

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Těhotenství u porodních asistentek

bakalářská práce

Autor práce: Kateřina Vaváková

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Görnerová, PhD.

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Kateřina Vaváková
Studijní program:	Porodní asistence
Obor:	Porodní asistentka
Název práce:	Těhotenství u porodních asistentek
Cíl práce:	Zjistit, jak porodní asistentky prožívají svoje vlastní těhotenství. Zjistit, jaký postoj mají k doporučeným vyšetřením v rámci prenatální poradny.


PhDr. Lenka Gönnerová, PhD.
vedoucí bakalářské práce


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

Abstrakt

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Současný stav problematiky se zaměřuje na porodní asistentky a jejich vlastní těhotenství. Popisuje, kdo je porodní asistentka, jaké jsou její kompetence a jaká by porodní asistentka měla být. Další část obsahuje stručnou anatomii ženských pohlavních orgánů, těhotenství, známky těhotenství, prenatální poradnu a vyšetření. Ve výzkumné části se práce zaměřuje na zpracování výsledků z rozhovoru s porodními asistentkami o prožívání jejich těhotenství.

Klíčová slova

Porodní asistentka, kompetence, anatomie, těhotenství, prenatální poradna.

Abstract

The bachelor thesis is divided into two parts. The teoretical part is focused on midwives and theirs pregnancy. It describe, who is midwife, what competence she has and what behavior she has to have. The next part contains brief anatomy female genital organs, pregnancy, evidence of pregnancy, prenatal counseling and examination. The practical part is focused on the results of interviews with midwives about their experience of gravidity.

Key words

Midwife, competence, anatomy, pregnancy, prenatal counseling.

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 bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské 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 19. dubna 2019

.....
Podpis studentky

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala mé vedoucí práce paní PhDr. Lence Görnerové, PhD. za její trpělivost, ochotu, čas a cenné rady při psací práci. Dále bych chtěla poděkovat porodním asistentkám, které se mnou neváhaly rozhovory udělat. A v neposlední řadě patří velké díky mé rodině a příteli za podporu.

Obsah

Úvod.....	10
Motivace	11
Cíl.....	11
1 Současný stav problematiky	12
1.1 Porodní asistentka	12
1.1.1 Historie porodních asistentek.....	12
1.1.2 Vzdělání porodních asistentek	14
1.1.3 Kompetence porodní asistentky	14
1.1.4 Osobnost porodní asistentky	15
1.2 Anatomie ženských pohlavních orgánů	15
1.2.1 Vaječník (<i>ovarium, oophoron</i>)	15
1.2.2 Vejcovod (<i>tuba uterina, salpinx, fallopian tube</i>).....	16
1.2.3 Děloha (<i>uterus, metra, hystera</i>)	16
1.2.4 Pochva (<i>vagina, kolpos</i>).....	17
1.2.5 Zevní pohlavní orgány (<i>pudendum femininum</i>).....	17
1.3 Těhotenství.....	17
1.3.1 Oplození.....	18
1.3.2 Spermie	18
1.3.3 Vajíčko.....	19
1.4 Změny v těhotenství.....	19
1.4.1 Známky a příznaky těhotenství.....	20
1.4.2 Nejisté známky a příznaky těhotenství	20
1.4.3 Pravděpodobné známky těhotenství	21
1.4.4 Jisté známky těhotenství	21
1.4.5 Psychické změny v těhotenství	21
1.4.6 Životospráva v těhotenství.....	22
1.5 Prenatální péče	24
1.5.1 Těhotenská poradna	24
2 Praktická část	27
2.1 Metodika výzkumu.....	27
2.2 Charakteristika vzorků respondentů a výzkumného prostředí	27
2.3 Zpracování dat.....	27
2.4 Výsledky	28
3 Diskuze	44
4 Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	46
Závěr	47

Seznam použité literatury	49
---------------------------------	----

Seznam tabulek

Tabulka 1: Věk.....	28
Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání	29
Tabulka 3: Působení porodních asistentek.....	30
Tabulka 4: Počet těhotenství.....	31
Tabulka 5: Počet dětí	32
Tabulka 6: Péče v těhotenství	33
Tabulka 7: Předporodní kurzy	34
Tabulka 8: Důležitost prenatální poradny.....	35
Tabulka 9: Vyšetření v rámci prenatální poradny	36
Tabulka 10: Odmítnutá vyšetření	37
Tabulka 11: Problémy v těhotenství	38
Tabulka 12: Spokojenost s péčí v prenatální poradně	39
Tabulka 13: Těhotná porodní asistentka	40

Seznam grafů

Graf 1: Vyšetření z prenatální poradny.....	41
Graf 2: Důležitost vyšetření v rámci prenatální poradny.....	42
Graf 3: Těhotná porodní asistentka.....	43

Seznam použitých zkratk

OGTT orální glukózový toleranční test

PAPP plasmatický specifický těhotenský protein

GDM gestační diabetes mellitus

CTG kardiokardiotokograf

VVV vrozené vývojové vady

SAG Streptococcus Agalactiae

HCG lidský choriový gonadotropin

Úvod

„Porodní asistentka přistupuje ke každé ženě jako k výjimečné bytosti, nikoli jako ke skupině těhotných nebo skupině rodičích žen s určitými atributy. Na rozmluvu s každou ženou si vždy udělá dostatek času, aby spolu probraly všechna hlediska péče poskytované mimo porodnici. Zájemem jak porodní asistentky, tak těhotné ženy je být ve vztahu k té druhé upřímná.“ (Štomerová, 2010)

Tématem bakalářské práce je „Těhotenství u porodních asistentek“. Toto téma jsem si vybrala proto, že mě zajímá, jak porodní asistentky vnímají a prožívají své vlastní těhotenství, jakým způsobem se staví k vyšetřením v prenatální poradně, když samy znají všechna rizika určitého vyšetření, nebo zda se nějaké z vyšetření rozhodnou neabsolvovat.

Myslím si, že porodní asistentky v dnešní době musí být vzdělané, informované a musí umět ženě naslouchat, neboť s ní tráví, troufám si říct, jedno z nejkrásnějších období v jejím životě.

Dále jsem se v práci zajímala o to, zda samy porodní asistentky využily možnosti, že by se o ně starala sama porodní asistentka, nebo jestli tohle „své“ období vložily do rukou lékaře.

Tato bakalářská práce je rozdělena na dvě části, současný stav problematiky a výzkumnou část.

V současném stavu problematiky se objevují čtyři velké kapitoly, které se dále dělí na menší podkapitoly. První kapitola se zabývá popisem porodní asistentky. Je tvořena čtyřmi podkapitolami, které nesou následující názvy: Historie, Vzdělání, Kompetence a Osobnost porodní asistentky. Další část pojednává o těhotenství, oplození, známkách v těhotenství, změnách a výživě. V poslední části je zmíněna prenatální poradna a vyšetření, které ženu v těhotenství čekají.

V praktické části jsou uvedeny výsledky z kvalitativního výzkumu, tedy rozhovorů. Bakalářská práce má dva cíle. Prvním je zjistit, jak porodní asistentky prožívají své vlastní těhotenství, a druhým, jaký postoj mají k doporučeným vyšetřením v rámci prenatální poradny. Rozhovory jsou zpracovány metodou výzkumu a následně dány do tabulek.

Motivace

Tématem bakalářské práce je těhotenství u porodních asistentek. Toto téma jsem si vybrala, protože podle mého názoru existuje příliš málo dostupných zdrojů, které se jím zabývají. Myslím si, že téma těhotenství u samotných porodních asistentek, které se ve své práci těhotným ženám věnují, není tak diskutovanou věcí, i když je to téma důležité.

Cíl

Cílem výzkumu bylo zjistit, jak porodní asistentky vnímají své těhotenství a jakým způsobem se staví k prenatalní poradně a vyšetřením v rámci prenatalní poradny. K bakalářské práci byly stanoveny dva hlavní cíle a k nim příslušné výzkumné otázky:

Cíl 1: Zjistit, jak porodní asistentky prožívají svoje vlastní těhotenství.

Cíl 2: Zjistit, jaký postoj mají k doporučeným vyšetřením v rámci prenatalní poradny.

K cílům se vztahují tyto výzkumné otázky:

VO1: Zjistit, jestli porodní asistentky podstoupily veškerá vyšetření v rámci prenatalní poradny?

VO2: Jaká vyšetření považují za důležitá v rámci prenatalní poradny?

VO3: Jak se promítla jejich profese porodní asistentky do vlastního těhotenství?

1 Současný stav problematiky

1.1 Porodní asistentka

„Porodní asistentka je osoba, která byla řádně přijata do oficiálního vzdělávacího programu pro porodní asistentky uznávaného v dané zemi, která úspěšně ukončila daný vzdělávací program pro porodní asistentky, a získala tak požadovanou kvalifikaci a registraci pro porodní asistentky.

Porodní asistentka je uznávaný jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.

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

Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího prostředí, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik a zdravotních středisek“ (Štomerová, 2010, str.7)

Je to definice, která byla přijata 19.července 2005 na zasedání Mezinárodního výboru porodních asistentek a nahrazuje tím přijatou Definici porodní asistentky z roku 1972, která byla doplněná roku 1990 Mezinárodní konfederací porodních asistentek, Světovou zdravotnickou organizací a Mezinárodní konfederací gynekologů a porodníků. (Štomerová, 2010)

1.1.1 Historie porodních asistentek

Dle (Eliášová, 2008) patří „Babictví“ k nejstarším ošetrovatelským oborům vůbec. Praxe porodních asistentek je uváděna jako ještě starší než zmínky o ní.

