

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Kateřina Pištínková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Informovanost žen o období těhotenství

Bakalářská práce

2022

Kateřina Pištínková

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2020/2021

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Kateřina Pištínková**
Osobní číslo: **Z19185**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Téma práce: **Informovanost žen o období těhotenství**
Téma práce anglicky: **Woman's knowledge about pregnancy**
Zadávací katedra: **Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce**

Zásady pro vypracování

1. Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
2. Stanovení cílů a metodiky práce.
3. Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
4. Analýza a interpretace získaných dat.
5. Zhodnocení výsledků práce.

Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

1. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ a Vladimíra MAJDYŠOVÁ. *Potřeby žen v porodní asistenci*. 1. vyd. Praha: Grada, 2019. 144 s. ISBN 978-80-271-0837-4.
2. HÁJEK, Zdeněk, et al. *Porodnictví*. 3. zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
3. PROCHÁZKA, Martin, et al. *Porodní asistence: Učebnice pro vzdělávání i každodenní praxi*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2020. 792 s. ISBN 978-80-7345-618-4.
4. ROZTOČIL, Aleš, et al. *Moderní porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
5. SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2017. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Helena Poláčková**
Katedra porodní asistence a zdravotně sociální práce

Datum zadání bakalářské práce: **1. prosince 2020**
Termín odevzdání bakalářské práce: **5. května 2022**

doc. Ing. Jana Holá, Ph.D. v.r.
děkanka

L.S.

Mgr. Helena Poláčková v.r.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 11. března 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem Informovanost žen o období těhotenství jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 28. 04. 2022

Kateřina Pištínková v. r.

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala především Mgr. Heleně Poláčkové za drahocenný čas, ochotu, trpělivost a odborný dohled, který mi při tvorbě této bakalářské práce věnovala. Také bych chtěla poděkovat všem gynekologickým ambulancím, ve kterých mi bylo umožněno realizovat průzkumné šetření a všem respondentkám, které byly ochotné se dotazníkového šetření účastnit.

ANOTACE

Tato bakalářská práce je teoreticko-průzkumná a věnuje se informovanosti žen o období těhotenství. Teoretická část práce se zabývá obdobím těhotenství, jako jedním nejvýznamnějším obdobím života ženy. Pojednává o prenatálních prohlídkách a správné životosprávě těhotné ženy. Průzkumná část práce zkoumá informovanost žen o období těhotenství. Výstupem praktické části je vytvoření informačního letáku se základními informacemi o těhotenství, který byl sestaven na základě odborné literatury.

KLÍČOVÁ SLOVA

diagnostika, informovanost, prenatální péče, těhotenství, vyšetření, životospráva

TITLE

Women's knowledge of pregnancy

ANNOTATION

This bachelor thesis is theoretical-exploratory work and deals with women's knowledge of pregnancy. The theoretical part of the thesis deals with the period of pregnancy, as one of the most important periods of a woman's life. It deals with prenatal examinations and proper lifestyle of a pregnant woman. The practical part examines the real knowledge of women. The outcome of the practical part is the creation of an information leaflet with basic information about pregnancy, which was compiled on the basis of professional literature.

KEYWORDS

diagnostics, awareness, prenatal care, pregnancy, examination, nutrition

OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíl práce.....	13
1.1 Teoretické cíle.....	13
1.2 Průzkumné cíle.....	13
1.2.1 Průzkumné otázky.....	13
2 Teoretická část.....	14
2.1 Definice těhotenství.....	14
2.2 Výpočet termínu porodu.....	14
2.3 Znamky těhotenství.....	15
2.4 Diagnostika těhotenství.....	17
2.5 Prenatální péče.....	17
2.5.1 Komplexní prenatální vyšetření do 14. týdne.....	18
2.5.2 Kombinovaný screening vývojových vad v I. trimestru.....	18
2.5.3 Laboratorní vyšetření do 14. týdne.....	19
2.5.4 Ultrazvuková vyšetření.....	19
2.5.5 Orální glukózový toleranční test (oGTT) ve 24. až 28. týdnu.....	19
2.5.6 Laboratorní vyšetření ve 28. – 34. týdnu.....	20
2.5.7 Vaginorektální stěr na GBS v 35. až 38. týdnu.....	20
2.5.8 Kardiotokografické monitorování od 40. týdne.....	20
2.6 Životaspráva těhotné.....	21
2.6.1 Výživa v těhotenství.....	21
2.6.2 Pohyb a sport v těhotenství.....	25
2.6.3 Spánek a odpočinek v těhotenství.....	26
2.6.4 Vyprazdňování těhotné.....	26
2.6.5 Tělesná hygiena a sex v těhotenství.....	27
2.7 Role porodní asistentky v období těhotenství.....	28

2.8	Nárok na peněžitou pomoc v mateřství	28
3	Praktická část	29
3.1	Metodika průzkumné části	29
3.2	Charakteristika průzkumného souboru	30
4	Analýza a interpretace výsledků	32
5	Diskuze	48
6	Závěr	52
7	Použitá literatura	53
8	Přílohy.....	57

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1 Věk respondentek.....	31
Obrázek 2 Důležitost informovanosti	32
Obrázek 3 Informovanost o těhotenství.....	33
Obrázek 4 Aktivní hledání informací o těhotenství.....	34
Obrázek 5 Nejčastější důvod navštívení gynekologa	35
Obrázek 6 Délka těhotenství.....	36
Obrázek 7 Možnosti při výběru těhotenského testu.....	37
Obrázek 8 Diagnostika těhotenství pomocí UZ.....	38
Obrázek 9 Nárok na mateřskou dovolenou.....	39
Obrázek 10 Denní porce jídla	40
Obrázek 11 Počet kalorií u těhotné ženy	41
Obrázek 12 Hmotnostní přírůstek v těhotenství	42
Obrázek 13 Základní složky potravy u těhotné ženy.....	43
Obrázek 14 Tělesná aktivita v těhotenství.....	44
Obrázek 15 Kouření v těhotenství	45
Obrázek 16 Konzumace alkoholu v těhotenství	46
Tabulka 1 Hodnocení informovanosti žen podle správných odpovědí relativní četnosti.....	30
Tabulka 2 Vyhodnocení znalostních otázek	47

SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK

AC	Abdominal circumference
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
BMI	Body mass index
BPD	Biparietal diameter
BWR	Bordetova-Wassermannova reakce
CRL	Crown-rump length
ČGPS	Česká gynekologická a porodnická společnost
ČLS JEP	České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně
ČSSZ	Česká správa sociálního zabezpečení
EFW	Estimated fetal weight
ERY	Erythrocyty
FL	Femur length
GBS	Group B Streptococcus
GDM	Gestační diabetes mellitus
Hb	Hemoglobin
HBsAG	Hepatitis B surface antigen
HC	Head circumference
HCT	Hematokrit
hCG	Lidský choriový gonadotropin
HIV	Human Immunodeficiency virus
IU	International unit
oGTT	Orální glukózový toleranční test
VZP ČR	Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky

ÚVOD

Tato bakalářská práce pojednává o tématu ‚Informovanost žen o období těhotenství‘, protože ačkoli se toto téma může zdát jakkoliv prosté a jednoznačné, je nesmírně důležité. Znalosti žen o období těhotenství ještě předtím, než těhotné samy budou, jsou totiž klíčové pro zdárný průběh těhotenství. Informovanost žen o tomto období významně ovlivní jejich počínání už na jeho samotném počátku, kdy je plod nejvíce ohrožen možným poškozením vývoje právě kvůli neznalosti žen a jejich možných špatných návycích.

Těhotenství je v životě ženy jedno z nejvýznamnějších období. V těle ženy se odehrává velké množství změn a je potřeba, aby na ně žena byla připravená a byla o nich adekvátně informovaná (Roztočil et al., 2017, s. 120).

Ženy by měly věnovat velkou pozornost již období plánování těhotenství, neboť mohou svým chováním ovlivnit jak zdraví své, tak zdraví dítěte, a dokonce svými činy v těhotenství mohou ovlivnit i jeho budoucí dospívání a dospělost.

V období těhotenství podstoupí žena v rámci screeningu nemalé množství prohlídek a vyšetření. Zde hraje velmi důležitou roli porodní asistentka spolu s ošetřujícím lékařem, která ženu informuje o všech potřebných vyšetřeních. Často ale tato edukace neproběhne, nebo probíhá ve velmi stručných sděleních. Žena by ale měla být opakovaně informována o všech prohlídkách důkladně a měl by jí být dán prostor pro vyjasnění jejích nesrovnalostí.

K zdárnému průběhu těhotenství neodmyslitelně patří i správná životospráva ženy, která je jedním ze základních pilířů bezproblémového průběhu těhotenství. Do životosprávy mimo výživu spadá i odpočinek, spánek, pohyb, sport, vyprazdňování, tělesná hygiena nebo abusus návykových látek.

Informovanost žen o období těhotenství je tak už z výše uvedených důvodů velmi důležitá. Proto by základní znalosti o těhotenství měly mít i takové ženy, které jejich první těhotenství teprve čeká. Správná životospráva a základní znalosti stavů doprovázející těhotenství je totiž důležitá už od samotného začátku.

1 CÍL PRÁCE

Cíle práce jsou rozděleny na cíle teoretické části a části praktické.

1.1 Teoretické cíle

- Podat informace o prenatální péči těhotných žen.
- Přiblížit správnou výživu, kterou by měla těhotná žena dodržovat.
- Informovat o pohybu, spánku i hygieně těhotné.
- Apelovat na toxicitu návykových látek na vyvíjející se plod.

1.2 Průzkumné cíle

- Zjistit, zda jsou ženy dostatečně informovány o základních pojmech ohledně těhotenství.
- Zjistit, zda jsou ženy dostatečně informovány o správné výživě a tělesných aktivitách v těhotenství.
- Zjistit, zda jsou ženy dostatečně informovány o toxicitě návykových látek v těhotenství.
- Vytvoření informačního letáku na základě zjištěných skutečností z dotazníkového šetření o základních informacích ohledně období těhotenství

1.2.1 Průzkumné otázky

- Jak jsou ženy informovány o výživě a tělesných aktivitách v těhotenství?
- Jak jsou ženy informovány o základních pojmech ohledně těhotenství?
- Jak jsou ženy informovány o toxicitě návykových látek?

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Definice těhotenství

„Těhotenství je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Toto období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní. Těhotenství začíná slynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu.“ (Roztočil et al., 2017, s. 86)

Období těhotenství trvá přibližně 40 týdnů a rozdělujeme ho do 3 trimestrů. První trimestr se počítá od oplození do 13. týdne, druhý trimestr od ukončení 13. týdne a končí 26. týdnem a třetí je od 27. týdne do porodu (Slezáková et al., 2017, s. 142; Gregora et al., 2020, s. 23-25).

V porodnictví rozeznáváme, po kolikáté je žena těhotná a kolikrát rodila. Pro počet těhotenství se používá pojem gravida. Tento pojem nám říká, kolikrát byla žena těhotná (Procházka et al., 2020, s. 171).

Pro počet porodů, které žena podstoupila, se používá pojem para (Procházka et al., 2020, s. 171).

2.2 Výpočet termínu porodu

Pro výpočet termínu porodu se dnes považuje za ideální kombinace výpočtu těhotenství podle poslední menstruace a ultrazvukového vyšetření, které se provádí do 14. týdne gravidity. Ultrazvuk nám pomáhá odhalit případné nepravidelnosti cyklu, a tak i nepřesný výpočet, který by vznikl za použití pouze výpočtu termínu jen dle poslední menstruace (Gregora et al., 2020, s. 27).

