stejnými zásadami jako u obecné klinické anamnézy. Je to systematickost, pravdivost a úplnost. Mezi specifické rysy patří hlubší zjišťování údajů, které se týkají reprodukčních orgánů. Je nutné dodržení naprosté diskrétnosti a taktu při zjišťování intimních otázek.

*Okruhy anamnézy, která by měla být odebrána každé těhotné:*

Osobní anamnéza: slouží k získávání údajů o duševním a tělesném vývoji ženy už od dětství. Uvádí se dětské infekční onemocnění, závažná onemocnění a způsob jejich léčby, operace apod..

Rodinná anamnéza: je zaměřena na otázky týkající se zdravotního stavu nejbližších příbuzných ženy a partnera. Je třeba uvést zdravotní stav, případně příčiny úmrtí rodičů a sourozenců, výskyt dědičných chorob, zhoubných nádorů, cukrovky, hypertenze apod..

Menstruační anamnéza: frekvence menstruačních cyklů a délka jejich trvání, první den poslední menstruace, známky špinění od poslední menstruace.

Gynekologická anamnéza: pomocí gynekologické anamnézy zjišťujeme dosavadní gynekologické problémy, jejich průběh a způsob léčby.



Porodnická anamnéza: počet a průběh předchozích gravidit a šestinedělí, příčiny operačních porodů, stav a prospívání narozených dětí. [9]

### **Průkaz lidského choriového gonadotropinu**

Průkaz tohoto hormonu se provádí z mateřské krve nebo moči. hCG je hormon produkovaný choriovými klky placenty. Existuje řada rychlostestů stanovující graviditu z moče těhotné, ale průkazná je laboratorní metodika, stanovení beta - podjednotky hCG. Hodnoty do 10 j/l jsou negativní, do 200 j/l suspektní (nutno opakovat) a hodnota nad 200 j/l je pozitivní. [9]

### **Ultrazvuková diagnostika**

Absolutní jistota v diagnostice gravidity se získává pomocí ultrazvukového vyšetření.

Po vynechání menstruace lze ultrazvukem pozorovat zvýšenou děložní sliznici, v 5. týdnu menstruačního stáří jde vidět tzv. gestační váček. Od 7. týdne se dá zaznamenat srdeční akce a už v 8. týdnu se zobrazuje již samotné embryo. Stáří těhotenství se určuje podle délky embrya – tzv. CRL - měří se délka od temene hlavy po konec páteře a od 12. týdne podle rozměrů hlavičky, objemu trupu, délky femuru aj. [9]

### **2.3.2 Stanovení termínu porodu**

Termín porodu se stanoví podle prvního dne poslední menstruace. Způsob, kterým se vypočítá, se nazývá Naegeleho pravidlo - k prvnímu dni poslední menstruace se přičte 7 dnů a odečtou se 3 měsíce. Snadnější způsob je pomocí gravidometru. Druhý termín porodu se určuje podle ultrazvukového vyšetření, které by mělo být provedeno do 12. týdne. V případě, že známe přesné datum oplodňující soulože, pak se k tomuto datu přičítá 38 týdnů. Tento způsob je možno použít tam, kde jsme si datem oplození zcela jisti (např. asistovaná reprodukce).

Termín porodu se dá stanovit i podle prvních pohybů plodu. Primigravida cítí pohyby od 20. týdne gravidity, multipara od 18. týdne gravidity. Tyto údaje jsou však značně nepřesné. [9]

### 2.3.3 Stanovení rizikového těhotenství

Při odebrání anamnézy bychom měli pátrat po rizicích v předchozí graviditě, v nynější graviditě a ve všeobecné anamnéze. Sleduje se jejich kvalifikace (míra rizika jednotlivých faktorů pro probíhající těhotenství) a kvantifikace (výskyt).

Na základě zjištěných údajů je žena sledována buď v základní prenatalní poradně, nebo v ambulancích pro rizikové těhotenství. Pro nepravidelně probíhající těhotenství se vžilo označení „rizikové“ anebo „ohrožené“ těhotenství. Toto označení není úplně správné, neboť i rizikové těhotenství může proběhnout pravidelně a bezproblémově. Je tedy nutné rozdělovat riziková těhotenství od patologických těhotenství.

Do těhotenství vstupuje 5% žen se závažným onemocněním jako je například diabetes mellitus, kardiopatie, nefropatie atd. U dalších 5-ti% se rozvíjí patologické těhotenství po určité době, aniž jsou u těhotné přítomny rizikové faktory. U zbývajících 90-ti% bychom měli abnormální průběh těhotenství zachytit na podkladě výskytu rizikových faktorů v průběhu gravidity a nebo na podkladě základních vyšetření. [1]

#### **Rizikové a patologické těhotenství v prenatalní péči**

Zvýšené nebezpečí matky a plodu je hlavním problémem při rizikovém těhotenství. Těhotenství je velmi dynamický děj. I při fyziologické graviditě může kdykoliv nastat situace, která fyziologický průběh zcela zkomplikuje. Řada rizikových a patologických stavů je způsobena samou těhotnou. Některé těhotné ženy navštěvují prenatalní poradny nepravidelně, protože to nepovažují za důležité. Většinou se jedná o ženy s nechtěnou graviditou a o ženy s nižším socioekonomickým statutem. Mohou to být také ženy, které mají strach, že z důvodu jejich nemoci by jim lékař těhotenství zakázal. Výjimkou nejsou ani ženy závislé na abúzu drog, který komplikuje průběh těhotenství a zároveň ohrožuje novorozence po porodu abstinenčními příznaky. Cílenou péčí a prevencí lze zmírnit riziko u ženy i plodu. [1]

Je prokázáno, že existuje hereditární predispozice k rozvoji určitých rizikových faktorů. Ze strany matky se jedná o hypertenzi, vícečetné těhotenství, diabetes mellitus, určité typy hemoglobinopatií, myomatózní děloha a preeklampsie. Ze strany jak matky, tak otce jde o riziko mentální retardace novorozence, vrozené vývojové vady plodu a různé typy alergií. [1]

### 2.3.4 Klinická a laboratorní vyšetření během prenatální péče

Při první prohlídce, kdy je definitivně diagnostikováno těhotenství, lékař provádí celkovou gynekologickou prohlídku včetně kolposkopie a cytologie. Zjišťuje se anamnéza a doporučí se návštěva zubního lékaře. Žena je změřena, zvážena a zjišťuje se velikost její pánve. Lékař by měl ženě prohlédnout prsa, aby se zjistilo zda nemá vpáčené bradavky, toto vyšetření však mnoho lékařů opomíjí. Při dalších běžných prohlídkách je vždy zjišťována hmotnost, kontrola moči na přítomnost cukru a bílkoviny a měří se krevní tlak. Lékař dále kontroluje zda ženě neotékají končetiny. Součástí prohlídky je i vnější vyšetření břicha, které slouží k odhadu růstu plodu a později i polohy plodu. Během těhotenství se pravidelně provádí vaginální vyšetření, při kterém se stanovuje cervix skóre. Sledují se změny na čípku, růst a reaktivita dělohy a hmatné části plodu v dolním segmentu děložním.

#### Vyšetření v jednotlivých týdnech gravidity:

- **10. - 12. týden:** Provádějí se krevní testy na zjištění krevního obrazu, krevní skupiny a Rh faktoru, dále se vyšetřuje BWR (sifilis), AIDS, HbsAG a případně další onemocnění jako je toxoplasmóza, hepatitida C aj. Opakovaný krevní odběr je povinně prováděn u Rh negativních žen pro zjištění anti D protilátek ve 28. a 34. týdnu.
- **12. - 14. týden:** Prvotrimestrální screening - jedná se o nejefektivnější metodu screeningu záchyty nejčastějších chromozomálních vad. Nejprve se provede odběr krve ke zjištění hladin dvou sérových proteinů – PAAP-A a free Beta hCG, které jsou přítomné v krvi všech těhotných žen. Poté se udělá vyšetření ultrazvukem, kterým se potvrdí životaschopnost plodu, přesně se určí gestační stáří, zjistí množství tekutiny za krčkem plodu, tzv. prosáknutí záhlaví a odhalí případné vrozené vady nebo defekty. Podle výsledků krevních testů, zjištěných ultrazvukových parametrů plodu a věku matky lze předpovědět pravděpodobnost narození dítěte s chromozomální vadou (např. Downův syndrom).
- **18. - 20. týden:** Ultrazvukový screening plodu pro zjištění biometrie a vitality plodu, hodnocení placenty a množství plodové vody a vyloučení vrozených vývojových vad. Lékař zhodnotí vnitřní orgány plodu, končetiny, pupečník, umístění a strukturu placenty a množství plodové vody.

- **24. – 26. týden:** oGTT (orální glukózový toleranční test) – v průběhu těhotenství se může v důsledku hormonálních změn rozvinout tzv. těhotenská cukrovka. Test by měl být proveden u každé těhotné.
- **28. – 32. týden:** Provádí se odběr krve u Rh negativních matek na protilátky, druhý ultrazvukový screening plodu, který určuje polohu a postavení plodu, biometrii, množství plodové vody a stav placenty.
- **34. týden:** Vypisuje se mateřská dovolená. Je nutné těhotnou poučit, jak si tyto formalities vyřídit. Je důležité upozornit, že existuje dohoda o příjmení dítěte.
- **36. týden:** Opakovaně se provádí odběr krve na protilátky u Rh negativních matek, dále se z krve zjišťuje krevní obraz. Odebírá se kultivace z pochvy na zjištění přítomnosti streptokoka skupiny B (GBS), který by mohl při spontánním porodu ohrozit plod infekcí, při prokázání je nutné při příchodu na porodní sál nitrožilně aplikovat antibiotikum. Od tohoto týdne ženy pravidelně začínají chodit na kardiokograf, kdy se monitoruje srdeční akce plodu, děložní kontrakce a reakce plodu na tyto kontrakce.
- **40. týden:** žena by měla být převedena do rizikové poradny v místě, kde se rozhodla porodit. [13]

Průběh některých vyšetření se může lišit dle zvyklostí gynekologické ordinace.

Lékař by neměl používat při popisech lékařských vyšetření nesrozumitelné výrazy a zkratky. Výsledky a ultrazvukové nálezy vloženy do průkazky pro těhotné jsou ženě dostupné. Musí-li lékař odborné názvy použít, je vhodné, aby je ženě podrobně vysvětlil.

Jednotlivé testy mají různou, někdy diskutabilní, výpovědní hodnotu (senzitivitu, specifitu, prediktivní hodnoty apod.), a tak jsou některé z nich podrobovány odborné kritice. Existují země (a to i vyspělé, např. Holandsko), které své těhotné rutinně podrobují jen minimu (např. palpačních vaginálních) vyšetření. Většina západních zemí (mj. Švédsko či Velká Británie) pak svěčuje významnou část screeningových vyšetření vyškolenému střednězdravotnickému personálu (porodní asistentky). [10]

## 2.4 Pozitiva a negativa prenatalní péče

Prenatální péče v České republice má několik předností. Jednou z nich je, že péči na rozdíl od jiných zemí zajišťuje atestovaný specialista v oboru gynekologie a porodnictví. Další předností je spontánní návštěvnost našich těhotných v prenatalních poradnách. Podle statistické ročenky MZ ČR je návštěvnost 97%. [11]

Negativní je především frekvence návštěv těhotných žen a množství speciálních vyšetření, která v rámci předporodní péče žena absolvuje. Individuální přístup k pacientce, všestranná příprava k porodu i poučení o tom, jak má žena pečovat o dítě, zůstává spíše výjimkou, neboť to lékaři nezahrnují do své pracovní náplně a porodní asistentky nemají pro všechny tyto činnosti dostatečné legislativní a organizační zajištění.

Prenatální poradny, které jsou vedené ambulantními gynekology, často nezohledňují rozdíl v péči o fyziologicky těhotné, o které by mohly pečovat porodní asistentky, a rizikově těhotné, jejichž sledování náleží pod kontrolu lékaře. [15]

## 2.5 Prenatální diagnostika a stres s ní spojený

V momentě, kdy žena otěhotní a navštíví svého gynekologa, stává se pacientkou. Během celého těhotenství absolvuje nespočet vyšetření. Většina žen je přesvědčena, že je jejich povinností se toho všeho zúčastnit a že nemohou nic ovlivnit, ať už průběh těhotenství nebo samotný porod. Mnohé si rovněž myslí, že tyto postupy jim zaručí zdravé a živé dítě. Více než polovina žen navštěvuje svého gynekologa až do doby porodu a absolvuje vše co je jí lékařem doporučeno. Žena absolvuje 10 a více návštěv v prenatalní poradně a celou řadu vyšetření na zjištění onemocnění a potíží, které mohou ovlivnit průběh těhotenství. Okamžik prvního stresu spojeného s těhotenstvím nastává už v okamžiku, kdy ženě vynechá menstruace a chce zjistit, že je v jiném stavu. Pomocí těhotenského testu nebo těhotenských příznaků se diagnostikuje těhotenství, případně ho ověří gynekolog. Brzy poté začne navštěvovat pravidelně gynekologickou ordinaci, zpočátku většinou jednou měsíčně. V posledních týdnech dochází žena na kontroly častěji. Po termínu porodu dochází do nemocnice, ve které se rozhodla родit, i 2 krát týdně. [15]

Osobní péče ubývá na úkor technických vyšetření. Žena tím ztrácí pocit, že těhotenství je přirozená součást jejího života a podřizuje se vlivům techniky a lékařských pokynům. Následkem toho všeho může nakonec být, že žena je se sebou samotnou nespokojená, má

pocit, že selhala. Problémem může být i přijetí jejího dítěte, komplikace s kojením a dále poporodní deprese.