Ve starověkých civilizacích, jako jsou například Egypt, Čína, Indie, poskytovaly ženě pomoc při porodu především starší ženy, které už samy rodily a byly zkušenější. V pozdější době se ženy začaly věnovat poskytnutí pomoci při porodech jako svému povolání. Své zkušenosti a vědomosti získávaly od zkušenějších žen a mladším je pak dále předávaly a braly je k porodům. (Eliášová, 2008)

Už od pradávna byla tato profese mužům představována pouze v teoretické podobě, jelikož jim jejich přítomnost u porodu nepříslušela. Porod byl považován za intimní záležitost, která byla pouze pro ženské oči. (Eliášová, 2008)

Z období asi 2200 let n. l. pochází listiny, které se věnují ženskému krvácení, poruchám cyklu, nepravidelným polohám nebo i receptům na zabránění početí. Z období 16. století př. n. l. jsou dochovány spisy o diagnostice a chorobách v těhotenství, měření velikosti novorozence nebo například o sterilitě. V letech 800-400 př. n. l. existují listiny, které dokazují, že indiští lékaři byli schopni udělat císařský řez. Již v období 7. století před n. l. byla pomoc u porodu připisována pouze porodní asistentce, kdy lékař zasahoval pouze při odumření plodu nebo při operačních porodech. (Eliášová, 2008)

Důležitou osobností řecké medicíny byl *Hippokrates*, který měl již od 5. století př. n. l. znalosti o polohách plodu, embryotomii, kranyoklázii a prolapsu dělohy (Eliášová, 2008)

O velký pokrok se zasloužil také *Sorranos z Efezu* (138-98 před n. l.), v jehož díle „*O umění porodnickém a nemocích ženských*“ zachycuje péči o novorozence a porodnictví. Považuje se za tvůrce porodnické stoličky, poševních zrcadel a zevních obrátů při nepravidelných polohách. Od budoucích porodních bab vyžadoval, aby byly pracovité, vytrvalé, v dobré kondici, se zdravými končetinami a dlouhými, jemnými prsty. Porodní babička by neměla být příliš mladá, ale zato zkušená a prakticky zdatná. (Eliášová, 2008)

Díky univerzitě v Praze a poté také v Olomouci se na počátku 18. století mluví o gynekologii a porodnictví také v českých zemích. V roce 1753 vznikl dekret, který určoval povinnost přednášet porodnictví v pražské univerzitě. V tomto období mluvíme o *A. Jungmannovi*, kterého považujeme za zakladatele porodnické školy v Praze. První operace mimoděložního těhotenství se datuje do roku 1825 a byla provedena v Praze. Významným rokem byla také rok 1842, kdy F. Kiwich von Rotterau přednášel na lékařské fakultě v Praze a v tomto roce zřídil samostatné gynekologické oddělení. Za zakladatele

urogynekologie a zavedení metody vyšetřování těhotných v graviditě je považován K. Pawlík. Podle něj bylo pojmenováno i vyšetření při porodu tzv. Pawlíkovými hmaty. (Slezáková a kolektiv, 2017)

1.1.2 Vzdělání porodních asistentek

Velkou osobností, která se mezi prvními podílela na počátcích pražského porodnictví, byl Jan Meliř (1763-1837). Pocházel z bohaté rodiny, studoval ve Vídni, kde poté v roce 1786 získal „*gradus magister obstetriciae*“ Byl to velice vzdělaný člověk a měl sociální citění, neboť poskytoval ženám péči zdarma. Za použití svých finančních prostředků pečoval o svobodné ženy a děti. Byl prvním, který ve spolupráci s Jáchymem Vrabcem v roce 1792 provedl císařský řez, kdy sekci přežila nejen matka, ale i dítě. (Roztočil, 2017)

Dalším významným mužem, který se zasloužil o výuku porodních asistentek, byl Antonín Jungmann (1775-1854). Zavedl psaní porodopisů a je zakladatelem slavné pražské porodnické školy. Za jeho působení prošlo klinikou více než osm tisíc porodních bab. Požadoval, aby ženy, které se blížily padesátému roku věku, nebyly nadále do učení přijímány. Za doby jeho působení získala pražská porodnická škola evropský ohlas. (Roztočil, 2017)

Vzdělávání porodních asistentek je věc velice intimní, ať už jde o porod nebo praxi samotnou. To je jeden z důvodů, proč musí být porodní asistentky citově založené. Tato vlastnost hraje v jejich profesi důležitou roli. Práce porodní asistentky vyžaduje umění rozpoznat nějaký problém a poté ho řešit. Porodní asistentky jsou zodpovědné ať už za své úspěchy, tak i za svá selhání, a proto musí mít vynikající dovednosti a znalosti v oboru. (Lewis, 2015)

1.1.3 Kompetence porodní asistentky

Kompetence porodní asistentky upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb., „*Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků*“.

- Porodní asistentka poskytuje bez odborného dohledu základní a specializovanou ošetrovatelskou péči těhotným, rodícím ženám a ženám do šestého týdne po porodu.

- Porodní asistentka informuje ženu o správné výživě, kojení, ošetření novorozence a pomáhá při přípravě na porod.
- Porodní asistentka připravuje ženu k porodu a pečuje o ni ve všech dobách porodních.
- Může vést fyziologický porod a provádět případný nástřih hráze. Dále může porodní asistentka pečovat o porodní a poporodní poranění.
- Navštěvuje těhotnou ženu doma a sleduje její zdravotní stav. Může provádět první ošetření novorozence. (Vyhláška č.55/2011, 2011)

1.1.4 Osobnost porodní asistentky

Porodní asistentka je s těhotnými ženami v těsném kontaktu již od počátku těhotenství, neboť se často s ženami zná ještě před otěhotněním nebo z dětství. Může svým jednáním ovlivnit stav budoucích generací a svým zodpovědným jednáním edukovat ženy, o které se stará. Porodní asistentka ukazuje ženám, jak probíhá těhotenství, jak navázat kontakt s dítětem ještě před narozením a dokáže ovlivnit klidné prožívání porodu beze strachu. Je zodpovědná za to, jakým způsobem přistupuje k lidem, a zda svým jednáním nepoškodí ty, o které pečuje-matku a její dítě. V každém případě by porodní asistentka měla být lidská a neměla by ženu soudit v jejich rozhodnutích. Měla by být schopná pracovat v týmu, ale rozhodovat se sama, což vyžaduje hodně vědomostí a zkušeností. (Štomerová, 2010)

1.2 Anatomie ženských pohlavních orgánů

Pohlavní ústrojí ženy se skládá z párových pohlavních žláz-vaječníků a vejcovodů, v nichž dochází k fertilizaci vajíčka a základnímu vývoji zárodku. Dále z dělohy, kde se zárodek a následně plod vyvíjí. Z pochvy, která je kopulačním orgánem a stává se porodní cestou. K pohlavnímu ústrojí patří také vnější pohlavní orgány. (Dylevský, 2009)

1.2.1 Vaječník (*ovarium, oophoron*)

Vaječník je základní párová pohlavní žláza ženského těla. Nachází se v boční části malé pánve a je zavěšen na zadní straně širokého děložního vazů (*ligamentum latum uteri*) o velikosti přibližně 5x3x1,5 cm. Je pokryt tuhou vazivovou vrstvou bělavé barvy (*tunica*

albuginea). Je složen z kůry (*cortex ovarii*) a z dřeně (*medulla ovarii*). Ve vaječníku dochází ke zrání vajíček (oocytů), které se postupně vyvíjejí ve folikulech. Nejznámějším folikulem je Graafův folikul, který se vytlačuje na povrch vaječníků, po dozrání vajíčka praská a vajíčko je uvolněno do pobřišnicové dutiny (ovulace). Po tomto vyplavení se z Graafova folikulu stává žluté tělísko (*corpus luteum*), které tvoří progesteron. Následně má za účel udržet děložní sliznici prosáklou a nachystanou pro uhnízdění vajíčka (nidace). Jestliže k oplodnění nedojde, žluté tělísko zaniká. (Kachlík, 2018)

1.2.2 Vejcovod (*tuba uterina, salpinx, fallopian tube*)

Vejcovod je párový trubicovitý orgán tvořen hladkou svalovinou. Slouží pro oplodnění a zajišťuje přenos zygoty do dělohy. Měří přibližně 10-15 cm. Jeho stěnu tvoří sliznice, která je kryta cylindrickým epitelem s řasinkami, tenkou vrstvou hladké svaloviny a na zevním povrchu pobřišnicí. (Kachlík, 2018)

1.2.3 Děloha (*uterus, metra, hystera*)

Jedná se o nepárový orgán tvořený také hladkou svalovinou, tvarem připomínající hrušku. Děloha zajišťuje uhnízdění zárodku a následný vývoj plodu. U žen, které ještě nerodily, je velikost dělohy přibližně 8x4x2,5 cm, kdežto u žen s nejméně jedním porodem se rozměry zvětšují přibližně o 1 cm. Na děloze nás zajímá tělo (*corpus*), které je nahoře vyklenuté do dna (*fundus*) a po stranách je děloha vytažena ve dva děložní rohy (*cornu*), do kterých ústí vejcovody a přecházejí ve válcovité hrdlo (*cervix*). Tomuto přechodu se říká děložní úžina (*isthmus*). Část, kterou lze vyšetřit zrcadly přes pochvu (*per vaginam*) a která přechází do poševního kanálu, se nazývá čípek (*portio vaginalis cervicis uteri*). Obvyklé u dělohy je, že je ohnutá do anteflexe a anteverze (AVF). Tato poloha zajišťuje děloze schopnost vývoje plodu během těhotenství. Určité výchylky tvaru dělohy např. retroverze může vézt k opačné příčině, a to potrácení plodu (*abortus*) nebo až neplodnost (*sterilitas*). Děložní stěna se skládá ze sliznice (*endometrium*) kryté cylindrickým epitelem a hladké svaloviny (*myometrium*). Vnější povrch je pokryt pobřišnicí (*perimetrium*). (Kachlík, 2018)

