

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

**Těhotenské průkazky v praxi porodní
asistentky**

Bakalářská práce

Autor: Eliška Chaloupková

Vedoucí práce: PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.

Jihlava 2018



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Eliška Chaloupková
Studijní program:	Porodní asistence
Obor:	Porodní asistentka
Název práce:	Těhotenské průkazky v praxi porodní asistentky
Cíl práce:	Zjistit význam těhotenské průkazky pro ženu v těhotenství.

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí bakalářské práce

PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na těhotenskou průkazku, jenž je nedílnou součástí celého procesu těhotenství. Teoretická část se zabývá těhotenstvím a vyšetření, které žena podstupuje v průběhu celé gravidity. Teorie obsahuje základní informace, které nejčastěji v průkazkách můžeme objevit. O teoretickou část se opírá výzkumná část této práce. Ta je zaměřena na vliv těhotenské průkazky na těhotnou ženu. Zaměřujeme se na význam těhotenské průkazky a její funkčnost v praxi z pohledu těhotných žen, které byly vybrány jako respondentky ke kvantitativnímu výzkumu tvořící základ této práce.

Klíčová slova

Těhotenská průkazka, těhotenství, těhotná, vyšetření v těhotenství

Abstract

The bachelor thesis is focused on the pregnancy card, which is an integral part of the whole process of pregnancy. The theoretical part deals with the pregnancy and examination that a woman undergoes throughout her pregnancy. The theory contains the basic information we can most often find in the passes. The theoretical part is based on the research part of this work. It focuses on the influence of a pregnancy card on a pregnant woman. We focus on the importance of pregnancy cards and their functionality in practice from the point of view of pregnant women who have been selected as respondents to the quantitative research underlying this work.

Keywords

Pregnancy card, pregnancy, pregnant, pregnancy examination

Poděkování

Mé poděkování patří PhDr. Vlastě Dvořákové, PhD. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala. Dále bych chtěla poděkovat mé rodině, která mi byla vždy oporou i v nejtěžších chvílích života.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně.
Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva

(ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé Zvolte položku. práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své Zvolte položku. práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 26. dubna 2018

.....

Podpis studentky

Obsah

Úvod.....	8
1 Teoretická část	9
1.1 Změny v organismu těhotné ženy	9
1.1.1 Kardiovaskulární oběh.....	9
1.1.2 Dýchací systém	10
1.1.3 Pohlavní systém	10
1.1.4 Trávicí systém.....	10
1.1.5 Vylučovací systém.....	11
1.1.6 Kožní soustava.....	11
1.1.7 Pohybový aparát	12
1.1.8 Psychické změny.....	12
1.2 Průběh prenatalní poradny ve fyziologickém těhotenství.....	12
1.3 První trimestr.....	14
1.3.1 Vstupní vyšetření	14
1.3.2 Kombinovaný screening v 1. trimestru.....	17
1.3.3 Ultrazvuk v prvním trimestru	17
1.4 Druhý trimestr	17
1.4.1 Biochemický screening ve 2. trimestru.....	17
1.4.2 Ultrazvuk v druhém trimestru.....	18
1.4.3 Orální glukózo-toleranční test	18
1.5 Třetí trimestr.....	18
1.5.1 Ultrazvuk ve třetím trimestru.....	18
1.5.2 Kardiotokografie	19
1.5.3 Vyšetření poruchy poševního prostředí	19
1.6 Zevní porodnické vyšetření.....	20
1.7 Invazivní vyšetření v těhotenství	21
1.7.1 Amniocentéza	21
1.7.2 Kordocentéza	22
1.7.3 Odběr choriových klků	22
2 Praktická část	23
2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	23
2.1.1 Cíl výzkumu.....	23
2.1.2 Výzkumné otázky	23
2.2 Metodika a průběh výzkumu.....	23
2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	24

2.4	Zpracování získaných dat.....	24
2.5	Výsledky výzkumu.....	25
2.6	Diskuze.....	46
2.7	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	50
Závěr		52
Seznam použité literatury		53
Seznam grafů a tabulek		55
Příloha: Dotazník – Těhotenské průkazky v praxi porodní asistentky		56

Úvod

Těhotenská průkazka je identifikační záznam daného těhotenství. Je to oficiální dokument, kdy informace z něho, jsou základní informace o vedení celého procesu, kterým si těhotná projde od získání průkazky až do porodu. Je důležitou součástí každého těhotenství, jelikož je zaměřená na stav těhotné ženy a jejího nenarozeného plodu, prakticky je zaměřena na celý proces vývoje ženy i vývoje plodu. Vyšetření, která žena podstupuje v tomto období jsou směrnice, které zdravotníkům ukazují, kam těhotenství směřuje. Musíme si uvědomit, že se nejedná o jeden lidský život, ale o dva či více životů.

Porodnictví se pořád vyvíjí a měli bychom jít tedy s dobou a hledat nedostatky, které brzdí a znehodnocují tento vývoj. Tato bakalářská práce si přímo dává za cíl zjistit význam těhotenské průkazky pro ženu v období těhotenství.

Jako budoucí porodní asistentka si kladu na zřetel, pomáhat ženám, a jelikož jsem se setkala s problémy v praxi s těhotenskou průkazkou, ráda bych začala odsud, proto jsem si vybrala toto téma bakalářské práce.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Teoretická část se zabývá těhotenstvím se zaměřením na vyšetření, které žena podstupuje v průběhu celé gravidity. Praktická část hodnotí získaná data z kvantitativního šetření a prezentuje výsledky i jako doporučení pro praxi.

1 Teoretická část

Těhotenství můžeme rozdělit na tři trimestry. První trimestr začíná splynutím gamet a končí dvanáctým týdnem gravidity. Druhý trimestr začíná, kde první končí, tedy trvá od 13. týdne gravidity do 28. týdne gravidity. Třetí trimestr se počítá od 28. týdne gravidity až do porodu (Hájek et al., 2014).

1.1 Změny v organismu těhotné ženy

Cílem anatomických a psychických změn v těhotenství je zdárně těhotnou připravit na celý průběh těhotenství, na porod a vše, co bude následovat. Změny se týkají všech anatomických soustav, jako je např. změna stavby a funkce orgánů, zadržování tekutin, změna procesů látkové přeměny (Gregora, Velemínský, 2013). Změna organismu pro těhotnou ženu znamená obrovskou zátěž, jelikož musí zabezpečit nejen sebe, ale také rychle rostoucí plod. Ženský organismus si dokáže s touto situací velice dobře poradit. Projevit se to může na ženě přirozenými znaky těhotenství či změnami v orgánových soustavách. Některé ženy dokáží na sobě samé zpozorovat tzv. nejisté znaky těhotenství, do kterých např. patří podrážděnost, náladovost, ranní nevolnost, strach, nauzea, zvýšená únava, změny chutě. O něco jistější jsou znaky pravděpodobné, které přímo značí změnu v pohlavní soustavě. Mezi tyto znaky patří amenorea, zvětšení dělohy nebo změna prsou, ztmavnutí prsní bradavky a dvorce (Simočková, 2011). V pozdějším stádiu se objevují znaky jisté, které značí plod v děloze. Do nich zařadíme pohybující se plod, srdeční akce plodu, palpce plodu atd. (Binder, 2011).

1.1.1 Kardiovaskulární oběh

Rostoucí děloha vytlačuje zbylé orgány z dutiny břišní směrem nahoru, než je jejich přirozená poloha, tím dochází k vytlačení bránice výše. Dochází ke změně uložení srdce v dutině hrudní. Srdce je vytlačeno výše a na levou stranu, kde zbytní. Zvýší se množství plazmy a množství fibrinogenu (Skutilová, 2016). Přibližně o třetinu se zvětší objem kolující krve, pohybuje se to kolem 1200–1500 ml (Simočková, 2011). V těhotenství se nepatrně snižuje krevní tlak. U 10 % žen může dojít tzv. syndromu duté žíly. Je to syndrom, který má příčinu v rychle rostoucí děloze, která když žena leží na zádech, nalehne na dolní dutou žílu a znepřístupní odtoku krve z dolních končetin. Žena může pociťovat nevolnost, pocit na omdlení či ztrátu vědomí způsobenou

snížením tlaku. Tlak dělohy na ostatní orgány může způsobit otoky, hemeroidy či jiné komplikace vyplývající změnou v poměru orgánů v dutině (Skutilová, 2016).

1.1.2 Dýchací systém

Posunutá bránice utlačuje plíce a tím snižuje jejich vitální kapacitu. Minutový oběh se zvýší, protože počet dechů se k normě zvedne o 10 dechu za minutu. Může se objevit mírná dýchavičnost nazývaná dyspnoe (Simočková, 2011). Následkem toho může nastat dušnost. Hyperventilace u těhotné ženy zajišťuje dostatek kyslíku pro její oběh i oběh plodu, a tím preventivně chrání plod před hypoxií či jiným druhem nedostatku kyslíku. Křeče vyvolané zvýšenou hloubkou a frekvencí dýchání bývají způsobené pocitem úzkosti a strachem. Ovládnutí emocí ženě pomůže nejen psychicky, ale i fyzicky (Skutilová, 2016).

1.1.3 Pohlavní systém

Děloha prochází nejvýznamnější změnou. Z hmotnosti 50-70 g nabyde na váhu 900-1000 g, kdy objem z původních 2-3 ml se zvýší na 5 litrů (Hanáková, 2015). Děloha je více prokrvená a průtok krve se zvýší z 30-50 ml/min na 900 ml/min. Tvar dělohy se mění s postupem zrání plodu. Z hruškovitého tvaru se postupně přemění na tvar ovoidní, po porodu se děloha zase stáhne a znovu zaujme svoje postavení a hruškovitý tvar, ačkoliv nezaujme původní stav, protože bude o něco větší následkem gravidity (Skutilová, 2016).

Kvůli zvýšenému prokrvení dojde ke zbarvení tkáně i u porodních cest, zejména pochvy a hráze. Stanou se nařívavými. Zevní rodidla až ke konečníku ztmavnou, zapříčiněním vyšší pigmentace (Skutilová, 2016).

1.1.4 Trávicí systém

První trimestr je pro ženy zatěžující z hlediska možnosti nesnášení změn organismu, které u některých žen může vyvolat stav nevolnosti, nauzey či zvracení. Tyto projevy nejčastěji začínají ráno a mohou trvat až celý den. Tyto stavy zpravidla vymizí dokončením prvního trimestru. V těhotenství se snižuje motilita střev vlivem progesteronu. Často snížení motility vede k zácpě a vyšší plynatosti. Další problémem těhotných bývá pyróza (pálení žáhy) způsobena ochabnutím jícnového svěrače, proto

může vnikat do jícnu acidózní obsah žaludku (Skutilová, 2016). Z důvodu hyperprodukce slin a změny v jejich složení dochází k zvýšené kazivosti zubů. Dásně snadněji při podráždění krvácejí a mají vyšší sklon ke vzniku infekce (Gregora, Velemínský, 2013). Gravidní ženy mohou trpět na žlučnické kameny, jelikož vyšší obsah cholesterolu a poruchy vyprazdňování žlučníku podpoří tvorbu žlučnických kamenů (Simočková, 2011).

1.1.5 Vylučovací systém

Vlivem těhotenství se zvětší ledviny a močovody. Dochází k tomu zejména pro nutnost přizpůsobit se změně v systému této soustavy. V ledvinách dochází ke zvýšení průtoku krve, to zapříčiní větší tvorbu primární moče, která se dalšími procesy mění na finální sekundární moč. Voda se v období gravidity pomocí hormonů lépe vstřebává do těla a objem vody v těle se zvětší až o 20 %. Způsob močení se uzpůsobí růstu dělohy. Kvůli zvětšující se děloze dojde k utlačení močového měchýře. Žena pociťuje častěji nutnost na močení tzv. polakisurii. V této fázi těhotenství může docházet k měštnání moče v ledvinách či regurgitaci moče zpět do močovodů, proto močová soustava je náchylnější pro vznik infektu. V těhotenství můžeme v malé míře najít i glukózu v moči, je to stav, který nespadá pod patologie, jen dodržujeme zásadu kontroly a obezřetnosti, protože glukóza v moči podporuje riziko infektu (Skutilová, 2016).

1.1.6 Kožní soustava

Objevuje se hyperpigmentace kůže z důvodu změny hladiny hormonů. Zvýšeně se pigmentuje zevní genitál a anus, prsní dvorce a bradavky. Pokud se zviditelní alespoň část linie od mečovitého výběžku k symfýze nazývá se Linea nigra jinak nevýrazná Linea alba (Roztočil, 2017). U 70 % těhotných se objevují pajizévký neboli strie. Na tvářích se mohou vyobrazit hnědé ostře ohraničené skvrny nazývané Chloasma gravidarum, které po porodu mizí (Simočková, 2011). Mléčná žláza se zvětšuje a připravuje se na dobu po porodu, prsa tudíž nabývají na objemu. Z prsou může vytékat kolostrum, zapůsobením hormonů (Gregora, Velemínský, 2013). Začne se zde více ukládat tuk. Prsa mohou být napnutá a citlivá na dotek, kvůli lepšímu prokrvení tkání v graviditě (Skutilová, 2016).

1.1.7 Pohybový aparát

Růstem plodu a změnami v organizmu dochází ke zvýšení hmotnosti těhotné přibližně o 10-12 kg. Z těchto příčin se změní postavení páteře. Dojde k výrazné lordóze v bederní oblasti, prohnutí páteře dopředu, a hrudní oblasti se dostane opačného efektu, tedy kyfóze, prohnutí páteře dozadu. Změna těžiště těla způsobuje bederní či jiné druhy bolesti zad (Simočková, 2011).

1.1.8 Psychické změny

U ženy dochází k výrazným hormonálním změnám od začátku těhotenství a spolu s tím se mění i emoční stabilita ženy. V těchto chvílích je důležitá podpora těhotné, zejména od partnera. Žena se připravuje na novou roli ve svém životě, a to roli matky, tudíž může pociťovat různé druhy emocí jako je strach, úzkost, zmatek, ale i pocit radosti a očekávání. Těhotná se musí naučit sžít se s plodem a vytvořit si vazbu, která nese i své změny, které mohou zasahovat do prostředí ženy, zázemí či do sociálních poměrů (Gregora, Velemínský, 2017).

1.2 Průběh prenatální poradny ve fyziologickém těhotenství

Poté, co je těhotenství potvrzeno, se těhotná žena dostaví do ambulance ke svému gynekologovi, kde dostane těhotenský průkaz, který bude sloužit pro zaznamenávání údajů z kontrol. Při každé následující prenatální poradně se sleduje krevní tlak (TK), otoky, hmotnost, vyšetření moče, pohyby plodu, akce srdce plodu, gynekologický nález s popisem lékaře, ve vyšším týdnu gravidity se ještě sleduje naléhání plodu a jeho uložení (Eliašová, 2008). Žena navštíví prenatální poradnu zhruba desetkrát. Za tu dobu se hlídá stav plodu a změny v těhotenství. Při fyziologickém těhotenství žena navštěvuje prenatální poradnu přibližně každé čtyři týdny do 36. týdne gravidity, po tomto týdnu, žena dochází jednou za týden až do termínu porodu. Od 36. týdne může být těhotná předaná porodnici, ve které chce родit, aby docházela na prenatální poradnu tam. Nejpozději však v termínu porodu (Gregora, Velemínský, 2017).