Třebaže gravidita nezačíná s prvním dnem **poslední menstruace**, nýbrž oplozením, které nastává zhruba 2 týdnů potom, vypočítáváme termín porodu podle menses. Menstruace je totiž zřetelná příhoda v životě ženy, o které si je žena vědoma, a tak tento údaj můžeme využít u většiny žen (Krofta et al., 2017, s. 13; Rob et al., 2019, s. 24).

Výpočet termínu porodu podle poslední menstruace tedy vypočítáme tak, že k datumu prvního dne poslední menstruace přičteme 7 dní a odečteme 3 měsíce. Je to metoda nazývaná Naegeleho pravidlo (Procházka et al., 2020, s. 171).

Každá žena by v rámci prenatální péče měla podstoupit **ultrazvukové vyšetření** do 14. týdne. Při tomto vyšetření lékař zhodnotí vitalitu plodu, množství plodů v děloze a mimo jiné provede i biometrii plodu. Pro výpočet termínu porodu se lékař v tomto týdnu těhotenství zaměřuje na

parament CRL (crown-rump length), tedy délku temeno-kostrční. Podle tohoto parametru lékař určuje stáří gravidity s přesností na 5 dnů u 95 % těhotenství (Krofta et al., 2017, s. 194).

Výpočet termínu dle prvních pohybů plodu by v dnes, u ženy docházející na prenatalní vyšetření, nemělo být používáno. Prvorodička by měla cítit pohyby plodu okolo 20. týdne těhotenství. Do konce těhotenství zbývá 20. týdnů, takže v týdnu, kdy začne cítit první pohyby, přičteme 20. týdnů. Druhorodička by měla pohyby cítit trochu dříve, a to už v 18. týdnu těhotenství. Zde se pro výpočet termínu porodu přičítá 22. týdnů (Gregora et al., 2020, s. 27-28).

Podle data **koncepce** neboli početí, vypočítáme termín porodu tak, že k datumu oplodňující soulože přičteme 38. týdnů, přesněji 268 dní (Procházka et al., 2020, s. 172).

2.3 Znamky těhotenství

Těhotenství, latinsky graviditas, způsobuje v ženském organismu řadu změn. Jedná se o změny funkční i adaptační. Odhalit těhotenství ještě před řadou jeho příznaků, které by postupně pomohli graviditu diagnostikovat, nám díky současné medicíně pomáhají metody ultrazvukové a biochemické (Hájek et al., 2014, s. 80; Doležal, 2017, s. 17).

Dnes už existují velmi senzitivní testy na odhalení gravidity z moči, které prokážou graviditu již od 12. dne od početí. S dostupností těchto metod klinické známky těhotenství přišli o diagnostický význam. Znamky těhotenství je ale i přesto důležité znát. Může se stát, že by ženu možnost početí ani nenapadla, a tak by si žádný test neudělala a lékaře také nenavštívila. V tomto případě jí na těhotenství upozorní právě klinické známky těhotenství (Čepický et al., 2018, s. 173).

Je důležité myslet na to, že prožívání známek těhotenství je u každé ženy odlišné. Existují ženy, které už od počátku zkrátka tuší, že těhotné jsou. Naproti tomu jsou ale ženy, které si počáteční známky těhotenství záměrně nepřiznají (Gregora et al., 2017, s. 15).

Marshall at. Raynor (2014, s. 171) uvádí jako nejčastější první známku těhotenství, kterou na sobě mohou ženy vyzorovat, vynechání menstruace.

Hájek (2014, s. 80) dělí známky těhotenství na nejisté, pravděpodobné a jisté.

Nejisté známky gravidity jsou neurčité příznaky, které se v těhotenství mnohdy vyskytují, mohou ale ukazovat i na zcela jiný proces, který se v těle odehrává (Hájek, 2014, s. 80).

Hájek (2014, s. 80) řadí mezi nejisté známky těhotenství:

- Psychickou labilitu
- Neurovegetativní poruchy
- Neuralgie
- Únavu
- Sklon k závratím až mdlobám
- Bolesti zubů
- Trávicí poruchy - změny chuti, ptyalismus (zvýšené slinění)
- Vomitus matutinus - ranní nevolnost
- Emesis gravidarum - vyšší sklon ke zvracení, zejména ráno
- Sklon k obstipacím nebo naopak průjmům
- Zvětšení prsou, tvorbu mleziva
- Kontinuální zvýšení bazální vaginální teploty
- Vyšší sexuální apetenci

Pravděpodobné známky těhotenství jsou takové známky, které nám na těhotenství zpravidla ukazují, ale stále se mohou vyskytnout i mimo graviditu. Proto nám těhotenství ještě definitivně nepotvrzují (Hájek, 2014, s. 81).

Řadíme mezi ně amenoreu neboli vynechání menstruace, což je často prvotní důvod, proč ženy navštíví svého obvodního gynekologa. Vynechání menstruace může nastat ale i u takových stavů, jako jsou určité gynekologické záněty, hormonální poruchy či vývojové anomálie. Amenorea může být také následek psychického stavu ženy, například z obavy z neplánovaného těhotenství, ze stresu, při represích nebo poruchách příjmu potravy (Hájek, 2014, s. 81).

Dále Hájek et al. (2014, s. 81) řadí do pravděpodobných známek těhotenství hyperpigmentaci, neboli tmavé skvrny na pokožce, které se však objevují spíše v pozdější fázi gravidity. Pro počáteční rozpoznání těhotenství tedy není příliš významná. Způsobují ji nadledviny, které jsou díky těhotenství více stimulovány. Pigmentově se zbarví taková místa, jako jsou prstní dvorce, pupek, zevní pohlavní orgány ženy a trojhranná vyvýšenina nad sponou stydkou. Pigment se může uložit i do střední vazivové čáry břicha. Na obličejí těhotné ženy se mohou objevit chloasma uterinum, které často přetrvává i po skončení těhotenství (Hájek, 2014, s. 81).

Další pravděpodobnou známkou těhotenství jsou strie a změny na děloze a pochvě. Co se týče změn na děloze, jsou nejpodstatnějším projevem raného těhotenství. Jde o prosáknutí a zvětšení dělohy. Stejně jako u vynechání menstruace i zde platí to, že tato známka vždy nemusí

poukazovat jen na graviditu. Zvětšení dělohy může být zapříčiněno i jinými stavy, než je těhotenství (Hájek et al., 2014, s. 81).

Roztočil et al. (2017, s. 107) řadí mezi **jisté známky těhotenství** přítomnost lidského choriového gonadotropinu hCG a ultrasonografii.

2.4 Diagnostika těhotenství

Diagnóza těhotenství se dříve určovala za pomoci známek těhotenství. S nástupem laboratorních testů a zobrazovacích technik se těhotenství stanovuje na základě testů z moči a séra a provedení ultrasonografie (Roztočil et al., 2017, s. 114; Slezáková et al., 2017, s. 143).

Při diagnostice pomocí laboratorních testů zjišťujeme přítomnost hCG v krvi či moči. Lidský choriový gonadotropin (hCG) usměrňuje fungování žlutého tělíska, za které v těhotenství přebírá funkci. Placenta hCG začne tvořit ve 3. až 4. týdnu, kdy už jsme schopni ho testy v séru i moči zachytit. Existují komerčně vyráběné testy na detekci těhotenství z moči, které si ženy mohou udělat z pohodlí domova. Zde záleží na citlivosti daného testu, kdy nejsenzitivnější komerčně vyráběné testy reagují na hodnotu hCG 5-20 IU/l. V zdravotnických zařízeních se využívají testy ze séra, které jsou přesnější (Roztočil et al., 2017, s. 87, 144; Rob et al., 2019, s. 37; Slezáková et al., 2017, s. 143).

Při hodnotách lidského choriového gonadotropinu vyšší než 1000 IU, můžeme při ultrasonografickém vyšetření spatřit gestační váček či rovnou choriovou dutinu (Lubušký et al., 2014, s. 12).

Při **diagnostice těhotenství pomocí sonografie** využíváme pro možnost použití vyšší ultrazvukové frekvence transvaginální sondu než sondu transabdominální. Transvaginální sondou jsme schopni gestační váček zobrazit už v 5. týdnu těhotenství. Tento ultrazvuk se dělá nejčastěji, když žena přijde za svým gynekologem s amenoreou v anamnéze a s pozitivním těhotenským testem (Krofta et al., 2017, s. 14, 19).

2.5 Prenatální péče

Prenatální péče je péče o těhotnou ženu v průběhu celého těhotenství. Její smysl nacházíme v časném rozpoznání patologických stavů, a také v možnosti jejich časného řešení. Tato péče se koná v prenatální poradnách lékařů či porodních asistentek. Pro četnost těchto prohlídek ženy dochází do poraden nejbližších jejich bydliště. Probíhá ale také ve specializovaných působištích, a to v případě, že je žena zařazena do skupiny těhotných s definovaným rizikem (Procházka et al., 2020, s. 197; Procházka et al., 2016, s. 32; Roztočil et al., 2017, s. 120).

Během prenatalní péče žena podstoupí řadu vyšetření, za účelem včasného rozpoznání jakékoliv patologie (Roztočil et al., 2017, s. 120).

Při návštěvě lékaře se dělají klinická a laboratorní vyšetření, které rozdělujeme do pravidelných a nepravidelných prohlídek. **Pravidelná vyšetření** jsou taková vyšetření, které se dělají při všech prenatalních prohlídkách, které žena absolvuje. Patří mezi ně aktivní sběr anamnézy těhotné a stanovení míry rizika, měření krevního tlaku a váhy těhotné, vyšetření na bílkovinu a cukr, bimanuální vyšetření dle zvážení lékaře a prokázání života plodu (ČGPS, ČLS JEP, 2021, s. 1; Dubová a Zikán, 2019, s. 638; Procházka et al., 2016, s. 32).

Nepravidelná vyšetření jsou taková vyšetření, u kterých je stanoveno, v jakém týdnu těhotenství se jaké nepravidelné vyšetření má realizovat (Dubová a Zikán, 2019, s. 638).

2.5.1 Komplexní prenatalní vyšetření do 14. týdne

Prvním nepravidelným vyšetřením je komplexní prenatalní vyšetření do 14. týdne gravidity. Kromě provedení pravidelných vyšetření by žena při tomto vyšetření měla obdržet těhotenskou průkazku. Těhotenská průkazka je velmi důležitý doklad, ve kterém najdeme cenné informace o probíhajícím těhotenství, přes anamnézu po výsledky laboratorních testů. Zároveň by žena měla být edukována ohledně dalšího průběhu těhotenství a měla by ji být nabídnuta možnost podstoupit metody screeningu vrozených vad plodu (Slezáková et al., 2017, s. 145).

2.5.2 Kombinovaný screening vývojových vad v I. trimestru

Vrozené vývojové vady jsou určité odchylky od fyziologického vývoje embrya či plodu. Projevovat se mohou rozsáhlým seznamem příznaků, ať už v prenatalním, tak v postnatalním období (Polák, Loucký, Tomek, 2017, s. 10).

Kombinovaný test by se měl provádět od 11. do 14. týdne těhotenství. Skládá se z biochemického vyšetření krve, a ultrasonografie, kterou lékař měří nukleární translucenci. Kombinovaný screening vrozených vývojových vad není hrazen z veřejného zdravotního pojištění (Polák, Loucký, Tomek, 2017, s. 37; VZP ČR, 2021).