1.2.4 Pochva (*vagina, kolpos*)

Jedná se o nepárový trubicovitý orgán, který slouží jako kopulační orgán a je současně i vývodní pohlavní cestou. Je to jakási spojka mezi dělohou a zevními pohlavními orgány. Její délka je asi 8-10 cm a šířka asi 3 cm. Dá se značně roztáhnout. Stěna pochvy je tvořena sliznicí, která je pokryta dlaždicovým epitelem a řasami. Dále je tvořena vrstvou hladké svaloviny a na zevním povrchu je kryta adventicií (pojice). Poševní sliznici osidluje mikrobiální flóra (*Lactobacillus acidophilus*), která svým mléčným kvašením určuje silné kyselé pH. Přechází do poševní předsíně (*vestibulum vaginae*), která se řadí již k vnějším pohlavním orgánům. U dívek je oddělena panenskou blánou (*hymen*), u které dochází k protržení po prvním pohlavním styku. (Kachlík, 2018)

1.2.5 Zevní pohlavní orgány (*pudendum femininum*)

Zevní pohlavní orgány se skládají z orgánů v poševním vchodu: stydký pahorek (*mons pubis*), malé a velké stydké pysky (*labia majora et minora pudendi*) a poševní předsíně (*vestibulum vaginae*). Stydký pahorek je jakýsi hrbolek před a nad stydkou sponou. Kůže tohoto pahorku tvoří chlupy, jejichž hranice u žen končí linií v podbříšku. Velké stydké pysky se skládají z kožních valů. Podkladem těchto valů je tuková tkáň. Zevní strana je pokryta ochlupením, zatímco vnitřní je spíše tvořena sliznicí. Malé stydké pysky jsou kožní řasy podobné sliznici. Přední okraje kryjí klitoris a tvoří jeho předkožku. Poševní předsíně je místo mezi malými stydkými pysky. Uprostřed se nachází vchod od pochvy a těsně nad ním ústí močové trubice. Bartholinská žláza je uložena v bázi velkých stydkých pysků, jejíž hlavní funkcí je zvlhčení poševního vchodu a sliznice. (Dylevský, 2009)

1.3 Těhotenství

„Těhotenství je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Toto období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu. Období těhotenství se dělí na oplození, implantaci a nidaci a vývoj plodového vejce. Přechodem z intrauterinního života do mimomateršského prostředí v době porodu se z plodu stává novorozenec“ (Roztočil, 2017, str.86)

1.3.1 Oplození

Doba, kdy má zdravá žena nejplodnější období, se udává mezi 20 a 24 lety věku. Udává se šance na otěhotnění okolo 30 %. Početí prvního potomka by tedy mělo proběhnout mezi 21. a 28. rokem. S přibývajícím věkem šance na přirozené otěhotnění klesá. Například po 40. roku věku ženy je se toto procento pohybuje jen okolo 5 %. A to z důvodu, že je stále více cyklů bez uvolnění vajíčka (ovulace), což má za následek pokles počtu vajíček ve vaječnicích ženy. Co se týká muže, je to jiné. Muži jsou schopni ženu oplodnit od doby, kdy se v jejich varlatech utvoří spermie. To je důvodem, proč jsou muži schopni ženu oplodnit i ve vyšším věku. (Gregora, Velemínský, 2013)

U mužů starších 90 let ale studie prokázaly, že s přibývajícím věkem dochází k poklesu plodnosti a k rizikům jejich reprodukčního zdraví. K jejich plodnosti přispívá libido, schopnost erekce, nebo také oplodňující kapacita spermií. (Mardešič a kolektiv, 2013)

Oplození dochází splnutím mužské pohlavní buňky (spermie) a ženské pohlavní buňky (vajíčka). K oplození dochází nejčastěji ve vejcovodu. (Roztočil, 2017)

U oplodnění záleží nejen na pohyblivosti spermií, ale také na schopnosti oocyt oplodnit, čemuž se říká kapacitace. Kapacitace nastává v době průchodu spermie z pochvy do vejcovodů. Může probíhat také *in vitro* za užití média, kde jsou spermie chystány na umělé oplodnění. (Langmeier a kolektiv, 2009)

1.3.2 Spermie

Spermie (mužské zárodečné buňky) se tvoří ve varlatech a jejich vývoj se udává kolo 10 dní. Z jedné spermiogonie se utvoří čtyři spermie s 23 chromozomy. Ty jsou nositeli pohlaví. Pokud se jedná o pohlavní chromozom X, vznikne plod ženského pohlaví a naopak, pokud se jedná o chromozom Y, vznikne plod mužského pohlaví. Zralá spermie měří 50-60 μm . Skládá se z hlavičky (*caput*), krčku (*collum*), spojovací části (*pars conjuncta*) a bičíku (*cauda*). Spojením sekretu prostaty a seminálních váčků se spermiemi vzniká sperma, které se později nazývá ejakulát. Při ejakulaci se do ženského těla prostřednictvím pohlavního styku dostává okolo 300-500 milionů spermií. U zdravého muže toto období trvá od puberty do pozdního věku. (Roztočil, 2017)

1.3.3 Vajíčko

Vajíčko (oocyt) vzniká ve vaječnících. Zhruba uprostřed menstruačního cyklu dochází k ovulaci, kdy se uvolní jedno vajíčko. Pokud dojde k oplodnění vajíčka, dále dojde k jeho uhnízdění v děloze. Pokud vajíčko oplodněné není, dochází k jeho odnětí v rámci menstruace. (Gregora, Velemínský, 2013)

Po ejakulaci se spermie uhnízdí v zadní klenbě poševní. Jejich cesta do hrdla děložního je určena peristaltickými stahy pochvy při orgasmu a jejich pohybem, který je asi 2-3 mm/za minutu. Jen okolo 200-500 spermií se dostane do kontaktu s vajíčkem, které je schopno být oplodněno za 24-72 hodin po ejakulaci. Při splnutí chromozomů vzniká oplozené vajíčko, které nazýváme zygota. Poté dojde k rýhování, které trvá asi 30 hodin. Následně dochází k dělení zygoty na blastomery, poté vzniká morula, kdy se embryo dostává do dělohy. Morula se mění na vnitřní a vnější blastocystu. Vnitřní neboli embryoblast, ve které vznikne embryo, amnion a žloutkový váček a vnější neboli trofoblast, ve které se bude nacházet plodová část placenty. (Roztočil, 2017)

1.4 Změny v těhotenství

V těhotenství dochází k mnoha změnám v organismu ženy. Jednou z nich je zásah plodu do fungování ženského těla. Rozdělujeme čtyři funkce, kdy se tělo ženy přizpůsobuje na plod, a to:

- **růst tkání** vlivem zvětšování objemu jednotlivých buněk u rodidel a u prsou, občas se to týká i nadměrného ochlupení
 - **retence tekutin ve tkáni**, kdy dochází k prosáknutí pochvy vlivem hormonálních změn
 - **relaxace hladkého svalstva**, při které se uvolní děloha pod vlivem progesteronu, ale může docházet i k dilataci a snížené funkci peristaltiky střev, močových a žlučových cest
 - **funkční přizpůsobení** v důsledku zvýšené srdeční činnosti a prokrvení ledvin
- (Čech, Hájek, Maršál, a kolektiv, 2014)

1.4.1 Známky a příznaky těhotenství

Známky v těhotenství se dají objektivně popsat v organismu ženy, kdežto příznaky jsou určovány subjektivně pociťující ženou. (Roztočil, 2017)

1.4.2 Nejisté známky a příznaky těhotenství

Mezi nejisté známky těhotenství řadíme např. **amenoreu**. Jedná o vynechání menstruačního krvácení, které můžeme také najít v souvislosti s anovulací, psychickými poruchami nebo například při akutních, chronických metabolických poruchách. Dalšími znaky mohou být **změny na prsou**. Tyto ženy popisují v prvním trimestru jako pocit citlivých, napnutých bradavek. Mohou se také objevit zvětšené Montgomeryho žlázy a pigmentace bradavek. Mění se také **poševní sliznice**, při které se pochva v průběhu těhotenství mění na tmavě modrou až purpurově červenou. Říkáme tomu Chadwickovo znamení, které není určující jen u těhotenství, ale i u jiných stavů. Mezi tyto známky se řadí také **pigmentace kůže**, která se týká nejen bradavek, ale může docházet i k ztmavnutí čela a tváří, vlivem MSH (melanin stimulující hormon), neboli těhotenská maska. V oblasti mezi pupkem a symfýzou je linea alba, která během těhotenství tmavne a stává se z ní *linea nigra*. Dalším známkou v těhotenství mohou být **strie** – neboli pajizévky. Ty vznikají poruchou kontinuity šráry a objevují se nejčastěji v oblasti břicha, hýždí a prsou. (Roztočil, 2017)

Mezi nejisté příznaky těhotenství můžeme zařadit v první řadě **nauzeu**, kterou nemusí nutně provázet zvracení. Nauzea trvá asi 6-12 týdnů a objevuje se zhruba 6 týdnů po poslední menstruaci. Takzvaný *vomitus matutinus* se objevuje především ráno, ale také v průběhu dne. Nauzea by měl zmizet sama do konce 1. trimestru, ale může ženu provázet po celou dobu těhotenství. Ženu může trápit také **zvýšená frekvence močení** – neboli *polakisurie*. Vzniká tlakem rostoucí dělohy na močový měchýř. Příznakem, který ženy vnímají na svém těle, jsou **pohyby plodu**. U žen, které rodí poprvé, se tyto pohyby objevují okolo 20. týdne gravidity, kdežto u multigravid k těmto pohybům dochází okolo 18. týdne. V neposlední řadě se může jednat o **nadměrnou únavu**. Může se vyskytovat v 1. trimestru, ale i přetrvávat ke konci těhotenství z důvodu zvýšené hmotnosti těhotné ženy. (Roztočil, 2017)

1.4.3 Pravděpodobné známky těhotenství

Zvětšené břicho můžeme rozpoznat okolo 12. týdne, kde můžeme nahmatat dělohu nad symfýzou, ve 20. týdnu je již v úrovni pupku. V prvním trimestru dochází ke změnám ve tvaru, velikosti a konzistenci dělohy, které můžeme zjistit pomocí palpačního vyšetření. Mezi pravděpodobně známky těhotenství patří Hegarovo znamení, které se při běžném bimanuálním vyšetření dá zjistit mezi 6. až 8. týdnem. Dalším znamením je Braunovo znamení, které určuje zvětšení a prosáknutí stěny děložní okolo 5. týdne těhotenství. K neposledním patří také Piskáčkovo znamení, kdy jde o nerovnoměrné prosáknutí a zvětšení děložního rohu z důvodu zvětšování placenty. (Roztočil, 2017)