Pokud si máme vyšetření u těhotné ženy rozdělit, lze je dělit podle týdnu, ve kterém se dané vyšetření provádí. Začneme potvrzeným těhotenstvím a zařazením ženy do skupiny těhotných žen. To se provádí například za pomoci určení hladiny α hCG a prvního ultrazvuku, kde je patrné embryo. Následuje vstupní vyšetření, u kterého

dbáme na podrobnou anamnézu a datum prvního dne poslední menstruace. Dále u vstupního vyšetření hlídáme, abychom zhodnotili celkový stav těhotné, jak z pohledu fyzikálního, tak i z pohledu gynekologického, kde vyšetříme zevní pánevní rozměry, vyšetříme prsa. Doktor odebere cytologii z děložního hrdla a podívá se kolposkopem na stav čípku (Binder, 2011).

Rutinní návštěva těhotné obsahuje změření krevního tlaku, hmotnosti, orientační vyšetření moče s lakmusovým papírkem, kde nás zajímají hodnoty zejména bílkovin a cukru (Binder, 2011). Žena za dobu těhotenství podstoupí odběry krve na základní otestování, které jsou tvořeny z krevního obrazu (KO), krevní skupiny (KS), Rh-faktoru (Rh) a protilátek proti erytrocytům, glykemie nalačno, Syfilis, HIV, antigen hepatitidy typu B nebo takzvaný australský antigen (HBsAg) (Gregora, Velemínský, 2017). Tyto odběry mohou doplnit i o infekční nemoci jako je toxoplazmóza, rubeola a další (Behinová, 2012). Provádí se nejpozději do 14. týdne gravidity, pokud tedy není těhotenství zjištěné později, jinak se krev obere, co nejdříve. Prvotrimestrální screening je doporučeno provést kolem 12. týdne těhotenství (Binder, 2011).

Druhotrimestrální biochemický screening se provádí nejpozději do 16. týdne gravidity a je povinný, pokud není odmítnut těhotnou. První velký ultrazvuk k vyloučení závažných vývojových vad se provádí kolem 20. až 22. týdne těhotenství, zejména se zde hledají vady srdce, dutiny břišní, či jiné vrozené vývojové vady. Od 24. týdne do 28. týdne těhotenství žena podstoupí Orální glukózo-toleranční test (oGTT), pro vyloučení gestačního diabetu (Binder, 2011).

Další velký ultrazvuk se provádí v třetím trimestru, kolem 30. až 32. týdne těhotenství. Zde se kontroluje například růst plodu, uložení placenty, množství plodové vody. Ve 36. týdně gravidity se znovu provádí základní vyšetření krve. Vyšetření na streptokoka skupiny B, *Streptococcus agalactiae*, značený v těhotenské průkazce GBS nebo SAG, se provádí kolem 36. týdne těhotenství (Binder, 2011). Běžně od 38. týdne gravidity těhotná podstupuje preventivní natáčení plodu a děložní činnosti na přístroji zvaném kardiokograf. Rutinně se natáčí více jak 20minutový záznam, který pak lékař zhodnotí (Chmel, 2008).

1.3 První trimestr

Těhotenství je většinou fyziologický proces, který můžeme odlišit od patologického těhotenství pravidelným monitoringem těhotné a plodu. Každé těhotenství je individuální, proto k němu tak přistupujeme. Těhotenství můžeme zařadit do třech skupin podle rizikovosti. Patří sem skupina s malým rizikem, kde ženy prochází standartními vyšetřeními, nemají rizikovost vyplívající z anamnézy a laboratorních výsledků. Můžeme ji nazvat fyziologickou skupinou. Druhá skupina je se středním rizikem, což jsou ženy, které mají zatěžující faktor v anamnéze, a podle toho se pak uzpůsobuje harmonogram kontrol v graviditě. Poslední skupinou jsou těhotné s vysokým rizikem. Tato skupina je charakteristická výskytem patologie, jenž ohrožuje těhotenství, proto gynekolog určuje postup kontrol a druhy vyšetření v těhotenství individuálně podle závažnosti (Roztočil et al., 2017).

1.3.1 Vstupní vyšetření

Nejvhodnější je těhotnou ženu vyšetřit do 12 týdne gravidity, do konce prvního trimestru. Jako první, porodní asistentka vystaví těhotenskou průkazku, kterou bude těhotná nosit u sebe a kde se budou zaznamenávat informace o těhotenství (Simočková, 2011).

Těhotenská průkazka

Je důležitá zejména pro následné zapisování průběhu těhotenství, ač se jedná o vyšetření, kontroly nebo konzultace. Standardně průkazka obsahuje základní identifikační údaje, anamnestické údaje, termín porodu, místo pro záznamy z kontrol od lékařů, místo pro informace z ultrazvuku, a také obsahuje část pro zapisování laboratorních výsledků (Simočková, 2011). Součástí těhotenské průkazky je gravidogram a hodnoty cervix skóre (CS) a jiné vyšetření indikované lékaři, dopisované v průběhu těhotenství (Eliašová, 2008).

Měření pánve

V této první prenatalní poradně se změří zevní rozměry kostěné pánve pelvimetrem v pozici ve stoje s kotníky u sebe nebo v poloze na zádech. Měří se čtyři vzdálenosti (Urbanová, 2010).

Zevní rozměry pánve

- Distantia bispinalis – rozměr mezi oběma spinae iliacae anterior, který dosahuje 24-26 cm
- Distantia bicristalis – největší na měřitelný rozměr mezi oběma cristae iliacae, dosahující 25-28 cm
- Distantia bitrochanterica – největší vzdálenost, měří se od obou trochanterů femuru, 30-33 cm
- Conjugata externa (Baudelocque) – nejdůležitější rozměr, počínaje od vrcholu Michaelisovy routy (výběžek 5. bederního obratle) a končí ve středu horního okraje symfýzy, měří 18-20 cm

Měřením pánve se snažíme předejít kefalopelvickému nepoměru, který způsobuje uvíznutí plodu při porodu v porodních cestách. Snažíme se předejít komplikacím a dbáme na prevenci. Bohužel tato prevence v poslední době klesá i s klesajícími patologiemi pánve, s výjimkou deformací pánve úrazy (Binder, 2011).

Anamnéza

Zjišťují se informace o ženě a jejím okolí, vše, co by narušilo fyziologický průběh těhotenství. V rodinné anamnéze (RA) nás zajímají onemocnění a dědičné stavy vyskytující se v genetice rodiny. Osobní anamnéza (OA) pojednává o stavu těhotné, zda má nějaké onemocnění či sklon k riziku, jenž by narušil graviditu. Důležité pro porod je také porodnická a gynekologická anamnéza. V ní se zaměřujeme na počet těhotenství, počet porodů, komplikace v jejich průběhu, jaká byla menstruace, datum poslední menstruace (PM), kontracepce, sexuální aktivita, onemocnění pohlavní soustavy. Dalším anamnestickým údajem je, zda je žena právě nemocná, co ji sužuje a jaké má příznaky, jaká byla dosavadní léčba (Binder, 2011). Abychom mohli získat kvalitní a přesné údaje od těhotné, je důležité dbát na pravidla, která spočívají v zajištění intimity, nerušeného prostředí od okolních rušivých elementů a dostatku času na konverzaci mezi těhotnou a personálem (Eliašová, 2008).

Stanovení termínu porodu

Lze stanovit více způsoby. Používá se stanovení termínu porodu podle prvního dne poslední menstruace, kdy se k tomu datu přičte sedm dní a odečtou se tři měsíce, potom akorát přehodíme rok. V praxi se používá na této bázi gravidometr, který se nastaví na první den menstruace, a podle toho určujeme snadněji i to, ve kterém týdnu

se těhotná nachází (Slezáková, 2017). Tomuto pravidlu se říká Naegeleho vzorec. Platí jen u pravidelných cyklů po 28 dnech. Je možné, také odhadnout termín porodů podle prvních pohybů. Prvorodičky první pohyby plodu cítí kolem 20. týdne gravidity, vícerodičky kolem 18. týdne gravidity (Bašková, 2015).

V centrech asistované reprodukce se používá metoda, při které známe přesný den oplodnění. V tomto výpočtu se vezme přesný den oplodnění a přičte se k tomu 38 týdnů. Další metodou je ultrazvukové vyšetření temenokostrční délky, podle které se určí stáří těhotenství. Tato metoda se bere jako nejpřesnější (Slezáková, 2017).

Vyšetření krve

Porodní asistentka zapíše datum odběrů do těhotenské průkazky. Jako první se odebírá krev na krevní skupinu a Rh-faktor, z důvodu potřeby originálu při porodu, Rh inkompatibilitě s plodem, nutnosti transfúze či jiných akutních stavů vyskytujících se nejenom v porodnictví (Eliašová, 2008). Také se odebírá titr protilátek. Vyšetřuje se i krevní obraz, kde sledujeme hladiny erytrocytů (červených krvinek), leukocytů (bílých krvinek), trombocytů (krevních destiček), hemoglobinu a hematokritu a další odběry na pohlavně přenosné nemoci a infekční nemoci (Hanáková, 2015). U jedné třetiny žen dochází k anémii způsobenou nedostatkem železa (Eliašová, 2008).

Vnitřní vyšetření

Provádí se dvěma prsty, které se pohybují v pochvě. Zkoumají se vnitřní rozměry a velikost prostoru v pánvi. Důležitá je anamnéza ženy, zdali neměla trauma pánve či vadu pánve, která by mohla nepříznivě ovlivnit průběh porodu. Při porodu nás zajímá stav čípku a porodních cest, celkově porodnický nález (Hájek, 2014).

Kolposkopie a cytologie

Těhotné ženě je odebrán stěr z čípku, který je následně odeslán na preventivní vyšetření v laboratoři. U netěhotných žen se provádí jednou ročně, pro popřípadě včasnou diagnostiku prekancerózního stavu či pro zjištění nádoru cervixu. Kolposkopické vyšetření zkoumá stav čípku. Je použit přístroj nazývaný kolposkop, jenž zvětšuje velikost čípku jako mikroskop. Zkoumá se zbarvení čípku, celistvost cervixu, kam dosahuje, jeho okraje, změny cévního zásobení či jiné další aspekty (Hourová, Galambošová, 2015).

1.3.2 Kombinovaný screening v 1. trimestru

Toto vyšetření spočívá v odběru krve na hladiny free-beta-hCG a PAPP-A (těhotenský asociační plasmatický protein/ pregnancy asociated plasma protein) doplněný o podrobný ultrazvuk, který završuje tento test a hodnotí tak riziko vývojových vad. Provádí se do konce prvního trimestru, nejlépe kolem 10. týdne gravidity. Spolu s tímto vyšetřením se pojí i možnost odběru krve na screening preeklampsie, jenž se nově pohybuje v praxi. V krvi se hledá placentární růstový faktor (PIGF) a solubilní receptor tyrozinkinázového typu 1 (sFlt-1), který s dovyšetřením průtoků v děložních tepnách odhaluje riziko vzniku preeklampsie (Roztočil et al., 2017).

Kombinovaný screening se provádí za účelem zjistit riziko plodu k vývojové vadě. Zjišťuje se riziko potenciálu například k Downova syndromu, Edwardsova syndromu a Patauova syndromu (Skutilová, 2016). Zjistilo se, že pokud chybí nosní kůstka v období 11.-13. týdne gravidity může to znamenat Downův syndrom. 95 % plodů s Downovým syndromem lze odhalit tímto screeningem, kde se sleduje biochemický vyšetření krve, potom nepřítomnost kostní kůstky spolu s nuchální translucencí (šíjovým projasněním) v ultrazvukovém vyšetření. Šíjové projasnění je fyziologické do 3 mm (Binder, 2011).

1.3.3 Ultrazvuk v prvním trimestru

Dnešní ultrazvukové vyšetření se pyšní svou spolehlivostí, bezpečným neinvazivním přístupem. Pomáhá snižovat riziko úmrtnosti a poškození plodu. Pomáhá při diagnostice plodu (Binder, 2011). Na to abychom vypočítali termín porodu nám může posloužit ultrazvuk, který však je provedený do 14. týdne gravidity. Určuje se přesná temenokostrční délka (CRL). Nejlepší je provést toto vyšetření v 10. týdnu gravidity (Roztočil et al., 2017).

1.4 Druhý trimestr

1.4.1 Biochemický screening ve 2. trimestru

Každý screening v těhotenství musí splňovat jasná kritéria, kde se na něm hodnotí dostupnost, neinvazivnost, s výjimkou venózní punkce za účelem odběru krve, falešná pozitivita screeningu, finanční dostupnost a odbornost vyšetření (Panczak, 2013).

Biochemický screening, který můžeme nazývat jako Tripl test, se provádí v 16. týdnu gravidity. Odebírá se krev na hladiny hormonů, a to přesně na alfa-fetoprotein (AFP), choriový gonadotropin (hCG) a volný estriol (E3). Hladina alfa-fetoproteinu může ukázat na vývojovou vadu. Při nízkých hodnotách se může uvažovat o vývojové vadě Downův syndrom, a naopak zvýšená hladina tohoto proteinu ukazuje na vady neurální trubice (Behinová, 2012).

1.4.2 Ultrazvuk v druhém trimestru

Provádí se od 20. týdne gravidity do 22. týdne gravidity podle možností těhotné. Provádí se kontrola plodu a všech aspektů s tím spojených, jako jsou biometrické parametry, sloužící také pro kontrolu termínu porodu, jež byl vypočítán v prvním trimestru. Měří se BPD (biparietální diametr), HC (obvod hlavičky plodu), AC (abdominální obvod plodu), FL (délka femuru). Dále se kontroluje uložení placenty a úpon pupečníku s následnou kontrolou všech částí plodu (Roztočil et al., 2017).

1.4.3 Orální glukózo-toleranční test

Značí se oGTT nebo OGTT. Toto vyšetření se provádí v druhém trimestru, kdy je žena odeslána na vyšetření, kde se sleduje její hladina glykémie v krvi při aplikaci glukózového roztoku. Provádí se ve 24.-28. týdnu gravidity, jen za podmínky, že žena měla fyziologickou hodnotu glykémie nalačno při vstupní poradně (Lamni-Keefe, Couch, Philipson, 2008). V České republice se objevuje u 2-3 % těhotných (Roztočil, 2017). Neléčený gestační diabetes může u plodu například vyvolat tzv. gestační diabetickou fetopatii (Slezáková, 2017). Test se provádí nalačno, kdy se změří hodnota glykémie před vypitím, hodinu a dvě hodiny po vypití 75 g glukózy. Fyziologická hodnota nalačno dosahuje hranici 5,5 mmol/l, dvě hodiny po vypití je hranice posunutá na 7,8 mmol/l (Roztočil, 2017).