V případě pozitivního výsledku, lékař těhotné navrhne invazivní zákrok, jako je odběr choriových klků nebo aminocentéza. Odebraný biologický materiál se podrobí genetickému vyšetření. V případě diagnostiky vrozené vývojové vady ještě v těhotenství je na rozhodnutí rodičů, zda graviditu ukončit, nebo zda v graviditě pokračovat (Krofta et al., 2017, s. 245; Polák, Loucký, Tomek, 2017, s. 39).

2.5.3 Laboratorní vyšetření do 14. týdne

Tato část prenatalního vyšetření má být provedena do týdne 14+0 a stanovujeme na ní krevní skupinu, RhD faktor a provádíme screening nepravidelných antierytrocytálních protilátek. Dále vyšetřujeme KO, kdy zjišťujeme hodnoty HCT, Hb, ERY, leukocytů a trombocytů. Další vyšetření je sérologické vyšetření na HIV, HBsAg a BWR. Řadí se sem i vyšetření glykémie na lačno (Procházka et al., 2020, s. 32 a 198).

2.5.4 Ultrazvuková vyšetření

V **ultrazvukovém vyšetření do 14. týdne** musí lékař zhodnotit životaschopnost plodu, množství plodů a v neposlední řadě musí provést biometrii s měřením CRL (temeno-kostrční délka). Podle této biometrie je určen termín porodu (Lubušký et al., 2014, s. 10).

Další **ultrazvukové vyšetření se provádí v týdnu od 20+0 do 22+0**. Zaměřuje se na množství plodů a vitalitu. Provádí se také podrobná biometrie, při které se měří BPD (vzdálenost temenních kostí), HC (obvod hlavy), AC (obvod břicha) a FL (rozměr stehenní kosti). Také se vypočítá parament EFW, tedy odhadovaná hmotnost plodu. Toto vyšetření se také zaměřuje na strukturální vady a vyšetřuje se srdeční činnost. Mimo plod se v děloze hodnotí množství plodové vody a zjišťuje se poloha placenty (Lubušký et al., 2014, s. 10; Truhlářová, 2021).

Následující **ultrazvukové vyšetření je v 30. – 32. týdnu**. Lékař při tomto vyšetření musí zaznamenat počet a vitalitu plodů, polohu plodu a podrobnou biometrii plodu. V ní měří parametry jako jsou BPD, HC, AC, FL. Lékař hodnotí i lokalizaci placenty a kvantum vody plodové (Lubušký et al., 2014, s. 137).

Nově může být těhotným nabídnuta možnost, podstoupit **ultrazvuk v 36. nebo 37. týdnu na vyšetření růstové restrikce plodu**. Toho vyšetření zatím není hrazeno prostředky veřejného zdravotního pojištění (ČGPS, ČLS JEP, 2021, s. 3).

2.5.5 Orální glukózový toleranční test (oGTT) ve 24. až 28. týdnu

Onemocněním gestační diabetes mellitus neboli těhotenská cukrovka, může v graviditě postihnout i zdravou ženu. Screening se provádí kvůli nutnosti včasného zachytu a tím včasné indikované léčbě. Onemocnění se charakterizuje poruchou látkové přeměny glukózy různého stádia s prvním výskytem v těhotenství. Neléčený GDM způsobuje u plodu diabetickou fetopatii (Goldmannová et al., 2019, s. 1; Slezáková et al., 2017, s. 146).

V České republice máme dvoufázový screening. První fází je odběr glykémie na lačno v 14. týdnu těhotenství ze žilní krve. Druhou fází je právě orálně glukózový toleranční test, který se

provádí v 24. – 28. týdnu těhotenství, pokud byl z první fáze negativní. Test je tříbodový s využitím 75 g glukózy. Provádí se v ranních hodinách po minimálně 8hodinovém lačnění. Těhotné mohou přijímat pouze vodu. Test nemůže být proveden pouze z kapilární krve, vždy se odebírá krev žilní (Binder et al., 2020, s. 176; Goldmannová et al., 2019, s. 2; Procházka et al., 2020, s. 198).

Žena by před absolvováním testu měla být informována, že 3 dny před samotným vyšetřením nemá měnit svůj jídelníček a den před vynechat fyzickou námahu, stejně tak při samotném testu. Kouřit nesmí žena před ani při vyšetření (Procházka et al., 2020, s. 198).

2.5.6 Laboratorní vyšetření ve 28. – 34. týdnu

Druhé laboratorní vyšetření v těhotenství, při kterém lékař vyšetřuje krevní obraz. V něm hodnotí hematokrit, hemoglobin, erytrocyty, trombocyty a leukocyty. Dále u žen Rh negativních a u žen s krevní skupinou 0 provádíme odběry na protilátky proti erytrocytům. Také se provádí další sérologické vyšetření, které provádíme pouze u rizikových skupin těhotných, se zaměřením na BWR, HBsAG a HIV (Contreras Šklíbová, 2021).

Od 28. týdne se také **provádí antepartální profylaxe RhD aloizoimunizace** protilátkou anti-D u RhD negativních žen (Slezáková et al., 2017, s. 146).

2.5.7 Vaginorektální stěr na GBS v 35. až 38. týdnu

V pozdní části těhotenství, přesněji v týdnech 35+0 až 38+0, se provádí stěr z pochvy a konečníku k odhalení bakterie *Streptococcus agalactiae* (GBS, streptokok skupiny B) (Gregora et al., 2017, s. 30).

V případě pozitivního výsledku lékař výsledek zapíše do těhotenské průkazky a řádně edukuje ženu o nutnosti brzkého příchodu do porodnice při známkách počínajícího porodu. Ženám GBS pozitivním podáváme při porodu antibiotika. Antibiotikum první volby je Penicilin G s iniciální dávkou 5 000 000 UI. ATB profylaxe je dostatečná tehdy, pokud byla antibiotika podána alespoň 4 hodiny před porodem. Výsledek GBS je validní 5 týdnů, proto se test provádí nejdříve v 35. týdnu těhotenství (Procházka et al., 2020, s. 199; Hájek et al., 2014 s. 382).

2.5.8 Kardiotokografické monitorování od 40. týdne

Kardiotokograf je přístroj monitorující srdeční akci plodu a děložní činnost. Tyto dvě skutečnosti přístroj zapisuje pomocí křivek na záznam zvaný karditokogram. Můžeme tedy sledovat a hodnotit i jejich paralelnost (Měchurová, 2014, s. 15).

V 40. týdnu těhotenství by měly ženy podstoupit tzv. non-stres test (nezátěžový test), kdy se jedná pouze o natočení krátkého záznamu pomocí kardiokografu bez jakéhokoliv zásahu.

Kardiokograf má za úkol odhalit u plodu hypoxii, a tak umožnit včasné potřebné opatření. Přístroj nám neodhaluje přímo tkáňovou hypoxii plodu, ale poukazuje na změny v srdeční frekvenci plodu, podle kterých jsme hypoxii schopni poznat (Měchurová, 2014, s. 14; Měchurová et al., 2013, s. 17).

Metody, jak monitorovat srdeční frekvenci plodu pomocí kardiokografu, jsou dvě. První metoda je zevní monitorování, které je realizováno ultrazvukovým snímačem, daným na břicho ženy. Druhou metodou je vnitřní monitorování, kdy používáme skalpovou elektrodu připevněnou na naléhající část plodu (Měchurová, 2014, s. 20).

Dále můžeme pomocí kardiokografu odhalit poruchy děložní činnosti (Měchurová, 2014, s. 21 – 23).

Od dob využívání kardiokografie v České republice se sic rapidně snížil počet asfyktických novorozenců, zato ale stoupl počet císařských řezů, a to z důvodu chybně pozitivních výsledků (Štembera, 2016, s. 87).

2.6 Životaspráva těhotné

V těle těhotné ženy se odehrává spousta změn. Od změn v systému trávicím, imunitním, endokrinním, až po změny v kardiovaskulárním systému. Jedná se o změny fyziologické, avšak je nezbytné, aby žena dodržovala mimo jiné správnou životasprávu (Roztočil et al., 2020, s. 58).

2.6.1 Výživa v těhotenství

Správná výživa těhotné ženy je nesmírně důležitá. Ovlivňuje jak matku, tak především vyvíjející se plod. Strava, kterou žena v těhotenství konzumuje, může ovlivnit plod už v těhotenství, nebo při samotném porodu. Nesprávné stravovací návyky matky se u dítěte mohou projevit dokonce i v dospělosti (Gregora et al., 2020, s. 43).

Stejně jako dospělý jedinec, i rostoucí plod má kalorické potřeby. Plod vyžaduje zhruba 300 kcal za den. To znamená, že by těhotná žena měla průměrně přijímat 2400 - 2800 kcal za den. Překročit, nebo nedosáhnout této kalorické hodnoty, může mít za následek špatný vývoj plodu (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 43; Gregora et al., 2020, s. 43).

Fyziologický přírůstek hmotnosti žen v období těhotenství se udává 8 – 12 kg. Tato hodnota platí pro ženy s BMI v mezích normy, tzn. hodnoty mezi 20 a 25. Zjistit váhu ženy na počátku gravidity pomůže lékaři stanovit optimální váhový přírůstek. Během prvního trimestru je pro ženu s BMI v normě optimální přibrat 1-2 kg. Ve 2. a 3. trimestru je to pak zhruba půl kilogramu za 7 dní do konce těhotenství. V případě vícečetné gravidity je hmotnostní přírůstek přibližně 16-20 kg. Ženy s nižším a vyšším BMI, než je norma, by měly svou hmotnost pravidelně konzultovat se svým lékařem (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 44; Wilhelmová et al., 2021, s. 1).

Zásadními složkami jídelníčku těhotné ženy by měly být proteiny, lipidy, sacharidy, vitaminy a minerály. Těhotné ženy by měly jíst pravidelně a vyváženě. Jejich strava by neměla postrádat hojné množství vitamínů a minerálů. Důležitá je také vláknina, ovoce a zelenina. Co by ženy měly omezit, jsou jídla bohatá na sacharidy (Gregora et al., 2020, s. 44).

Proteiny jsou hlavní složkou lidských buněk. Patří mezi ně i inzulin, který řídí krevní cukr. I z tohoto důvodu jsou tak potřebné pro růst a vývoj plodu. Těhotná žena by jich měla zkonsumovat 60-75 g za den. Nejvíce kvalitní druhy bílkovin najdeme ve vaječném bílku, mléce či sóje. Mezi hlavní zástupce jídel bohatých na bílkoviny se řadí také maso, luštěniny a cereálie.

Další základní složkou výživy jsou lipidy obsahující nejvyšší energetickou hodnotu ze všech živin. Tuky představují obsáhlou kategorii látek. Mezi nejvýznamnější zástupce tuků patří esenciální mastné kyseliny (omega-3 a omega-6), které se příznivě podílí na vývoji mozku. Tyto esenciální mastné kyseliny, na rozdíl od ostatních mastných kyselin, není lidské tělo schopno vytvářet samo, proto je pro těhotnou ženu nesmírně důležité je přijmout ve stravě. Dávkování tuků se odvíjí od hmotnosti ženy a její fyzické aktivity. Denní dávka by měla být průměrně 70 gramů. Ty nejprospěšnější tuky najdeme v tučných rybách, ve většině ořechů, řepkovém oleji a v semínech (Fourová, 2020, s. 48-49 a 15; Gregora et al., 2020, s. 44).