Prenatální péče se během 20. století posunula dopředu a dnes představuje přehlídku technických vynálezů a různě složitých zákroků, častá ultrazvuková vyšetření, amnioncentézu, předepisování syntetických vitamínů, screening vývojových vad, rutinní test výskytu těhotenského diabetu atd. [15]

Česká legislativa považuje plod za součást matčina těla, takže jen ona rozhoduje, která vyšetření podstoupí, a která vynechá. Svou péčí si může každá těhotná organizovat zcela podle svého rozhodnutí. Kvalitní literatura na toto téma může ženám poskytnout dostatek informací o těhotenství a porodu a návštěva předporodního kurzu může ženě dodat další užitečné zkušenosti k celému průběhu tohoto období.

Obecně lze říci, že náš zdravotní systém a zdravotnický přístup spíše uspokojí ženu, která si přeje být pod kontrolou nejnávštější techniky a pro jistotu absolvovat nejnáročnější vyšetření i přesto, že to její zdravotní stav téměř vůbec nevyžaduje, než ženu, která požaduje základní, přirozenější a osobnější péči. [15]

### 3 MATEŘSTVÍ, OTCOVSTVÍ, RODIČOVSTVÍ

Jen málokteré ženy vstupují do těhotenství zcela bez starostí. Počáteční obavou, která je trápí je nejistota z toho, jak těhotenství přijme nejen ona, ale i její partner. Míru stresu ovlivňuje osobnost a charakter každého z partnerů, jejich věk i skutečnost, zda jde o vztah manželský. Nastávající otec si musí uvědomit, že těhotenství a péče o narozené dítě a jeho další vývoj je společnou záležitostí obou rodičů, musí si uvědomit svoji zodpovědnost a podle toho se také chovat.

Rodičovství začíná už před narozením nebo adoptí dítěte a je součástí rodinných vztahů. Muž i žena by se měli připravovat na tuto roli už mnohem dříve než se dozví, že se skutečně stanou otcem a matkou. Ambice k tomu být matkou a otcem je dobré mít už brzkém věku. Pozitivní postoj k této nové etapě jejich života je důležitý pro její dobré zvládnutí. Všichni v sobě neseme vzory svých vlastních rodičů, vychovatelů a jsme ovlivněni postoji, jaké k rodičovství zaujímá společnost v níž žijeme. Jednou z vymožeností současné doby je možnost plánování rodičovství. S vytvořením mnoha způsobů antikoncepce má dnešní moderní a zodpovědný člověk možnost do určité míry rozhodnout sám, kdy počne dítě. [3]

Ve chvíli, kdy se partneři shodnou, že dítě chtějí, nic jim nebrání v tom, aby započali své úsilí. Problém nastává, když se jeden z partnerů ještě na potomka necítí. Může si připadat příliš mladý či málo finančně zabezpečený, bojí se změny životního stylu. Také strach či úzkost a obavy z neznámého mohou v rozhodování hrát významnou roli. Rozdílné názory, přání a touhy se objevují v každém páru. Stabilita páru závisí na schopnosti tyto nesoulady společně překonat ke spokojenosti obou. Existují páry, které na mnoho důležitých životních témat mají názor společný, v podstatě intuitivně se na nich shodnou, své pocity a postoje sdílejí. Pak jsou páry, u nichž v některých oblastech panuje nesoulad, ale oba jedinci mají schopnost se druhému přizpůsobit, rozdílnosti si vyjasnit a dojít ke kompromisu. Přání mít dítě je velmi emoční záležitost, která může mít vliv na pohodu a spokojenost obou partnerů. Je to téma, kdy se ukáže, jaká je skutečná síla partnerského vztahu a schopnost domluvit se mezi ženou a mužem. Je to věc, která se týká obou. Pokud partneři naleznou společný kompromis a rozhodnou se mít spolu dítě, je to nejlepší začátek pro rozvoj rodičovství. Při plánování dítěte by měl být vztah stabilní a narození dítěte jej posune dál.

## 4 PSYCHOLOGIE TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství je provázeno nejen somatickými, ale i psychickými změnami, je to velmi významné vývojové období v životě ženy. Somatická, endokrinní, sociální a psychická oblast jsou změnami postihnuty. Vše se projeví především v emocionalitě – citové reaktivitě. Intenzita projevů změněné emocionality je závislá na osobnostních kvalitách těhotné, jejím věku, připravenosti na novou roli matky, postojem k těhotenství, ekonomickém zázemí apod. V době těhotenství se žena vyrovnává s velkým množstvím zásadních životních změn. Těhotná si přivyká nové životní roli, mění své dosavadní chování, dochází k vývoji mateřské identity, kdy se do nové role matky začlení vlastní já. Období, kdy se žena stává matkou, je obdobím přehodnocování dosavadních hodnot. Emocionální neklid a nevyrovnanost lze považovat za adaptační prostředek ženy na těhotenství a na budoucí roli matky. [6]

Těhotenství nebo-li „být v jiném stavu“ je pro ženu opravdu jiný stav, žena jinak vnímá svět, jinak se chová, má jiné starosti. Zažívání ambivalentních pocitů v tomto období popisuje mnoho žen. Těhotenství, porod a šestinedělí kladou na psychiku ženy nejvyšší nároky. Jestliže žena přijme své těhotenství, přijme ho i okolí. Pomoc a podpora od okolí je pro těhotnou nesmírně povzbuzující.

Těhotenství je pro ženu jakási změna bez jasného výsledku, těžko se odhaduje jak vše dopadne. Ženy mají rády jistotu a stabilitu (např. termín porodu). V případě, že se žena pokouší dlouho o dítě, těžko se k těhotenství připoutá, nemá jistotu. Je důležité odehnat špatné myšlenky a užívat si štěstí. [8]

Nevyřešené problémy je vhodné vyřešit, neboť narušují nejen psychiku těhotné, ale i fungování fyziologických pochodů, např. neprospívání placenty. Žena by si měla uvědomit co je pro ni zátěž, čeho se bojí, co jí trápí a měla by tyto problémy řešit s partnerem nebo někým blízkým, popřípadě s psychologem. Důležitou roli hraje i to, zda je těhotenství chtěné či nechtěné.

Žena, která miluje svého partnera a těhotenství si přeje, se lépe připravuje k porodu než žena osamělá. Výsledkem je porod, který probíhá s menšími komplikacemi a obtížemi. Proto je vhodná i přítomnost partnera, který pomůže ženě odstranit pocity osamělosti a strachu. [4]

V těhotenství se může objevit strach ze ztráty partnera, zejména kvůli obavám ze ztráty



sexuální atraktivitu. Dalším problémem je, když žena z obav před poškozením plodu odmítá sexuální styk. Komunikace v této oblasti se zcela změní oproti tomu, jak to bylo před těhotenstvím. Ženy se často zahledí do sebe a své gravidity a přestanou vykonávat v rodině jakékoliv funkce. Důležité je pochopení a tolerance partnera. Díky těmto problémům mohou být položeny základy rozpadu partnerství či manželství. [4]

Úzkost a obavy snižuje dostatečná informovanost o těhotenství, porodu, ale i o mezilidských vztazích. Každá těhotná by měla být aktivní v získávání informací ohledně těhotenství, v případě nejasností informovat lékaře nebo porodní asistentku.

#### 4.1 Psychické změny v jednotlivých trimestrech

U téměř 50% žen se v těhotenství vyskytují poruchy kognitivních funkcí. Popisují se poruchy paměti, problémy s učením, dezorientace a poruchy koncentrace. Tento stav se označuje termínem *benigní těhotenská encefalopatie*. Těhotné nepovažují svůj stav za patologický a potíže lékaři většinou ani nesdělují. Po porodu se stav spontánně upraví. [8]

První trimestr je spojen zejména s tím, že se žena smiřuje s faktem, že je v jiném stavu. Někdy je těžké tomu uvěřit, neboť těhotná žena na sobě žádnou změnu nepocítuje. Ženě může vyjít těhotenský test pozitivně, ale i přesto si opravdu těhotná připadá až když její těhotenství potvrdí lékař. Lékař je první člověk, který může ženu přivítat do jejího nového stavu, je první, kdo ženě tuto skutečnost oznamuje s tím, že to žena přijímá jako fakt, jako něco nového a nevratného. Většina žen během prvních týdnů vnímá své těhotenství rozporuplně, zkoumají jestli udělaly tu správnou věc ve správné době. Toto období se označuje za období ambivalence. Lékař by měl těhotné pomoci vyjádřit tyto pocity a měl by ji ujistit, že jsou zcela normální. V době prvního trimestru se ženy soustředí na mnoho nových fyzických pocitů, které se nevztahují k dítěti. Vyšší hladiny hormonů způsobují psychickou labilitu. Je to adaptační fáze, při které žena přijímá své těhotenství. [2]

Další psychologická fáze začíná v době, kdy začne žena vnímat pohyby plodu a začne se jí zvětšovat břicho. To ji pomáhá vnímat plod jako samostatnou bytost. Plod se pro těhotnou stává „hmatatelnějším“. Ambivalentní pocity z předchozího období se začínají proměňovat v pozitivní. Žena neřeší co bude, ale těší se. Je to období, které se označuje jako období blaha. Pro většinu žen se období druhého trimestru stává nejstabilnějším. Uvědomění, že se skutečně stávají matkami, prožívají celým svým srdcem. Žena si začíná všimnout věcí, které

dříve neřešila, vybírá si jídlo, které je zdravé a vhodné, prostředí, které je nejlepší pro její zdraví i zdraví dítěte. Vnímá, jak se k ní starostlivě staví okolí, které ji zakazuje nosit těžké věci nebo vykonávat náročnější práce. Ve svých představách si zobrazuje, jak bude její dítě vypadat apod. Žena, která už dítě má, prochází podobnými úvahami. Představuje si, jak jedinečné to bude dítě a jak se bude lišit od svých sourozenců.

Ve třetím trimestru si těhotná začíná zvykat na blížící se konec těhotenství, zároveň se objevují obavy z porodu a poporodního období, strach z nové role a zodpovědnosti za rodičovství. Ona i její partner dělají konkrétní kroky k zaopatření dítěte. Kupují vybavičku, zařizují prostředí pro dítě a připravují se k porodu. Těhotenství se zdá jako nekonečné. Organismus ženy je zatížený, žena je více unavená, špatně spí a trápí ji tělesná nepohoda. Matka potřebuje porozumění a lásku svých blízkých. Podpora partnera, rodiny i zdravotníků jí dává sílu zvládnout vše, co konec těhotenství přináší, včetně porodu. [2]

## 4.2 Somatické změny a vliv na psychiku

V těhotenství se tělo ženy mění, tyto somatické změny přijímá většina žen negativně. Patří mezi ně především zvyšování tělesné hmotnosti, změna tvaru těla, zvýrazňuje se pigmentace, u některých žen se mohou vlivem zvýšené tvorby kortizolu vytvořit strie, prsa se zvětšují a jsou napjaté, dvorce okolo bradavek tmavnou a mění svou velikost atd. Objevují se obavy ze ztráty atraktivity, strach, že dojde k poškození těla. Ženy mají pocit, že ztratily kontrolu nad svým tělem. Zranitelnější jsou hlavně ty ženy, které byly nespokojené se svým tělem již před těhotenstvím. Hodně záleží na jejich postoji k těhotenství a důležitou roli hraje i partner. Vnímání těla, jak se žena cítí a jak reaguje na tyto změny, je důležitou součástí prožívání a chování. V době těhotenství je ženy berou jako součást tohoto stavu a lépe se s nimi smiřují, po těhotenství je začnou řešit více, následky změn jsou také více viditelné. Spousta z nich po skončení kojení drží diety, chodí cvičit a podstupují různé procedury na zkrášlení. Pro ženu je to náročné jak po psychické, tak fyzické stránce. [3]

## 4.3 Vliv nepříznivých psychosociálních faktorů na těhotenství

Mezi základní nepříznivé faktory, které ovlivňují těhotenství, patří věk ženy. Na jednu stranu může být příliš nízký - méně jak 20 let. U těchto žen se většinou jedná o neplánovanou, nechtěnou graviditu, kdy ji ženy ze strachu tají před okolím. Pokud je, ale gravidita chtěná, v pozadí často stojí potřeba urychlit proces dospění v ženu a osamostatnění se od

rodiny. Mateřstvím si žena zvýší společenské postavení a získá si zájem okolí. Opakem může být pocit osamění, bezmoci a hněvu, izolace, žena má pocit, že ji nikdo nepodporuje a myslí si, že je neschopná zvládnout rodičovskou roli. Psychika nezralé ženy není odolná vůči nárokům této situace. Žena nemá ustálený žebříček hodnot, realitu vnímá neadekvátně. V období adolescence žena bojuje s hledáním vlastní identity, snaží se porozumět svým citům a touhám, přemýšlí o smyslu života. V tomto období je mladý člověk natolik tvárný, že je do určité míry otevřen transformaci hlavních postulátů o sobě (např. „jsem hoden lásky“), jejichž vznik patří do období raného dětství. To může mít velký význam pro rodičovství matky, jejíž životní historie nebyla příznivá. Každá matka má výraznou tendenci opakovat svou ranou zkušenost s rodiči při péči o vlastního potomka a tudíž hrozí riziko, že žena s nepříznivou historií bude vytvářet podmínky pro patologický emocionální, kognitivní i fyzický vývoj dítěte. Mladistvé a neprovdané matky rodí častěji děti s nízkou porodní hmotností a děti těchto matek mají tendenci k trestné činnosti v mladistvém věku. [8]

Na druhou stranu může být věk matky vysoký - nad 35 let. Tyto matky jsou vyrovnané a mají ujasněný žebříček hodnot. Pokud je žena poprvé těhotná až v tomto věku, je těhotenství doprovázeno většími obavami a úzkostí. Těhotná podstupuje amniocentézu, která je velmi stresující, neboť pravděpodobnost VVV plodu narůstá.