1.5 Třetí trimestr

1.5.1 Ultrazvuk ve třetím trimestru

Provádí se v 30.-32. týdnu gravidity. Ultrazvuk se zaměřuje zejména na plod a placentu. Sleduje se růst plodu, uložení placenty s dopplerovským vyšetřením průtoku v cévách

pupečníku, množství plodové vody a možné vývojové vady plodu, které nebylo možné do teď vidět (Kukla, 2016). Znovu se provádí důležitá biometrie plodu a jeho poloha v děloze (Slezáková, 2017). Bývá to druhý velký ultrazvuk prováděný jako jedna z metod screeningu (Gregora, Velemínský, 2013).

1.5.2 Kardiotokografie

Používají se zkratky CTG nebo KTG. Je to neinvazivní metoda, jakou lze sledovat stav plodu přes dutinu břišní za pomoci dvou sond, které se přikládají na fundus dělohy a na hřbet plodu směrem k hlavičce. Fixují se pásy, jež drží sondu na správném místě. Přístroj za pomoci sond, vyhodnocuje stav plodu a vytváří záznam, kardiotokogram. Na něm sledujeme činnost a výchyly rytmu srdce plodu, děložní činnost a její nárůst či pokles. Záznam se natáčí nejméně 20 minut, vhodná délka záznamu se určuje podle reaktivity plodu a jeho stavu (Chmel, 2008).

1.5.3 Vyšetření poruchy poševního prostředí

V porodnictví se setkáváme s poruchou poševního ekosystému zejména v těhotenství, kdy se dává do souvislosti s rizikem vzniku partus prematurus (předčasný porod). V graviditě dochází k velkým změnám v zmiňovaném vaginálním ekosystému (mikroflóry). K poklesu imunity organismu ženy v období gravidity dochází z mnoha důvodů. To lze vypočítat od 16. týdne těhotenství s trváním až do porodu. S jakoukoliv léčbou infekce v těhotenství přichází možné riziko pro plod. Nejčastěji se můžeme potkat s pozitivitou ženy na *Streptococcus agalactiae* skupiny B, často se používá zkratka GBS nebo SAG. Ten může u plodu v nejhorším případě vyvolat tzv. smrtící neonatální sepsi (Špaček, Buchta, Jílek et al., 2013).

Komplikace vznikající s poruchou vaginálního ekosystému mohou zapříčinit různé idiopatie. Bakteriální vaginóza se dává do souvislosti s předčasným porodem. Genitální mykoplazmata, zato s předčasným odtokem VP (plodové vody).

Zdravý fyziologický vaginální ekosystém zůstává v těhotenství nedotčený (intaktní), avšak v těhotenství může dojít ke změně stavu, která může vyvrcholit v patologii, jenž je neblahá pro graviditu (Špaček, Buchta, Jílek et al., 2013).

SAG/GBS

Streptococcus agalactiae byl již od roku 1970 v hledáčku USA. Jednalo se o spojení této gram negativní bakterie s časnou neonatální morbiditou a mortalitou. Udávalo se 50 %

případů s fatálními následky. V dnešní době je často hlavní příčinou vzniku časné neonatální sepse. Ta se od dob předešlých snížila na 4-6 %. Příčinou sepse bývá vzestupný přenos bakterie z pochvy matky na plod. Streptococcus může cestovat i přes neporušené obaly do VP (plodové vody), a potom až do plic, kde se snadno dostane do krevního řečiště plodu. Nejsnazší cesta infikování plodu touto bakterií je nejprostší, a to při vaginálním porodu samotném, v porodních cestách, kde Streptococcus kolonizuje (Špaček, Buchta, Jílek et al., 2013).

Kultivace na Streptococcus agalactiae se provádí v rutinním screeningovém vyšetření v rozmezí 35.–38. týdne gravidity. Měl by se provádět u všech těhotných žen. Následná ATB (antibiotická) intrapartální profylaxe se provádí jako prevence možných komplikací. Účinnost prevence se pohybuje mezi 86 a 89 %. Dnes se profylaxe standardně provádí při porodu. Je důležité, aby proběhla intrapartálně. Největší efektivita profylaxe je provést ji 4 a více hodin před porodem plodu. Dostačující je také profylaxe proběhlá 2 a více hodin před samotným porodem plodu. Toto opatření se provádí i u žen před sekci (císařským řezem), jelikož císařský řez není opatření proti přenosu Streptococců. Ženy s negativní kultivací na SAG, prochází profylaxí, jen když jim odtekla plodová voda a uběhlo od toho více jak 12 hodin (Špaček, Buchta, Jílek et al., 2013).

1.6 Zevní porodnické vyšetření

Porodní asistentka či lékař by měli sledovat výšku fundu již od prvního trimestru. Ve 12. týdně gravidity fundus dělohy dosahuje pod stydkou kost. V 16. týdně gravidity děloha je již čtyři prsty nad symfýzou a ve 20. týdně dosahuje středu délky od symfýzy k pupku těhotné. Co čtyři týdny to čtyři prsty výše. Měření v následujícím 24. týdně gravidity bude dosahovat dno dělohy k pupku a o čtyři týdny později, ve 28. týdně gravidity, bude dosahovat čtyři prsty nad pupek. Do půli cesty od pupku k processus xiphoideus, dosahuje fundus dělohy v 32. týdně gravidity. V 36. týdně gravidity fundus uteri naléhá na žeberní oblouky. 40. týden gravidity je dno děložní tři prsty pod žebra (Štomerová, 2010).

Porodní asistentka tak i lékař by měl dokázat určit mnoho věcí o graviditě jen zevním vyšetřením. Stáří gravidity podle odměření vzdálenosti fundu dělohy až po určení naléhání a polohu plodu ve vyšším stádiu těhotenství. Zevním porodnickým vyšetřením

nejde jen o vyšetření plodu ale i o navázání kontaktu s těhotnou. Pro tuto diagnostiku se používají čtyři Leopoldovy či také nazývané Pawlíkovy hmaty (Štomerová, 2010).

První Pawlíkův hmat

Prvním hmatem se určuje velikost dělohy, jak vysoko je děložní dno neboli fundus dělohy a jaké je přibližné září plodu. Obě ruce se položí malíkovou hranou vertikálně na břicho těhotné a pohyby rukou se mapuje (Štomerová, 2010).

Druhý Pawlíkův hmat

U tohoto hmatu jedna ruka zůstává na svém místě a vytváří stěnu, aby druhá ruka mohla vyhmatat plod bez toho, aby tzv. utíkal. Vyšetřují se malé části plodu a hřbet plodu pro diagnostiku postavení plodu v děloze. Obě ruce se vystřídají (Štomerová, 2010).

Třetí Pawlíkův hmat

Při tomto hmatu se určuje, jak je sestouplá hlavička plodu. Vstupování hlavičky do pánevního vchodu se určuje podle vyhmatání krční rýhy a podle toho, zda je možné s hlavičkou pohnout. Hmat se provádí tak, že jedna ruka snímá písmeno C a je přiložena nad symfýzu, kde hmatá krční rýhu a zkouší pohyblivost hlavičky (Štomerová, 2010).

Čtvrtý Pawlíkův hmat

Tento hmat je bolestivý, je nutné jej provádět jemně. Špičky prstů obou rukou jsou vkládány pod symfýzu, kde hledají spánkové kosti či temeno plodu. U chopí hlavičku a pokud lze hlavičku nadzvednout ještě není v pánevním vchodu (Štomerová, 2010).

1.7 Invazivní vyšetření v těhotenství

1.7.1 Amniocentéza

Riziko komplikací je kolem 1 %. U tohoto vyšetření dochází k punkci, která dovoluje odebrání plodové vody z děložní dutiny, ve které se nachází plod. Punktuje se velkou jehlou přes abdominální dutinu a odebírá se 15-20 ml plodové vody (VP). Odběr je možné uskutečnit od dokončeného 15. týdne gravidity (Binder, 2011).

Provádí se odebrání plodové vody za účelem genetického vyšetření na vývojové vady plodu. Výsledky vyšetření jsou známy za tři týdny od zákroku, pokud si žena zaplatí rychlejší vyhotovení, tak se výsledky dozví za 48 hodin (Hanáková, 2015).

1.7.2 Kordocentéza

Punkce, při které se umožňuje například odebrání pupečnickové krve pod ultrazvukovou kontrolou. Odběr je umožněn od 18. týdne gravidity. Punkce dovoluje aplikaci léčiv či jiné terapeutické techniky (Binder, 2011). Komplikace mohou nastat v 1-2 %. Často se toto vyšetření provádí při kombinaci s fetoskopií (Hanáková, 2015).

1.7.3 Odběr choriových klků

Tento zákrok se provádí jen výjimečně, jelikož jeho alternativní metodou je amniocentéza. Je možné tento odběr provést od ukončeného 10. týdne gravidity. Odebírá se malé množství choriových klků, které tvoří placentární tkáň, jenž mají stejnou genetickou vybavenost jako plod. Odběr se provádí shodně jako aminocentéza, ačkoliv se neodebírá plodová voda, ale tkáň choriových klků. Provádí se punkce dutiny břišní až do dělohy, kde se napunktuje choriová tkáň a malá část se odebere pro diagnostiku, vše se provádí pod ultrazvukovou kontrolou (Hanáková, 2015).

2 Praktická část

2.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

2.1.1 Cíl výzkumu

Byl stanoven jediný cíl výzkumu.

C1: Zjistit význam těhotenské průkazky pro ženu v těhotenství.

2.1.2 Výzkumné otázky

Stanoveny byly tři výzkumné otázky k jednomu cíli výzkumu.

V1: Vznikla vazba za dobu těhotenství u ženy a její těhotenské průkazky?

V2: Jak těhotné ženy přistupují k těhotenské průkazce?

V3: Jaké problémy nejčastěji řeší těhotné ženy v souvislosti s těhotenskou průkazkou?

2.2 Metodika a průběh výzkumu

Výzkum byl prováděn kvantitativním šetřením za použití nově vytvořeného dotazníku (viz příloha č. 1) přímo pro tuto bakalářskou práci. Dotazník šel do oběhu 1. leden 2018 a byl ukončen 1. dubna 2018. Rozšíření dotazníku do oběhu proběhlo na stránkách www.facebook.com přímým odkazem zveřejněným na skupinách zde vytvořených. Dotazník byl vytvořen elektronicky přes stránky www.surveymonkey.com. Obsahuje 21 otázek, které můžeme dělit podle možnosti odpovědi, nebo podle podstaty otázky. Otevřených otázek je 8, kde ženy dopisují informace dle zadání otázek. Sem patří otázky s čísly 1, 3, 4, 5, 7, 12, 17, 21. Polootevřených je také 8. Jsou to otázky, které potřebují upřesnit dle výběru odpovědi. U většiny těchto otázek byla preventivně zařazená možnost s názvem Jiné, aby nemohlo dojít k nejasnostem, tudíž se žena mohla vyjádřit. Do těchto otázek patří otázky s čísly 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15. Uzavřených odpovědí je 5, tedy vybíralo se jen z možností nabídnutých v jednotlivých otázkách. Do této kategorie patří otázky s čísly 2, 16, 18, 19, 20. Otázky byly vytvořeny podle standardních zásad tvoření dotazníku. Dotazník začíná údaji o ženě, které nám dávají přehled o její stručné anamnéze. Dále pokračují otázky přímo směřované na téma této bakalářské práce. Dotazníkové šetření bylo zodpovídané od nejjednodušších otázek

po otázky, u kterých žena musela déle přemýšlet a subjektivně se vyjádřit. Následně došlo k analyzování dotazníku. Každá otázka byla analyzována samostatně.

2.3 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

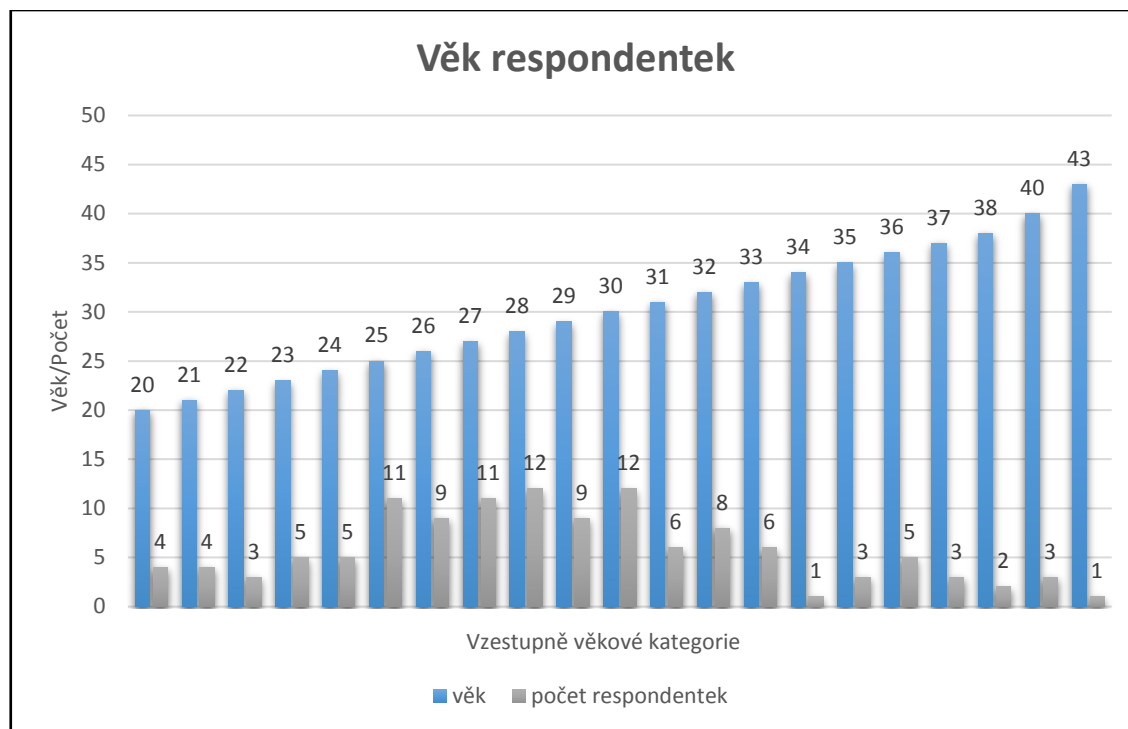
Dotazník byl vytvořen pro velké spektrum respondentu, jimž byly ženy po porodu, které se setkaly s těhotenskou průkazkou a které měli možnost s ní zacházet. Protože dotazník byl rozeslán elektronicky, respondenti jsou z celé České republiky. To dokazuje otázka č. 5, kde je možno vidět, že byly psány různé nemocnice či odpověď doma. Dotazník zodpovědělo 123 žen, což v procentech zobrazení dotazníku, je to 22 %. 78 % žen nedokončilo nebo neodeslalo dotazník. Podle statistických údajů nejčastěji vyplnění dotazníku trvalo 2-5 minut, a to přesně u 44 % žen. Dalším 40 % respondentů se podařilo dotazník dokončit za 5-10 minut od otevření dotazníku z přímého odkazu.