1.4.4 Jisté známky těhotenství

Za jisté známky těhotenství určujeme průkaz plodu v děloze i určení jeho životních funkcí. Jedná se o ozvy plodu, které posloucháme přes břišní stěnu, nebo ty, které žena vnímá sama. U prvorodiček dochází ke vnímání pohybů okolo 20. týdne, u multigravid okolo 18. týdne. (Gregora, Velemínský, 2017)

Mezi jisté známky také patří *průkaz jednotky HCG, nebo zobrazení plodu ultrazvukem.*

Lidský choriový gonadotropin (HCG). Jeho hodnota se dá zjistit ve 3. týdnu těhotenství. Nejvyšších hodnot nabývá v 8. týdnu a ve II. a III. trimestru jsou jeho hodnoty velice nízké. HCG hormon udržuje žluté tělísko v I. trimestru. Dále dochází k pobízení testosteronu ve varlatech muže. A podněcuje trofoblast k odpovědi na infekční agens. (Roztočil, 2017)

Ultrazvukové vyšetření je nejspolehlivější metodou určení těhotenství. Vaginální sondou určíme těhotenství asi od 4. týdne a srdeční akci od 6. týdne. (Binder, Vavřínková, 2011)

1.4.5 Psychické změny v těhotenství

Ke změnám, ať už psychickým, nebo somatickým dojde u všech žen včetně těch, které si své těhotenství dlouhou dobu přály. Žena se postupně učí novou životní roli, roli matky. Záleží také a vnějších faktorech, především na lidech v jejím okolí. Těhotenství se dělí na tři trimestry. V prvním se žena snaží vnímat své měnící se tělo, určuje se, zda je žena opravdu těhotná. Do druhého trimestru žena vstupuje, jakmile ucítí první pohyby plodu.

V této době si žena uvědomuje přítomnost plodu a snaží se těhotenství udržet. Mezi druhým a třetím trimestrem je období, kdy se žena bojí porodu, který by přišel dříve, nebo už by chtěla mít porod za sebou. Ve třetí fázi se žena připravuje k porodu. Po narození dítěte se stanoví nová role ženy. Role imitace, znamená, že se žena přetěluje do jiné, která již těhotná byla, a snaží se ji napodobovat. U ženy se dále rozvíjí fantazie a představy o tom, jaké vlastnosti bude její dítě mít. Následuje role smutnění, kdy si žena uvědomuje, že se nebude moci vrátit k dřívějšímu jednání. V těhotenství může mít chování ženy vliv nejen na ni, ale i na její okolí. To se týká partnera, rodiny a jejich nejbližších, kteří se připravují na roli přijetí nového člena. Ženu může také trápit tzv. „*couvade*“ syndrom. Jedná se o bolest zubů, přírůstek na váze, menší chuti k jídlu. Tyto symptomy charakterizuje začátek ve 3. – 4. měsíci těhotenství, kdy symptomy klesají a nadále se mohou objevovat v posledních 2 měsících konce těhotenství. Jde o jakousi úzkost. (Roztočil, 2017)

1.4.6 Životospráva v těhotenství

Strava u těhotných žen by měla obsahovat látky nezbytné pro zdravý vývoj plodu. Měla by také redukovat nebezpečí vzniku chudokrevnosti a obstarat tělu ty látky, které jsou nezbytné pro zachování obranyschopnosti těla ženy. Navíc taková strava, která snižuje nebezpečí vzniku zubního kazu. (Trča, 2009)

Přibírání na váze v těhotenství se určuje v závislosti na výchozí hmotnosti ženy a mělo by se pohybovat okolo 7 až 18 kg. Nejnižší přírůstek na váze se u žen s BMI >26 se pohybuje od 7 do 11,5 kg. Nejvyšší hodnotu zvýšení hmotnosti se udává u žen s BMI <19,5 okolo 12,5 až 18 kg. U žen s hodnotou BMI v normě, tedy od 19,8 do 26 se radí průměrné zvýšení hmotnosti o 11,5 až 16 kg. (Kasper, 2015)

To znamená, že u zdravé ženy, která se správně vyživuje na počátcích gravidity, je přírůstek hmotnosti na konci těhotenství 10-12 kg. U podvyživených a adolescentních žen činí přírůstek okolo 14 kg. Nejnižší přírůstek je obvykle u obézních žen, a to okolo 4-8 kg. Důležitým faktorem je stravování ženy a její výživový stav před otěhotněním. Mezi další faktory patří také genetické dispozice, věk matky, abúzus k alkoholu, drogy, nikotin apod. (Svačina, 2008)

Těhotné ženy by měly denně vypít okolo 1,5 litru tekutin, kvůli tvorbě mléka. Dostatečné množství tekutin přispívá k prevenci zácpy, což je důležitým aspektem klidného těhotenství. (Sabersky, 2009)

Důležité ve stravě těhotné jsou vařené brambory, které jsou bohaté na bílkoviny, draslík a vitamin C. Živinou bohatou na bílkoviny a vápník je mléko, které je důležité hlavně pro plod kvůli tvorbě kostí. Pokud však žena z jakéhokoliv důvodu mléko pít nechce, je možné ho nahradit nízkotučnými sýry, nesmetanovými jogurty nebo tvarohem. Potravinami, které snižují riziko chudokrevnosti, jsou takové, které obsahují železo. Chudokrevnost trápí ženy v těhotenství často, proto je nutná pomoc stravou. Potraviny obsahující železo jsou: libové hovězí maso, drůbeží maso, špenát, vejce, mrkev aj. (Trča, 2009)

Těhotné ženy také často trápí zácpa, proto je důležité ji předcházet tzv. „jedlou vlákninou“. Tato vláknina se vyskytuje v ovoci, zelenině, v luštěninách a obilnách zrn. Mezi zdroje vlákniny patří sušené houby, sušené fíky, hrách, mák, celozrnný chléb, jablka, hrušky, kedlubny aj. Při přípravě jídel se také dbá na množství soli, které je třeba redukovat. Také sladká jídla je potřeba omezit, a to z důvodu vzniku nadměrného přírůstku na váze. (Trča, 2009)

Podstatné je také užívání kyseliny listové v těhotenství. Je velice důležitá při dělení buněk, při růstu plodu, pro metabolismus, ale také hraje důležitou roli při tvorbě červených krvinek. Je klíčovým vitamínem při ochraně v souvislosti s defektem neurální trubice, která představuje těžkou malformaci u plodu. Ta se uzavírá přibližně ve 4. týdnu, a tak je důležité kyselinu listovou brát zavčas. Tento „těhotenský vitamin“ také utváří ochranu před rozštěpem patra, čelisti a rtu. Je přítomna v potravinách jako je špenát, brokolice, mléko a mléčné výrobky, vaječný žloutek aj. (Sabersky, 2009)

Rizika v těhotenství mohou nastat u obézních žen, neboť nadváha může způsobit komplikace. U veganské stravy je důležité dbát na příjem vápníku, který je nahrazen vápníkem obsaženým v sójovém mléku, mandlích, luštěninách aj. Vitamin D v množství 400 IU/den a železa okolo 15mg/den. Takto stravující se těhotná musí mít na mysli riziko poškození z malnutrice. Z hlediska medicíny je toto stravování společně s makrobiotikou určováno za nevhodné pro stravování matky během těhotenství. Za značně rizikové se považuje požívání alkoholu v těhotenství, které může způsobit fetální alkoholový syndrom. (Sabersky, 2009)

V Německu se dle studie rodí až 800 dětí s tímto fetální alkoholovým syndromem a 5000 dětí s lehkými poruchami způsobenými právě alkoholem. Dle toho má alkohol ničivější následky než léky, drogy nebo kouření. Tyto anomálie se týkají dětí především tehdy, když matka během těhotenství požívá alkohol pravidelně ve větším množství. Toto tvrzení ale neplatí u všech žen. Může se stát, že žena alkoholička přivede na svět zdravé dítě, a naopak zdravá žena, která požije alkohol v malém množství, může na svět přivést dítě nemocné. (Sabersky, 2009)

1.5 Prenatální péče

„Cílem prenatální péče je pomáhat těhotné ženě při udržování a podpoře jejího zdraví s cílem fyziologického průběhu těhotenství a správného vývoje plodu. To znamená, že prenatální péče by se měla zaměřovat nejen na zdravotnickou péči, ale i na výchovu a vzdělání rodičů. Kromě podpory a poradenství pro těhotné ženy se zaměřuje i na jejího partnera a ostatní členy rodiny, aby jim pomohla v jejich přípravě a adaptaci na rodičovství“ (Bašková, 2015, str.17)

1.5.1 Těhotenská poradna

Těhotné ženy by měly poradnu navštěvovat do 23. týdne každé 4 týdny. Dále pak v rozmezí mezi 24. a 32. týdnem každé 3 týdny. Od 33. do 36. týdne ženy gynekologa/porodní asistentku navštíví každé 2 týdny. A od 37.týdne do 40. týdne chodí těhotné do poradny každý týden. (Hanáková,2010)

Při první návštěvě se pomocí laboratorní a ultrazvukové diagnostiky určí, zda se jedná o těhotenství. Jde o přítomnost lidského choriogonadotropinu (hCG) v krvi nebo v moči. Jestliže se přítomnost hCG potvrdí, přejde se k ultrazvukovému vyšetření, které určí, zda je zárodek přítomen, a jeho správný vývoj. Pokud se gravidita potvrdí, vypíše se těhotné průkaz, kde bude mít vypsáné osobní údaje, její celkový stav, počet předchozích gravidit (pokud byly) a termín poslední menstruace. Každá další návštěva ženy v poradně se bude zaznamenávat. Do průkazu se bude zapisovat, zda má nějaké potíže, její váha, případně otoky. Dále se provádí vyšetření moči kvůli detekci bílkoviny, cukru a hnisu. Sleduje se také krevní tlak, měří se spona fundus (vzdálenost od symfýzy k děložnímu fundu), ozvy a pohyby plodu. (Bašková, 2015)