Psychiku ženy nepříznivě ovlivňuje pokud předchozí těhotenství skončilo potratem, ať už spontánním nebo ukončením těhotenství z genetické indikace. U ženy lze sledovat úzkostnější chování, je pod větším tlakem, zejména proto, že je těhotenství sledováno jako rizikové. Velice neutěšená je situace žen, které potrací habituálně (0,4 – 0,8 % žen). Riziko dalšího potratu u ženy, která již třikrát potratila, je 30 – 70%. (Čech E. a kol., 1999). [8]

Pocity matek, kterým se podařilo otěhotnět po předchozím neúspěšném těhotenství jsou různorodé. Některé mohou mít problém se emočně angažovat v tomto těhotenství, mají strach aby to nedopadlo zase špatně. Jiné ho prožívají jako jedinečné. Matka potřebuje hodně podpory a porozumění.

Těžká sociální a ekonomická situace postihuje především matky svobodné, opuštěné, ženy žijící ve zvlášť nevyhovujících sociálních a ekonomických podmínkách. Matky v důsledku izolace trpí frustrací svých základních potřeb lásky, sdílení a podpory. Ženy často upadají do deprese. Tyto ženy většinou podporují špatný vývoj těhotenství i nevhodným životním stylem, kouří, požívají alkohol, nekvalitně se stravují apod. Závažným problémem je týrání

těhotné ženy, často se pak vyskytují předčasné kontrakce, vznik infekce, trauma iniciující abrupci placenty. Týrání může u ženy vyvolat chronický stres a depresivní syndrom, může dojít až k úplnému zanedbání zdravotní péče. [8]

Negativní vliv na těhotenství může mít i to, když ženy otěhotní nechtěně. Musí se rozhodnout zda těhotenství ukončí nebo si jej ponechá. Když je na interrupci pozdě nebo se žena rozhodne z nějakého důvodu těhotenství neukončit, je vystaveny stresu a silným ambivalentním pocitům nejen vůči sobě, ale i partnerovi, dítěti a rodičům.

Dalším problémem je užívání drog v těhotenství. Toxikomanie vystavuje rizikům matku i plod. Mezi ženy užívající drogy patří především mladé dívky. Z důvodu dlouhodobého užívání menstruuji nepravidelně nebo vůbec. Těhotenství zjišťují většinou až v období pátého měsíce. Spolupráce s takovou ženou může být velmi obtížná, žena má sníženou sebepéči a horší schopnost využívat zdravotní péči. Plod je vystaven nebezpečí především při kolísání množství drogy v těle matky. Dítě je jakoby na vyšší dávce po celou dobu užívání, neboť v plodové vodě bývá koncentrace drogy vyšší. [8]

## 5 PRENATÁLNÍ PSYCHOLOGIE

Relativně nová vědecká disciplína s názvem prenatální psychologie je založená na lékařských a psychologických výzkumech a snaží se integrovat rozdílné obory, které se zabývají základními otázkami života. Hlavní snahou je najít společnou řeč a nastolení procesu vzájemného ovlivňování mezi těmito obory (psychologie, medicína, antropologie, sociologie, filozofie atd.). Zdůrazňuje neoddělitelnost psychických a fyzických dějů už od počátku života a vliv imunologických a neuroendokrinních procesů na plod. Prenatální psychologie se zabývá vlivem emocí matky na plod, prožíváním v průběhu těhotenství, sociálními vazbami a tím, jak to všechno působí na vývoj dítěte po porodu a na jeho život. V těhotenství matka s dítětem komunikuje pomocí myšlení, jedná se o tichý dialog mezi ní a dítětem. [4]

Peter Fedor-Freybergh zdůrazňuje nutnost změnit prenatální péči a to zahrnutím aspektů psychologických, sociálních. Dítě by se mělo považovat za aktivního partnera rodičů. Je důležité, aby dítě bylo milováno a chtěno už od počátku. Perinatální období života nesmí být narušeno z hlediska základních potřeb, nesmí být vyvíjena žádná agrese vůči dítěti a nesmí na něj působit žádné psychotoxické vlivy. [8]

Prenatální psychologové tvrdí, že plod je vybaven schopnostmi k přijímání došlých informací, že rozvíjí složité paměťové funkce již během perinatálního období.

Je možné pozorovat rozdíly v psychice novorozenců, kojenců a batolat. Některé děti jsou plačtivější, bojácnější, nejisté a jiné zase veselé, plné života a šťastné. Je to odraz jeho psychického vývoje jak v těle matky, tak i po příchodu na svět. Dítě sdílí s matkou její psychické rozpoložení, radost, smích, smutek i pláč. Emoce jsou pro něj důležité a ještě důležitější je, aby matka své emoce prožívala a dávala jim volný průchod.

Je-li matka vystavena stresu, je mu vystaveno i její dítě. Těhotné ženy jsou někdy vystaveny náročným rodinným i životním situacím a jejich psychická síla a rozhodnost, že tuto životní zkušenost zvládnou, učí i vyvíjející děťátko v matčině těle zacházet s životní energií. Takové děti jsou po narození odolnější a životaschopnější, než děti matek, které nebyly vystaveny žádným stresorům. [14]

Jestliže si matka dítěte v sobě vůbec nevšimá a nereaguje na něj, dítě psychicky trpí, cítí se nemilováno a nepřijato. Těžké okamžiky prožívá dítě v momentě, kdy se matka rozhoduje

zda si ho nechá nebo nenechá. Takové děti bývají dlouho po narození tiché, neprůbojné, žijí s pocitem odvržení, hůře se začleňují do kolektivu.

Dlouhodobě působící stres a neklid může vyústit v psychosomatická onemocnění, alergie, hyperaktivitu apod. [14]

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 6 EMPIRICKÁ ČÁST

Pomocí stanovených cílů a hypotéz chci zjistit informovanost žen o prenatalních vyšetřeních, zda jsou jim sdělovány potřebné informace a jakým způsobem. Dále se zaměřuji na angažovanost žen samotných v získávání informací a na vnímání především negativních informací ohledně jejich těhotenství. Cíle jsem si stanovila tři a ke každému jsem rozepsala různý počet hypotéz.

### 6.1 Stanovené cíle a hypotézy průzkumu

**Cíl 1:** *Zjistím jak jsou ženy informované o prenatalních vyšetřeních a jak hodnotí prenatalní péči z hlediska informovanost.*

Hypotéza 1. – Domnívám se, že více než polovina žen neví, k čemu slouží vyšetření, jenž jsou během prenatalní péče prováděna.

Hypotéza 2. – Domnívám se, že více než třetině respondentek je vždy vysvětleno, na co slouží prováděná vyšetření.

Hypotéza 3. – Myslím si, že většině žen je při návštěvě v prenatalní poradně věnováno dostatek času.

Hypotéza 4. – Domnívám se, že více než polovina respondentek hodnotí návštěvy v prenatalní poradně jako kladné a přínosné.

**Cíl 2:** *Zjistím jakou měrou se ženy samy angažují v získávání informací o těhotenství a porodu.*

Hypotéza 1. – Domnívám se, že nejpoužívanějším zdrojem k čerpání informací o těhotenství a porodu jsou internetové stránky.

Hypotéza 2. – Domnívám se, že k méně častým zdrojům informací patří lékař a porodní asistentka.

Hypotéza 3. – Domnívám se, že více než čtvrtina respondentek neočekávala od návštěv u lékaře přípravu k porodu, proto navštěvovala předporodní kurz.



**Cíl 3.** *Zjistím jaký vliv má sdělování informací zdravotnickým personálem na prožívání těhotné ženy.*

Hypotéza 1. – Myslím si, že sdělení informací hraje roli v tom ,co žena následně prožívá. Předpokládám, že více než třetina žen se setkala s tím,že byla způsobem sdělení informací zaskočena, a že většina z tohoto počtu měla smíšené a negativní pocity.

Hypotéza 2. – Domnívám se, že je více žen, které jsou úzkostné po informaci ohledně rizikové gravidity než těch, u kterých se pocity nezmění.

Hypotéza 3. – Domnívám se, že pokud ženám byly oznámeny negativní informace týkající se těhotenství, způsobí to zvýšené obavy a strach u více než třetiny respondentek.

Hypotéza 4. – Myslím si, že více než polovina respondentek pokládá za zásadní nedostatek při poskytování zdravotnické péče rutinní práci personálu a neosobní přístup.

## **6.2 Metodologie průzkumu**

Pro ověření svých hypotéz jsem použila metodu anonymního dotazníku. Průzkum jsem prováděla na gynekologicko-porodnickém oddělení v Krajské nemocnici Tomáše Bati. Mezi respondentky patřily ženy navštěvující prenatální poradny a ambulanci pro kardiokografické záznamy na porodním sále. Dotazníky jsem osobně rozdávala především ženám ve III. trimestru, v různé věkové kategorii. Při rozdávání jsem se nesečkala s neochotou vyplnit dotazník. Ženy byly spolupracující a zajímaly se o můj průzkum.

Dotazník má celkem 24 otázek. Většina otázek je uzavřených, některé jsou otevřené. Každá otázka je zpracována v následující části pomocí tabulky a grafu. Pro jednotlivé číselné údaje jsem použila numerické a procentuální vyjádření se zaokrouhlením na dvě desetinná místa.

Rozdáno bylo 110 dotazníků, navraceno mi jich bylo 95, z toho vyplývá, že návratnost byla necelých 86%. Celkem 15 dotazníků jsem musela vyřadit pro jejich neúplnost. Konečný počet dotazníků pro zpracování průzkumu je 80. Doba průzkumu trvala celkem tři měsíce (leden, únor, březen) letošního roku.

Dotazník je k dispozici v Přílohách bakalářské práce.

### 6.3 Vyhodnocení průzkumu

#### Otázka č. 1 – Kolik je Vám let?

Tab. 1. - Vyhodnocení otázky č. 1

|               | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|---------------|--------------------|---------------|
| Pod 20 let    | 0                  | 0%            |
| 20 - 25       | 11                 | 13,75%        |
| 26 - 30       | 36                 | 45%           |
| 31 - 35       | 25                 | 31,25%        |
| 35 a více     | 8                  | 10%           |
| <b>Celkem</b> | <b>80</b>          | <b>100%</b>   |

#### *Komentář:*

První otázka se zaměřovala na zjištění věkové kategorie respondentek. Mezi nejpočetnější skupinu respondentek patřila kategorie žen ve věku 26 – 30 let. Druhou nejpočetnější skupinou byly ženy ve věku 31 – 35 let, což ukazuje na to, že věk rodiček stoupá. Hodnoty u kategorie 20 – 25 let jsou pouze 13,75%, což je poměrně málo. Fyziologicky nejvhodnější doba na početí potomka je právě v této době. S vzrůstajícím věkem stoupají rizika pro ženu především v podobě různých onemocnění, mezi něž patří i neplodnost.

**Otázka č. 2 – Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?***Tab. 2. - Vyhodnocení otázky č. 2*

|                      | <b>Počet respondentek</b> | <b>Vyjádření v %</b> |
|----------------------|---------------------------|----------------------|
| Základní             | 3                         | 3,75%                |
| Střední bez maturity | 17                        | 21,25%               |
| Střední s maturitou  | 44                        | 55%                  |
| Vyšší odborné        | 3                         | 3,75%                |
| Vysokoškolské        | 13                        | 16,25%               |
| <b>Celkem</b>        | <b>80</b>                 | <b>100%</b>          |

*Komentář:*

Největší zastoupení ze zkoumaného vzorku mělo 55% žen, s maturitou, dále 21,25% respondentek mělo střední vzdělání bez maturity, 16,25% mělo vysokoškolské vzdělání, 3,75% respondentek mělo základní a 3,75% mělo vyšší odborné vzdělání.