2.4 Zpracování získaných dat

Praktická část této bakalářské práce byla zpracována v programu Microsoft Word a Microsoft Excel byl použit pro hodnocení dat získaných z kvantitativního šetření, pro tvorbu grafů a tabulek, jež byly použity pro obrazné znázornění výsledku výzkumu.

2.5 Výsledky výzkumu

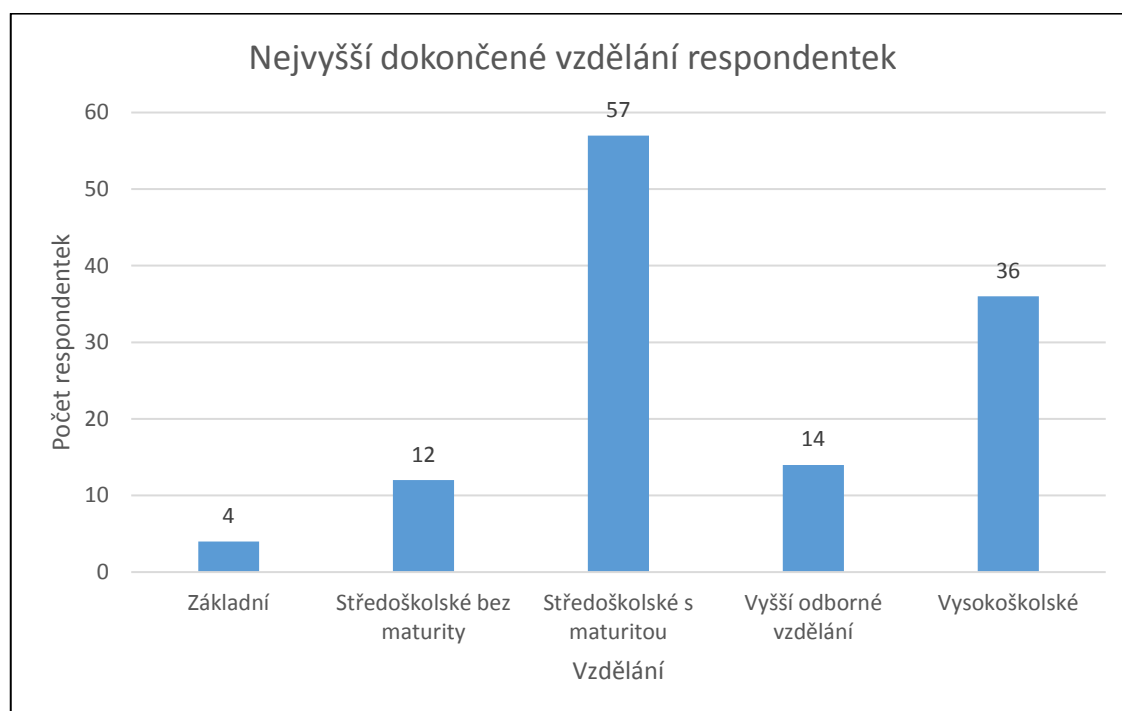
Otázka č. 1: Věk



Graf č. 1: Výsledek výzkumu věku respondentek

Pokud máme nahlédnout do problematiky těhotenství musíme si určit jasnou věkovou skupinu s níž v dotazníku pracujeme. Nejmladším respondentkám bylo 20 let a nejstarší 43 let. To nám určilo věkové rozmezí žen, se kterými pracujeme v dotazníkovém šetření. V dotazníku se objevil nejčastěji věk 28 let, ale při výpočtu průměru věku respondentů byl výsledek 28,76 let (zaokrouhleno na setiny). V následujícím grafu je ukázáno spektrum žen v porovnání počtu respondentek na daný věk. Můžeme vidět 21 věkových kategorií. Největší počet respondentek se pohybuje v rozmezí od 25 do 30 let s počtem 64 žen, nadpoloviční většinou.

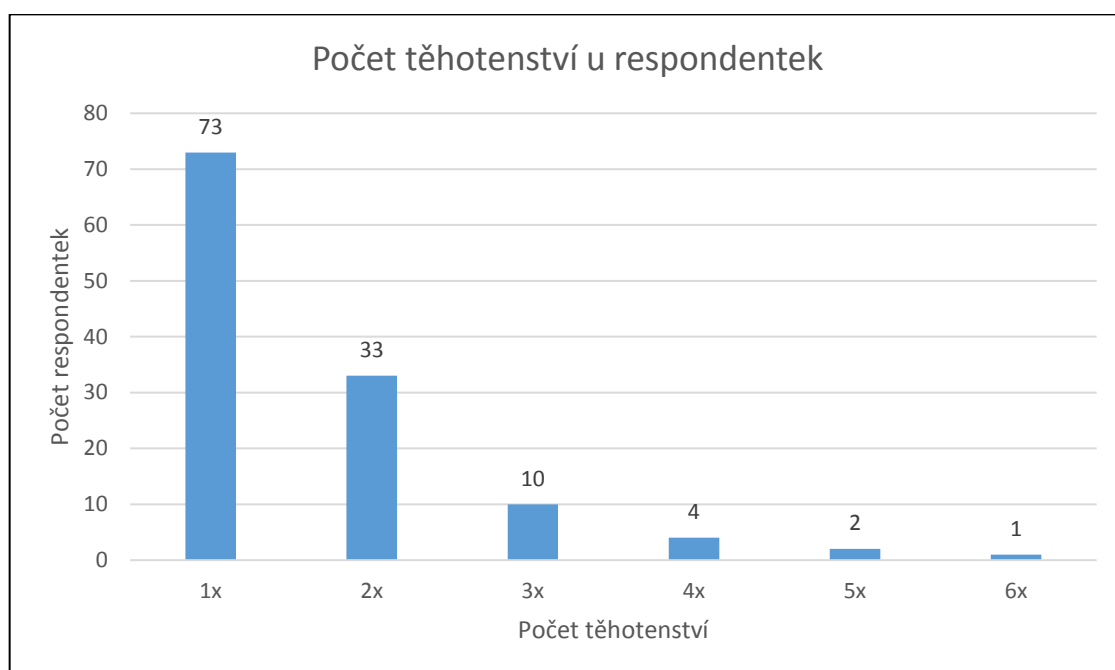
Otázka č. 2: Jaké máte nejvyšší dokončené vzdělání?



Graf č. 2: Výsledek výzkumu vzdělání respondentek

Tato otázka je zaměřena na anamnézu vzdělanosti respondentů, jenž nám dává přehled o struktuře vzdělanosti respondentů v tomto dotazníkovém šetření. V této otázce, se také dozvídáme, jak vzdělané jsou respondentky a jaké je jejich procentuální zastoupení v jednotlivých kategoriích. Nejčastěji odpovídaly ženy se vzděláním středoškolským s maturitou, bylo jich 57 (46,3 %). Statistické údaje o vzdělání můžeme shlédnout v tabulce č. 1. Druhou nejpočetnější skupinou jsou ženy vysokoškolsky vzdělané. Zaujímají 29,3 % (36 žen) z celkového počtu 123 respondentek. Dále vyšší odborné vzdělání mělo 14 žen, které tvořily 11,4 %. Předposlední dopadla odpověď středoškolské bez maturity, kterou zaškrtnulo 12 žen tvořící 9,8 %. Jako poslední dopadla odpověď s počtem 4 respondentek (3,3 %) skupina se základním vzděláním.

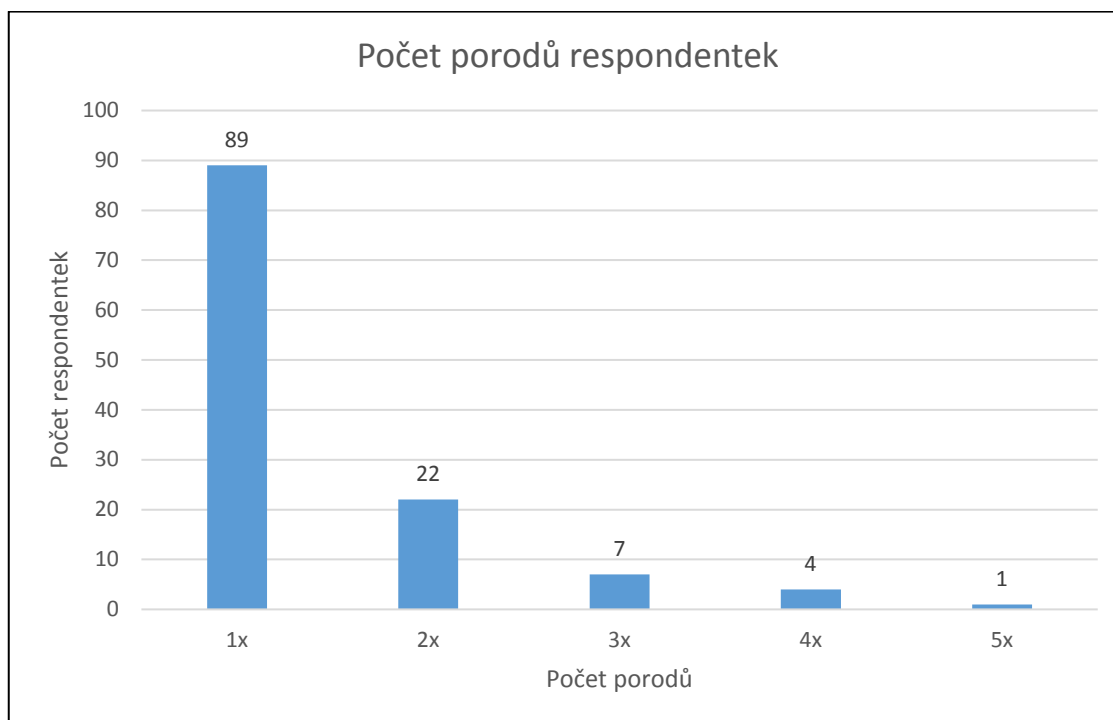
Otázka č. 3: Po kolikáté jste byla těhotná?



Graf č. 3: Výsledek výzkumu počtu těhotenství u respondentek

Otázka, která je zaměřena na to po kolikáté žena otěhotněla, je důležitá z hlediska vazby ženy, jež si mohla vytvořit s těhotenskou průkazkou. Víme-li že žena se setkala s těhotenskou průkazkou více jak jedenkrát můžeme se domnívat, že bude mít bohatší zkušenosti s těhotenstvím a může tedy přistupovat z širšího pohledu na věc. Průměrný počet těhotenství na jednu respondentu je 1,62. Maximální počet těhotenství nalezený v šetření byl 6 a nejmenší počet těhotenství 1. Nejčastěji se pohybovala odpověď 1, kterou vypsalo 73 (59 %) respondentek. Druhá nejčastější odpověď, jež dosáhla přibližně polovičního počtu respondentu, je dvě těhotenství. Tuto odpověď vypsalo 33 žen, tvořící 27 %. Tři těhotenství přiznalo 10 žen (8 %). 4 až 6 těhotenství mělo 6 % respondentek (7 žen).

Otázka č. 4: Kolikrát jste rodila?



Graf č. 4: Výsledek výzkumu počtu porodů respondentek

Tato otázka je čílena na to kolikrát respondentky rodily. S předchozí otázkou tvoří vztah mezi těhotenstvím a porodem, dokazující částečnou potratovost u respondentek. Průměrně žena porodila 1,41krát. Maximální počet porodů byl 5 a minimální počet porodu 1. Nejčastěji se objevovali primipary (prvorodičky), dosahovaly počtu 89 žen (72 %). Druhorodiček bylo 22 tvořící 18 % z celkového počtu 123 respondentek. Tři a více porodů se objevilo u 11 žen (10 %).

Otázka č. 5: Kde jste rodila? (nemocnice, doma)

Tabulka č. 1: Výsledek výzkumu místa porodu

Kde respondentky rodily	
Počet respondentek	Odpověď
118	nemocnice
3	doma s PA
1	doma překotně
1	sanitka

Stanovení této otázky rozdělilo ženy na dvě skupiny. První skupinou jsou ženy standardně rodící v nemocnici. Druhou skupinou jsou ženy, které porodily doma. To, kde ženy rodily, není podstatná otázka pro tuto bakalářskou práci, jen dokazuje fakt, že ne všechny ženy se rozhodnou porodit v nemocnici. Jejich odpovědi jsou důležité pro všestranný pohled na problematiku významu těhotenské průkazky pro praxi. V nemocnici porodilo 118 žen. Pět žen rodilo mimo nemocnici. Jedna žena porodila překotně v sanitce. Čtyři ženy porodily doma, z toho tři ženy porodily doma s porodní asistentkou a jedna žena porodila doma překotně, následně do nemocnice přijela i s novorozencem. Ženy, které se rozhodly родit doma byly vícerodičky, neměli v anamnestických údajích potrat a jejich těhotenství probíhalo fyziologicky, v pořádku. U těchto žen se objevil vzorec tercigravida/tercipara, kdy předchozí dva porody rodily v nemocnici.

Otázka č. 6: **Probíhalo těhotenství v pořádku?**

Tabulka č. 2: Výsledek výzkumu průběhu těhotenství (zaokrouhleno na setiny)

Probíhalo těhotenství v pořádku?			
Odpověď	Počet respondentek	Důvody	%
Ano	110		89,43
Ne	13		10,57
	4	riziko potratu	3,25
	1	záněty a městnání moče v ledvinách	0,81
	1	preeklampsie, HELLP syndrom	0,81
	2	placenta praevia	1,63
	3	cukrovka	2,44
	1	krvácení	0,81

123 respondentek odpovídalo na otázku, zda probíhalo těhotenství fyziologicky, v pořádku. Je to subjektivní otázka, na kterou ženy mohly odpovídat různě. Je to polootevřená otázka. Pokud ženy určily svoji odpověď jako ne, doplnily komplikace sužující jejich těhotenství. Žen s fyziologickým těhotenstvím bylo 110 (89,4 %). Žen s komplikacemi bylo 13 (10,6 %). U čtyř žen bylo vysoké riziko potratu. Tři ženy uvedly gestační diabetes. Dvě ženy měly placentu v dolním segmentu dělohy nebo také nazývanou placentu praevii. Jedna respondentka uvedla problémy se záněty a městnáním moče v ledvinách. Jedna žena odpověděla, že její těhotenství narušila preeklampsie a HELLP syndrom. Jedna těhotná žena měla problémy s krvácením v těhotenství.