Další složkou jídelníčku jsou sacharidy. V jídelníčku těhotné ženy je žádoucí omezit jídla bohatá na jednoduché cukry. Žena by měla přijímat cukry hlavně komplexní, jako je vláknina. Vláknu najdeme v celozrnných produktech, semínech, v ovoci a v zelenině.

Mezi další důležité složky stravy patří vitaminy a minerály. V případě pestrého a vyváženého jídelníčku není potřeba v prvním trimestru jejich suplementace. Žena dokáže dostatek vitamínů pro tělo přijmout pestrou stravou. V druhém a třetím trimestru je však určitá suplementace na

místě, kvůli zvýšeným nárokům vyvíjejícího se plodu, a to zejména vápníku a železa (Roztočil et al., 2020, s. 58, Fourová, 2020, s. 28-29 a 65).

Vitamin C je důležitý pro správný růst a vývoj kostí. Tento vitamin se z těla vylučuje poměrně rychle, proto je důležité ho také doplňovat, ať už pomocí potravin, či suplementací potravinových doplňků. Těhotná ženy by měla přijmout 30 miligramů za den. Obsahují ho například brambory, květák, křen nebo přirozeně ovoce a zelenina.

Vitamin A se účastní na základních funkcích organismu. Jeho dávka by měla být maximálně 4000 UI. Předávkování vitaminem A může v konečném důsledku způsobit vrozené vývojové vady plodu. Ženy s přebytkem vitaminu A mají popraskané rty, které mohou až krváčet a mohou pociťovat svědění kůže. Vitamin A se přirozeně vyskytuje v mrkvích, listové zelenině, vejcích, v mléčných produktech nebo v rybím tuku.

Vitamin D hraje důležitou roli v imunitním systému, lidské tělo si ho dokáže vytvořit samo, a to přes pokožku od slunečního záření. Jeho dávka by měla být 400 UI a jeho nadbytek i nedostatek může u plodu působit toxicky. Nachází se v rybím tuku, vajíčkách a v některých mléčných výrobcích (Gregora et al., 2020, s. 45).

Vitaminy skupiny B jsou důležité pro mozek plodu, hlavně vitaminy B1, B2, B6 a B12 a kyselina listová. I zde platí pravidlo, že pokud má žena pestrou stravu, není nutná suplementace ani jednoho ze skupiny vitaminů B. Důležitá je zde kyselina listová, jejímž pravidelným podáváním se u plodu předchází rozštěpovým vadám neurální trubice.

Minerální látky a stopové prvky, mezi které patří vápník, železo, jód, hořčík a zinek jsou jednoznačně nepostradatelné pro lidský život.

Vápník je významnou složkou, podílející se na vývoji hned několika částí plodu. V první řadě vápník pomáhá ve vývoji nervové soustavy, svalstva, kostí a zubů. Vápník je pro plod dokonce tak důležitý, že když ho plod nemá dostatek, čerpá vápník z matčiny kostní tkáně. Dostatek vápníku v graviditě je také prevencí předčasného porodu, hypertenze vzniklé v těhotenství či samotné preeklampsii. Vápník přijímáme z mléčných výrobků, luštěnin nebo ryb. Těhotné ženy by měly konzumovat 1 200 miligramů vápníku denně (Gregora et al., 2020, s. 45-46; Dušová et al., 2019a, s. 45; Vlk et al., 2015, s. 144).

Železo je také jedna z významných složek, která se nejen v těhotenství stává nezastupitelnou. Železo lidské tělo potřebuje k tvorbě hemoglobinu, které chrání před chudokrevností. Taktéž je

prevencí předčasného porodu a hypotrofického novorozence. Železo najdeme především v mase, vnitřnostech, vejcích a luštěninách (Dušová et al., 2019a, s. 46).

Jód je důležitou složkou potravy i pro ženy, které nejsou těhotné. Díky jódu se tvoří hormony štítné žlázy, a tak štítná žláza funguje tak, jak má. V těhotenství jód zajišťuje správný vývoj mozku plodu. Od roku 1995 se v České republice přidává jód do soli. Najdeme ho také v mořských plodech, vejcích nebo zelenině. Jeho denní dávka pro těhotnou ženu by měla být 200 mikrogramů (Ryšavá, 2019; Gregora et al., 2020, s. 47).

Hořčík se nachází v minerálních vodách, ořechách, mléčných výrobcích nebo také v luštěninách. V těhotenství předchází preeklampsii, předčasnému porodu a hypotrofickému novorozenci. Těhotná by měla přijmout 400 miligramů hořčíku denně (Dušová et al., 2019a, s. 46; Gregora et al., 2020, s. 45-46).

Zinek je stopový prvek, který mimo jiné předchází nevolnosti. Také pomáhá hojit rány a růstu plodu. Fyziologicky zinek v krvi v těhotenství klesá. Jestliže žena nebude mít dostatek zinku, vystaví se tak nižší imunitě a větší náchylnosti k infekcím. Těhotná by měla přijmout 10 miligramů zinku za den. Zinek obsahuje cibule, luštěniny, koryši či vejce (Gregora et al., 2020, s. 46).

Nesmírně důležitou součástí životosprávy těhotné ženy je také dostatečný **pitný režim**. V těhotenství tělo přirozeně v reakci na vyvíjející se plod zvýší svůj objem tělních tekutin. Z toho důvodu je také nutné tekutiny doplňovat. Žena by měla pít často, a to po malých dávkách, protože větší objemy způsobí častější nucení na močení. Za den by měla vypít minimálně 2 litry tekutin a v den větší fyzické aktivity až 2,5 litru. Příjem tekutin v takovém to dostačujícím množství zabraňuje vzniku zácpy, předchází infekcím močových cest, tělo snáze vyplaví nežádoucí toxiny a pokožka je optimálně hydratována (Dušová et al., 2019b, s. 95; Dušová et al., 2019a, s. 49; Gregora et al., 2020, s. 49).

Ideální tekutinou jsou pro ženy balené, neperlivé, kojenecké vody, které obsahují optimální množství minerálních látek a jsou mikrobiologicky garantované. Dále jsou vhodné nesyčené a neslazené limonády. Další možnou tekutinou, kterou žena v těhotenství svůj pitný režim může doplnit, jsou čaje. Z čajů je nevhodný černý čaj a čaje z některých bylin. Těhotná žena by se měla vyhýbat čajům z bylin, jako je jmelí, bolševník, vlašovičnick, pivoňka lékařská nebo podražec křovištní. Čaje, které jsou naopak prospěšné, jsou čaje z meduňky, kopřivy, heřmánku, jitrocele, měsíčku a další (Gregora et al., 2020, s. 49; Dušová et al., 2019a, s. 49).

Co se týče kávy v těhotenství, není zcela jednoznačný názor. Gregora et al. (2020, s. 49) uvádí, že by ženy v těhotenství kávu pít vůbec neměly. Filová, 2019 zase píše, že ženy mohou konzumovat až 200 mg kofeinu, tedy i kávy, denně. Calda, 2015, s. 22 uvádí, že na základě několika studií, je kofeinová dávka do 200 mg bezpečná.

2.6.2 Pohyb a sport v těhotenství

Pro pohybovou soustavu člověka je těhotenství nepopíratelně určitá zátěž. To, jak se s touto zátěží žena vypořádá, záleží zcela přirozeně na jejím fyzickém stavu před těhotenstvím. (Procházka et al., 2020, s. 209).

Ženy, které nesportovaly před těhotenstvím, by měly začínat pozvolna po konzultaci se svým lékařem. Vhodné jsou například procházky (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 46).

Naopak, pokud byla žena už před graviditou velmi fyzicky aktivní, není potřeba s tím kvůli těhotenství přestávat. Klíčové je se pouze zaměřit na takové aktivity, které jsou pro těhotenství bezpečné (Dušová et al., 2019b, s. 98).

I přes významnost cvičení v těhotenství, které tělo optimálně připraví na porod a přispívá kromě fyzické tak i duševní pohodě, jsou skupiny žen, které by se cvičení v těhotenství měly vyhnout. Do této skupiny patří chudokrevné ženy, ženy s hypertenzí, diabetem, poruchou štítné žlázy a ženy s předčasným porodem v anamnéze. Dále by se sportu v těhotenství měly vyhnout ženy s poruchami srdečního rytmu, ženy s vícečetným těhotenstvím, krvácením a ženy, které mají diagnostikované včestné lůžko. Ženy s anamnézou tří a více samovolných potratů, či ženy s insuficiencí čípku by měly sport nekompromisně vynechat (Gregora et al., 2020, s. 65-66).

Napříč celým těhotenstvím je nevhodné dělat takové aktivity, při kterých dochází k prudkým švihům, skokům, s tím související prudké pohyby a cviky na výdrž. Například rychlý běh není pro těhotnou ženu vůbec vhodný. Dále se má žena bez kompromisů vyhnout sportům, kde má vyvinout maximální sílu nebo je u nich možné riziko zranění (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 46; Procházka et al., 2020, s. 210).

Pro těhotné ženy jsou nejideálnější aerobní aktivity. Cvičit by žena neměla déle než 30 minut. Nejen pro těhotné ženy je důležité se před každým cvičením zahřát a po skončení se kvalitně protáhnout. Ideální sportovní aktivita pro těhotnou ženu je chůze, plavání a místo klasického běhu například jogging. Jízda na kole je na zvážení ženy, vždy je nasnadě opatrnost, aby nedošlo v průběhu jízdy k pádu z kola (Gregora et al., 2020, s. 63-64).

V prvním trimestru je optimální cvičit brániční dýchání, z důvodu omezení pohybu bránice rostoucí dělohou. Trénovat brániční dýchání by žena měla vleže na zádech, na břiše, vsedě i ve stoje. Také je na místě cvičit plosku nohy, protože nárůstem váhy v těhotenství a změnou těžiště těla se u ženy může objevit plochonoží. Dále je nesmírně důležité posilovat svaly pánevního dna, které je rostoucí dělohou vystaveno velkému tlaku (Procházka et al., 2020, s. 210).

V druhém trimestru je ke cvikům z prvního trimestru vhodné přidat cévní gymnastiku, která pomáhá snížit otoky dolních končetin. Spočívá v periodickém hýbání končetin zvednutých nad úroveň trupu. Měly by se vyřadit z logického důvodu cviky na břiše. Zároveň by se v druhém trimestru měla snížit celková náročnost cviků (Procházka et al., 2020, s. 210).

Ve třetím trimestru by ženy měly pokračovat ve stejných cvicích, jako ve druhém trimestru a fyzicky se připravovat na nadcházející porod. Důležitá je například příprava na hluboké porodní prodýchání kontrakce, či úlevové polohy kyčlím a celého pánevního dna. Toho žena dosáhne rozkročným stojem nebo kolébání se v bocích například na gymnastickém míči. Žena tento nácvik využije v první době porodní (Procházka et al., 2020, s. 210).

V posledních třech týdnech třetího trimestru by měla těhotná na druhou dobu porodní nacvičovat polohy při porodu, jejich prodýchání, ale také samotné tlačení (Procházka et al., 2020, s. 210).

2.6.3 Spánek a odpočinek v těhotenství

Žena by měla volit polohy k odpočinku spíše vleže či na boku a měla by se k odpočinku uchýlit ihned, kdy ucítí únavu. Dobrou volbou odpočinku je například procházka nebo těhotenské cvičení (Gregora et al., 2020, s. 50).