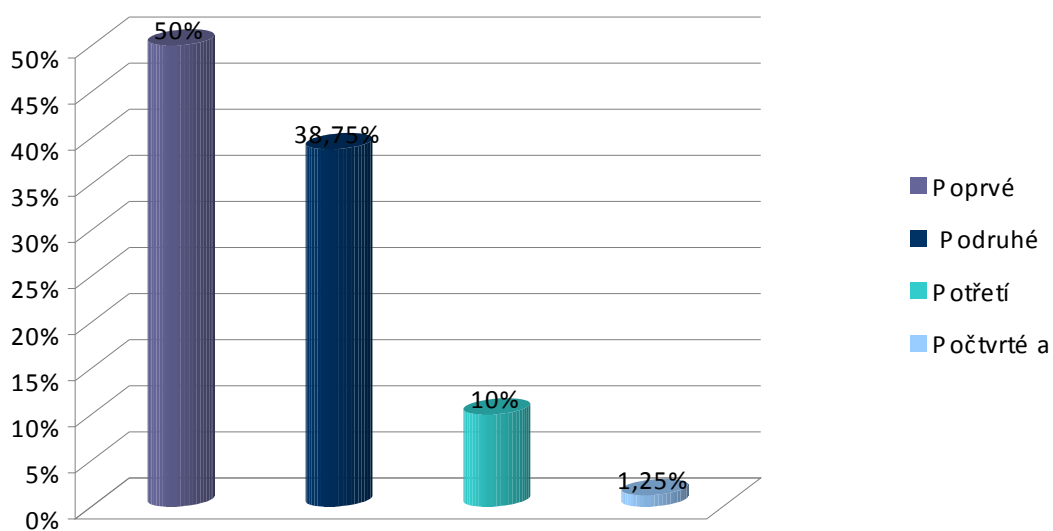
**Otázka č. 3 – Po kolikáté budete rodit?**

Tab. 3. - Vyhodnocení otázky č. 3

|                 | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|-----------------|--------------------|---------------|
| Poprvé          | 40                 | 50%           |
| Podruhé         | 31                 | 38,75%        |
| Potřetí         | 8                  | 10%           |
| Počtvrté a více | 1                  | 1,25%         |
| <b>Celkem</b>   | <b>80</b>          | <b>100%</b>   |

Graf 1.

Grafické znázornění otázky č. 3

*Komentář:*

Mezi nejčastější respondentky mého průzkumu patřily prvorodičky. Jak lze vidět na grafu bylo jejich zastoupení poloviční. V 38,75% to byly ženy těhotné podruhé, v 10% se jednalo o terciřary a pouze jedna respondentka byla těhotná počtvrté.

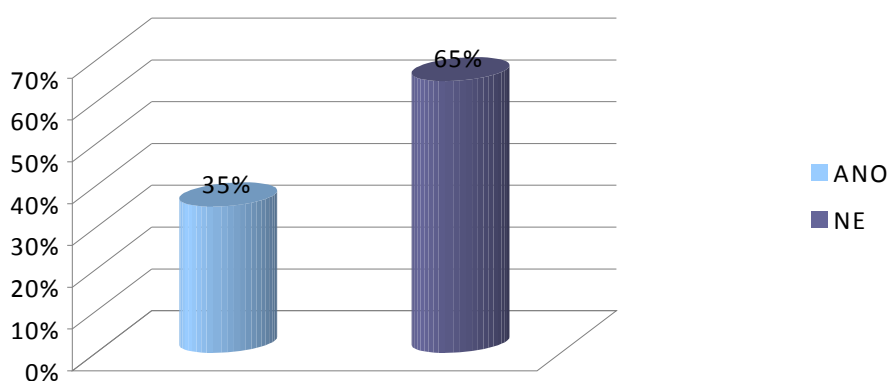
**Otázka č. 4 – Víte, která vyšetření jsou součástí prenatální péče a na co daná vyšetření slouží?**

*Tab. 4. - Vyhodnocení otázky č. 4*

|               | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|---------------|--------------------|---------------|
| Ano           | 28                 | 35%           |
| Ne            | 52                 | 65%           |
| <b>Celkem</b> | 80                 | 100%          |

Graf 2.

*Grafické znázornění otázky č. 4*



*Komentář:*

Ačkoli respondentky odpovídaly kladně, dále při objasnění, na co slouží vyšetření, nevěděly přesné informace. Tyto odpovědi jsem hodnotila jako negativní. V závěru se ukázalo, že 65% respondentek neví, jaká jsou prenatální vyšetření ani na co slouží. 35% respondentek odpovědělo kladně s tím, že správně uvedlo, na co slouží většina prenatálních vyšetření.

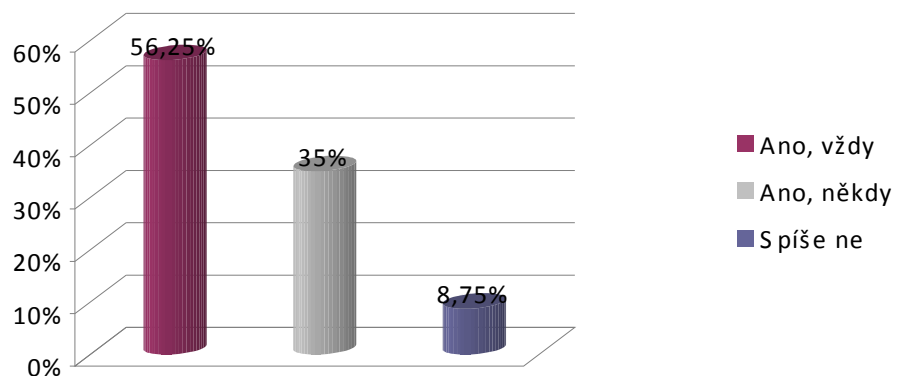
Otázka č. 5 – Když je Vám prováděno jakékoliv vyšetření, je Vám vysvětleno k čemu slouží?

Tab. 5. - Vyhodnocení otázky č. 5

|               | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|---------------|--------------------|---------------|
| Ano vždy      | 45                 | 56,25%        |
| Ano někdy     | 28                 | 35%           |
| Spíše ne      | 7                  | 8,75%         |
| <b>Celkem</b> | <b>80</b>          | <b>100%</b>   |

Graf 3.

Grafické znázornění otázky č. 5



*Komentář:*

Z uvedených výpočtů vyplývá, že 56,25% respondentkám je vždy sdělováno na co slouží prováděné vyšetření, 35% je to sdělováno někdy a 8,75% to spíše sdělováno není.

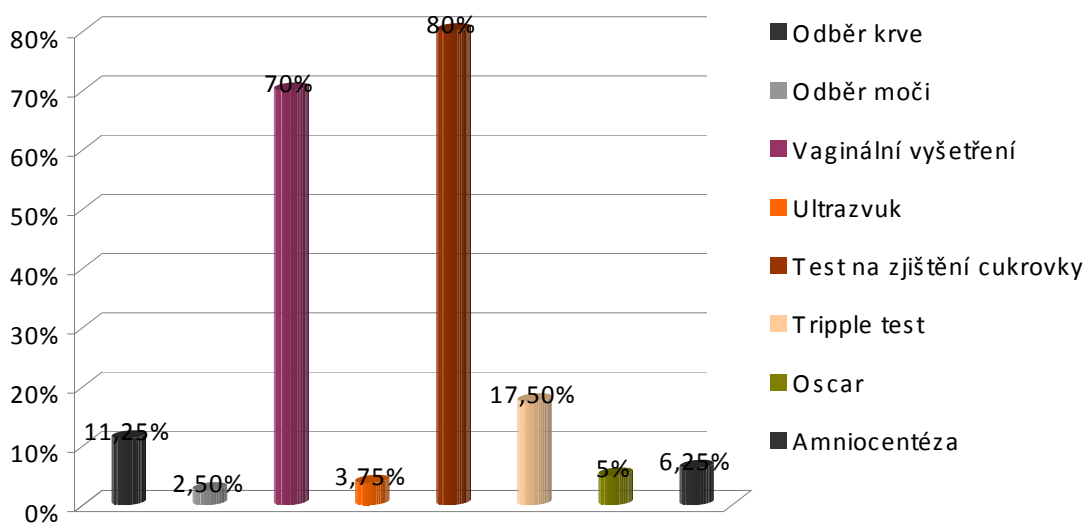
**Otázka č. 6 – Které z doposud prováděných vyšetření pro Vás bylo nepříjemné a stresující?**

*Tab. 6. - Vyhodnocení otázky č. 6*

|                     | Počet odpovědí | Vyjádření v % |
|---------------------|----------------|---------------|
| Odběr krve          | 9              | 11,25%        |
| Odběr moči          | 2              | 2,50%         |
| Vaginální vyšetření | 56             | 70%           |
| Ultrazvuk           | 3              | 3,75%         |
| Test na cukrovku    | 64             | 80%           |
| Tripple test        | 14             | 17,50%        |
| Oscar               | 4              | 5%            |
| Amniocentéza        | 5              | 6,25%         |

Graf 4.

*Grafické znázornění otázky č. 6*



*Komentář:*

Každá respondentka měla u této otázky možnost zvolit více odpovědí. Mezi nejvíce nepříjemné a stresující vyšetření patřilo vaginální vyšetření a test na zjištění cukrovky. Otázka neslouží ke zpracování žádné hypotézy.



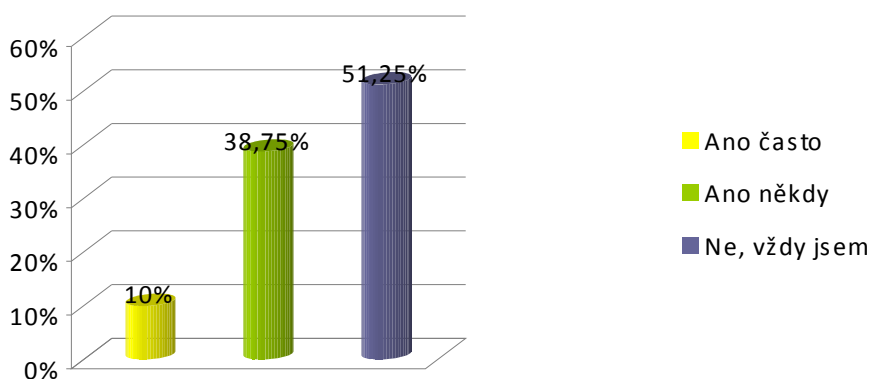
**Otázka č. 7 – Zažila jste, že lékař nebo porodní asistentka mluvili příliš odborně a Vy jste nerozuměla sdělovaným informacím?**

*Tab. 7. - Vyhodnocení otázky č. 7*

|                        | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|------------------------|--------------------|---------------|
| Ano často              | 8                  | 10%           |
| Ano někdy              | 31                 | 38,75%        |
| Ne, vždy jsem rozuměla | 41                 | 51,25%        |
| <b>Celkem</b>          | <b>80</b>          | <b>100%</b>   |

Graf 5.

*Grafické znázornění otázky č. 7*



*Komentář:*

Z daného grafu vyplývá, že polovina žen se neseťká s tím, že by nerozuměla sdělovaným informacím. Necelých 40% se s tím setkává někdy a pouze 10% se setkávalo často s tím, že lékař nebo porodní asistentka mluvili příliš odborně a proto nerozuměly sdělovaným informacím.

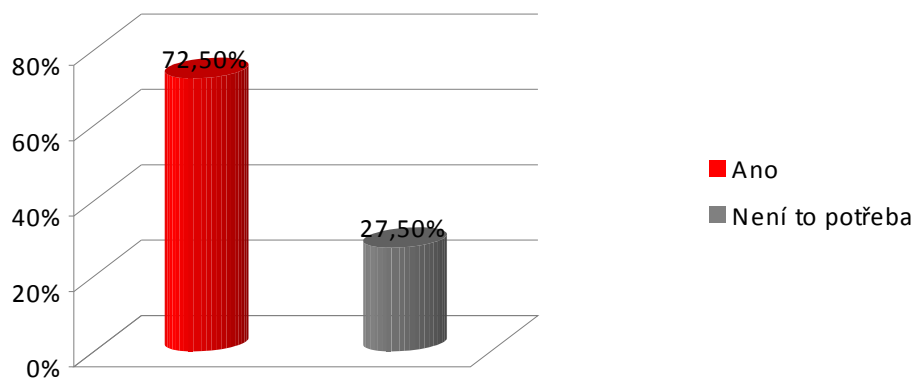
**Otázka č. 8 – Uvítala byste kdyby se Vám po dobu čekání v čekárně věnovala porodní asistentka nebo zdravotní sestra, např. odpovídáním na Vaše dotazy, přednáškou na různá témata apod.?**

*Tab. 8. - Vyhodnocení otázky č. 8*

|                 | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|-----------------|--------------------|---------------|
| Ano             | 58                 | 72,50%        |
| Není to potřeba | 22                 | 27,50%        |
| <b>Celkem</b>   | <b>80</b>          | <b>100%</b>   |

Graf 6.

*Grafické znázornění otázky č. 8*



*Komentář:*

U této otázky zvolilo 72,5% kladnou odpověď. Ženy by rády uvítaly možnost, aby jim byla čekací doba zaplněna něčím užitečným a pro ně přínosným. 27,50% si myslí, že to není potřeba.

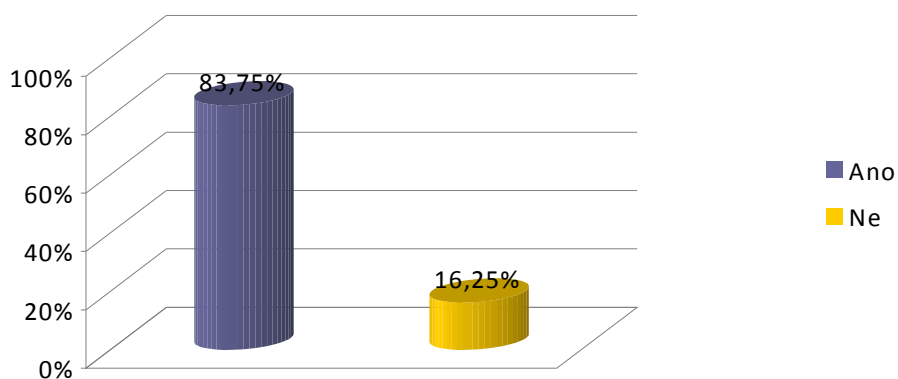
**Otázka č. 9 – Myslíte si, že Vám je věnován dostatek času při návštěvě u lékaře?**

Tab. 9. - Vyhodnocení otázky č. 9

|               | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|---------------|--------------------|---------------|
| Ano           | 67                 | 83,75%        |
| Ne            | 13                 | 16,25%        |
| <b>Celkem</b> | 80                 | 100%          |

Graf 7.