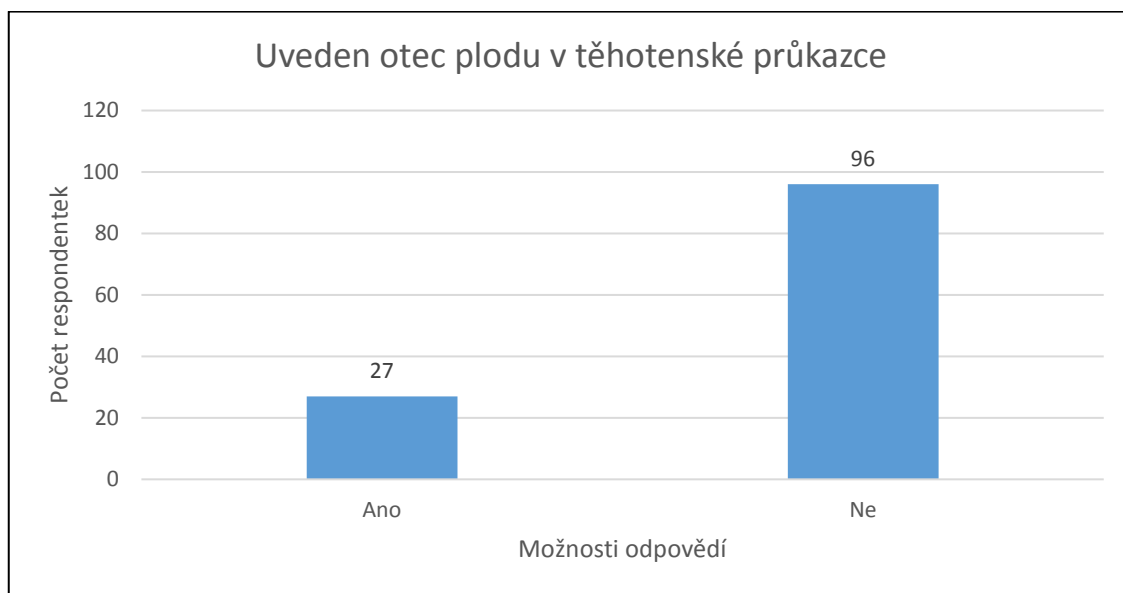
Otázka č. 7: V kolikátém týdnu těhotenství Vám vystavili těhotenskou průkazku?



Graf č. 5: Výsledek výzkumu týdně vystavení těhotenské průkazky

Ze 123 respondentek dostalo 31 žen těhotenskou průkazku ve 12. týdnu gravidity. Z celkového počtu respondentek to činilo 25 % čili jednu čtvrtinu. Další čtvrtině respondentek těhotenskou průkazku vystavili v rozmezí 9.-10. týdne gravidity. V 9. týdnu těhotenství dostalo těhotenskou průkazku 15 žen, v 10. týdnu 16 žen. Interval, nejčastějšího vystavení těhotenské průkazky, je od 7. do 12. týdne gravidity (80,5 %). Do 6. týdne gravidity včetně, těhotenskou průkazku dostalo 9 žen (7,3 %). Od 13. týdne gravidity, od začátku druhého trimestru, bylo vystaveno 15 průkazek (12,2 %). V prvním trimestru dostalo těhotenskou průkazku 87,8 % žen (108 respondentek).

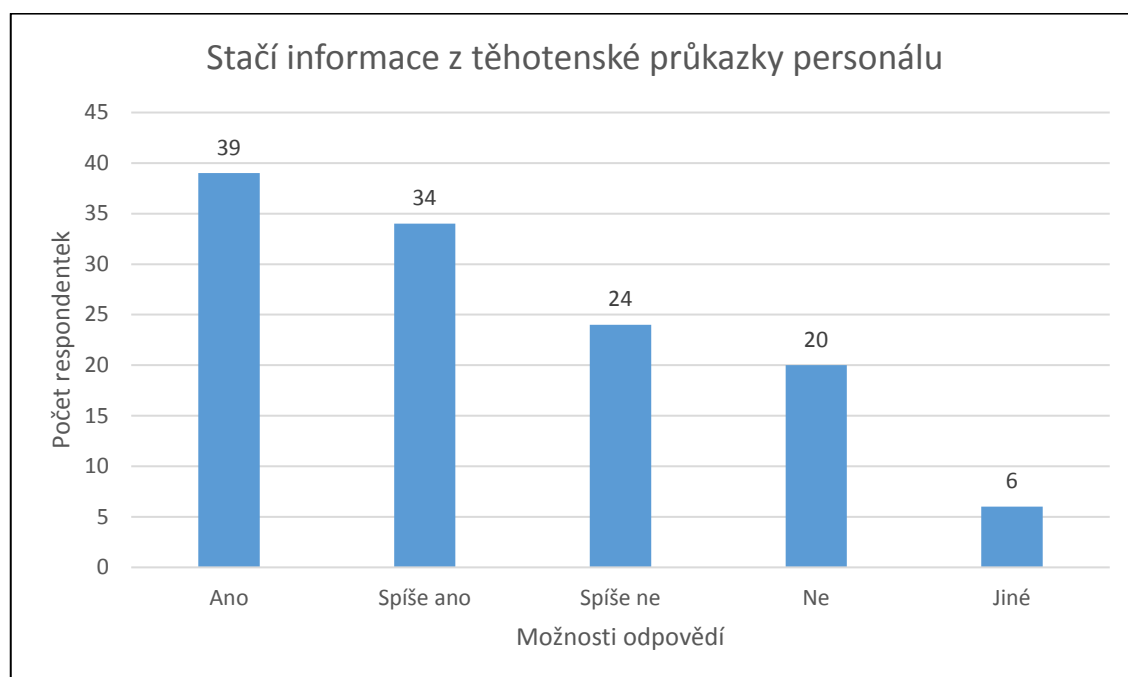
Otázka č. 8: Byl otec dítěte uveden v těhotenské průkazce?



Graf č. 6: Výsledek výzkumu uvedení otce plodu v těhotenské průkazce

U této otázky ženy vybíraly ze tří možností. Jednalo se o to, zda byl partner uveden v těhotenské průkazce. Byla na výběr i možnost jiné, pro ženy, které se nedokázaly zařadit ani k jedné odpovědi. Tu možnost nevyužila žádná žena. V tabulce č. 7, možnost odpovědi jiné, není uvedena. Partner byl uveden ve 22 %, v přepočtu na těhotenské průkazky, byl uveden ve 27 průkazkách. Otec plodu nebyl uveden v 78 % (v 96 průkazkách).

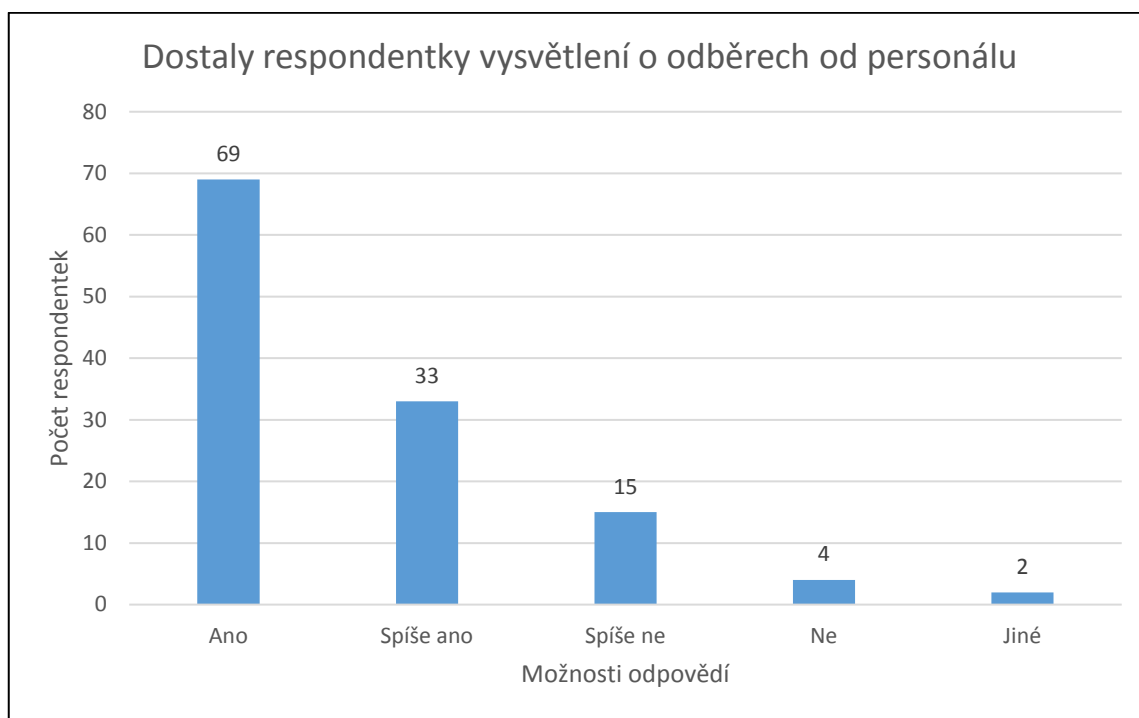
Otázka č. 9: Stačily informace z těhotenské průkazky na příjmu porodního sálu?



Graf č. 7: Výsledek výzkumu, zda stačí informace z těhotenské průkazky personálu

Informace pro porodní sál vypsáné v prenatální poradně, a dále z vyšetření probíhající v postupujícím těhotenství stačily pouze u 39 respondentek (31,7 %). Spíše stačily u 34 žen (27,6 %) přicházející na příjem porodního sálu. Informace z těhotenské průkazky spíše nestačily v 19,5 % (24 respondentek). Těhotenská průkazka byla nedostačující v 26 %. Ženy, v odpovědi jiné, upozorňovali na nedostatečnost anamnézy a zmatečnost v těhotenské průkazce.

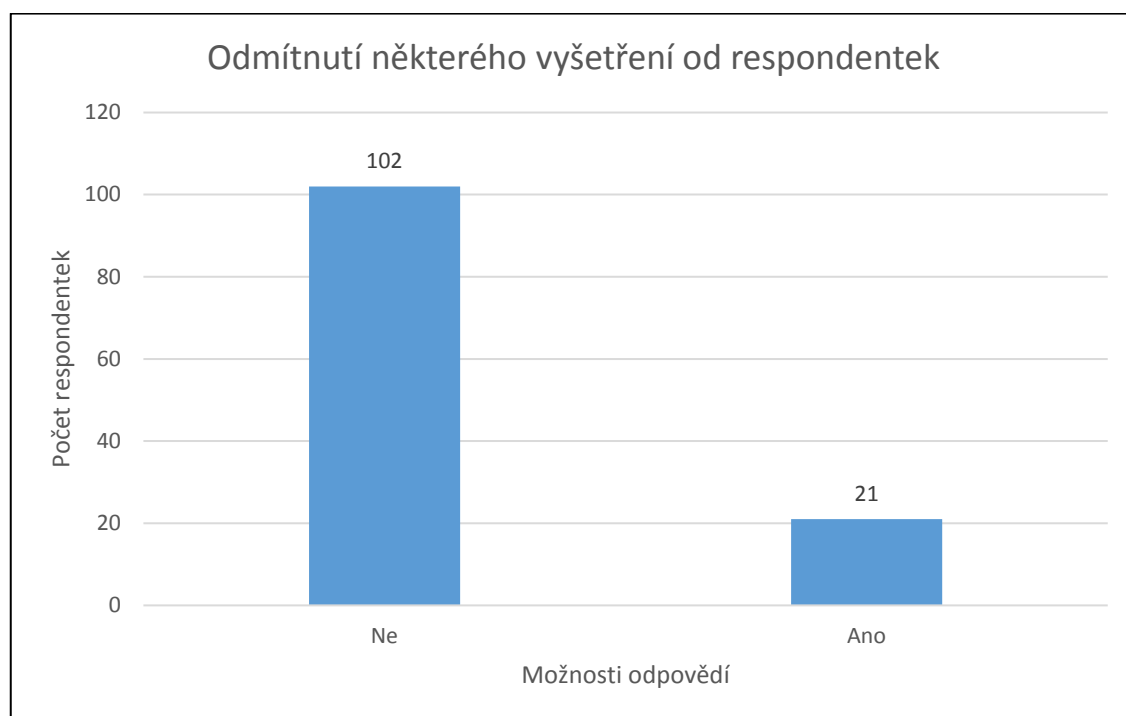
Otázka č. 10: Dostala jste vysvětlení o prováděných odběrech od lékaře či sestry v těhotenství?



Graf č. 8: Výsledek výzkumu informovanosti žen o prováděných odběrech

Vysvětlení o prováděných odběrech od personálu dostalo 69 žen (56,1 %). Většinou informace dostalo 33 žen (26,8 %). Spíše nedostalo vysvětlení 15 žen (12,2 %). Žádné vysvětlení nedostaly 4 ženy (3,3 %). Odpověď jiné, využily dvě ženy, které lze zařadit do skupiny žen, jež vysvětlení nedostalo, z důvodu mylných informací zdravotníků. Uvádějí problém v tom, že zdravotníci spoléhají na to, že si ženy informace načtou z dostupných zdrojů.

Otázka č. 11: **Odmítla jste některé vyšetření v průběhu těhotenství?**



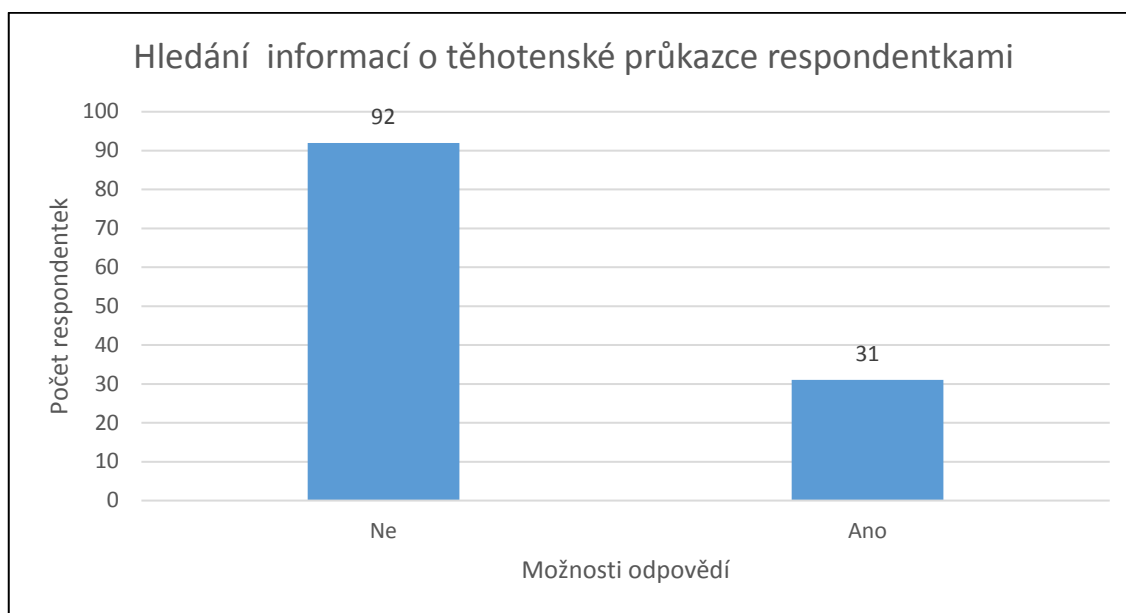
Graf č. 9: Výsledek výzkumu odmítnutí vyšetření v těhotenství

Ve 102 případech (82,9 %), ženy neodmítly žádné vyšetření, které jim bylo nabízeno či prováděno v průběhu těhotenství. Pokud žena uvedla, že odmítla některé vyšetření, odpověděla ne a napsala důvod, proč dané vyšetření nechtěla. 21 žen (17,1 %) odmítlo některé vyšetření v těhotenství. Nejčastěji se objevila negativita z pohledu žen na oGTT (Orální glukózo-toleranční test). U tohoto vyšetření šest žen uvádělo odmítnutí kvůli špatné zkušenosti z předchozího těhotenství, hladině glukózy v krvi, která byla v pořádku, či v domněnce zbytečnosti tohoto vyšetření. Další často se objevující vyšetření, které ženy odmítaly, bylo vnitřní vyšetření pro výraznou bolestivost, pro možnost zanesení infektu nebo kvůli rutinně provádění tohoto vyšetření každou kontrolu. Amniocentézu odmítly 4 ženy. Ženy argumentovali tím, že nechtějí přijmout riziko pro plod i přes hrozící riziko vývojové vady u plodu. Taktéž 4 ženy odmítly prvotrimestrální screening na vývojové vady plodu. Ženy chtěly dítě i za předpokladu, že bude mít vývojovou vadu. Mezi málo zmiňované vyšetření v dotazníkovém šetření patří odmítnutí injekce na negativitu Rh-faktoru a použití ultrazvuku.