V těhotenské poradně se provádí také palpační vyšetření, kdy se odhaduje velikost a uložení dělohy, její konzistence, stav vnějších a vnitřních orgánů. Kvůli způsobu vedení porodu a případným nepříjemnostem, které by mohly při počátku porodu nastat, je zjištění polohy plodu velmi důležité. Jedná se například o plod v příčné poloze nebo konec pánevní. Plod svou polohu může často měnit, proto se toto vyšetření dělá i před porodem. K vyšetřením, které je lepší udělat ke konci těhotenství, patří měření velikosti pánve. Jedná se o věrohodnější měření, než tomu bývá k začátku těhotenství. Mezi vnější rozměry pánve řadíme *distantia bispinalis* (jedná se o délku trnů bederních kostí), která je 25-26 cm. Dále pak *distantia bicristalis* (což je délka mezi nejvzdálenějšími díly hřebene kostí bederních), která je 28-29 cm. Následuje *distantia bitrochanterica* (délka mezi hřebeny stehenních kostí) okolo 31-32 cm. A *conjugata externa* (horní okraj symfýzy L5), která je 19-20 cm. Hodnota může být od 18 cm, ale od 17 cm je považována pánev za zúženou, tedy patologicky zúženou. (Bašková, 2015)

Do 16. týdne se u žen vyšetřují odběry krve a odběry moči. Z krve jsou důležité hodnoty krevního obrazu, krevní skupiny, zda žena je nebo není Rh negativní (kvůli protilátkám), zda je HbsAg pozitivní, nebo zda je u ní přítomen syfilis. Důležitým krevním odběrem je biochemický screening vývojových vad, který se provádí jako tzv triple test. U vyšetření moči nás zajímá hlavně moč a sediment. (Roztočil, 2008)

Ve 20. týdnu se provádí kromě klasických vyšetření, jako jsou změření tlaku, hmotnosti, moč a sediment, přítomnost bílkoviny a cukru, zevního porodnické vyšetření a vaginálního vyšetření také důležité ultrazvukové vyšetření, které určí správný vývoj plodu a jeho orgánů, změří se biometrie plodu, množství plodové vody, jak placenta vypadá a kde je uložena. (Bašková, 2015)

Mezi 24. a 28. týdnem se provádí tzv. OGTT. Jedná se o screening poruch glukózové tolerance. Pokud bude ženě před testem 2 dny po sobě naměřena hodnota vyšší než 7,0 mmol/l, není nutný další postup testu a je automaticky diagnóza gestačního diabetu jistá. Pokud jsou hodnoty před testem v normě, provádí se tak, že se ženě odebere krev, poté se jí dá 75g glukózy perorálně nalačno. Krev se odebere za hodinu a dále za dvě. Jsou vyšetřovány hodnoty do 5,5 mmol/l a za dvě hodiny do 7,7 mmol/l. (Roztočil, 2008)

Ve 32. týdnu se znovu odebírá krev na krevní obraz, u rizikových skupin dále syfilis, HIV, HbsAg. Ve 36. až 37. týdnu, tedy v pokročilejším stádiu těhotenství se měří

CTG-cardiotokograf, dále se vyšetřuje kultivace z pochvy, kde se zjišťuje, zda žena není SAG (*Streptococcus agalactiae*) pozitivní. (Bašková, 2015)

Prvním ultrazvukem, kterým žena prochází, je při detekci těhotenství zhruba v 6. týdnu. Druhý ultrazvuk přichází okolo 11. až 14. týdne, kdy se snaží zachytit abnormality plodu, jako jsou vývojové vady, a určuje stáří plodu. Dalším vyšetření, které podrobně kontroluje plod a placentu, probíhá okolo 20. týdne. Poslední velký ultrazvuk je ve 30. týdnu, kdy se určuje poloha plodu, množství plodové vody, uložení a stav placenty. (MUDr. Kovář, 2018)

Od 37. týdne žena navštěvuje prenatální poradnu ve zdravotnickém zařízení, kde chce родit. Stav ženy a plodu je zde pod dohledem. V zařízení se v této době také plánuje, jakým způsobem bude žena родit. (Bašková, 2015)

V pokročilém stádiu těhotenství, kdy se žena připravuje k porodu, nám pomáhá tzv. *cervix score*. Jedná se o hodnocení změn na čípku. Jde především o výšku naléhající části, dilataci čípku, jeho konzistenci, směr a zkrácení čípku. (Roztočil, 2008)

2 Praktická část

2.1 Metodika výzkumu

Výzkumná část probíhala formou kvalitativního výzkumu z důvodu, že se jedná o často intimní téma. Bylo zde i množství porodních asistentek, které se o jejich těhotenství nechtěly bavit. Pracovala jsem s menším množstvím respondentek, se kterými jsem provedla rozhovor na dané téma. Výzkum byl započat v prosinci roku 2018 do března 2019. Ženy kvůli anonymitě bohužel nesouhlasily s uvedením jejich iniciálu, takže bylo pro větší přehlednost zvoleno číslování žen. Rozhovory byly zapisovány do tabulek dle určitých otázek, ze kterých byla vytvořena výzkumná část.

2.2 Charakteristika vzorků respondentů a výzkumného prostředí

Vybráno bylo 10 žen, které odpovídaly na příslušné otázky. V této době byly 2 dotazované porodní asistentky těhotné a jedna byla na mateřské dovolené. Nebyl kladen nárok na určitý věk, pouze na porodní asistentku, která již těhotná byla nebo je. Respondentky byly vybírány náhodně.

2.3 Zpracování dat

Data jsou zapisována do tabulek a dále do programu Microsoft Excel 2010. Pro větší přehlednost jsem odpovědi tučně zvýraznila a delší, celé odpovědi jsou označeny kurzívou, aby bylo zřejmé, že jde o odpovědi z rozhovoru.

2.4 Výsledky

Do této části jsou zahrnuty výsledky výzkumné části, které jsou řešeny v komentářích.

Otázka č. 1: Kolik je Vám let?

Respondentka	Věk
Respondentka 1	31
Respondentka 2	35
Respondentka 3	42
Respondentka 4	48
Respondentka 5	39
Respondentka 6	47
Respondentka 7	56
Respondentka 8	60
Respondentka 9	61
Respondentka10	26

Tabulka 1: Věk

Tato tabulka ukazuje věk respondentek. Je zde vidět, že pouze jedna respondentka je mladší 30 let, tři respondentky do 40 let a dále ženy starší 40 let.

Otázka č. 2: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Respondentka	Nejvyšší dosažené vzdělání
Respondentka 1	Vysokoškolské bakalářské
Respondentka 2	Vysokoškolské bakalářské
Respondentka 3	Střední odborné s maturitou
Respondentka 4	Střední odborné s maturitou
Respondentka 5	Vysokoškolské bakalářské
Respondentka 6	Vyšší odborné vzdělání
Respondentka 7	Střední odborné s maturitou
Respondentka 8	Střední odborné s maturitou
Respondentka 9	Střední odborné s maturitou
Respondentka 10	Vysokoškolské bakalářské

Tabulka 2: Nejvyšší dosažené vzdělání

Tabulka udává, že 5 z 10 respondentek má střední odborné vzdělání s maturitou. 4 ženy dosáhly vysokoškolského titulu a jedna respondentka udávala vyšší odborné vzdělání.

Otázka č. 3: Na kterém oddělení pracujete?

Respondentka	Oddělení
Respondentka 1	Gynekologie
Respondentka 2	Porodní sál
Respondentka 3	Porodní sál
Respondentka 4	Gynekologie
Respondentka 5	Gynekologie
Respondentka 6	Gynekologická ambulance
Respondentka 7	Gynekologie
Respondentka 8	Gynekologie
Respondentka 9	Gynekologie
Respondentka 10	Porodní sál

Tabulka 3: Působení porodních asistentek

Zde respondentky uváděly své pracovní oddělení. Můžeme vidět, že většina porodních asistentek pracuje na oddělení gynekologie. 3 respondentky udávaly jako své pracovní oddělení porodní sál. Pouze jedna respondentka pracuje v gynekologické ambulanci.

Otázka č. 4: Kolikrát jste byla těhotná?

Respondentka	Počet těhotenství
Respondentka 1	<i>"dvakrát"</i>
Respondentka 2	<i>"dvakrát"</i>
Respondentka 3	<i>"dvakrát"</i>
Respondentka 4	<i>"pouze jednou"</i>
Respondentka 5	<i>"dvakrát"</i>
Respondentka 6	<i>"čtyřikrát"</i>
Respondentka 7	<i>"třikrát"</i>
Respondentka 8	<i>"dvakrát"</i>
Respondentka 9	<i>"Byla jsem těhotná dvakrát"</i>
Respondentka 10	<i>"Těhotná jsem byla pouze jednou"</i>

Tabulka 4: Počet těhotenství

Z deseti respondentek uvádělo 6, že byly těhotné dvakrát. 2 respondentky uváděly, že byly těhotné pouze jednou a 2 ženy byly těhotné více než dvakrát.

Otázka č. 5: Kolik máte dětí?

Respondentka	Počet dětí
Respondentka 1	"Mám dvě děti"
Respondentka 2	"Pouze jedno "
Respondentka 3	" Dvě "
Respondentka 4	"Mám doma jednoho d'áblíka, který mi bohatě stačí"
Respondentka 5	" Jedno "
Respondentka 6	"Mám čtyři děti"
Respondentka 7	"Bohužel se třetí těhotenství neujalo, takže mám jen dvě děti"
Respondentka 8	" Dvě "
Respondentka 9	"Mám dvě děti"
Respondentka 10	"Zatím mám jedno dítě, ale další určitě plánuji"

Tabulka 5: Počet dětí

Polovina respondentek uváděla, že má dvě děti. 4 ženy mají pouze jedno dítě a jedna žena má více než 2 děti. U respondentek jsem si všimla, že 3 z nich odpověděly při počtu těhotenství větší počet, než mají dětí. Pouze jedna porodní asistentka se mnou sdílela důvod, a to že se těhotenství neujalo.