Grafické znázornění otázky č. 9

**Komentář:**

Jak můžeme vyčíst z grafu 16,25% respondentek uvedlo, že jim není věnováno dostatek času u lékaře a 83,75% respondentek odpovědělo, že je jim věnováno dostatek času při návštěvě u lékaře. Tento výsledek potvrzuje moji hypotézu č. 3 u prvního cíle, ve které předpokládám, že většině respondentkám je věnováno dostatek času.

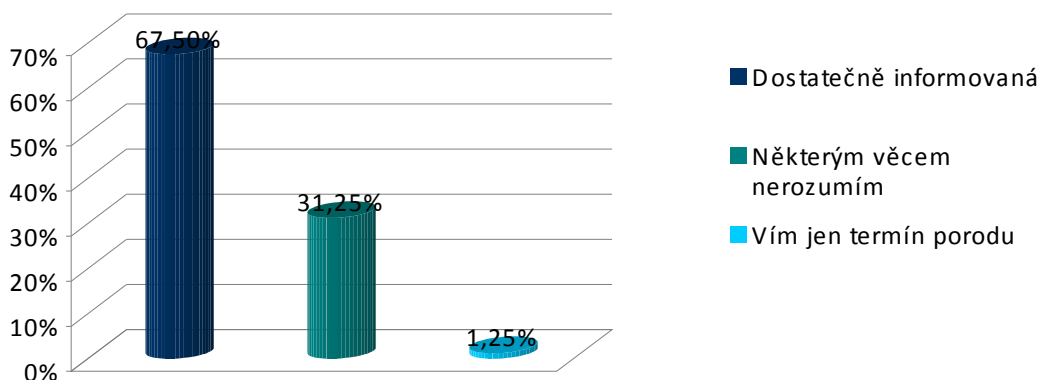
**Otázka č. 10 – Jak hodnotíte své návštěvy v prenatalní poradně z hlediska informovanosti?**

*Tab. 10. - Vyhodnocení otázky č. 10*

|                          | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|--------------------------|--------------------|---------------|
| Dostatečně informovaná   | 54                 | 67,50%        |
| Některým věcem nerozumím | 25                 | 31,25%        |
| Vím jen termín porodu    | 1                  | 1,25%         |
| <b>Celkem</b>            | <b>80</b>          | <b>100%</b>   |

Graf 8.

*Grafické znázornění otázky č. 10*



*Komentář:*

Z grafu vyplývá, že 67,5% respondentek je dostatečně informováno, 31,25% má pocit, že některým věcem nerozumí a pouze jedna respondentka uvedla, že ví jen termín porodu.

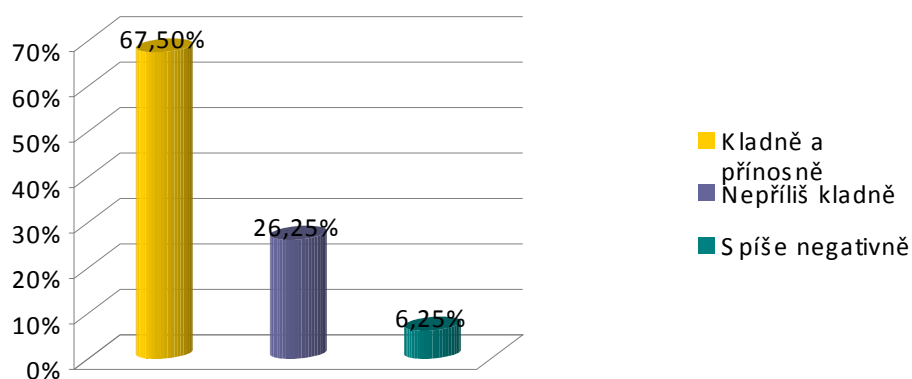
**Otázka č. 11 – Jak hodnotíte návštěvy celkově?**

Tab. 11. - Vyhodnocení otázky č. 11

|                   | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|-------------------|--------------------|---------------|
| Kladně a přínosně | 54                 | 67,50%        |
| Nepříliš kladně   | 21                 | 26,25%        |
| Spíše negativně   | 5                  | 6,25%         |
| <b>Celkem</b>     | <b>80</b>          | <b>100%</b>   |

Graf 9.

Grafické znázornění otázky č. 11

*Komentář:*

Na základě těchto výsledků se mi potvrdila hypotéza č. 4 u prvního cíle, kde jsem předpokládala, že více než polovina respondentek hodnotí svou prenatální péči kladně a přínosně. Výsledek je pozitivní a ukazuje, že ženy jsou spokojené s prenatální péčí. Dalších 26,25% hodnotí nepříliš kladně a 6,25% hodnotí celkově návštěvy jako negativní.

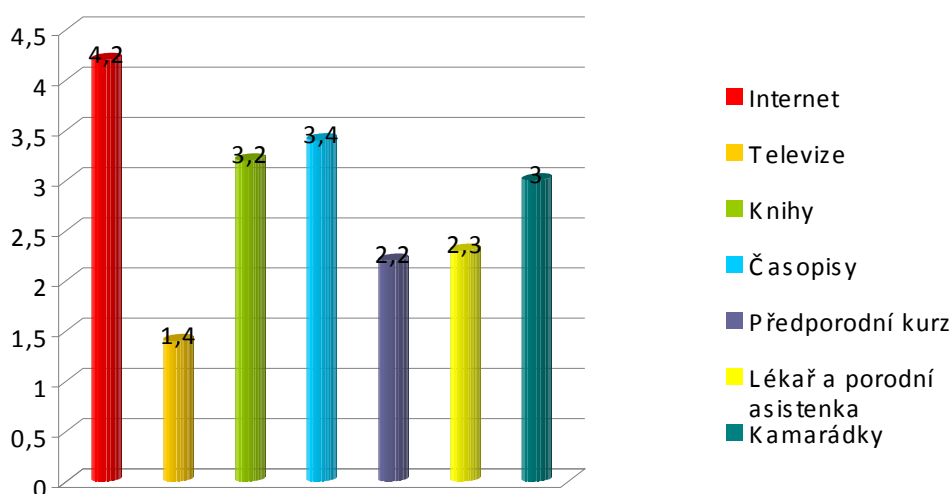
**Otázka č. 12 – Do jaké míry jste čerpala informace o těhotenství a porodu z následujících zdrojů?**

*Tab. 12. - Vyhodnocení otázky č. 12*

| Zdroj informací           | Průměr použitelnosti |
|---------------------------|----------------------|
| Internet                  | 4,2                  |
| Televize                  | 1,4                  |
| Knihy                     | 3,2                  |
| Časopisy                  | 3,4                  |
| Předporodní kurz          | 2,2                  |
| Lékař/ Porodní asistentka | 2,3                  |
| Kamarádky                 | 3                    |

Graf 10.

*Grafické znázornění otázky č. 12*



*Komentář:*

U této otázky jsem zjišťovala z jakých zdrojů respondentky čerpají informace o těhotenství a porodu a jakou měrou je využívají. Každý zdroj měla respondentka ohodnotit na stupnici

od 1 do 5 podle toho v jaké míře jej používala, 1 znamenalo nejméně používaný a 5 nejvíce používaný. Výsledky této otázky ukazují, že nejčastějším zdrojem informací je internet, čímž se mi potvrdila moje hypotéza č. 1 u druhého cíle. Dále se potvrdila na základě těchto výsledků hypotéza č.2 u druhého cíle, kde jsem předpokládala, že k méně častým zdrojům informací patří lékař a porodní asistentka.

### Otázka č. 13 – Kolik času věnujete vyhledávání informací o těhotenství a porodu?

Tab. 13. - Vyhodnocení otázky č. 13

|               | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|---------------|--------------------|---------------|
| Denně         | 22                 | 27,50%        |
| Občas         | 56                 | 70%           |
| Téměř vůbec   | 2                  | 2,50%         |
| <b>Celkem</b> | 80                 | 100%          |

#### Komentář:

Z výsledků vyplývá, že 70% respondentek se věnuje občasnému vyhledávání informací a denně se této činnosti věnuje 27,50% respondentek. Pouhé dvě respondentky uvedly, že se vyhledáváním informací nevěnují téměř vůbec.

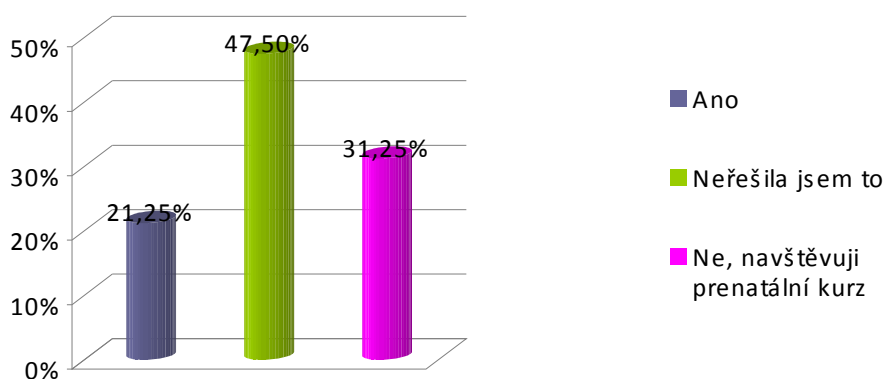
**Otázka č. 14 – Myslela jste si, že návštěvy u lékaře Vás dostatečně připraví k porodu?**

Tab. 14. - Vyhodnocení otázky č. 14

|                           | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|---------------------------|--------------------|---------------|
| Ano                       | 17                 | 21,25%        |
| Neřešila jsem to          | 38                 | 47,50%        |
| Ne, navštěvuji pren. kurz | 25                 | 31,25%        |
| <b>Celkem</b>             | <b>80</b>          | <b>100%</b>   |

Graf 11.

Grafické znázornění otázky č. 14



*Komentář:*

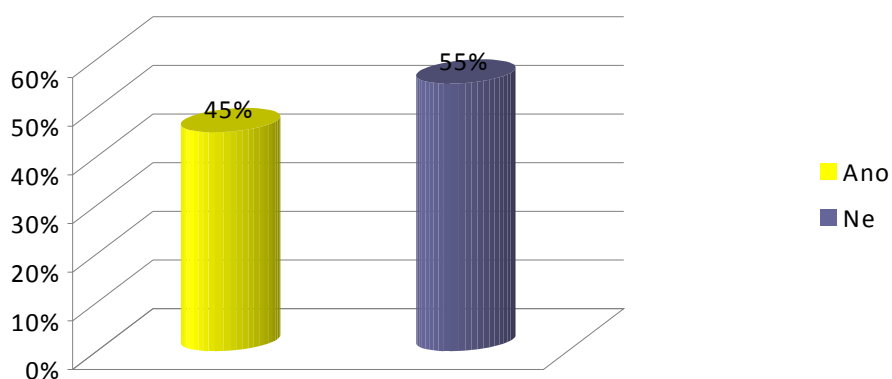
Z následujícího grafu vyplývá, že 47,5% neřeší předporodní přípravu, 31,25% navštěvovalo předporodní kurz a 21,25% si myslelo, že k porodu je dostatečně připraví lékař. Tato otázka sloužila ke zpracování 3. hypotézy u druhého cíle. Výsledek potvrzuje danou hypotézu.



**Otázka č. 15 – Zaskočil Vás někdy způsob sdělení informací lékařem nebo porodní asistentkou?***Tab. 15. - Vyhodnocení otázky č. 15*

|               | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|---------------|--------------------|---------------|
| Ano           | 36                 | 45%           |
| Ne            | 44                 | 55%           |
| <b>Celkem</b> | 80                 | 100%          |

Graf 12.

*Grafické znázornění otázky č. 15**Komentář:*

45% respondentek odpovědělo kladně na položenou otázku a 55% odpovědělo negativně. Touto otázkou se mi potvrdila hypotéza č. 1 u třetího cíle, že více než třetina respondentek byla někdy zaskočena způsobem sdělení informací zdravotnickým personálem.

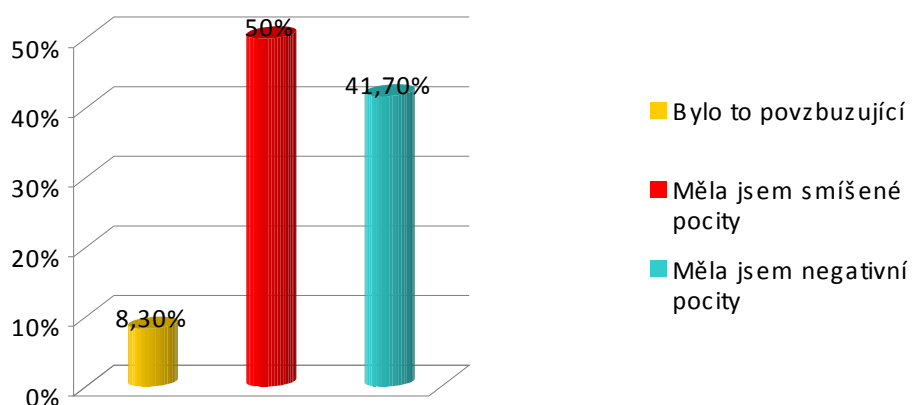
**Otázka č. 16 – Pokud jste odpověděla ano v předchozí otázce, co to ve Vás vyvolalo?**

Tab. 16. - Vyhodnocení otázky č. 16

|                            | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|----------------------------|--------------------|---------------|
| Bylo to povzbuzující       | 3                  | 8,30%         |
| Měla jsem smíšené pocity   | 18                 | 50%           |
| Měla jsem negativní pocity | 15                 | 41,70%        |
| <b>Celkem</b>              | <b>36</b>          | <b>100%</b>   |

Graf 13.