Spánek je zvláště pro těhotnou ženu důležitý. Při spánku nastává regenerace orgánů a systémů, na které těhotenství vyvíjí vysoké požadavky. Optimální je 8 až 9 hodin spánku za den. Před spaním by žena neměla pít ani jíst (Gregora et al., 2020, s. 50).

2.6.4 Vyprazdňování těhotné

Těhotné ženy trpí často zácpami, a to v důsledku utlačených střev dělohou, hormonálními změnami či špatnou skladbou potravy. Prevencí je dostatek tekutin, dodržování stravy bohaté na vlákninu, zeleninu a ovoce a pravidelný pohyb. Se zácpou se mohou objevit hemeroidy, které v těhotenství také nejsou ničím ojedinělým. Léčba hemeroidů spočívá v různých mastičkách, čípcích a sedacích koupelích z dubové kůry. Dobré je po toaletě používat vlhčené ubrousky nebo používat bidet místo drsného toaletního papíru (Gregora et al., 2020, s. 52).

2.6.5 Tělesná hygiena a sex v těhotenství

Hygiena by obzvlášť v těhotenství neměla být zanedbávána. Osobní hygiena je v těhotenství důležitá, protože se těhotná žena více potí. Koupel či sprcha by nikdy neměla být příliš teplá až vařící a už vůbec by těhotná neměla navštěvovat saunu nebo parní lázeň. Obzvlášť v prvním trimestru by zvýšená tělesná teplota ženy mohla být pro plod nebezpečná. Ve druhém a třetím trimestru by ženy měly volit sprchu před koupelí ve vaně. Důvod je nebezpečí úrazu při vstupu či vystupování z vany a také je tu riziko předčasných stahů dělohy v případě příliš horké vody (Gregora et al., 2020, s. 54).

Pokud žena dodržuje hygienické návyky, sex není rizikový pro matku i plod po celé těhotenství. Situace, kdy by žena pohlavní sex mít neměla je hrozící předčasný porod, krvácení z rodidel nebo odteklá plodová voda (Roztočil et al., 2017, s. 115-116).

Abusus návykových látek v anamnéze těhotné ženy způsobuje negativní dopad na plod (Roztočil et al., 2020, s. 60).

Kouřením žena snižuje placentární propustnost, a tak je plod ohrožen nedostatečným vývojem, zapříčiněnému nedostatkem kyslíku. Dále u těhotných žen závislých na nikotinu hrozí úmrtí plodu v děloze, předčasné odloučení placenty od děložní stěny a další patologie. Po porodu mají novorozenci matek kuřaček větší sklon k náhlému úmrtí novorozence. Novorozenec může také trpět novorozeneckým abstinčním syndromem, kdy je závislí na nikotinu, stejně jako jeho matka. Tito novorozenci musí být zvýšeně sledováni. Z těchto důvodů je nesmírně důležité se kouření v těhotenství vyhnout, a to i u žen, které před těhotenstvím kouřily. (Gregora et al., 2020, s. 59; Roztočil et al., 2017, s. 116; Takács et al., 2015, s. 111).

Alkohol je velmi toxická látka pro plod, ke kterému snadno prostoupí placentou. Po porodu se u novorozence, s anamnézou abusu alkoholu, dá očekávat fetální alkoholový syndrom. Ten se projevuje různými vývojovými vadami až mentální retardací plodu. Také se u novorozence může projevit alkoholový abstinční syndrom, podobně jako u kouření. Dítě matky, která v těhotenství užívala alkohol, může mít poruchu chování, poruchu učení, problémy s pozorností, snížený intelekt a v neposlední řadě i sociální problémy (Roztočil et al., 2017, s. 116; Gregora et al., 2020, s. 59).

Drogově závislých rodiček v dnešní době přibývá. **Drogy** jako je pervitin, hašiš, opioidy nebo třeba i léky proti bolesti či různé směsi, užívají často ženy, které těhotenství ani neplánují. Protože uživatelky drog většinou nemají vlivem narkotik menstruaci, tak se stane, že si těhotenství všimnou až ve fázích, kdy se jim zvětší břicho. Drogy mohou způsobit předčasný

porod a neprospívání plodu ani placentě. U novorozenců se může objevit abstinenční syndrom, snáze onemocní, mají větší sklony k vrozeným vývojovým vadám a samozřejmě větší tendenci k náhlému úmrtí novorozence (Gregora et al., 2020, s. 59-60).

Drogově závislé těhotné sebou navíc přináší riziko různých přenosných onemocnění, jako je žloutenka a AIDS, které opět ohrožují vyvíjející se plod. Také je s takovými ženami často náročná komunikace a často nejsou finančně na novorozence připravené (Gregora et al., 2020, s. 60).

Roztočil et al., 2017, s. 116 uvádí, že u těhotných užívajících marihuanu, nebyl zjištěn závažný abnormální vývoj u plodu.

2.7 Role porodní asistentky v období těhotenství

Poskytovatelem péče u žen s fyziologickým průběhem gravidity může být obvodní gynekolog, ale i porodní asistentka. Ženy řadíme do dvou skupin, podle kterých se odvíjí četnost návštěv. Jsou to těhotné s nízkým rizikem – low risk pregnancy a těhotné s definovaným rizikem – risk pregnancy. Ženu do jedné ze dvou skupin zařadí ošetřující lékař při prvotní prohlídce, a to po sběru anamnestických údajů a aktuálního klinického vyšetření. Ženě s nízkým rizikem může být prenatální péče poskytována jak lékařem, tak i porodní asistentkou ve spolupráci s lékařem. Pokud porodní asistentka u fyziologické gravidity vede prenatální péči ve spolupráci s lékařem, zajišťuje všechna potřebná vyšetření, sleduje zdravotní stav ženy a vyhodnocuje rizika. Jestliže je prenatální péče ženě poskytována lékařem, role porodní asistentky je nezastupitelná v řádné edukaci ženy o plánovaných vyšetřeních a životosprávě (ČGPS, ČLS JEP, 2021, s. 1; Wilhelmová et al., 2021).

2.8 Nárok na peněžitou pomoc v mateřství

Na peněžitou pomoc v mateřství má nárok matka či otec dítěte, nebo ten, kdo převzal péči o dítě v souladu se souhlasem oprávněného orgánu. Zároveň musí mít osoba, která o nárok na peněžitou pomoc v mateřství žádá, splňovat 2 podmínky. Buď musí být žadatel v době nástupu na dávku pojištěn, nebo musí být v ochranné lhůtě 180 dnů, která trvá ode dne ukončení nemocenského pojištění. Druhou podmínkou je, že musí být žadatel pojištěn alespoň 270 dnů v posledních dvou letech.

Osoba samostatně výdělečná musí dobrovolně platit nemocenské pojištění a to 180 dní po dobu 1 roku. Zároveň musí mít podíl na nemocenském pojištění trvajícím 270 dní v posledních dvou letech. Při nesplnění těchto podmínek nemá na peněžitou pomoc v mateřství nárok (ČSSZ).

3 Praktická část

3.1 Metodika průzkumné části

Tato bakalářská práce se zabývá zjištěním informovanosti žen o období těhotenství. Práce je teoreticko-průzkumná. Průzkumná část byla realizována pomocí kvantitativního šetření, které bylo tvořeno nestandardizovaným anonymním dotazníkem vlastní konstrukce (Příloha B). Dotazník obsahuje celkem 17 otázek. Z toho 2 otázky jsou identifikační, zbytek jsou otázky zaměřené na informovanost žen o období těhotenství. Dotazník obsahuje především otázky polouzavřené, tedy otázky s možností výběru „jiné“. Tyto polouzavřené otázky dávaly respondentkám možnost volného vyjádření svého vlastního názoru.

Dále byly použity otázky uzavřené, a to přesně v 6 případech. U uzavřených otázek respondentky volily z předem stanovených odpovědí. U polouzavřených a uzavřených otázek bylo možné zvolit pouze jednu odpověď, na což byly respondentky upozorněny v úvodu dotazníku.

Pouze jedna otázka byla volná, a to při zjišťování věku respondentek.

Průzkum probíhal ve 4 nejmenovaných gynekologických ambulancích v Pardubickém kraji od března do dubna roku 2022. Do každé gynekologické ambulance bylo rozdáno 15 dotazníků, dohromady tedy bylo rozdáno 60 dotazníků ve 4 ambulancích. Vráceno bylo 52 dotazníků, návratnost tedy činí 87 %. Vyřazeno muselo být 19 dotazníků, protože nesplnily stanovená kritéria. Mezi kritéria patřila podmínka, že respondentka musela zapadat do věkového rozpětí 26 až 30 let a nesměla být nikdy těhotná. Výsledky průzkumu platí jen pro zkoumanou skupinu respondentek, nikoliv pro všechny ženy z Pardubického kraje.

Dotazníky rozdávala ženám porodní asistentka na základě jejich věku a parity. Vyplnění dotazníků respondentkami bylo zcela dobrovolné a anonymní. Respondentkám byl porodní asistentkou zajištěn potřebný čas a soukromí na vyplnění dotazníku. Pro maximální anonymitu respondentky po vyplnění vkládaly dotazníky do předem připravené bedny. Tato bedna byla zapečetěná a dotazník se z ní nedal vytáhnout zpět.

Výsledky byly zpracovávány v MS Excel 2019 a MS Word 2019 pomocí tabulek a grafů. Výsledky jsou prezentovány pomocí popisné statistiky. Popisná statistika využívá absolutní (n_i) a relativní (p_i) četnost. Absolutní četnost vyjadřuje počet jednotlivých možností odpovědí. Relativní četnost zase určuje poměr absolutní četnosti k míře průzkumného souboru. Bývá

často vyjadřována v procentech. Vzorec pro vypočítání relativní četnosti je $p_i (\%) = n_i/n \times 100$ (Neubauer, Sedlačík a Kříž, 2021, s. 33).

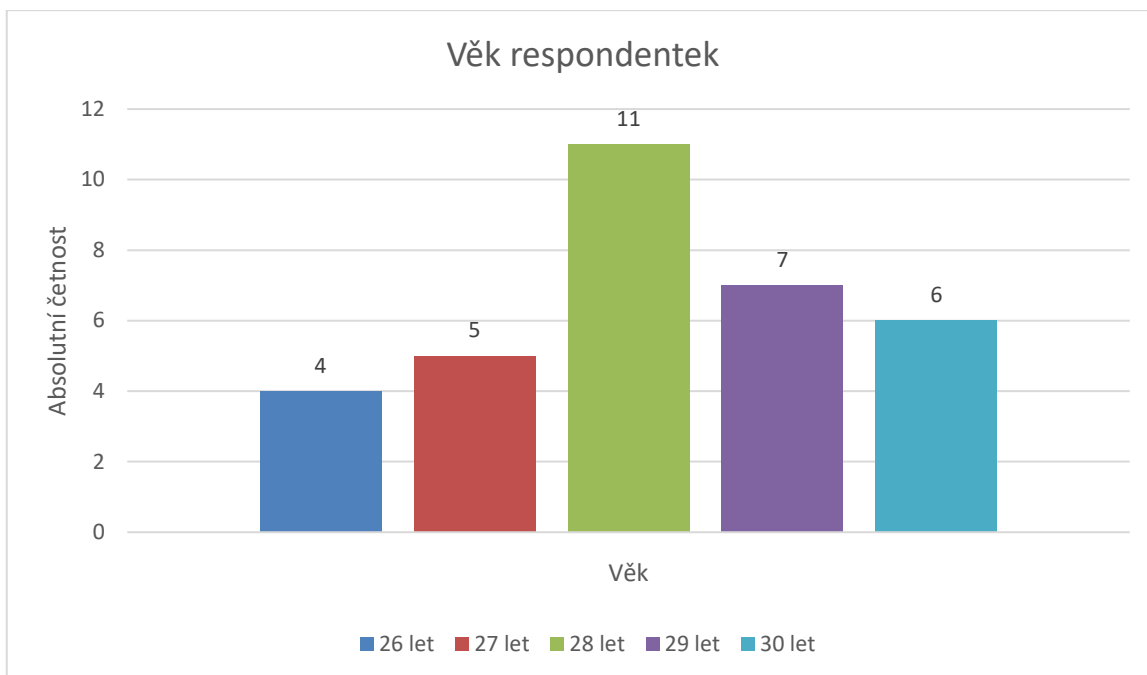
Znalostní otázky byly vyhodnoceny podle relativní četnosti, kdy u relativní četnosti správných odpovědí od 0 % - 25 % je hodnocena informovanost žen o období těhotenství jako velmi špatná. Od 25 % do 50 % relativní četnosti správných odpovědí bude hodnocena informovanost žen jako špatná. Za dobré budou vyhodnoceny správné odpovědi relativní četnosti od 50 % do 75 % a za velmi dobré od 75 % do 100 % (viz. Tabulka 1). Bačkovská (2016, s. 29) stanovila škálu vyhodnocení průzkumných otázek. Vytvořila také přehlednou tabulku, která je zde uvedena (Bačkovská, 2016, s. 29).