Otázka č. 6: Kdo se o Vás v průběhu těhotenství v prenatální poradně staral?

Respondentka	Péče v těhotenství
Respondentka 1	"Staral se o mě pouze gynekolog "
Respondentka 2	"Jen gynekolog "
Respondentka 3	" Gynekolog "
Respondentka 4	" Gynekolog "
Respondentka 5	"Byla jsem v péči lékaře "
Respondentka 6	" Lékařka v prenatální poradně"
Respondentka 7	" Lékař "
Respondentka 8	"Pouze porodní asistentka "
Respondentka 9	"Moje bezvadné kolegyně "
Respondentka 10	"Starala se o mě porodní asistentka i lékař "

Tabulka 6: Péče v těhotenství

O většinu porodních asistetek se v prenatální poradně staral výhradně lékař. Pouze 3 respondenty uváděly, že v těhotenství se o ně staraly porodní asistentky.

Otázka č. 7: Navštěvovala jste během těhotenství předporodní kurz?

Respondentka	Předporodní kurzy
Respondentka 1	<i>"Ne nechodila jsem"</i>
Respondentka 2	<i>"Žádný"</i>
Respondentka 3	<i>"Ne"</i>
Respondentka 4	<i>"Ne, nejsem příznivcem těchto kurzů"</i>
Respondentka 5	<i>"Na žádný kurz jsem nechodila"</i>
Respondentka 6	<i>"Ne"</i>
Respondentka 7	<i>"Ne, nenavštěvovala "</i>
Respondentka 8	<i>"Prováděla jsem sama"</i>
Respondentka 9	<i>"V době, kdy jsem rodila, žádné pořádné kurzy nebyly"</i>
Respondentka 10	<i>"Ne, nenavštěvovala jsem žádný kurz"</i>

Tabulka 7: Předporodní kurzy

Z této tabulky překvapivě vyplývá, že pouze jedna porodní asistentka prováděla předporodní kurz sama.

Otázka č. 8: Považujete za důležité návštěvy gynekologa v prenatální poradně?

Respondentka	Důležitost prenatální poradny
Respondentka 1	<i>"Ano, určitě"</i>
Respondentka 2	<i>"Je velmi důležité gynekologa navštěvovat. Ani my nevíme vše"</i>
Respondentka 3	<i>"Ano"</i>
Respondentka 4	<i>"Ano, osobně si nedovedu představit, že bych gynekologa nenavštěvovala v době těhotenství"</i>
Respondentka 5	<i>"Určitě"</i>
Respondentka 6	<i>"Ano, samozřejmě"</i>
Respondentka 7	<i>"Ano"</i>
Respondentka 8	<i>"Ano"</i>
Respondentka 9	<i>"Ano, je důležité předejít možným komplikacím, které se ani nám porodním asistentkám bohužel nevyhýbají"</i>
Respondentka 10	<i>"Určitě"</i>

Tabulka 8: Důležitost prenatální poradny

Tabulka jasně ukazuje na to, že porodní asistentky vnímají za velice důležité navštěvovat během těhotenství gynekologa v prenatální poradně.

Otázka č. 9: Jaké vyšetření jste v rámci prenatální poradny podstoupila?

Respondentka	Vyšetření v rámci prenatální poradny
Respondentka 1	<i>"OGTT, ultrazvuky, vyšetření krve"</i>
Respondentka 2	<i>"Všechna, která doporučuje Česká gynekologická a porodnická společnost"</i>
Respondentka 3	<i>"Všechna předepsaná"</i>
Respondentka 4	<i>"Podstoupila jsem ultrazvuky, odběry krve na testy"</i>
Respondentka 5	<i>"Všechna vyšetření, které můj gynekolog vyžadoval"</i>
Respondentka 6	<i>"Všechna doporučená, včetně vyšetření OGTT a amniocentézy"</i>
Respondentka 7	<i>"Vyšetření v 1. trimestru, dále SONO vyšetření ve 20. týdnu, velké ultrazvuky včetně 30.týdnu"</i>
Respondentka 8	<i>"Podstoupila jsem všechna vyšetření včetně vaginálních"</i>
Respondentka 9	<i>"Bylo mi doporučeno v prenatální poradně navštívit plicní a zubní, ale v době mého těhotenství tolik vyšetření nebylo"</i>
Respondentka 10	<i>"Všechna doporučená vyšetření, včetně PAPP a dále všechny screeningy a ultrazvuky"</i>

Tabulka 9: Vyšetření v rámci prenatální poradny

Dle tabulky je patrné, že všechny porodní asistentky podstupovaly vyšetření dle doporučení. Ať už doporučení od svého gynekologa, České gynekologické a porodnické společnosti nebo na základně svého přesvědčení.

Otázka č. 10: Bylo nějaké vyšetření, které jste odmítla? Jestli ano, jaké a proč?

Respondentka	Odmítnutá vyšetření
Respondentka 1	<i>"Při druhé graviditě jsem odmítla vyšetření tolerance glukózy. Nebylo mi dobře a glykémie byla nalačno v normě"</i>
Respondentka 2	<i>"Ne"</i>
Respondentka 3	<i>"Žádné"</i>
Respondentka 4	<i>"Ne, neodmítla"</i>
Respondentka 5	<i>"Žádné"</i>
Respondentka 6	<i>"Neodmítla"</i>
Respondentka 7	<i>"Ne"</i>
Respondentka 8	<i>"Žádné bych neodmítla"</i>
Respondentka 9	<i>"Ne"</i>
Respondentka 10	<i>"Ne, nebylo žádné vyšetření, které jsem odmítla"</i>

Tabulka 10: Odmítnutá vyšetření

Ze všech dotázaných žen pouze jedna odpověděla, že vyšetření odmítla, a to z důvodu silné nevolnosti během vyšetření. Ostatní ženy žádné vyšetření neodmítnuly.

Otázka č. 11: Nastal v průběhu Vašeho těhotenství nějaký problém? Jestli ano, jaký?

Respondentka	Problémy v těhotenství
Respondentka 1	<i>"Ne, žádný problém nenastal"</i>
Respondentka 2	<i>"Ano, bohužel došlo k předčasnému odlučování placenty"</i>
Respondentka 3	<i>"Ano, došlo k předčasnému porodu v 34. týdnu"</i>
Respondentka 4	<i>"Ano, předčasný porod v 33. týdnu"</i>
Respondentka 5	<i>"Ne, nebyl žádný problém"</i>
Respondentka 6	<i>"Lehká hepatopatie ve 3. těhotenství, GDM ve 4. těhotenství, jinak bez problémů"</i>
Respondentka 7	<i>"Bohužel jsem porodila dřív děťátko s VVV"</i>
Respondentka 8	<i>"Nebyl žádný problém"</i>
Respondentka 9	<i>"Hrozící potrat v počátcích těhotenství v 10. týdnu"</i>
Respondentka 10	<i>"Ano, porod trval velice dlouho, nakonec došlo k císařskému řezu z důvodu špatného CTG."</i>

Tabulka 11: Problémy v těhotenství

Z tabulky je patrné, že bohužel pouze tři dotázané porodní asistentky měly těhotenství bez komplikací. Zbylé udávaly za nejčastější problém předčasný porod. Jedna žena porodila dítě s vývojovou vadou a jedné respondentce byl z důvodu špatného kardiokografu proveden císařský řez.

Otázka č. 12: Jak jste byla spokojená s péčí v prenatální poradně v období těhotenství?

Respondentka	Spokojenost s péčí v prenatální poradně
Respondentka 1	<i>"Byla jsem spokojená, bylo mi vše dobře vysvětleno"</i>
Respondentka 2	<i>"Byla jsem velmi spokojená"</i>
Respondentka 3	<i>"Péče byla skvělá"</i>
Respondentka 4	<i>"Velmi"</i>
Respondentka 5	<i>"Ano, velice"</i>
Respondentka 6	<i>"Byla jsem zcela spokojená"</i>
Respondentka 7	<i>"Vše v pořádku"</i>
Respondentka 8	<i>"Vše bylo v pořádku"</i>
Respondentka 9	<i>"Velmi spokojená"</i>
Respondentka 10	<i>"Byla jsem spokojená a vděčná za péči"</i>

Tabulka 12: Spokojenost s péčí v prenatální poradně

Všechny porodní asistentky udávaly velkou spokojenost s péčí, která jim byla v průběhu těhotenství poskytována.

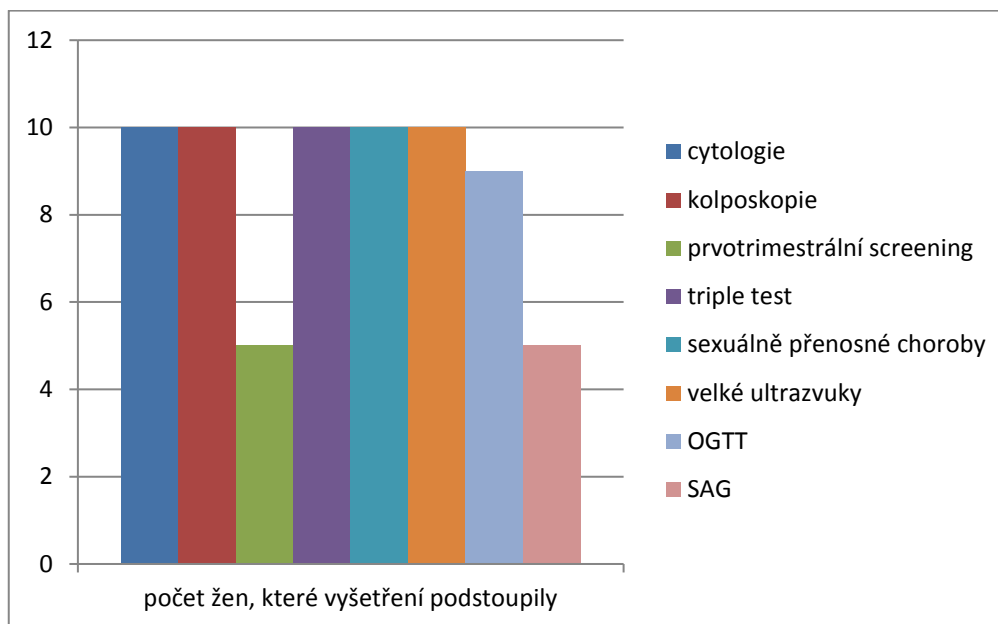
Otázka č. 13: Promítla se Vaše profese porodní asistentky do vlastního těhotenství?