Grafické znázornění otázky č. 16

**Komentář:**

Z grafu můžeme vyčíst, že 50% respondentek mělo po sdělení informací smíšené pocity a 41,70% mělo negativní pocity a pouze 8,30% uvedlo, že to pro ně bylo povzbuzující. Tyto výsledky potvrzují hypotézu č. 1 u třetího cíle.

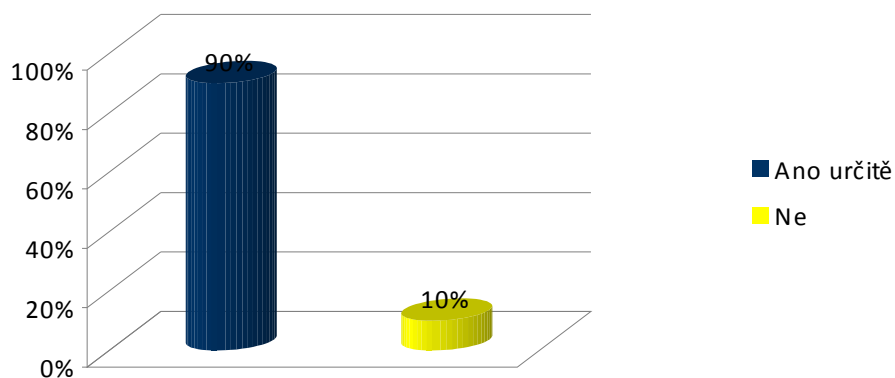
Otázka č. 17 – Myslíte si, že by měl zdravotnický personál lépe komunikovat s těhotnými ženami vzhledem k citlivosti samotných žen a tématu, kterého se to týká – těhotenství?

Tab. 17. - Vyhodnocení otázky č. 17

|               | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|---------------|--------------------|---------------|
| Ano určitě    | 72                 | 90%           |
| Ne            | 8                  | 10%           |
| <b>Celkem</b> | <b>80</b>          | <b>100%</b>   |

Graf 14.

Grafické znázornění otázky č. 17



*Komentář:*

Z grafu jednoznačně vyplývá, že většina respondentek si myslí, že by měl zdravotnický personál lépe komunikovat s těhotnými ženami. 90% odpovědělo kladně a pouze 10% odpovědělo negativně.

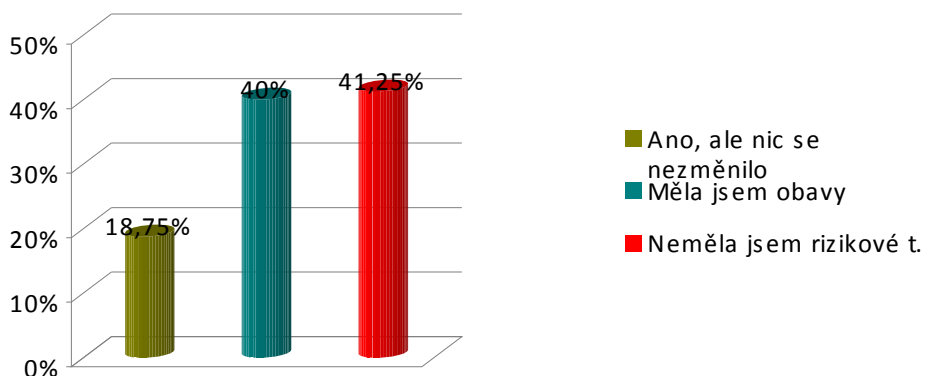
**Otázka č. 18 – Pokud Vám bylo oznámeno, že je Vaše těhotenství rizikové, způsobilo to změnu na Vašem psychickém stavu?**

*Tab. 18. - Vyhodnocení otázky č. 18*

|                           | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|---------------------------|--------------------|---------------|
| Ano, ale nic se nezměnilo | 15                 | 18,75%        |
| Měla jsem obavy           | 32                 | 40%           |
| Neměla jsem rizikové t.   | 33                 | 41,25%        |
| <b>Celkem</b>             | <b>80</b>          | <b>100%</b>   |

Graf 15.

*Grafické znázornění otázky č. 18*



*Komentář:*

Pokud je ženám oznámeno, že jejich těhotenství je rizikové, je více žen, které mají obavy a strach než těch, u kterých se pocity nezmění. Tento výsledek je potvrzením hypotézy č. 2 u třetího cíle. Obavy mělo po sdělení informací ohledně rizikové gravidity 40% respondentek a u 18,25% se po sdělení nic nezměnilo. Dalších 41,25% nemělo rizikové těhotenství.

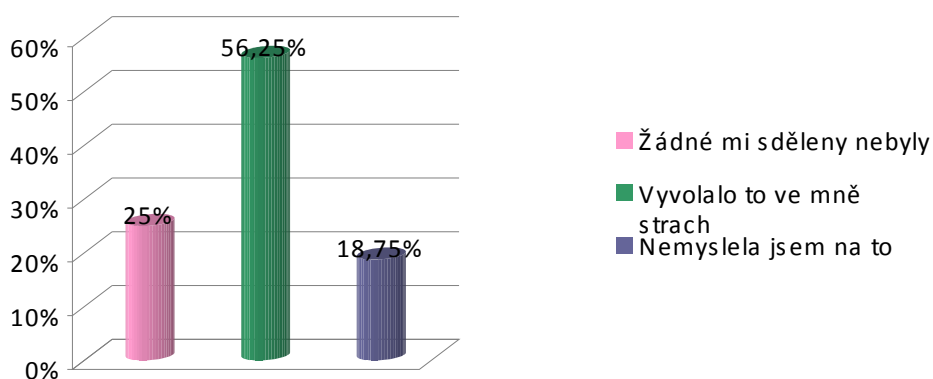
**Otázka č. 19 – Jak jste vnímala negativní informace o Vašem stavu?**

Tab. 19. - Vyhodnocení otázky č. 19

|                           | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|---------------------------|--------------------|---------------|
| Žádné mi sděleny nebyly   | 20                 | 25%           |
| Vyvolalo to ve mně strach | 45                 | 56,25%        |
| Nemyslela jsem na to      | 15                 | 18,75         |
| <b>Celkem</b>             | <b>80</b>          | <b>100%</b>   |

Graf 16.

Grafické znázornění otázky č. 19

*Komentář:*

U 56,25% respondentek vyvolají negativní informace o jejich stavu strach, tím se potvrzuje 3. hypotéza u třetího cíle. 18,75% žen uvedlo, že se snažilo na to nemyslet a 25% se v průběhu těhotenství žádné negativní informace nedozvěděly.

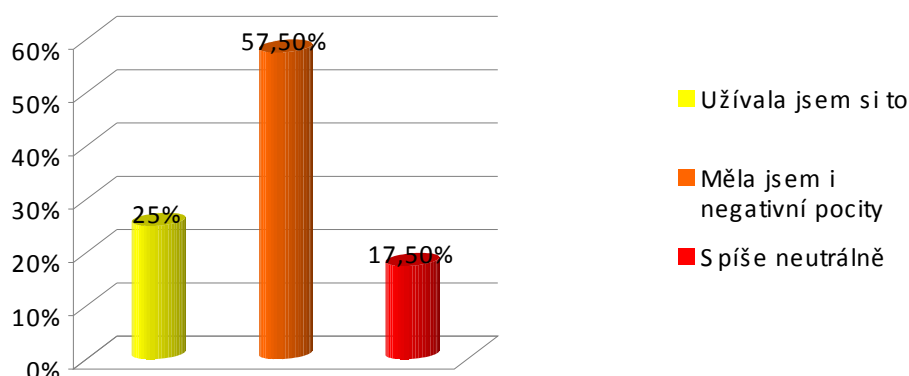
**Otázka č. 20 – Jak jste celkově prožívala své těhotenství?**

Tab. 20. - Vyhodnocení otázky č. 20

|                              | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|------------------------------|--------------------|---------------|
| Užívala jsem si to           | 20                 | 25%           |
| Měla jsem i negativní pocity | 46                 | 57,50%        |
| Spíše neutrálně              | 14                 | 17,50%        |
| <b>Celkem</b>                | <b>80</b>          | <b>100%</b>   |

Graf 17.

Grafické znázornění otázky č. 20

**Komentář:**

Více než polovina respondentek uvedla, že během těhotenství zažívala i negativní pocity. 25% si ho doslova užívá a 17,50% ho prožívalo neutrálně. Překvapilo mě, že rovné  $\frac{3}{4}$  respondentek zvolilo jinou odpověď než první, pozitivní. Prožívání během tohoto období je důležité z hlediska prenatální psychologie, jelikož negativní pocity mají vliv na dítě. Je důležité, aby budoucí matky už v těhotenství zažívaly jen radost a pohodu, která má vliv na vývoj jejich dětí.

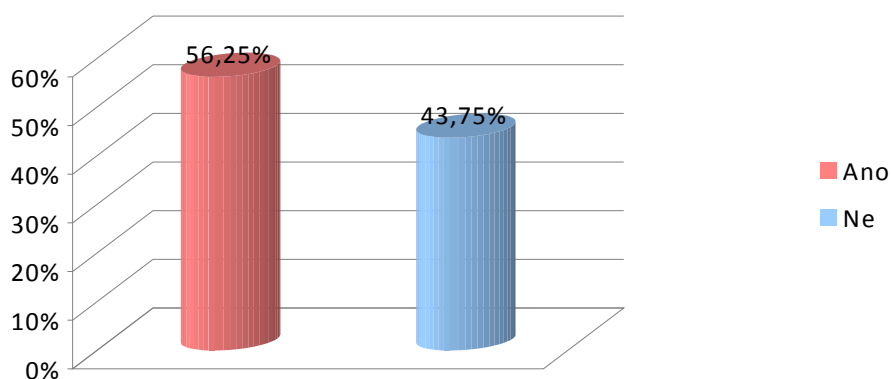
**Otázka č. 21 – Věnujete se nějaké fyzické a psychické přípravě před porodem?**

Tab. 21. - Vyhodnocení otázky č. 21

|               | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|---------------|--------------------|---------------|
| Ano           | 45                 | 56,25%        |
| Ne            | 35                 | 43,75%        |
| <b>Celkem</b> | 80                 | 100%          |

Graf 18.

Grafické znázornění otázky č. 21

**Komentář:**

Graf ukazuje kolik respondentek se věnuje psychické a fyzické přípravě před porodem. 56,25% uvedlo kladnou odpověď a 43,75% uvedlo, že se nevěnuje přípravě před porodem.

Mezi tuto přípravu nepatří jen absolvování předporodních kurzů, ale také samostatná příprava rodičky, její osobní záliby a různé formy odpočinku během těhotenství, např. plavání, procházky, jóga, relaxační cvičení apod.

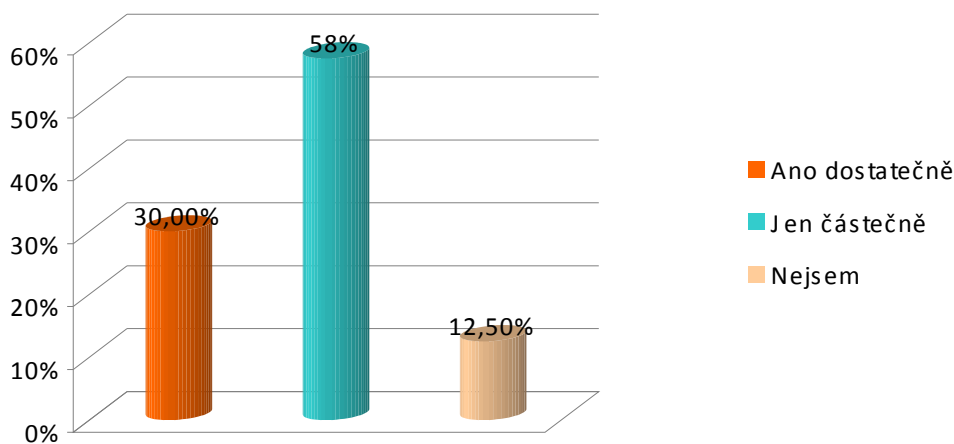
Otázka č. 22 – Myslíte si, že jste dobře připravená na porod po fyzické i teoretické stránce?

Tab. 22. - Vyhodnocení otázky č. 22

|                   | Počet respondentek | Vyjádření v % |
|-------------------|--------------------|---------------|
| Ano dostatečně    | 24                 | 30%           |
| Jen částečně      | 46                 | 57,50%        |
| Nejsem připravená | 10                 | 12,50%        |
| <b>Celkem</b>     | <b>80</b>          | <b>100%</b>   |

Graf 19.

Grafické znázornění otázky č. 22



*Komentář:*

Z grafu vyplývá, že 30% respondentek si myslí, že jsou dostatečně připravené na porod. 58% respondentek má pocit, že jsou připravené jen částečně a 12,50% si myslí, že připraveny nejsou. Mezi dostatečně připravené respondentky patřily především ženy navštěvující předporodní kurzy.