Tabulka 1 Hodnocení informovanosti žen podle správných odpovědí relativní četnosti

Hodnocení úrovně znalostí	Relativní četnost správných odpovědí
Velmi špatné	0 – 25 %
Špatné	25 – 50 %
Dobré	50 – 75 %
Velmi dobré	75 – 100 %

3.2 Charakteristika průzkumného souboru

Respondentky byly vybrány záměrně. Průzkumný vzorek tvořily ženy v průměrném věku prvorodiček, které nejsou a nikdy nebyly těhotné. Jestli ženy tyto podmínky pro zařazení do průzkumu splňují, bylo zjištěno pomocí prvních dvou identifikačních otázek v dotazníkovém šetření. Český statistický úřad (2021) uvádí, že průměrný věk prvorodiček v roce 2020 byl 28,5 let. Pro větší průzkumný prvek byla stanovena věková hranice od 26 do 30 let. Jak je patrné z Obrázku 1, z 33 (100 %) respondentek bylo 11 (33 %) žen ve věku 28 let. Nejnižší zastoupení respondentek bylo u věku 26 let, kdy tuto skutečnost uvedly 4 (12 %) ženy.



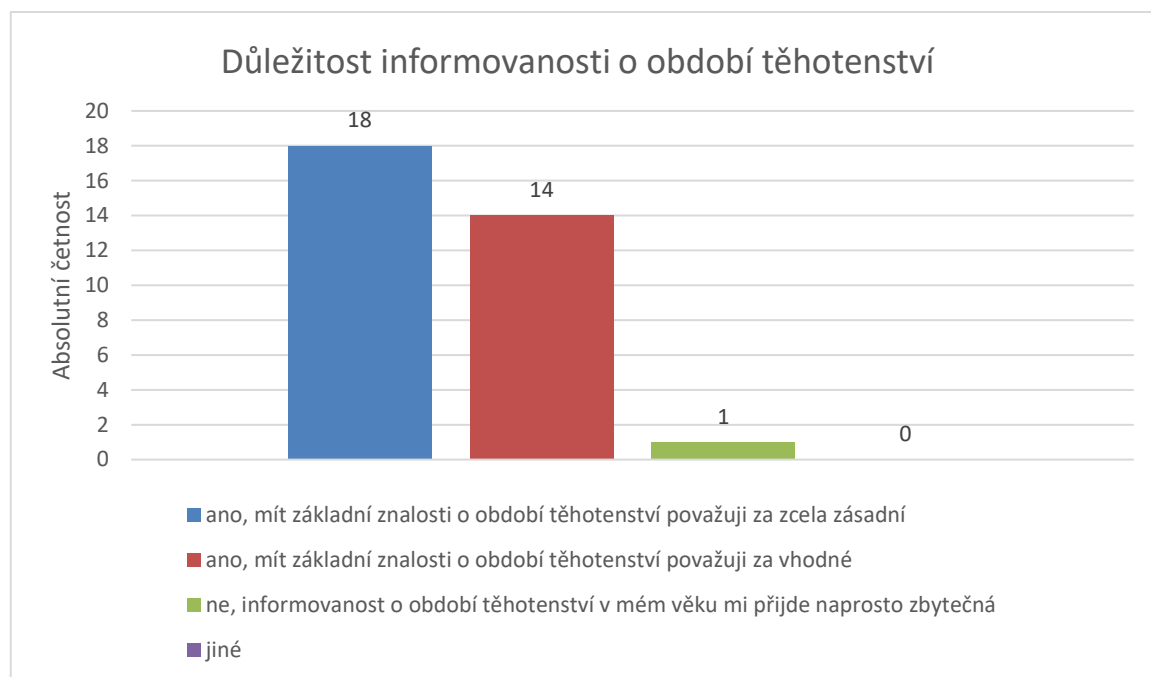
Obrázek 1 Věk respondentek

Aby ženy nebyly těhotné bylo důležité proto, aby jejich znalosti ohledně těhotenství nebyly ovlivněny už jednou prodělaným těhotenstvím.

To, že většina žen jednou těhotných bude, můžeme předpokládat na základě statistiky Českého statistického úřadu, který uvádí, že v České republice u žen narozených mezi lety 1950-1969 bylo pouze lehce nad 5 % bezdětných. Z toho vyplývá, že cca 95 % žen minimálně jednou těhotných bylo. Za tohoto zjištění můžeme tedy předpokládat, že i ženy narozené v roce 1992 – 1996 (nyní cca 26leté až 30leté ženy) minimálně jednou těhotné budou.

4 Analýza a interpretace výsledků

Otázka č. 3: Považujete za důležité být ve Vašem věku informována o období těhotenství?

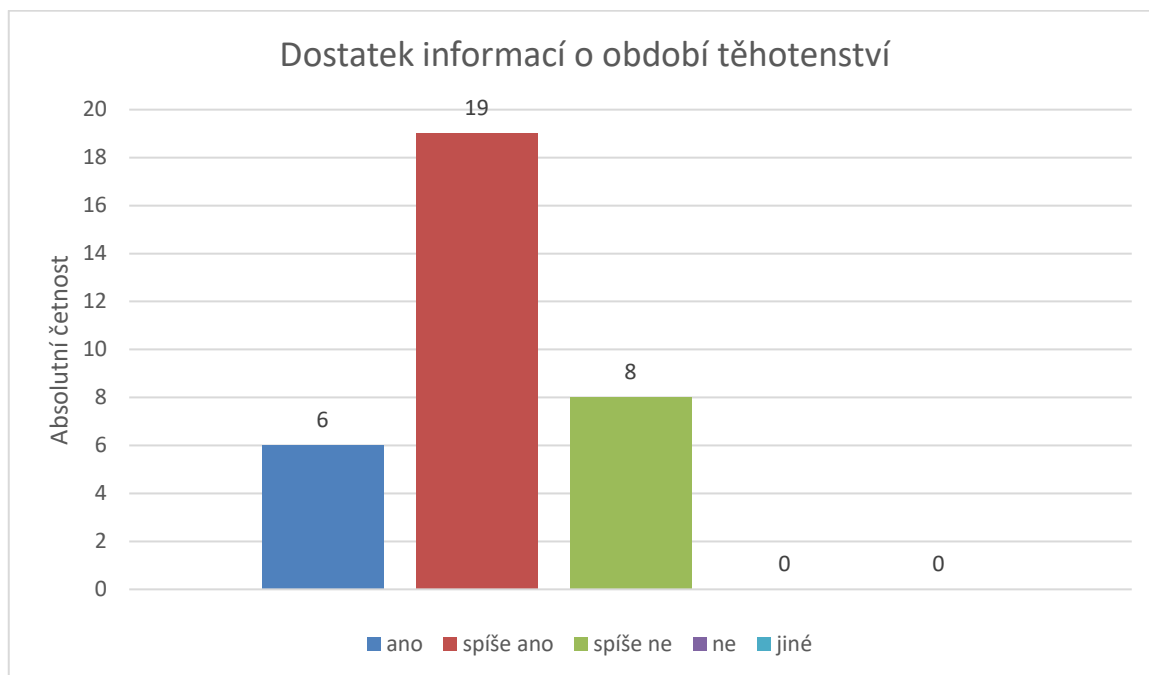


Obrázek 2 Důležitost informovanosti

Vybrány pro průzkum byly ženy v průměrném věku prvorodiček, který je podle ÚZIS z roku 2021 28,5 let. Pro větší průzkumný vzorek bylo stanoveno věkové rozmezí 26 až 30 let. Otázka tedy míří na ženy v tomto věkovém rozmezí.

Z Obrázku 2 lze vyčíst, že nejvíce respondentek, tedy 18 (55 %) žen, uvedlo, že mít základní znalosti o období těhotenství považuje za zcela zásadní. Dále 14 (42 %) respondentek uvedlo, že považuje mít základní znalost o období těhotenství za vhodnou a jen 1 (3 %) respondentka uvedla, že jí informovanost o období těhotenství v jejím věku přijde naprosto zbytečná.

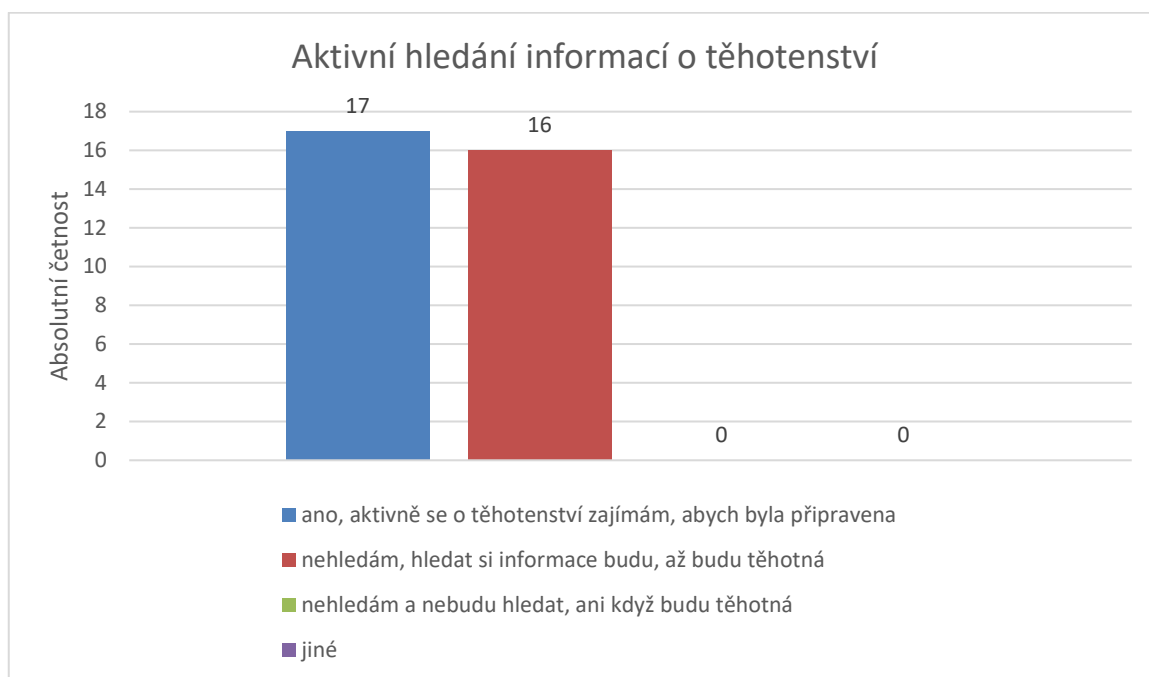
Otázka č. 4: Domníváte se, že o období těhotenství máte dostatek informací?