Respondentka	Těhotná porodní asistentka
Respondentka 1	<i>"Ano, určitě"</i>
Respondentka 2	<i>"Určitě"</i>
Respondentka 3	<i>"Ano"</i>
Respondentka 4	<i>"Ať chceme, nebo ne, je to tak"</i>
Respondentka 5	<i>"To je určitě pravda"</i>
Respondentka 6	<i>"Ano"</i>
Respondentka 7	<i>"Určitě"</i>
Respondentka 8	<i>"Jsem sice porodní asistentka, ale i já jsem někdy měla poprvé dítě a byla jsem v tomhle nezkušená"</i>
Respondentka 9	<i>"Ano, to jistě"</i>
Respondentka 10	<i>"Jelikož jsem informovaná o průbězích různých vyšetření, ale i rizicích, tak bych řekla že velmi"</i>

Tabulka 13: Těhotná porodní asistentka

Z tabulky vyplývá, že všem porodním asistentkám se jejich profese promítla do vlastního těhotenství.

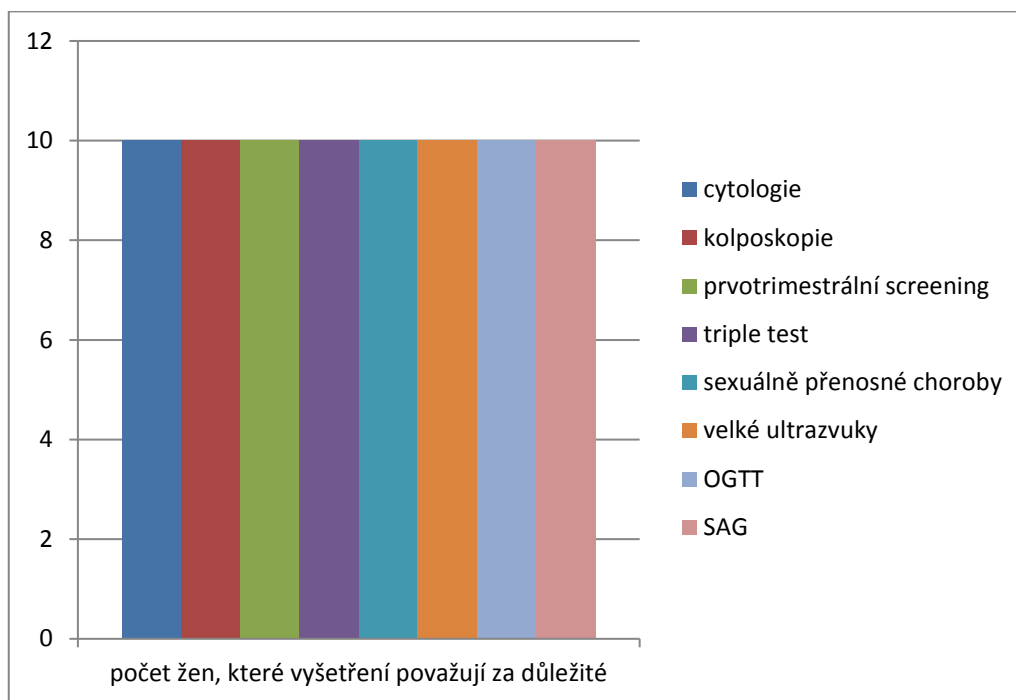
VO1: Zjistit, jestli porodní asistentky podstoupily veškerá vyšetření v rámci prenatalní poradny.



Graf 1: Vyšetření z prenatalní poradny

Graf znázorňuje vyšetření, které se provádí v prenatalní poradně. Poukazuje na to, že vyšetření cytologie, kolposkopie, triple test, sexuálně přenosné choroby a velké ultrazvuky podstoupily všechny dotazované respondentky. Vyšetření OGTT podstoupilo 9 z 10 žen, kdy jedna respondentka udávala silnou nevolnost z vyšetření. Prvotrimestrální screening a vyšetření kultivace na SAG podstoupilo 5 z 10. A to z důvodu, že v době, kdy ženy rodily, tato vyšetření nebyla.

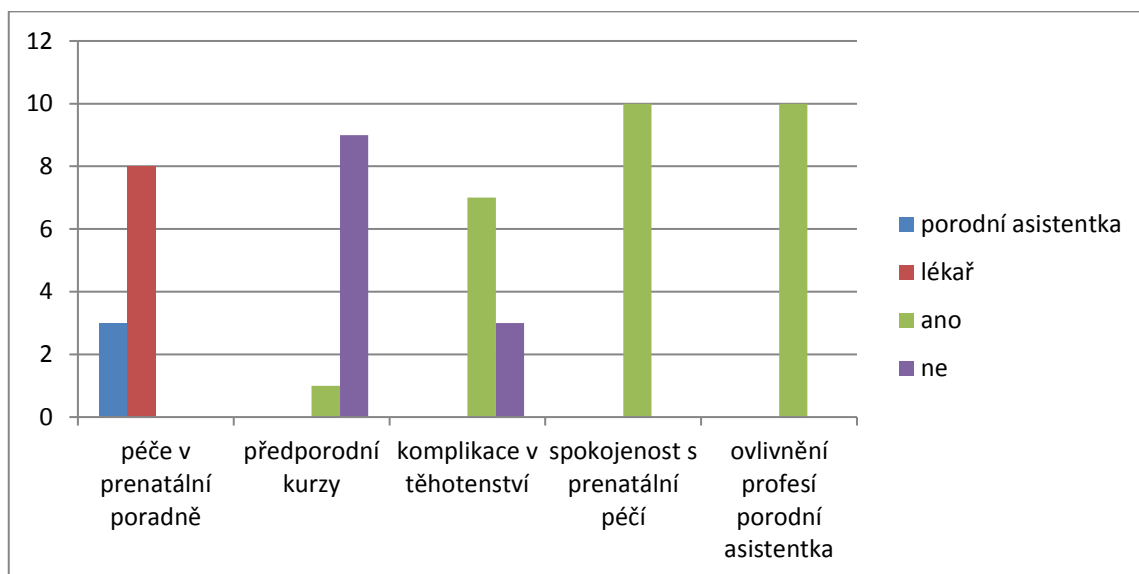
VO2: Jaká vyšetření považují za důležitá v rámci prenatální poradny.



Graf 2: Důležitost vyšetření v rámci prenatální poradny

Graf znázorňuje, že všechny dotázané ženy považují veškerá vyšetření za důležitá, i když ne všechny je podstoupily.

VO3: Jak se promítla jejich profese porodní asistentky do vlastního těhotenství?



Graf 3: Těhotná porodní asistentka

Graf poukazuje na to, že 2 respondentky byly v péči pouze porodní asistentky, 1 byla v péči jak porodní asistentky, tak lékaře. 7 dotázaných se během prenatální poradny vložili do rukou lékaře. Předporodní kurzy nenavštěvovalo 9 respondentek, z toho pouze jediná prováděla kurzy doma. Z grafu bohužel vyplývá, že 7 žen mělo během těhotenství nějaké potíže a pouze 3 ženy měly těhotenství bez komplikací. 10 z 10 žen udává, že byly spokojené s péčí, která jim byla věnována v průběhu těhotenství a stejné množství dotazovaných porodních asistentek uvedlo, že byly v těhotenství ovlivněné svojí profesí porodní asistentky.

3 Diskuze

V této bakalářské práci jsou uvedeny dva hlavní cíle. První z nich zní: Zjistit, jak porodní asistentky prožívají svoje vlastní těhotenství. Druhý z nich navazuje na první, a to zjistit, jaký postoj mají k doporučeným vyšetřením v rámci prenatalní poradny.

K těmto otázkám byly vytvořeny tři výzkumné otázky, na které odpovídám níže v textu.

Výzkumné otázky jsou dále znázorněny v grafech, viz graf č. 1, 2, 3.

Ve výzkumných otázkách jsem porovnávala s výzkumem Flídrové (2013) a Vávrové (2013), která se taktéž zabývala kvalitativním výzkumem na zcela podobné téma.

Zhodnocení výzkumných otázek:

Výzkumná otázka č. 1: Zjistit, jestli porodní asistentky podstoupily veškerá vyšetření v rámci prenatalní poradny?

První výzkumnou otázkou bylo informovat se u porodních asisterek, zda podstoupily všechna povinná vyšetření v prenatalní poradně. K této výzkumné otázce se vztahují otázky č. 9 a 10. Z výzkumu plyne, že většina porodních asisterek během těhotenství podstupovala veškerá důležitá vyšetření v rámci prenatalní poradny. Pouze jedna respondentka odpověděla, že odmítla vyšetření OGTT z důvodu nevolnosti.

Výsledek této výzkumné otázky mě velice potěšil, neboť je důležité, aby samy porodní asistentky šly vzorem pro nastávající maminky. Práce porodní asistentky je jedno z nejkrásnějších povolání, kdy ženy laicky porodním asistentkám zcela důvěřují. Doprovázejí je nejen průběhu těhotenství v prenatalní poradně, ale také na porodním sále, kde právě porodní asistentka pomáhá ženě při porodu potomka. V této části se práce shoduje s výzkumem (Vávrová, 2013), při kterém se také utvrdila v důležitosti prenatalní poradny a včasných zachycení možných komplikací. Viz graf č.1.