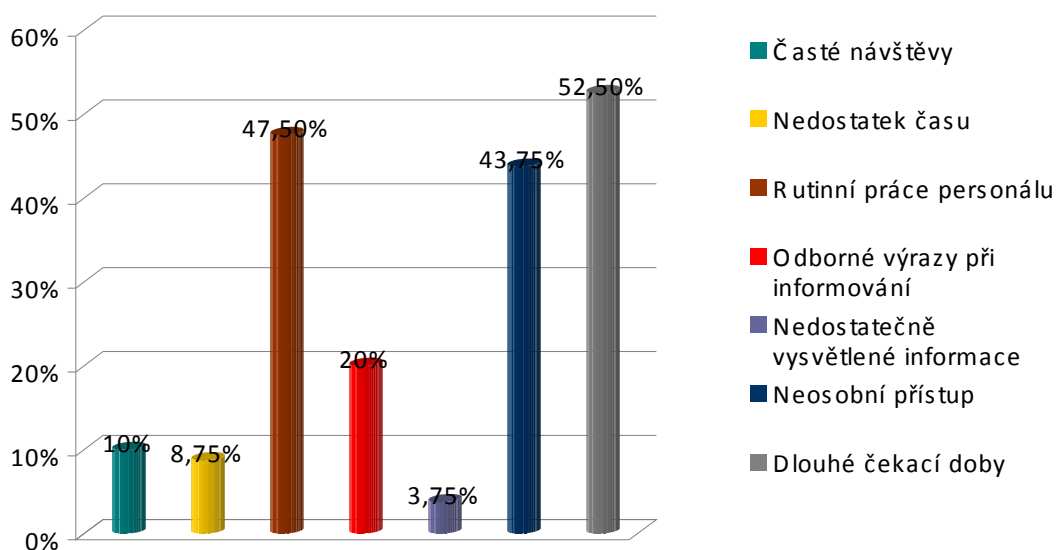
**Otázka č. 23 – Co pokládáte za zásadní nedostatek při poskytování zdravotnické péče?**

*Tab. 23. - Vyhodnocení otázky č. 23*

| Nedostatek                        | Vyjádření v % |
|-----------------------------------|---------------|
| Časté návštěvy                    | 10%           |
| Nedostatek času                   | 8,75%         |
| Rutinní práce personálu           | 47,50%        |
| Odborné výrazy                    | 20%           |
| Nedostatečné vysvětlení informací | 3,75%         |
| Neosobní přístup                  | 43,75%        |
| Dlouhé čekací doby                | 52,50%        |

Graf 20.

*Grafické znázornění otázky č. 23*



*Komentář:*

Mezi nejčastější nedostatky při poskytování zdravotnické péče respondentky uváděly rutinní práci personálu, neosobní přístup a dlouhé čekací doby. Hypotéza č. 4 u třetího cíle se mi potvrdila jen částečně na základě těchto výsledků, neboť jsem nepředpokládala, že mezi nejčastější odpovědi budou patřit i dlouhé čekací doby.

## 6.4 Zhodnocení hypotéz

### Hypotézy cíle č. 1

#### **Hypotéza 1.**

**Domnívám se, že více než polovina respondentek neví, k čemu slouží vyšetření, jenž jsou jim během prenatální péče prováděna.**

Otázka číslo 4 směřovala k ověření hypotézy, ve které se domnívám, že více než polovina žen neví, na co slouží prováděná vyšetření. Z celkového počtu 35% respondentek ví, na co slouží prenatální vyšetření a 65% respondentek to neví.

Hypotéza se potvrdila.

#### **Hypotéza 2.**

**Domnívám se, že více než třetině respondentek je vždy vysvětleno, na co slouží prováděná vyšetření.**

Hypotéza se potvrdila, neboť 56,25% respondentek uvedlo, že jsou jim informace o prováděných vyšetřeních vždy sdělovány. K ověření této hypotézy byla určena otázka číslo 5. Dalších 35% respondentek uvedlo, že pouze někdy je jim toto sdělováno a 8,75% to spíše sdělováno není.

Myslím si, že je důležité, aby ženy věděly k čemu slouží daná vyšetření. Je to jejich těhotenství, týká se to jejich zdraví i zdraví dítěte. Proto by měla každá těhotná vědět, co vypoovídají výsledky jednotlivých vyšetření. Přesto, ale u předchozí hypotézy můžeme vidět, že tomu tak není. Většina respondentek neví, na co slouží prováděná vyšetření. Příčinou mohou být nedostatečně vysvětlené informace, nesprávně podané informace, nezájem žen o

informace apod. Výsledek může poukazovat na to, že by se mělo dbát na kvalitní a dostatečné vysvětlení při vyšetřování každé těhotné.

### **Hypotéza č. 3**

**Myslím si, že většině žen je při návštěvě v prenatalní poradně věnováno dostatek času.**

Hypotéza se potvrdila, neboť 83,75% respondentek uvedlo, že je jim věnováno dostatek času při návštěvách u lékaře a zbývajících 16,25% respondentek uvedlo, že jim není věnováno dostatek času. K ověření hypotézy slouží otázka číslo 9.

Dostatek času při návštěvách u lékaře mohou ženy využít k získání spousty informací. Hypotéza č. 2 u druhého cíle nám ale ukazuje, že lékař a porodní asistentka patří mezi méně časté zdroje informací.

### **Hypotéza č. 4**

**Domnívám se, že více než polovina respondentek hodnotí návštěvy v prenatalní poradně jako kladné a přínosné.**

Hypotéza se potvrdila. Otázka číslo 11 směřovala k ověření této hypotézy. Z celkového počtu respondentek hodnotí 67,50% prenatalní péči jako kladnou a přínosnou, 26,25% ji hodnotí nepříliš kladně a 6,25% spíše negativně.

Výsledek ukazuje, že ženy jsou ve většině spokojené s prenatalní péčí a hodnotí ji pozitivně.

### **Hypotézy cíle č. 2**

#### **Hypotéza 1.**

**Domnívám se, že nejpoužívanějším zdrojem k čerpání informací o těhotenství a porodu jsou internetové stránky.**

Hypotéza se potvrdila. Zde byla určena otázka číslo 12. Respondentky hodnotily na stupnici od 1 do 5 do jaké míry čerpaly z jednotlivých zdrojů, kdy 1 znamenalo nejméně použí-

vaný zdroj a 5 nejčastěji používaný. Průměr 4,2 z celkového hodnocení je nejvyšší, vyjadřuje zdroj internetu. Číslo je průměrem ze všech hodnot uvedených všemi respondentkami.

Internet je nejdostupnějším a nejobsáhlejším zdrojem informací. Je ale důležité, nakolik jsou informace získávané z internetových stránek kvalitní. Na internetu se dá získat množství kvalitních informací, ale také naopak. Proto by si měly ženy tyto informace v případě nejasností ověřovat.

### **Hypotéza 2.**

**Domnívám se, že k méně častým zdrojům informací patří lékař a porodní asistentka.**

Hypotéza se potvrdila. K ověření této hypotézy byla určena otázka číslo 12. Lékař a porodní asistentka patří mezi méně častý zdroj informací. V celkovém hodnocení se umístila tato možnost na třetím místě od konce celkem ze sedmi možných zdrojů informací.

Ženy buď nemají potřebu a tendenci k dotazování nebo mohou zapomenout, na co se vlastně chtěly zeptat apod. Dalším problémem může být také důvěra mezi lékařem a pacientkou. Vztah mezi lékařem a pacientkou je často neosobní, a proto to může sehrát roli v otevřenosti pacienta. Ten považuje lékaře za někoho nadřazeného, má k němu veliký respekt. Je to nerovnocenný vztah, který klade bariéry v komunikaci.

### **Hypotéza 3.**

**Domnívám se, že více než čtvrtina respondentek neočekávala od návštěv u lékaře přípravu k porodu, proto navštěvovala předporodní kurz.**

Hypotéza se potvrdila. Ke zpracování hypotézy sloužila otázka číslo 14. Respondentky měly na výběr ze tří odpovědí. 31,25% uvedlo, že neočekává od návštěv u lékaře přípravu k porodu, proto navštěvuje předporodní kurz. 47,50% respondentek uvedlo, že to neřešilo a 21,25% očekávalo, že k porodu je dostatečně připraví lékař.

Návštěva předporodních kurzů je vhodná především pro primipary, které se doposud nestkaly s problematikou těhotenství.

### **Hypotéza cíle č. 3**

#### **Hypotéza 1.**

**Myslím si, že sdělení informací hraje roli v tom co žena následně prožívá. Předpokládám, že více než třetina respondentek se setkala s tím, že byla způsobem sdělení informací zaskočena a většina z tohoto počtu měla smíšené nebo negativní pocity.**

Hypotéza se potvrdila, jelikož celých 45% respondentek uvedlo, že je někdy zaskočil způsob sdělení informací. Z tohoto počtu respondentky dále uvedly, že měly smíšené pocity v 50% a negativní pocity ve 41,70%, což potvrzuje druhou část hypotézy. Způsob sdělení informací hraje roli v tom, co žena následně prožívá, proto by měl být kladen důraz na to, aby zdravotnický personál komunikoval s těhotnými empaticky a citlivě.

#### **Hypotéza 2.**

**Domnívám se, že je více žen, které jsou úzkostné po sdělení informace ohledně rizikové gravidity než těch, u kterých se pocity nezmění.**

Hypotéza se potvrdila na základě výsledků, které ukazují, že u 40% respondentek se změnily pocity ve strach po informování ohledně rizikové gravidity. V 18,75% bylo oznámeno rizikové těhotenství, ale pocity těchto žen se nezměnily. Zbývajících 41,25% nemělo rizikové těhotenství. Danou hypotézu ověřuje otázka číslo 18.

#### **Hypotéza 3.**

**Domnívám se, že pokud ženám byly oznámeny negativní informace týkající se těhotenství, způsobí to zvýšené obavy a strach u více než třetiny respondentek.**

Hypotéza se potvrdila. Negativní informace vyvolaly strach a úzkost u 56,25% respondentek. 25% respondentek uvedlo, že jim žádné negativní informace sděleny nebyly a 18,75% se snažilo na sdělené negativní informace nemyslet. Tuto hypotézu ověřuje otázka číslo 19.

Psychiku těhotné ženy ovlivňují velkou měrou informace, které jsou jí sděleny lékařem nebo porodní asistentkou, neboť právě tyto informace bere jako skutečné a pravdivé. Zdravotnický personál může být jedním z hlavních činitelů, který působí na těhotnou jak ve

smyslu pozitivním tak i negativním. Těhotné ženy jsou citlivé a informace, které jsou negativní, vnímají s obavami a strachem. Je důležité, aby si lékaři a porodní asistentky uvědomili, s kým a jak jednájí. Těhotná žena je v jiném stavu, jinak myslí, jinak se chová, a proto by k ní mělo okolí tak přistupovat.

#### **Hypotéza 4.**

**Myslím si, že více než polovina respondentek pokládá za zásadní nedostatek při poskytování zdravotnické péče rutinní práci personálu a neosobní přístup.**

Hypotéza se potvrdila jen částečně, neboť mezi nejčastější nedostatky patří kromě rutinní práce personálu a neosobního přístupu také dlouhé čekací doby. Zde byla určena otázka číslo 23.

Již zmíněný neosobní přístup je asi největší bariérou zejména v oblasti komunikace.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala prenatalní péčí a jejím vlivem na těhotenství. Cílem teoretické části bylo podat ucelené informace o systému a cílech prenatalní péče v České Republice a o jednotlivých vyšetřeních. Dále jsem popsala pozitiva a negativa prenatalní péče a stres spojený s prenatalní diagnostikou. V samostatné kapitole mateřství, otcovství a rodičovství jsem se zabývala problematikou partnerství a vznikem nových rolí, které s těhotenstvím souvisí. V dalších kapitolách jsem se zaměřila na psychologii těhotenství a prenatalní psychologii.

V praktické části jsem provedla výzkum pomocí anonymního dotazníku. Cílem bylo zjistit, jak jsou ženy informované o vyšetřeních, nakolik rozumí sdělovaným informacím a jaký vliv mají sdělené informace na psychiku. Výsledky mohou posloužit ke zlepšení informovanosti a zkvalitnění přístupu zdravotnického personálu v oblasti komunikace s ženami navštěvující prenatalní poradny.

Výsledky průzkumu ukázaly, že ženy neví jaká jsou a na co slouží jednotlivá vyšetření, i přesto, že jsou jim údajně informace sdělovány. Ženy hodnotí prenatalní péči jako kladnou a přínosnou a při návštěvách je jim věnováno dostatek času. Problémem proto mohou být nedostatečně vysvětlené informace nebo není kladen důraz při jejich sdělování. Dalším problémem může být neosobní vztah s lékařem, který více než polovina žen hodnotí jako zásadní nedostatek při poskytování péče. Ten klade bariéru především v komunikaci, žena je ostýchavá, neví jak se má zeptat, nemá důvěru, příliš respektuje lékaře apod. Myslím si, že by se mělo dbát na dostatečné sdělování informací ohledně vyšetření. Jedná se o zdraví těhotných a jejich dětí a navíc to pomůže ženě při vlastní kontrole nad svým stavem.