Obrázek 3 Informovanost o těhotenství

Cílem otázky č. 4 bylo zjistit, na jaké úrovni si ženy myslí, že se nachází jejich znalost o období těhotenství. Pouze 6 (18 %) žen se domnívá, že má o těhotenství dostatek informací, když označily odpověď „Ano“. „Spíše ano“, uvedlo 19 (58 %) žen, jedná se tak o nejčastější odpověď. Skutečnost, že o těhotenství spíše nemají dostatek informací, uvedlo 8 (24 %) žen. Žádná respondentka nevedla, že by se domnívala, že o těhotenství nemá dostatek informací (viz. Obrázek 3).

Otázka č. 5: Hledáte si aktivně informace o těhotenství?

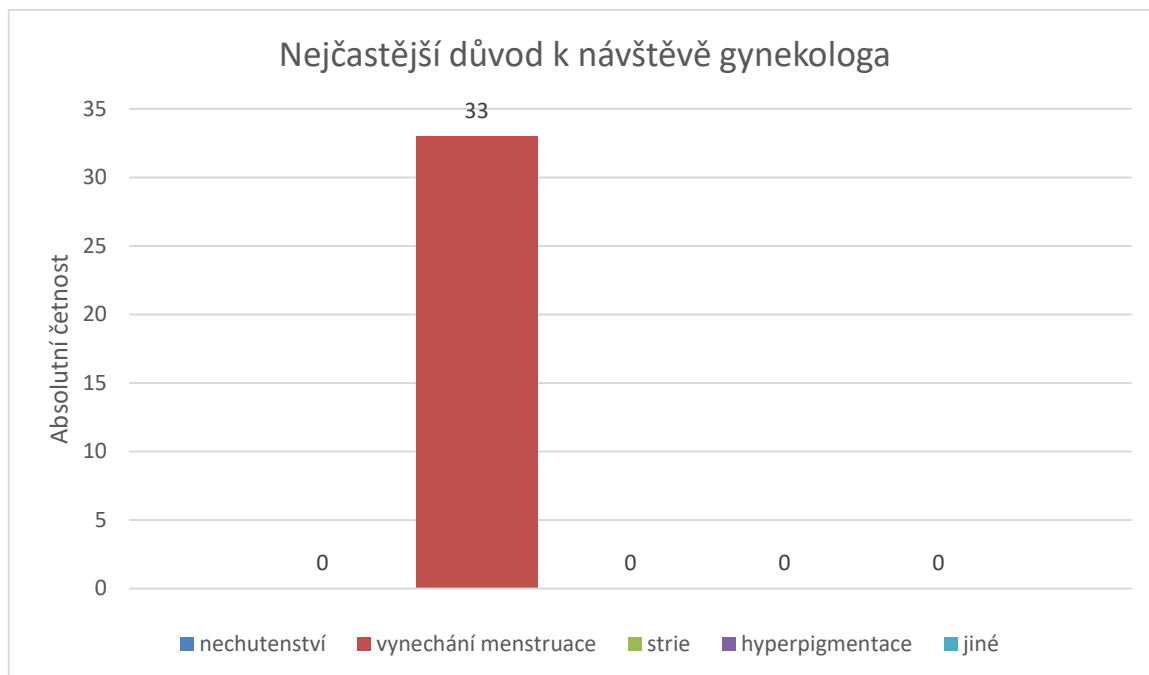


Obrázek 4 Aktivní hledání informací o těhotenství

Hledání si informace o těhotenství ženu připraví na situace, se kterými se v těhotenství bude potýkat každý den. Být na toto důležité období připravena už od samého začátku je prevencí vážných stavů, které by mohly nevědomostí v těhotenství vzniknout. Existuje totiž celá řada rizikových faktorů, které ovlivňují těhotenství ještě před jeho začátkem, jako například kouření.

Proto je potěšující, že si nadpoloviční počet respondentek, tedy 17 (52 %), informace aktivně vyhledává už nyní, tedy když těhotné ještě nejsou. Dalších 16 (48 %) respondentek zvolilo odpověď takovou, že si informace o období těhotenství budou vyhledávat až tehdy, kdy budou samy těhotné. Odpověď „Nehledám a nebudu, ani když budu těhotná“ neoznačila žádná respondentka (viz. Obrázek 4).

Otázka č. 6: Víte, jaká je nejčastější známka těhotenství, která přivede ženu ke gynekologovi?

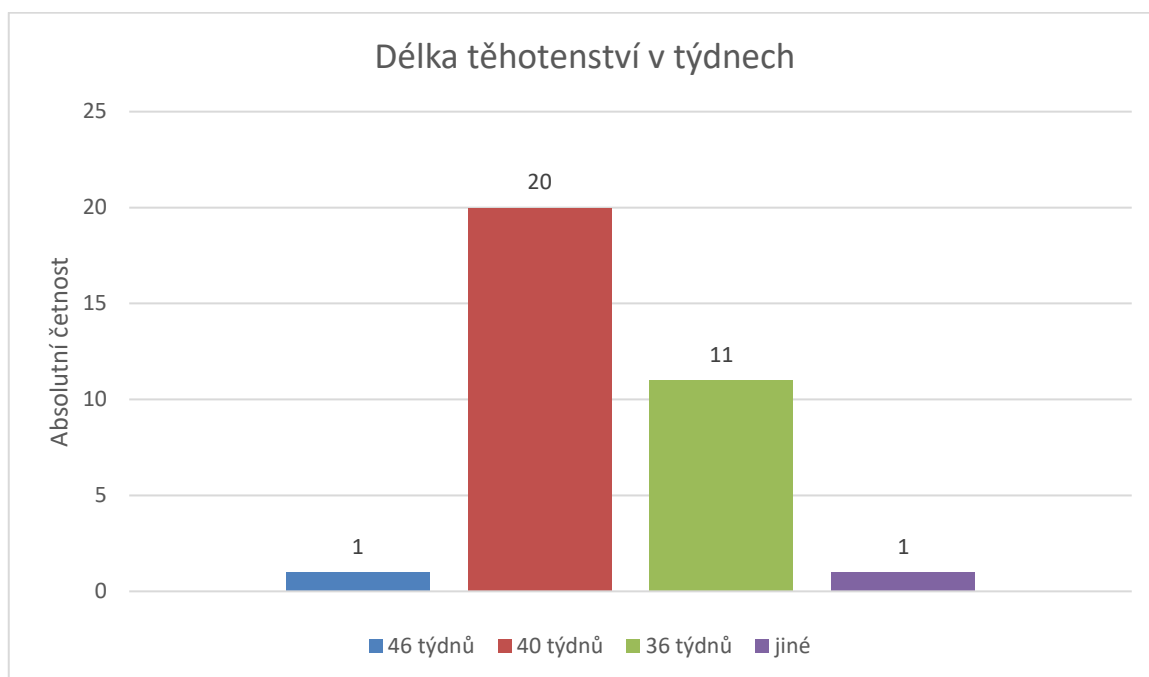


Obrázek 5 Nejčastější důvod navštívení gynekologa

Hájek (2014, s. 81) uvádí, že nejčastějším důvodem návštěvy gynekologa je vynechání menstruace. Amenorea nemusí znamenat těhotenství, což je fyziologický jev, ale může poukazovat na nějaký patologický stav v organismu ženy. Vynechání menstruace je tak pravděpodobným ukazatelem na těhotenství pouze u zdravých žen s pravidelným menstruačním cyklem. Informovanost o tomto faktu je důležitá pro uvědomění, že při vynechání menstruace by svého gynekologa měly navštívit, ať se jedná o těhotenství či ne.

Všech 33 (100 %) respondentek uvedlo vynechání menstruace jako nejčastější příčinu návštěvy gynekologa (viz. Obrázek 5).

Otázka č. 7: Víte, kolik týdnů v průměru trvá těhotenství?



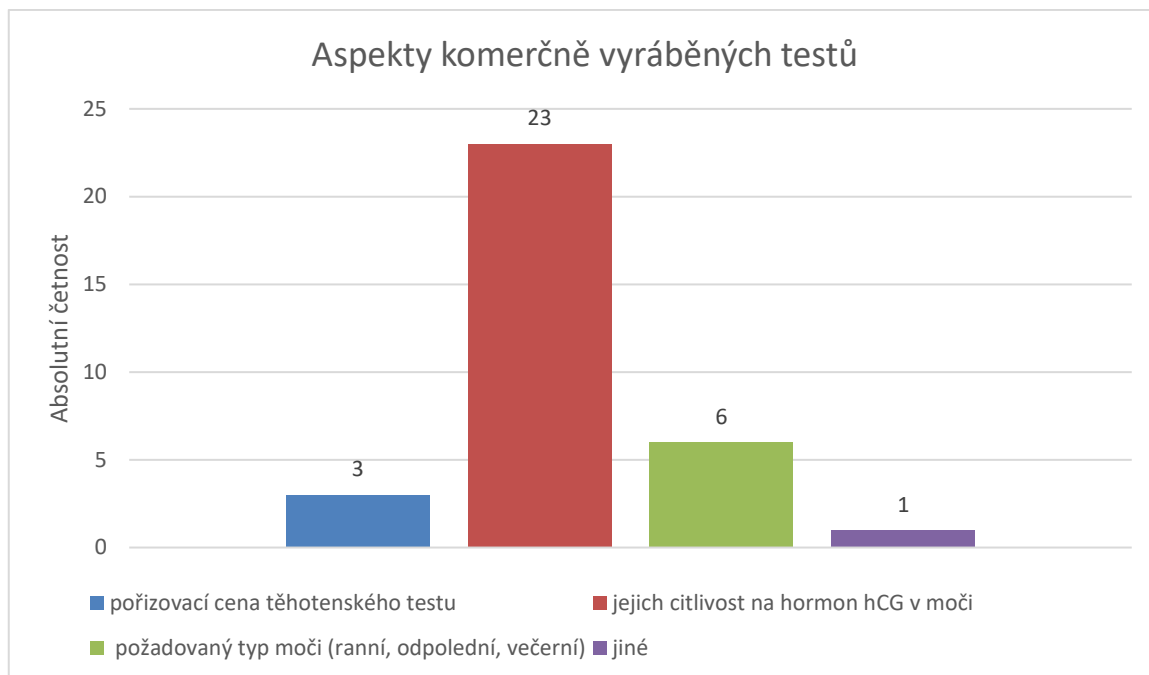
Obrázek 6 Délka těhotenství

V porodní asistenci využíváme dělení těhotenství spíše na týdny než na měsíce. Týden je totiž přesnější časové rozpětí. Znalost o tom, kolik týdnů těhotenství trvá je pro ženy podstatný fakt. Je důležité si uvědomit, že 36 týdnů nerovná se 9 měsícům.