Otázka č. 12: Co pro Vás znamená těhotenská průkazka?

Subjektivně založena otázka, na kterou respondentka odpovídala dle vlastního uvážení. Otázka byla kompletně analyzována. Nejčastější myšlení žen zahrnovalo názor, že těhotenská průkazka ukazuje zdravotní stav a slouží tedy jen pro jeho zápis. Odpovědi na to, co průkazka znamená pro ženy, lze rozdělit na dvě skupiny. První skupina je ta, která ji bere jako doklad těhotenství nejenom pro zdravotníky, ale třeba i pro matriku. Druhá skupina těhotenskou průkazku vnímá jako radost, důkaz toho, že budou mámy, vnímají její pozitivní emocionální stránku, která jim dodává pocit zapojení se do celého procesu a děje kolem těhotenství. Tato skupina má vytvořený vztah k průkazce a mnohdy si ji ofotí před příjmem na porodní sál a následně jim slouží jako památka na těhotenství a vzácný předmět, jež dokládá snahu všech. Objevila se i odpověď, že první vystavení průkazky, znamenalo mnohem více pro ženu než vystavení průkazky v dalších těhotenství. Navazovala na tuto odpověď i druhá, ve které žena značí, že poprvé vystavení průkazky dodávalo hrdost, ale v dalších těhotenství, byla průkazka radostná, ale také současně brána jako zodpovědnost za dokument o přehledu těhotenství. Ženy vnímaly negativně situaci, kdy o těhotenskou průkazku v porodnici přišly.

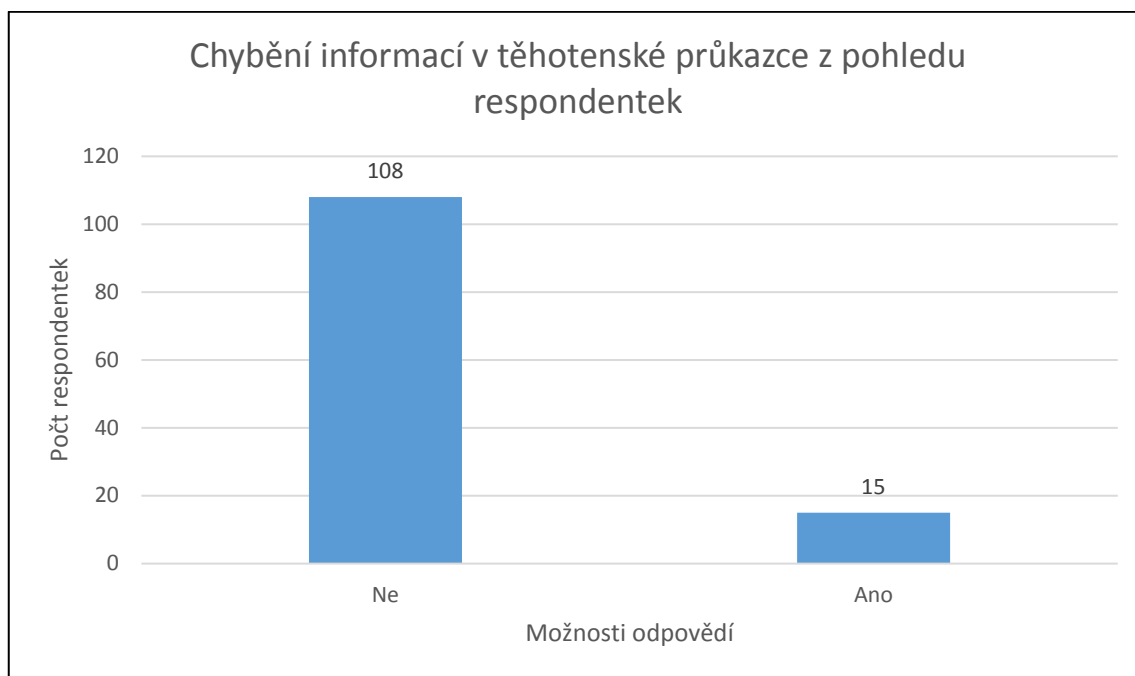
Otázka č. 13: **Hledala jste si informace o těhotenské průkazce na internetu či v jiných zdrojích? (co jste si vyhledala)**



Graf č. 10: Výsledek výzkumu, zda žena hledala informace o těhotenské průkazce

Respondentky z 74,8 % (92 žen) nevyhledávaly informace pro pochopení těhotenské průkazky. V jedné čtvrtině případu došlo k vyhledání informací, které posloužily k lepšímu prozkoumání těhotenské průkazky. Ženy nejčastěji vyhledávaly zkratky zde objevující se, hodnoty vyšetření či odborné názvy, kterým ženy nerozuměly. Respondentky využívaly zejména internet.

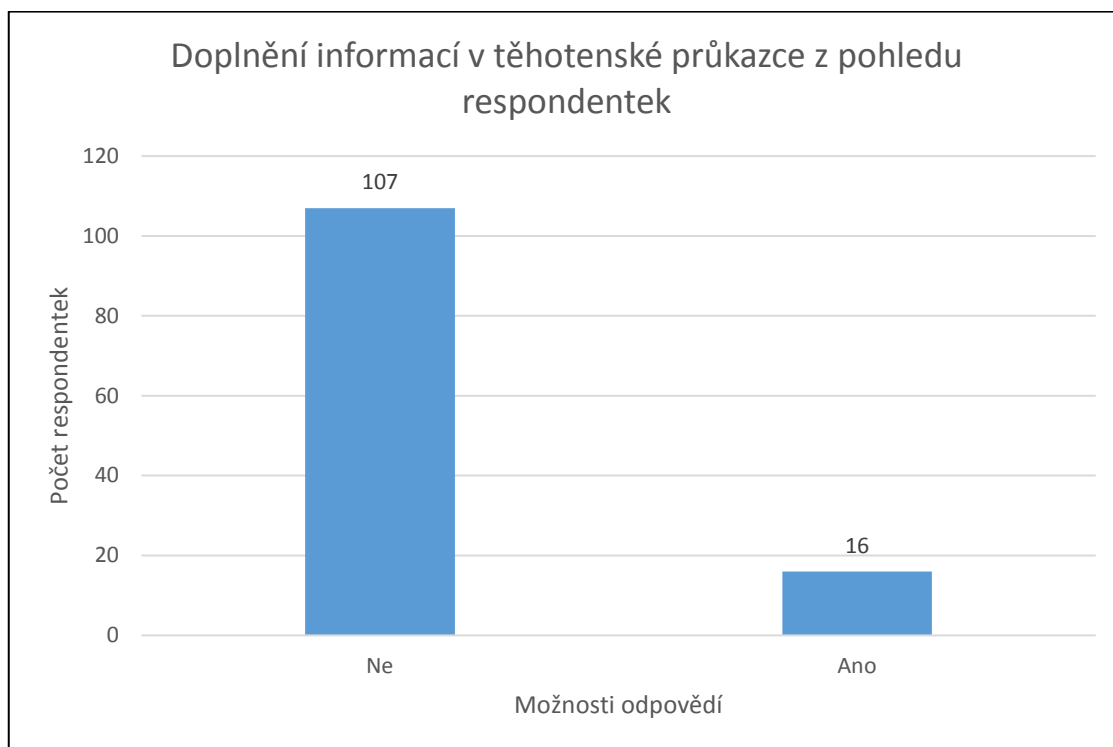
Otázka č. 14: **Chybělo Vám něco v těhotenské průkazce, co jste si myslela, že je důležité?**



Graf č. 11: Výsledek výzkumu názoru žen na chybění informací v těhotenské průkazce

Ženy v 87,8 % nepotřebovaly nic doplnit do těhotenské průkazky, nenašly nic, co by bylo nutné rozvinout v těhotenské průkazce. Ve 12,2 % respondentky uvedly problém spočívající v nekompletnosti těhotenské průkazky. Ženy by doplnily péči o prsa a bradavky, lepe zpracovanou anamnézu, popřípadě anamnézu od partnera, krevní skupinu otce plodu, více místa pro zápis lékařů, který by měl být srozumitelný i pro těhotnou.

Otázka č. 15: Doplnila byste něco do těhotenské průkazky?



Graf č. 12: Výsledek výzkumu názoru žen na doplnění informací do těhotenské průkazky

Tato otázka byla stanovena jako kontrolní otázka. Navazuje na otázku č. 14. Je důležitá pro monitoring výsledků z obou spolu souvisejících otázek, jež se podpírají v základech. Zde, 107 žen (87 %) by do těhotenské průkazky nic nepřidávalo, ale zato 16 žen (13 %) by doplnilo část informací. Protože ženy měly možnost vypsát to, co si myslely, že by mohlo podpořit vývoj průkazek k lepšímu, můžeme uvést spektrum uváděných vylepšení do praxe. Ženy by přidaly údaje o otci plodu, informace o stavu prsu a bradavek, více místa pro zápis výsledků, podrobnější informace o plodu. Objevila se i poznámka o problému nejednotnosti průkazek.

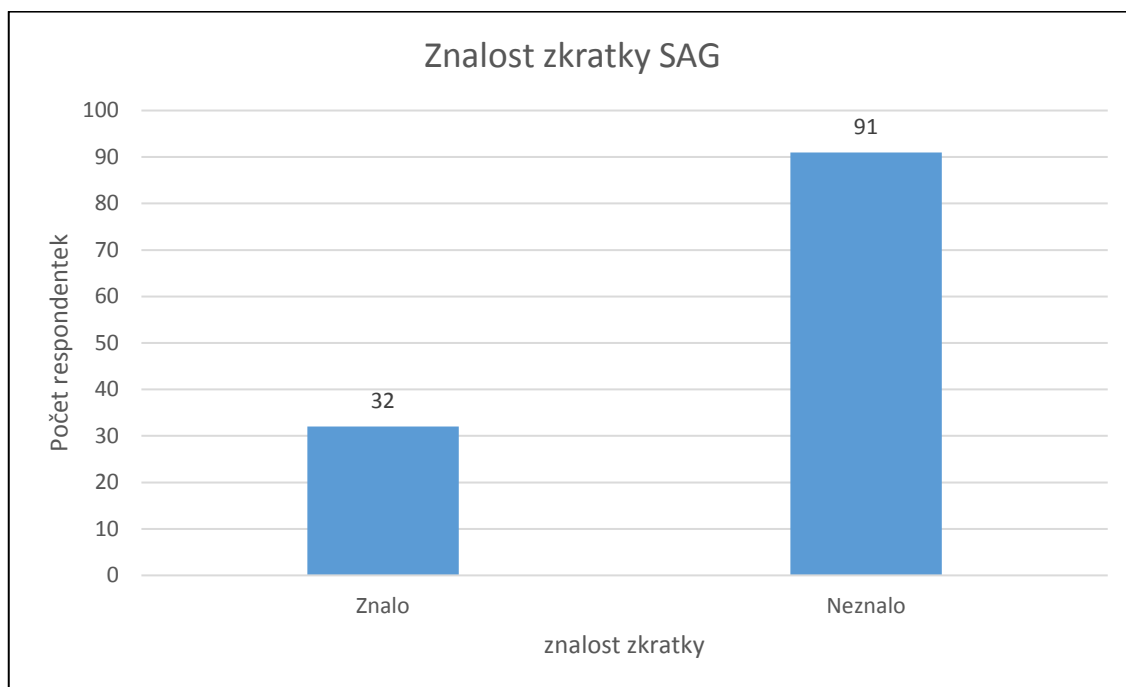
Otázka č. 16: Znáte zkratky v těhotenské průkazce?



Graf č. 13: Výsledek výzkumu znalosti zkratk v těhotenské průkazce

17 % žen jasně dokázalo určit, zda mají pocit, že znají zkratky v těhotenské průkazce nebo neznají. Ve zkratkách se subjektivně vyzná 11 respondentek (8,9 %). Zkratky nezná 8,1 % čili 10 žen. Odpověď spíše ano uvedlo 47 žen (38,2 %). Žen, které se přikláněly k tomu, že spíše se nevyznají, bylo 55 respondentek (44,7 %).