Výzkumná otázka č. 2: Jaká vyšetření považují za důležitá v rámci prenatalní poradny?

Pro tuto výzkumnou otázku je důležitá především otázka č. 9. Zde respondentky uváděly především velké ultrazvuky v 10., 20. a 30. týdnu těhotenství. Vyšetření OGTT, které se provádí přibližně ve 24. týdnu těhotenství porodní asistentky udávaly jako důležité v rámci prenatalní poradny. Ale paradoxem je, že je to možná jedno z nejnejpříjemnějších

vyšetření. Proto je ve výzkumu vidět, že ne všechny ženy ho podstoupí, i v takto malém vzorku respondentek ho jedna odmítla. Zde se mi nepodařilo výsledky porovnat s jiným výzkumem. Viz graf č.2.

Výzkumná otázka č. 3: Jak se promítla jejich profese porodní asistentky do vlastního těhotenství?

Poslední výzkumná otázka měla zjistit, jak subjektivně vnímaly porodní asistentky průběh svého vlastního těhotenství. Při tvorbě výzkumu byly dvě respondentky těhotné, takže mohly přímo nastínit jejich pocity. Jejich pocity se ale nijak nelišily od porodních asistentek, které byly v rozhovoru také zpovídaný. Co ale měly všechny společné, byla právě jejich profese. Byly informované v oblasti těhotenství a následného porodu, takže se jejich profese opravdu promítla do vlastního těhotenství. Jejich znalosti a informovanost o tom, jak může těhotenství a porod probíhat, jsou na straně jedné, ovšem na druhé jsou také znalosti a zkušenosti z praxe. Jedna porodní asistentka uváděla, že porodila dítě s VVV. Tehdejší prenatální diagnostika totiž neposkytovala takové možnosti řešení situace, jaké jsou dnes, proto ji to v celém těhotenství velice poznamenalo. Obávala se dalšího těhotenství a problémů, které mohou vzniknout. Naštěstí druhé těhotenství proběhlo bez komplikací a zcela v pořádku.

S výzkumnou otázkou se shoduje práce (Flídrová, 2013), která také poukazuje na značný vliv informovanosti a znalostí porodních asistentek na jejich vlastní těhotenství. Viz graf č.3.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Z provedeného rozhovoru a následným řešením otázek mi vyplynulo několik možných opatření pro praxi.

Z výzkumu jasně vyplynulo, že porodní asistentky jsou značně ovlivněny svojí prací, ať už z pohledu pozitivního, tak i negativního. Porodní asistentky jsou také jen ženy, které byly poprvé těhotné a bylo to pro ně nové. Proto by bylo vhodné, i přestože nenastane žádný problém, s porodními asistentkami v průběhu jejich těhotenství více mluvit.

Být více kolegiální, nebrat porodní asistentku jako jakoukoliv ženu. Konzultovat s ní veškeré postupy i řešení situace.

Být s porodní asistentkou v kontaktu, protože navzdory tomu, že zná veškerý průběh určitých vyšetření, zná i jejich odvrácenou stranu. Těhotenství je o velkém vlivu hormonů, a proto je důležitá podpora psychiky. Povídat si s ní o jejich obavách a neustále ji podporovat v jejich rozhodnutí.

Závěr

Bakalářská práce se zaměřuje na porodní asistentky a prožívání jejich těhotenství. Zabývá se vnímáním žen při svém těhotenství, které jsou svůj celý dosavadní život porodní asistentkou. Ženy, které mají veškeré znalosti a informace spjaté s porodní asistencí. Zajímám se o to, jak moc jsou porodní asistentky ovlivňovány svojí profesí při těhotenství. Stěžejní částí bakalářské práce jsou rozhovory s porodními asistentkami, které alespoň jednou rodily.

Práce je členěna do dvou částí. Dělí se na současný stav problematiky a výzkumnou část. Současný stav problematiky popisuje základní pojmy týkající se porodních asistentek, zabývá se těhotenstvím, následnými změnami v těhotenství a prenatální poradnou.

Zpracování této bakalářské práce pro mě bylo velice inspirující. Jelikož jsem se pohybovala pouze v okruhu porodních asistentek, dalo mi to mnohé. Nejen pro teď, ale hlavně pro budoucí praxi v oboru.

Práci jsem si zvolila sama, protože je příliš málo informací o těhotných porodních asistentkách. Velkým zklamáním pro mě bylo zjištění, že příliš autorů se tomuto tématu nevěnuje.

Prvním cílem bylo zjistit, jak porodní asistentky prožívají svoje vlastní těhotenství. Velmi důležité bylo objevení, že žádná z respondentek v sobě nedokázala potlačit svoji profesi porodní asistentky. Zde právě dochází k příjemnému prolínání rolí. Těhotná porodní asistentka, vzdělaná odbornice ve svém oboru, která se setkává s těhotnými a rodícími ženami každý den ve své praxi, se nyní sama stává těhotnou rodičkou.

Výzkumná část bakalářské práce mi dala možnost více nahlédnout do této problematiky. Týkalo se to hlavně dvou porodních asistentek, které byly těhotné, a tak mi jejich pocity a vnímání těhotenství mohly předat tzv. z první ruky. S výsledky výzkumu jsem spokojena, neboť jsem si potvrdila, že porodní asistentky jdou příkladem ženám, které bohužel nenavštěvují prenatální poradnu tak, jak by měly. Díky výzkumné části jsem byla uspokojena tím, že jsem se dozvěděla poznatky, po kterých jsem toužila. Cíle bakalářské práce byly splněny.

Do budoucna bych byla ráda, kdyby se více zdrojů zabývajících se touto problematikou, zkrátka aby se více lidí věnovali tématu, kdy se sám zdravotník dostává do role ne

nemocné, ale těhotné porodní asistentky. U těchto žen dochází k fyziologickému, ale bohužel mnohdy i k náročnému rizikovému období ženy s rozdílem, že právě ony jsou ty, které mají o jednu roli navíc, a to roli porodní asistentky.

Seznam použité literatury

BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Praha: Grada Publishing, 2015. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-5361-4.

BINDER, Tomáš a Blanka VAVŘINKOVÁ. *Těhotná v ordinaci negynekologa*. Praha: Mladá fronta, 2011. Aeskulap. ISBN 978-80-204-2518-8.

DYLEVSKÝ, Ivan. *Funkční anatomie*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-3240-4.

ELIÁŠOVÁ, A., 2008. *Pôrodná asistencia I*. Vyd. 1. Martin: Osveta, 104 s. ISBN 80-8063261-8.

FLÍDROVÁ, Karolína. *Porodní asistentka v roli těhotné rodičky*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Vedoucí práce Horová Jana.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Čekáme děťátko*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3781-2.

GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Těhotenství a mateřství: nová česká kniha*. 2., aktualizované vydání. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5579-3.

HANÁKOVÁ, Taťána. *Velká česká kniha o matce a dítěti: [vše, co potřebujete vědět o těhotenství a porodu: péče o novorozence a kojence]*. Brno: Computer Press, 2010. Pro rodiče. ISBN 978-80-251-2788-9

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4529-9.

KACHLÍK, David. *Anatomie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum, 2018. ISBN 978-80-246-4058-7.

KASPER, Heinrich. *Výživa v medicíně a dietetika*. Praha: Grada, 2015. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-4533-6.

KOVÁŘ, MUDr Petr. *Ultrazvuk v těhotenství* [online]. [cit. 2019-03-27]. Dostupné z: <https://www.gynprenatal.cz/ultrazvuk-ultrazvukova-diagnostika/>

LANGMEIER, Miloš. *Základy lékařské fyziologie*. Praha: Grada, 2009. Aeskulap. ISBN 978-80-247-2526-0.

LEWIS, Louise. *Fundamentals of Midwifery: A Textbook for Students*. John Wiley, 2015. ISBN 978-1-118-52802-0.

MARDEŠIĆ, Tonko. *Diagnostika a léčba poruch plodnosti*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4458-2.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada, 2008. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-1941-2.

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

SABERSKY, Annette. *Zdravá výživa pro těhotné a kojící matky*. Praha: Grada, 2009. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2740-0.

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

SVACHINA, Štěpán. *Klinická dietologie*. Praha: Grada, 2008. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2256-6.

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

TRČA, Stanislav. *Budeme mít děťátko*. 9., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2009. Pro rodiče. ISBN 978-80-247-2581-9.

VÁVROVÁ, Diana. *Prenatální péče a úloha porodní asistentky*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Fakulta zdravotnických studií v Plzni. Vedoucí práce Mgr. Kristina Stichenwirthová.

Vyhláška č.55/2011 Sb [online]. [cit.2019-02-25]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Přílohy

Příloha A: Rozhovor

Rozhovor pro porodní asistentky:

Cíl práce: Zjistit, jak porodní asistentky prožívají svoje vlastní těhotenství. Zjistit, jaký postoj mají k doporučeným vyšetřením v rámci prenatální poradny.

K cíli se vztahují tyto otázky:

VO1: Zjistit, jestli porodní asistentky podstoupily veškerá vyšetření v rámci prenatální poradny.

VO2: Jaká vyšetření považují za důležitá v rámci prenatální poradny.

VO3: Jak se promítla jejich profese porodní asistentky do vlastního těhotenství.

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Na kterém oddělení pracujete?
- 4) Kolikrát jste byla těhotná?
- 5) Kolik máte dětí?
- 6) Kdo se o Vás v průběhu těhotenství v prenatální poradně staral?
- 7) Navštěvovala jste během těhotenství předporodní kurzy?
- 8) Považujete za důležité návštěvy gynekologa v prenatální poradně?
- 9) Jaké vyšetření jste v rámci prenatální poradny podstoupila?
- 10) Bylo nějaké vyšetření, které jste odmítla? Jestli ano, jaké a proč?
- 11) Nastal v průběhu Vašeho těhotenství nějaký problém?
- 12) Jak jste byla spokojená s péčí v prenatální poradně v období těhotenství?
- 13) Promítla se Vaše profese porodní asistentky do vlastního těhotenství?