Druhý cíl se zaměřoval na zdroje informací, z kterých ženy čerpají. Nejčastějším uváděným zdrojem byl internet. Výhody internetu jsou především jeho dostupnost a velké množství informací. Nevýhodou jsou, že tyto informace nemusí být vždy pravdivé a kvalitní. Mezi méně časté zdroje patřil lékař a porodní asistentka. Při každé z návštěv může žena získat množství informací, ale ženy toho nevyužívají. Je mnoho témat, které může lékař nebo asistentka s ženou rozebrat. Záleží i na povaze zdravotníka, jakou měrou se bude ženě věnovat.

V poslední stanoveném cíli jsem se zabývala vlivem sdělených informací na psychiku těhotné ženy. Ve 45% respondentky uvedly, že je někdy zaskočil způsob sdělení informací.

Překvapivým zjištěním bylo, že 91,70% mělo po tomto sdělení smíšené nebo negativní pocity. Důvodem může být neempatické a necitlivé sdělování informací. Každý z persoválu, kdo komunikuje s těhotnou ženou by si měl uvědomit její zvýšenou citlivost a spontánnost a dle toho s ní určitým způsobem komunikovat.

Na základě výzkumu se ukázalo, že 40% respondentek mělo po sdělení informací ohledně rizikové gravidity strach. Rizikové těhotenství snáší ženy hůře, už jen pojem rizikové zní negativně a nebezpečně. Ženě s rizikovým těhotenstvím by měl být důkladně vysvětlen problém, který je důvodem rizikového těhotenství. Myslím se, že informace by měly být podány opatrně a citlivě. Negativní informace, které byly v průběhu těhotenství respondentkám oznámeny, ve většině z nich vyvolaly úzkost a obavy.



**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] HÁJEK Zdeněk a kolektiv. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vydání, Praha : Grada Publishing, 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8
- [2] LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vydání, Praha : Grada Publishing, 2004. 988 s. ISBN 80-247-0668-7
- [3] MACKŮ, František. MACKŮ, Jaroslava. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. 1. vydání, Praha : Grada Publishing, 1998. 328 s. ISBN 80-7169-589-0
- [4] MAREK, Vlastimil. *Nová doba porodní*. Praha : Eminent, 2007. 260 s. ISBN 80-7281-090-1
- [5] MARTIUS, Gerhard. BRECKWOLDT, Meinert. PFLEIDERER, Albrecht. *Gynekologie a porodnictví*. Osveta, 1996. 648 s. ISBN 80-88824-56-7
- [6] NORTHRUPOVÁ, Christiane. *Od prvního početí po stáří*. 2. vydání, Praha : Columbus, 2008. 493s. ISBN 978-80-7249-250-3
- [7] ODENT, Michel. *Znovuzrozený porod*. 1. vydání, Praha : Agro, 1995. 152s. ISBN 80-85794-05-2
- [8] RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. 1. vydání, Praha : Reklamní ateliér AREA s.r.o., 2008. 108s. ISBN 978-80-254-2186-4
- [9] ROZTOČIL, Aleš a kolektiv autorů. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. 1. vydání, Brno : Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1998. 179 s. ISBN 80-7013-255-8
- [10] ČECH, Evžen a kolektiv autorů. *Porodnictví*. 2. vydání, Praha : Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80-247-1313-9
- [11] LABUSOVÁ, Eva. MRZÍLKOVÁ SUSOVÁ, Ilona. *Průvodce porodnicemi České republiky : Ucelený přehled služeb porodnic Čech, Moravy a Sezska s hodnocením*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Argo, 2004. 239 s. ISBN 80-7203-631-9.

Elektronická literatura :

[12] *Prenatální péče* [online]. [cit. 2008-03-17]. Dostupné z :  
<http://www.porodnici.cz/prenatalnipece?PHPSESSID=34d18f2e03124ec220aa1a72de380798>.

[13] Hájek, Zdeněk. *Prenatální péče o fyziologické těhotenství* [online]. [cit. 2008-04-27].  
Dostupné z WWW:  
[http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004\\_3/hajek.php?PHPSESSID=24b27b1afaf6347533672cbf7eea8387](http://www.levret.cz/texty/casopisy/mb/2004_3/hajek.php?PHPSESSID=24b27b1afaf6347533672cbf7eea8387).

[14] *Stres matky v těhotenství je rizikem pro dítě* [online]. [cit. 2008-03-17]. Dostupné z :  
<http://www.rodina.cz/clanek3814.htm>.

[15] Sovová, Petra. *Práva žen v těhotenství, během porodu a práva rodičů v poporodním období z hlediska volby medicínské péče* [online]. [cit. 2008-03-17]. Dostupné z :  
[http://www.iham.cz/old/prava\\_tehotenstvi.pdf](http://www.iham.cz/old/prava_tehotenstvi.pdf).

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

|           |   |
|-----------|---|
| AIDS      | Syndrom získaného selhání imunity             |
| BWR       | test na vyšetření přítomnosti sifilisu        |
| CRL       | temenokostrční délka                          |
| hCG       | choriový gonadotropin                         |
| MZ ČR     | Ministerstvo zdravotnictví České Republiky    |
| OGTT      | Orální glukózový toleranční test              |
| Rh faktor | antigen nacházející se na červených krvinkách |
| VVV       | vrozené vývojové vady                         |

**SEZNAM GRAFŮ**

|               |    |
|---------------|----|
| Graf 1. ....  | 36 |
| Graf 2. ....  | 37 |
| Graf 3. ....  | 38 |
| Graf 4. ....  | 39 |
| Graf 5. ....  | 41 |
| Graf 6. ....  | 42 |
| Graf 7. ....  | 43 |
| Graf 8. ....  | 44 |
| Graf 9. ....  | 45 |
| Graf 10. .... | 46 |
| Graf 11. .... | 48 |
| Graf 12. .... | 49 |
| Graf 13. .... | 50 |
| Graf 14. .... | 51 |
| Graf 15. .... | 52 |
| Graf 16. .... | 53 |
| Graf 17. .... | 54 |
| Graf 18. .... | 55 |
| Graf 19. .... | 56 |
| Graf 20. .... | 57 |

**SEZNAM TABULEK**

|   |    |
|---|----|
| Tab. 1. - Vyhodnocení otázky č. 1 .....   | 34 |
| Tab. 2. - Vyhodnocení otázky č. 2 .....   | 35 |
| Tab. 3. - Vyhodnocení otázky č. 3 .....   | 36 |
| Tab. 4. - Vyhodnocení otázky č. 4 .....   | 37 |
| Tab. 5. - Vyhodnocení otázky č. 5 .....   | 38 |
| Tab. 6. - Vyhodnocení otázky č. 6 .....   | 39 |
| Tab. 7. - Vyhodnocení otázky č. 7 .....   | 41 |
| Tab. 8. - Vyhodnocení otázky č. 8 .....   | 42 |
| Tab. 9. - Vyhodnocení otázky č. 9 .....   | 43 |
| Tab. 10. - Vyhodnocení otázky č. 10 ..... | 44 |
| Tab. 11. - Vyhodnocení otázky č. 11 ..... | 45 |
| Tab. 12. - Vyhodnocení otázky č. 12 ..... | 46 |
| Tab. 13. - Vyhodnocení otázky č. 13 ..... | 47 |
| Tab. 14. - Vyhodnocení otázky č. 14 ..... | 48 |
| Tab. 15. - Vyhodnocení otázky č. 15 ..... | 49 |
| Tab. 16. - Vyhodnocení otázky č. 16 ..... | 50 |
| Tab. 17. - Vyhodnocení otázky č. 17 ..... | 51 |
| Tab. 18. - Vyhodnocení otázky č. 18 ..... | 52 |
| Tab. 19. - Vyhodnocení otázky č. 19 ..... | 53 |
| Tab. 20. - Vyhodnocení otázky č. 20 ..... | 54 |
| Tab. 21. - Vyhodnocení otázky č. 21 ..... | 55 |
| Tab. 22. - Vyhodnocení otázky č. 22 ..... | 56 |
| Tab. 23. - Vyhodnocení otázky č. 23 ..... | 57 |

## **PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK**

Milá maminko,

dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který je zaměřený na otázky týkající se prenatální péče, informovanosti během ní a její vliv na prožívání těhotenství. Vaše odpovědi budou sloužit jako podklad pro výzkumnou část mé bakalářské práce. Název práce zní: „**Prenatální péče a její vliv na prožívání těhotenství**“. Cílem je zlepšení informovanosti o jednotlivých vyšetřeních a zkvalitnění přístupu zdravotnického personálu v oblasti komunikace žen navštěvující prenatální poradny.

Dotazník je zcela anonymní a dobrovolný.

Děkuji za Vaší ochotu a přeji Vám mnoho radostných okamžiků s Vaším miminkem.

### Pokyny pro vyplnění:

Uveďte vždy jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak.

Vybranou odpověď označte křížkem.

U některých otázek nejsou možnosti, proto popište své názory a pocity svými slovy.

Lucie Macková, studentka porodní asistence, 3. ročník

Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

### **1 . Kolik je Vám let?**

- Pod 20
- 20-25
- 26-30
- 31-35
- 36 a více

**2 . Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- Základní
- Střední bez maturity
- Střední s maturitou
- Vyšší odborné
- Vysokoškolské

**3 . Po kolikáté budete rodit?**

- Poprvé
- Podruhé
- Potřetí
- Počtvrté a více

**4 . Víte, která vyšetření jsou součástí prenatální péče a na co daná vyšetření slouží?**

- Ano. Prosím uveďte.....
- Ne

**5. Když je Vám prováděno jakékoli vyšetření, je Vám vysvětleno k čemu slouží?**

*(Proč Vám byla odebírána krev, moč, proč jste byla vyšetřována apod.)*

- Ano vždy
- Ano někdy
- Spíše ne

**6. Které z doposud prováděných vyšetření pro Vás bylo nepříjemné a stresující?**

*(Vyberte i více odpovědí a podtrhněte.)*

- odběr krve, odběr moči, vaginální vyšetření, ultrazvuk, test na zjištění cukrovky, Tripple test, Oscar, amniocentéza

**7. Zažila jste, že lékař nebo porodní asistentka mluvili příliš odborně a Vy jste nerozuměla sdělovaným informacím?**

- Ano často
- Ano někdy
- Ne, vždy jsem rozuměla

**8. Uvítala byste kdyby se Vám po dobu čekání v čekárně věnovala porodní asistentka nebo zdravotní sestra např. odpovídáním na Vaše dotazy, přednáškou na různá témata apod.?**

- Ano
- Není to potřeba

**9. Myslíte si, že Vám je věnován dostatek času při návštěvě u lékaře?**

- Ano
- Ne

**10. Jak hodnotíte své návštěvy v prenatalní poradně z hlediska informovanosti?**

- Jsem dostatečně informována o svém stavu a veškeré informace, které jsem chtěla vědět, jsem se dozvěděla.
- Jsem informovaná, ale je spousta věcí, kterým nerozumím.
- Věděla jsem jen to, kdy mám termín porodu



**11. Jak hodnotíte návštěvy celkově?**

- Kladně a přínosně
- Nepříliš kladně
- Spíše negativně

**12. Do jaké míry jste čerpala informace o těhotenství a porodu z následujících zdrojů?**

- Internet
- Televize
- Knihy
- Časopisy
- Předporodní kurz
- Lékař nebo porodní asistentka
- Kamarádky

**13. Kolik času věnujete vyhledávání informací o těhotenství a porodu?**

- Denně
- Občas
- Téměř vůbec

**14. Myslela jste si, že návštěvy u lékaře Vás dostatečně připraví k porodu?**

- Ano
- Neřešila jsem to
- Ne, proto jsem navštěvovala předporodní kurz

**15. Zaskočil Vás někdy způsob sdělení informací lékařem nebo porodní asistentkou?**

- Ano
- Ne

**16. Pokud jste odpověděla ano v předchozí otázce, jaké to ve Vás vyvolalo pocity?**

- Bylo to povzbuzující, udělalo mi to radost.
- Měla jsem z toho smíšené pocity, nevěděla jsem co tím přesně myslí.
- Vyvolalo to ve mně negativní pocity, nebylo to příjemné.

**17. Myslíte si, že by měl zdravotnický personál lépe komunikovat s těhotnými ženami vzhledem k citlivosti samotných žen a tématu, kterého se to týká – těhotenství?**

- Ano určitě
- Ne

**18. Pokud Vám bylo oznámeno, že je Vaše těhotenství rizikové, způsobilo to změnu na Vašem psychickém stavu?**

- Ano, ale nic se nezměnilo
- Ano byla jsem více úzkostná a měla jsem obavy o dítě
- Neměla jsem rizikové těhotenství

**19. Jak jste vnímala negativní informace o Vašem stavu?**

- Žádné mi sděleny nebyly
- Vyvolalo to ve mně strach
- Snažila jsem se na to nemyslet

**20. Jak jste celkově prožívala své těhotenství?**

- Užívala jsem si to, bylo to krásné období.
- Bylo to hezké období, ale měla jsem i hodně negativních pocitů.
- Neuvědomovala jsem si nějaké zvláštní prožívání, prožívala jsem jej spíše neutrálně.

**21. Věnujete se nějaké fyzické a psychické přípravě před porodem?**

- Ano. Uved'te prosím.....
- Ne

**22. Myslíte si, že jste dobře připravená na porod po fyzické i teoretické stránce?**

- Ano dostatečně
- Jen částečně
- Nejsem připravená

**23. Co pokládáte za zásadní nedostatek při poskytování zdravotnické péče?**

- Časté návštěvy
- Nedostatek času
- Rutinní práce zdravotnického personálu
- Odborné výrazy
- Nedostatečně vysvětlené informace
- Neosobní přístup
- Dlouhé čekací doby