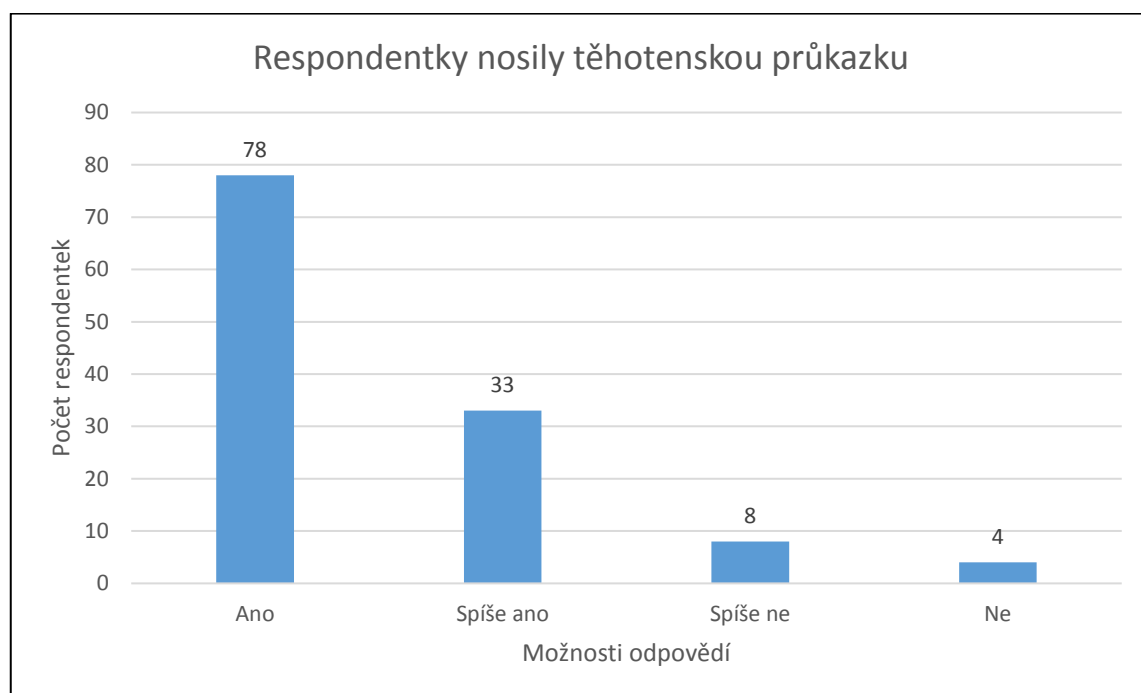
Otázka č. 17: Co znamená SAG v těhotenské průkazce?



Graf č. 14: Výsledek výzkumu znalosti zkratky SAG

Otázka byla otevřená, proto ženy vypisovaly, co znamená zkratka SAG, v některých průkazkách značena zkratkou GBS. Po sečtení žen, které znaly pojem označovaný SAG, nám vyšlo, že pouhých 26 % respondentek (32 žen) tuto běžně používanou zkratku v porodnictví zná. V opačném směru, 74 % respondentek (91 žen) neznalo zkratku, a tudíž nedokázaly na otázku odpovědět správně.

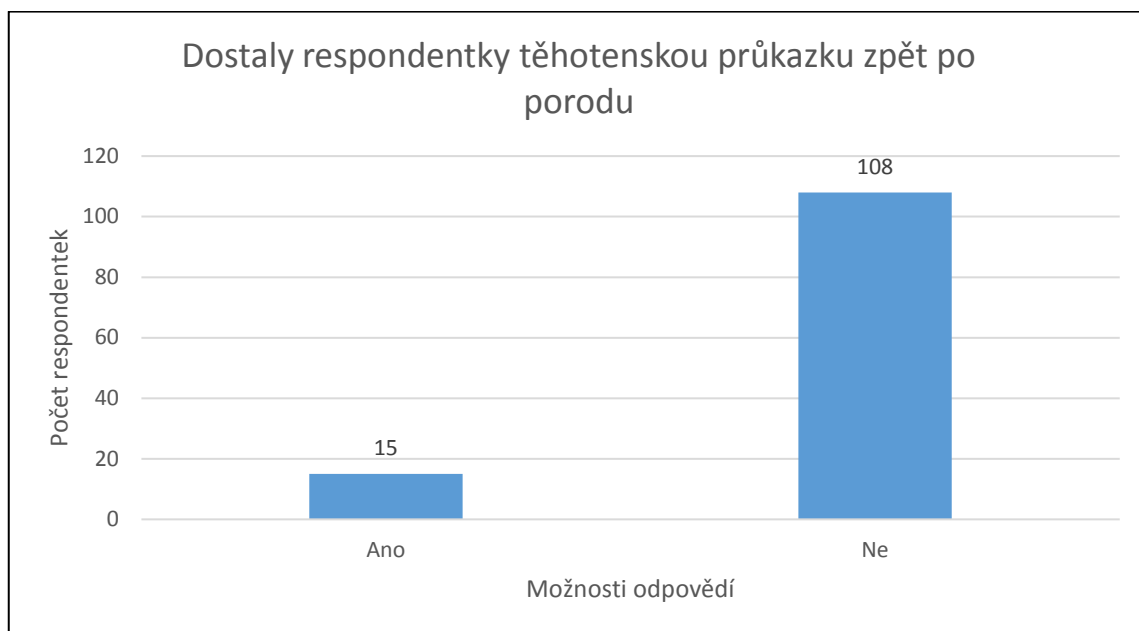
Otázka č. 18: Nosila jste těhotenskou průkazku po celou dobu u sebe?



Graf č. 15: Výsledek výzkumu, zda žena měla těhotenskou průkazku po celou dobu u sebe

Zda žena nosila u sebe těhotenskou průkazku po celou dobu u sebe, je důležité z hlediska užitečnosti průkazky v praxi. Pokud žena nenosí průkazku u sebe, informace z ní nemusí být dostatečně rychle použité ve chvílích nouze a její funkčnost tím klesá. Podle dotazníkového šetření zodpovědných žen, které nosily průkazku těhotenství u sebe bylo 63,4 % neboli 78 žen. Spíše ano, odpovědělo 33 žen (26,8 %), jež zaujímají větší čtvrtinu responzí. Spíše ne, odpovědělo 6,5 %, 8 respondentek. Čtyři ženy striktně odpověděly, že těhotenskou průkazku nenosily u sebe.

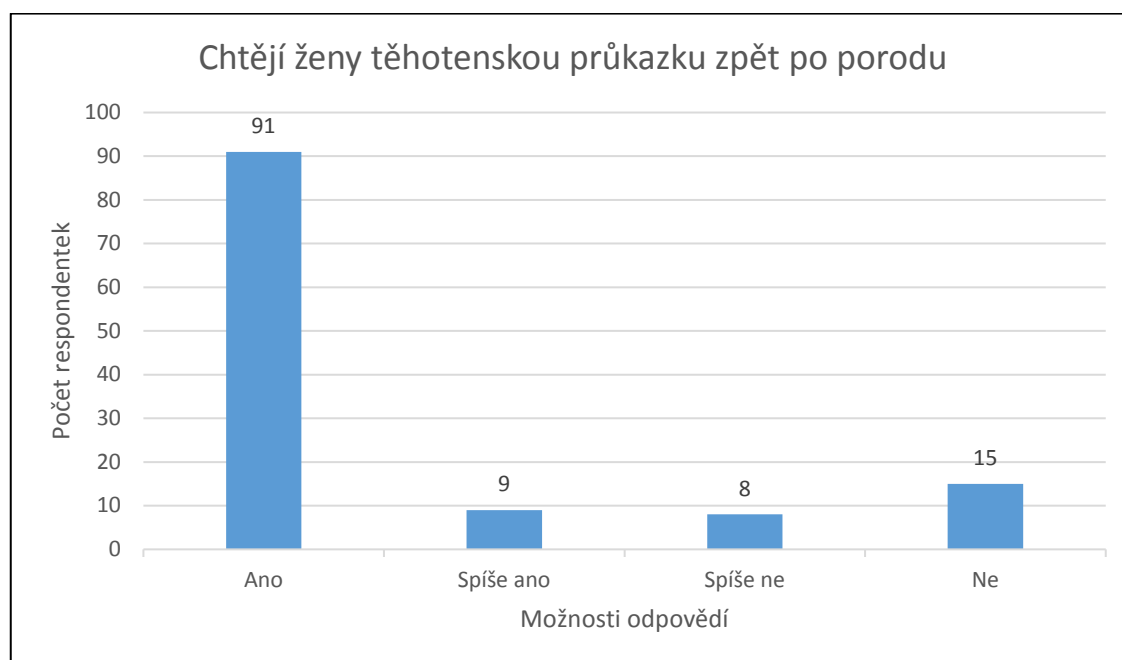
Otázka č. 19: **Dostala jste alespoň část těhotenské průkazky zpět po porodu?**



Graf č. 16: Výsledek výzkumu, zda žena dostala alespoň část těhotenské průkazky po porodu

Tato otázka funguje jako podklad pro následující otázku č. 20. Je to uzavřená otázka, kde ženy vybíraly ze dvou možných odpovědí. 12,2 % respondentek alespoň část své těhotenské průkazky doslalo na památku po porodu. Bohužel, 108 žen (87,8 %) nedostalo žádnou své část těhotenské průkazky zpět po porodu.

Otázka č. 20: Chtěla jste dostat alespoň část těhotenské průkazky zpět po porodu?



Graf č. 17: Výsledek výzkumu, zda žena chtěla dostat alespoň část těhotenské průkazky po porodu

Odpovědi na tuto otázku jasně ukazují, že většina žen by si přála dostat alespoň část těhotenské průkazky po porodu, minimálně jako památku na dané těhotenství. 91 žen chtělo dostat zpět po porodu svoji těhotenskou průkazku. Tvořily 74% většinu z responzí. 9 respondentek (7,3 %) nebylo stoprocentně rozhodnuto, zda by chtěly alespoň část těhotenské průkazky zpět, ale přikláněly se na stranu spíše ano. Opačný problém mělo 8 respondentek (6,5 %), které se přiklonily na stranu spíše ne. 15 žen tvořící 12,2 % nechtělo dostat těhotenské průkazky zpět po porodu.

Otázka č. 21: Prostor na reakce na dotazník a připomínky z Vaší strany.

Prostor na reakce ženy využily s chutí. Objevovaly se zde různé názory na dotazník, ale i také poznámky respondentek na stavbu těhotenské průkazky, její využitelnost, zřetelnost z pohledu žen atd. Ženy měly možnost zviditelnit svůj názor na celou problematiku. Spousta žen si stěžovala na nevhodné poznámky zdravotnického personálu, a to nejenom ústní, ale i na psané formulace v průkazkách. Těhotenská průkazka z pohledu žen není přehledná, a i personál na příjmech s ní má problém. Ženy vyjádřily negativní pocity z faktu, že jim průkazky později nevrátily. Hodně respondentek si ofotilo těhotenskou průkazku jako památku před samotným porodem, aby ji měly alespoň takto. Ženy poukazují na nejednotnost průkazek, doufajíc ve změnu v tomto směru. Jako nevhodné a rušivé, hodnotily ženy reklamy v průkazkách.

2.6 Diskuze

V bakalářské práci se stanovily tři výzkumné otázky, jež patří k jednomu cíli práce. Výzkumné otázky jsou v této části vyhodnoceny a posouzeny. Jsou doplněny o osobní zkušenosti z praxe a o subjektivní posouzení. Bohužel nemohlo dojít k porovnání s výsledky jiných publikovaných vědeckých prací, jelikož žádná nám dostupná práce neobsahovala zjištění významu těhotenských průkazek v praxi či významu těhotenské průkazky pro těhotnou ženu v tomto období. Práci jsme se pokusili doplnit o výsledky jiných prací s tematikou těhotenství a prenatální poradny v České republice, která je základním stavebním kamenem těhotenských průkazek. Podařilo se mám to u výzkumných otázek s čísly 1. a 3.

V1: Vznikla vazba za dobu těhotenství u ženy a její těhotenské průkazky?

Těhotenská průkazka sama o sobě má opodstatnění v praxi. Využití splňuje jen za předpokladu, že personál, který s ní zachází se řídí podle standardů a má dostatek času na těhotnou a její problémy spolu s prostorem pro zaznamenávání informací z kontrol. Pokud dochází k dysbalanci v používání průkazky v praxi, ovlivňuje to i pocity ženy, které byla těhotenská průkazka vystavena. Je mnoho aspektů, jež korigují vazbu mezi průkazkou a těhotnou ženou. Subjektivně zařazujeme na první místo aspekt nedostatku informací, jelikož ženy podle výzkumu odpověděly, že na porodním sále bylo zapotřebí více informací, než bylo uvedeno v těhotenské průkazce, a to přesně ve 45,5 %, což ovlivňuje její praktičnost a možnost vzniku pochybností o její funkčnosti v praxi nejenom ze strany těhotných. Dalším prvkem ovlivňující vazbu je neznalost průběhu prenatální poradny v těhotenství a nesouhlas některých žen s určitými výkony. 17,1 % respondentek v našem dotazníkovém šetření odmítlo některé vyšetření. Na otázku, zda ženy hledali informace v jiných zdrojích, než je personál, odpověděla jen jedna čtvrtina respondentek, že si informace sháněla nejčastěji na internetu.

Jak popisuje ve své bakalářské práci s názvem Edukace klientek o průběhu těhotenství a prenatální péči, Gabriela Uncajtiková v roce 2015, ženy vědí, co je to těhotenská průkazka, jsou víceméně dobře edukovány v oblasti prenatální péče, ale v 64,5 % si vyhledávají informace i v jiných zdrojích jako je internet. Podle našeho šetření ženy vyhledávaly informace o těhotenské průkazce ve 25 %.

Odpověď na první výzkumnou otázku, zda vznikla vazba za dobu těhotenství u ženy a její těhotenské průkazky je následující.

U těhotných žen a těhotenské průkazky vzniká emocionální vazba za dobu těhotenství, jen za předpokladu, že těhotná žena je spokojená v tomto období, jak s jednáním personálu, tak s dostatečnou znalostí těhotenské průkazky. Vyšetření, které žena podstupuje jsou jedním z faktorů, proč ženy těhotenskou průkazku vnímají jako doklad v těhotenství a jsou schopny ji chápat jako nedílnou součást těhotenství. Bohužel část personálu edukuje ženu jen v rozmezí možností a ženy ztrácí zájem o informace o těhotenské průkazce, ačkoliv se jí ze začátku snaží pochopit, proto je vhodné jednat individuálním přístupem a vše vysvětlovat tak, aby to těhotná žena chápala a bylo jí to příjemné.

V2: Jak těhotné ženy přistupují k těhotenské průkazce?

90 % těhotných žen nosilo těhotenskou průkazku u sebe a staralo se o to, aby ji mělo. Z tohoto výsledku vyplívá, že ženy jsou většinou zodpovědné, když jde o dokumentaci v těhotenství.

To, zda ženy zauvažovaly o dostatečnosti informací uvedených v průkazkách, ukazují otázky č. 14 a č. 15., ze kterých vyplívá to, že nutnost doplnit informace vidí jen 13 % respondentek. Jen malé množství těhotných žen je zvědavých, když jde o těhotenský průkaz, snaží se ho pochopit, nejenom ze stran vyšetření, ale i z možnosti hledání lepší alternativy. Možná to může být zapříčiněný tím, že se objevovali většinou primipary, pro které je těhotenství zatím neprozkoumaná oblast a které jsou rády, když veškeré informace od personálu pochytí.

V dotazníku se také objevoval vzorec tercigravida/tercipara, pro který bylo charakteristické to, že ženy třetí porod rodily doma s porodní asistentkou, která také jinak přistupuje k těhotenské průkazce a jinak pracuje s informacemi získávané od těhotné po celou dobu v těhotenství a po porodu. Těhotenský průkaz těmto ženám většinou zůstává, jinak v porodnicích respondentkám vrátili průkazku jen ve 12 % a to je oproti tomu, že ji chtělo navrátit 81 % respondentek, velice málo.

Odpověď na druhou výzkumnou otázku, jak těhotné ženy přistupují k těhotenské průkazce, je následně uvedena.

Jak ženy vnímají těhotenskou průkazku ukazuje otázka č. 12, ve které subjektivně respondentky odpovídali, co pro ně znamená těhotenská průkazka. To, jak ženy vnímají

těhotenskou průkazku, znázorňuje prvek přístupu, který u nich panuje. Ne všechny se shodly na stejné odpovědi. Rozdělily se na dvě skupiny. První skupina vnímá těhotenskou průkazku, jako doklad důležitý v těhotenství, a přistupují k těhotenské průkazce více seriózněji. Druhá skupina přistupuje k průkazce z pohledu, že konečně dokáže vnímat své těhotenství a těšit se z něj, projevit své emoce a zapojit se do celého procesu, kterým si projde až do porodu.

Přístup, který žena zaujímá k průkazce, má veliký potenciál pro praxi. Pokud ženy budou spokojené s těhotenskou průkazkou a personál se pokusí naplno využít těhotenskou průkazku spolu se vzniklou důvěrou mezi těhotnou a personálem, stane se průkazka nepostradatelná a její vliv v praxi vzroste. Z dotazníkového šetření vyplývá, že přístup žen k těhotenské průkazce je přímo úměrný s průběhem těhotenství a s jednáním personálu.

V3: Jaké problémy nejčastěji řeší těhotné ženy v souvislosti s těhotenskou průkazkou?

Vycházíme z reakcí žen v dotazníkovém šetření, kde ženy popisují, co a proč řeší, co jim nevyhovuje a co by chtěli změnit. Mnoho žen se bálo vyjádřit své názory i když mohli anonymně v našem dotazníku. Měli bychom začít výčtem věcí, které ženy řeší v těhotenství v závislosti s těhotenskou průkazkou a pořád se nám ukazovali vesměs tyto prvky jako je např. nedostatek informací, nepřehledné informace, zkratky, partner není uveden, nevyplněná průkazka, chybí základní údaje ze vstupní poradny atd.

V bakalářské práci, na téma Nejčastější těhotenské potíže, uvádí Lucie Krajíková, že těhotné ženy dokáží vyřešit své problémy v těhotenství v 74 %. Nejčastěji shání informace o řešení problému u lékaře či na internetu.

Odpověď na třetí výzkumnou otázku, jaké problémy nejčastěji řeší těhotné ženy v souvislosti s těhotenskou průkazkou, je následně zodpovězena.

Znalost je prevence stresu, který je v těhotenství nejčastější. Stres má mnoho vedlejších příznaků, které žena může na sobě pociťovat, ale mnohdy o tom ani nepřemýšlí. Respondentky se zamyslely nad tím, zda těhotenství u nich probíhalo v pořádku. Na to odpovědělo 89,5 %, že těhotenství bylo fyziologické. Ostatní respondentky měly komplikace v těhotenství, které byly zatěžující pro těhotnou. Většina těhotenských průkazek neobsahuje dostatek místa pro zápis komplikací. Dále nejvíce diskutovanou věcí je uvádět či neuvádět otce plodu a jeho anamnézu do těhotenské průkazky. Jelikož

vývojové vady mohou být v rodinách dědičné, doporučujeme doplňovat i mužovu anamnézu. Pokud rozebíráme, co průkazka obsahuje a co ne, je důležité zmínit, že o tom, co bude obsahovat rozhoduje personál, který s ní pracuje.

Edukace žen o zkratkách uváděných v průkazkách je ovlivněna i tím, kde se starají o ženu v těhotenství. Naše respondentky odpovídaly na to, jak se vyznají ve zkratkách a 52,8 % jich odpovědělo, že spíše ne, což bylo potvrzeno i v následující otázce, kde jsme se ptali na zkratku SAG/GBS, kdy 74 % žen nedokázalo zkratku vysvětlit.

Z konečného hlediska ženy nejčastěji řeší potíže nedostatku informací od personálu, taktéž řeší potíže s nezodpovědným vedením těhotenské průkazky, neznalost zkratk a údajů v průkazce.

2.7 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Doporučení pro praxi spočívá v tom, naslouchat ženám, personálu a všem ostatním, co pracují nebo se setkávají s těhotenskou průkazkou. Ti všichni nejlépe poznají skryté chyby, kterých je dobré se do budoucna vyvarovat, a jelikož medicína a odvětví porodnictví graduje ve znalostech, je dobré se přizpůsobovat novým zjištěním. Respektovat vztah žen k průkazkám a ukázat zlatou střední cestu, vedoucí mezi uživatelkami průkazek a personálu, jež s ní úzce spolupracuje.

Těhotenská průkazka při správném zacházení je výbornou pomůckou a dokumentací v těhotenství, ale jak známe, v praxi vše funguje jinak. Funkčnost průkazek se vytrácí, a to zejména kvůli nedostatku času personálu na těhotné ženy a nedostatku vzájemné komunikace. Pokud personál bude přistupovat s větší vážností se zacházením a vedením této dokumentace, mohla by se stát velice efektivní.

Ze stran žen se objevovaly námitky na reklamy obsažené v průkazkách. Názor, že do těhotenských průkazek nepatří reklamy, není ojedinělý. Spousta žen si přeje těhotenskou průkazku, se kterou se může pochlubit svým blízkým, ale reklamy zde vhánějí spíše pocit nechuti než pocit zvědavosti a hrdosti. Pokud těhotenské průkazky budou obsahovat prvky propagace produktu, nemohou být vzaté vážně. Dokumentace v nemocnicích neobsahují tyto rušivé elementy a obsahují jen potřebné věci k vedení procesu ošetrovatelství, a proto mají větší účinnost než tyto průkazky.

Vazba mezi těhotnou ženou a těhotenskou průkazkou vzniká ze vzájemné důvěry, proto každé nemilé setkání s něčím, co nedokáží ženy pochopit, je dovede na cestu nezájmu. Musíme pochopit, že nedostatek informací vede k neklidu žen, ale i personálu např. nemocnic. Měli by se stanovit jasné hranice, přes které nelze ustoupit. Ženy by měly dostávat jednotnou těhotenskou dokumentaci, která by zahrnovala všechny obory nejenom gynekologie a porodnictví, která by obsahovala komplexní informace přizpůsobené každé ženě, informace o partnerovi, se kterým počala plod a informace o průběhu celé gravidity.

Těhotenská průkazka je důležitý doklad těhotenství, ale není jasně strukturovaná a neobsahuje dostatek místa pro vše nutné. Doktoři píší ve zkratkách, ale těhotné to málokdo vysvětlí, co to znamená, proto je bohatá konverzace žen na internetu. Pokud ženy budou dostávat více informací z internetu než od lékařů, budou se šířit fámy a nepřesné údaje z toho vycházející.

Další problematika těhotenských průkazů spočívá v tom, že ženy chtějí mít památku na těhotenství, ale často se nesetkáme s tím, že porodnice je ochotná průkaz těhotné vrátit, aby jej mohla vlastnit i po porodu. Je sporné tvrdit, že ženám se má vrátet těhotenská průkazka, jelikož ji dostanou jako doklad těhotenství, a nikoliv jako věc pro jejich užitek po porodu, ale musíme na druhou stranu pochopit, že ženy průkazku nosí u sebe a pečují o ní, vytvoří si vztah, který je posléze přerušen. Ženy mají právo na to, aby se jim vyšlo vstříc. Dosud to některé ženy řeší tak, že si průkazku ofotí, než jdou do porodnice.

Pokud se vytvoří jednotná dokumentace pro celou Českou republiku, která bude obsahovat potřebné informace, poskládané tak, aby se v tom všichni vyznali, bude to plus do budoucna a těhotenské průkazy, těhotenská dokumentace, se posune zas o krok dál.

Závěr

Tato bakalářská práce je členěna na dvě nejdůležitější části, kterými jsou teoretická část a praktická část. Teoretická část je zkonstruovaná na podkladě změn v těhotenství a perinatální péče v České republice, která je v úzkém spojení s těhotenskou průkazkou. V práci se objevuje jen základní teorie celé této problematiky. Kombinuje znalosti porodních asistentek se znalostmi lékařů. Praktická část pracuje s dotazníkem, který byl vytvořen, aby dokázal odpovědět na cíl práce a výzkumné otázky.

Bakalářská práce má jeden cíl a k tomu tři výzkumné otázky. Výzkumné otázky jsou vyhodnoceny podle dotazníkového šetření, jenž probíhalo formou kvantitativního šetření přes sociální sítě. Na výzkumné otázky bylo možné odpovědět a jsou tedy vyhodnoceny. Cíl práce byl splněn.

Uvedli jsme mnoho doporučení pro praxi, která vycházela z informací od respondentek v jednotlivých odpovědích na otázky z anonymního šetření. Práce si kladla na zřetel vyhodnotit nynější stav významu těhotenské průkazky, což se podařilo.

Těhotné ženy si vytváří vazbu se svým těhotenstvím i s těhotenskou průkazkou, která jim připomíná celý proces, kterým si těhotná prochází, i po porodu. Její odcizení na konci této dlouhé cesty, vnímá většina žen negativně. Chtěli by si ji ponechat. Samozřejmě musíme brát ohled i na porodnice, které si tuto těhotenskou dokumentaci ponechávají z mnoha důvodů. Těhotenská průkazka je v praxi využitelná průměrně, jelikož personál, který s ní zachází ji většinou vede jen zběžně, spousta informací schází, toto tvrzení souhlasí i s výsledky dotazníkového šetření.

Seznam použité literatury

- BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015, 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
- BEHINOVÁ, Markéta. *Nová velká kniha o mateřství: od početí do věku 3 let*. 3. vyd. Praha: Mladá fronta, 2012, 358 s. Maminka (Mladá fronta). ISBN 978-80-204-2816-5.
- BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. Praha: Karolinum, 2011, 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.
- Gabriela Uncajtková. *Edukace klientek o průběhu těhotenství a perinatální péči* [online]. Zlín, 2015, 70 s. [cit. 2018-04-23]. Dostupné z: https://digilib.k.utb.cz/bitstream/handle/10563/33237/uncajtkov%C3%A1_2015_dp.pdf?sequence=1. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd.
- GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Čekáme dítětko*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2013, 384 s. ISBN 978-80-247-3781-2.
- GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2017, 256 s. ISBN 978-80-247-5579-3.
- HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014, 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HANÁKOVÁ, Taťána, Magdalena CHVÍLOVÁ-WEBEROVÁ a Pavla VOLNÁ. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 2. aktualizované vydání. Brno: CPress, 2015, 256 s. ISBN 978-80-264-0755-3.
- HOUROVÁ, Martina a Veronika GALAMBOŠOVÁ. *Slovníček pro těhotné*. Praha: Grada, 2015, 128 s. ISBN 978-80-247-3666-2.
- CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu*. 2. doplněné vyd. Grada, 2008, 138 s. ISBN 978-80-247-2142-2.
- KUKLA, Lubomír. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing, 2016, 456 s. ISBN 978-80-247-3874-1.

LAMNI-KEEFE, Carol Jean., Sarah C. COUCH a Elliot H. PHILIPSON. *Handbook of nutrition and pregnancy*. Totowa, NJ: Humana Press, c2008, 376 s. ISBN 978-1-58829-834-8.

Lucie Krajíková. *Nejčastější těhotenské potíže* [online]. Plzeň, 2016, 59 s. [cit. 2018-04-23]. Dostupné z:

<https://dspace5.zcu.cz/bitstream/11025/25018/1/Bakalarska%20prace.pdf>.

Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.

OTOVÁ, Berta, Milada KOHOUTOVÁ a Aleš PANCZAK. *Lékařská biologie a genetika*. Praha: Karolinum, 2013, 146 s. ISBN 978-80-246-2415-0.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.

SIMOČKOVÁ, Viera, 2011. *Gynekologicko-pôrodnické ošetrovatel'stvo: učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. Osveta, 269 s. ISBN 978-80-8063-362-2

SKUTILOVÁ, Vladana. *Jak na strach a úzkost v těhotenství*. Praha: Grada Publishing, 2016, 160 s. ISBN 978-80-247-5469-7.

SLEZÁKOVÁ, Lenka, Martina ANDRÉSOVÁ, Petra KADUCHOVÁ, Monika ROUČOVÁ a Eva STAROŠTÍKOVÁ. *Ošetrovatel'ství v gynekologii a porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017, 272 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.

ŠPAČEK, Jiří, Vladimír BUCHTA a Petr JÍLEK. *Vulvovaginální dyskomfort a poruchy poševního prostředí*. Praha: Grada, 2013, 360 s. ISBN 978-80-247-4554-1.

ŠTROMEROVÁ, Zuzana. *Porodní asistentkou krok za krokem: praktický rádce pro porodní asistentky (a zvědavé rodiče)*. Praha: Argo, 2010, 320 s. ISBN 978-80-257-0324-3.

URBANOVÁ, Eva. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy v dimenziách ošetrovatel'stva a pôrodnej asistencie*. Martin: Vydavateľ'stvo Osveta, 2010, 254 s. ISBN 978-80-8063-343-1.

Seznam grafů a tabulek

Graf č. 1: Výsledek výzkumu věku respondentek	25
Graf č. 2: Výsledek výzkumu vzdělání respondentek	26
Graf č. 3: Výsledek výzkumu počtu těhotenství u respondentek	27
Graf č. 4: Výsledek výzkumu počtu porodů respondentek.....	28
Tabulka č. 1: Výsledek výzkumu místa porodu	29
Tabulka č. 2: Výsledek výzkumu průběhu těhotenství (zaokrouhleno na setiny)	30
Graf č. 5: Výsledek výzkumu týdne vystavení těhotenské průkazky	31
Graf č. 6: Výsledek výzkumu uvedení otce plodu v těhotenské průkazce	32
Graf č. 7: Výsledek výzkumu, zda stačí informace z těhotenské průkazky personálu... 33	
Graf č. 8: Výsledek výzkumu informovanosti žen o prováděných odběrech	34
Graf č. 9: Výsledek výzkumu odmítnutí vyšetření v těhotenství	35
Graf č. 10: Výsledek výzkumu, zda žena hledala informace o těhotenské průkazce	37
Graf č. 11: Výsledek výzkumu názoru žen na chybění informací v těhotenské průkazce	38
Graf č. 12: Výsledek výzkumu názoru žen na doplnění informací do těhotenské průkazky.....	39
Graf č. 13: Výsledek výzkumu znalosti zkratk v těhotenské průkazce	40
Graf č. 14: Výsledek výzkumu znalosti zkratky SAG.....	41
Graf č. 15: Výsledek výzkumu, zda žena měla těhotenskou průkazku po celou dobu u sebe	42
Graf č. 16: Výsledek výzkumu, zda žena dostala alespoň část těhotenské průkazky po porodu	43
Graf č. 17: Výsledek výzkumu, zda žena chtěla dostat alespoň část těhotenské průkazky po porodu	44