Druhou nejčastější odpovědí bylo, že těhotenství trvá 36 týdnů. Tuto informaci uvedlo 11 (33 %) žen. Správnou odpověď uvedlo 20 (61 %) žen, tedy že těhotenství trvá průměrně 40 týdnů.

Jedna (3 %) respondentka uvedla, že těhotenství trvá v průměru 46 týdnů. Možnost „Jiné“ zvolila taktéž 1 (3 %) respondentka a její odpověď zněla „nevím“ (viz. Obrázek 6).

Otázka č. 8: Na jaké aspekty se zaměříte při koupi komerčně vyráběného těhotenského testu?

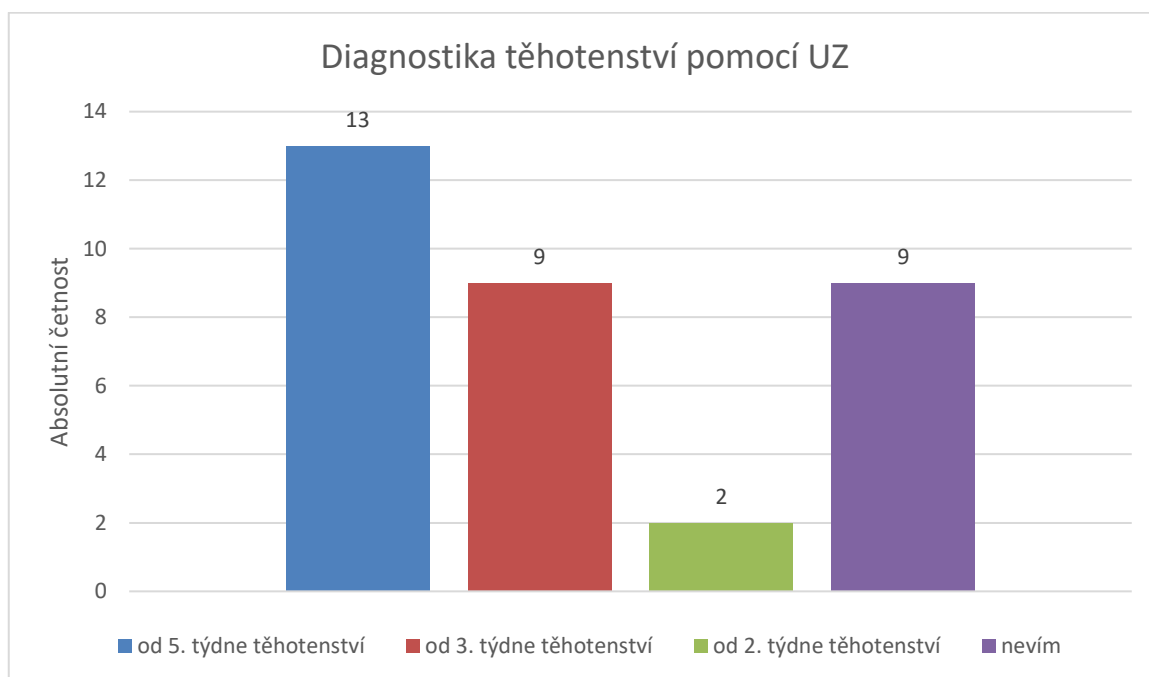


Obrázek 7 Možnosti při výběru těhotenského testu

Na základě jakého aspektu se ženy rozhodnou pro koupi těhotenského testu je velmi důležité. Rozdíl v těhotenských testech je ve své podstatě jen v citlivosti na beta-podjednotku humánního choriového gonadotropinu, tedy hormonu hCG. Jaký typ moči test požaduje či dokonce jeho pořizovací cena by neměla být rozhodující, pokud žena pátrá po tom nejspolehlivějším (Hájek et al., 2014, s. 169).

Jak je patrné z Obrázku 7, 23 (70 %) respondentek označilo, že by se zaměřily na citlivost na hormon hCG. Dále 6 (18 %) respondentek uvedlo, že by zvolilo těhotenský test podle jeho požadavků na potřebný typ moči a 3 (9 %) respondentky uvedly, že by těhotenský test vybíraly na základě jeho pořizovací ceny. Jedna (3 %) respondentka označila odpověď „Jiné“. Její odpověď zněla: „Zjistím si na internetu, jaké testy jsou efektivní.“

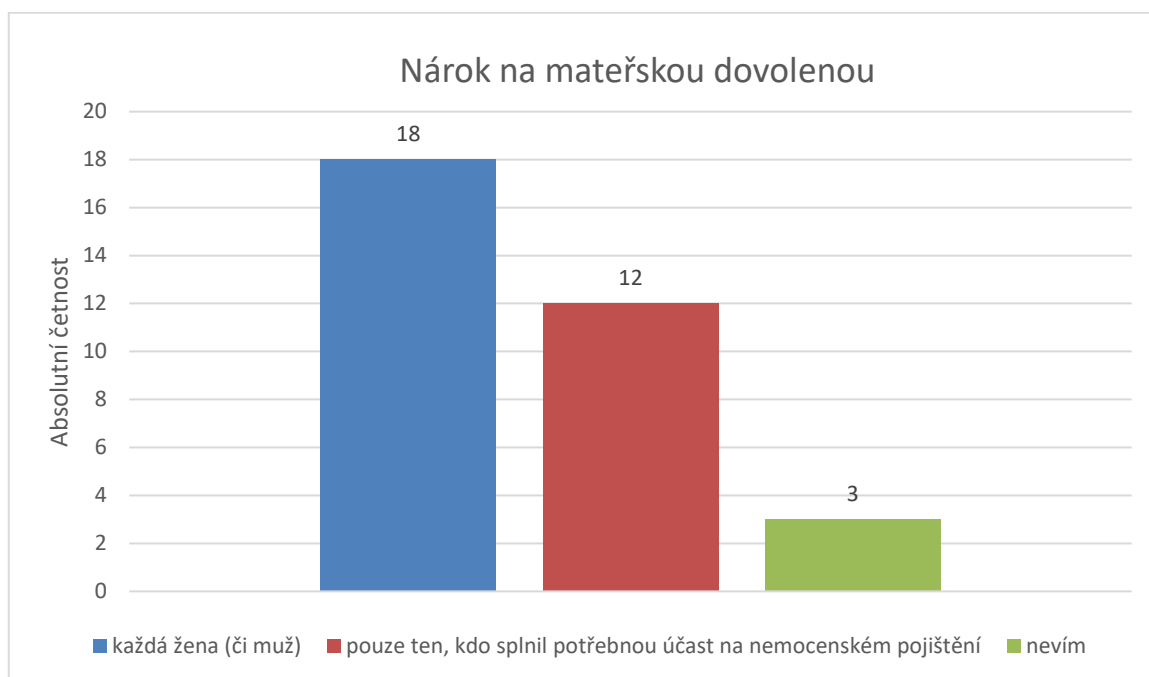
Otázka č. 9: Víte, v jakém týdnu je možné diagnostikovat těhotenství pomocí ultrazvuku?



Obrázek 8 Diagnostika těhotenství pomocí UZ

Odpovědi na tuto otázku byly velmi rozporuplné. Třináct (39 %) žen správně uvedlo, že pomocí UZ se dá těhotenství diagnostikovat od 5. týdne a jedná se tak o odpověď s největším zastoupením. Stejný výsledek měly 2 možnosti. Devět (27 %) žen odpovědělo, že se těhotenství za použití UZ dá diagnostikovat už od 3. týdne a stejný počet, to je devět (27 %) žen, uvedlo, že odpověď neví. Nejméně byla zvolena odpověď „od 2. týdne“ a to pouze 2 (6 %) ženami (viz. Obrázek 8).

Otázka č. 10: Na mateřskou dovolenou má nárok:



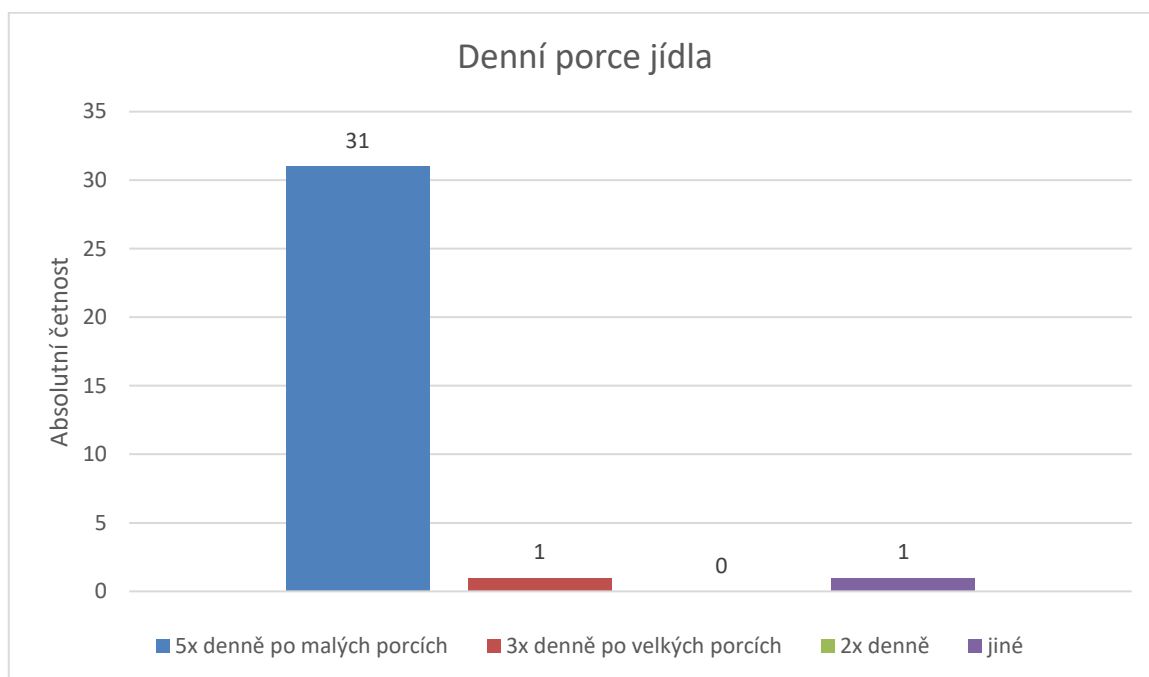
Obrázek 9 Nárok na mateřskou dovolenou

Účelem této otázky bylo zjistit, jak jsou ženy informované o mateřské dovolené. S mateřskou dovolenou se totiž pojí peněžitá pomoc v mateřství, na kterou nevzniká nárok automaticky. Tato informace je důležitá pro budoucí plánování rodiny, kdy by žena měla vědět, po jaké době nemocenského pojištění jí teprve vzniká nárok na mateřskou dovolenou.

Špatnou odpověď označilo nejvíce respondentek. Osmnáct (55 %) žen označilo, že na mateřskou dovolenou má nárok každá žena (či muž). Pouhých 12 (36 %) žen označilo odpověď „pouze ten, kdo splnil potřebnou účast na nemocenském pojištění“, která je správná. Nejméně označení měla odpověď „nevím“, kterou označily 3 (9 %) ženy (viz. Obrázek 9).

Nízká úspěšnost v této otázce může být také zapříčiněna nevědomostí o tom, že peněžitý příspěvek se vyplácí pouze na mateřské dovolené. Pokud žena nedosáhne na peněžitou pomoc v mateřství, nenastupuje na mateřskou dovolenou, ale může pobírat pouze rodičovský příspěvek.

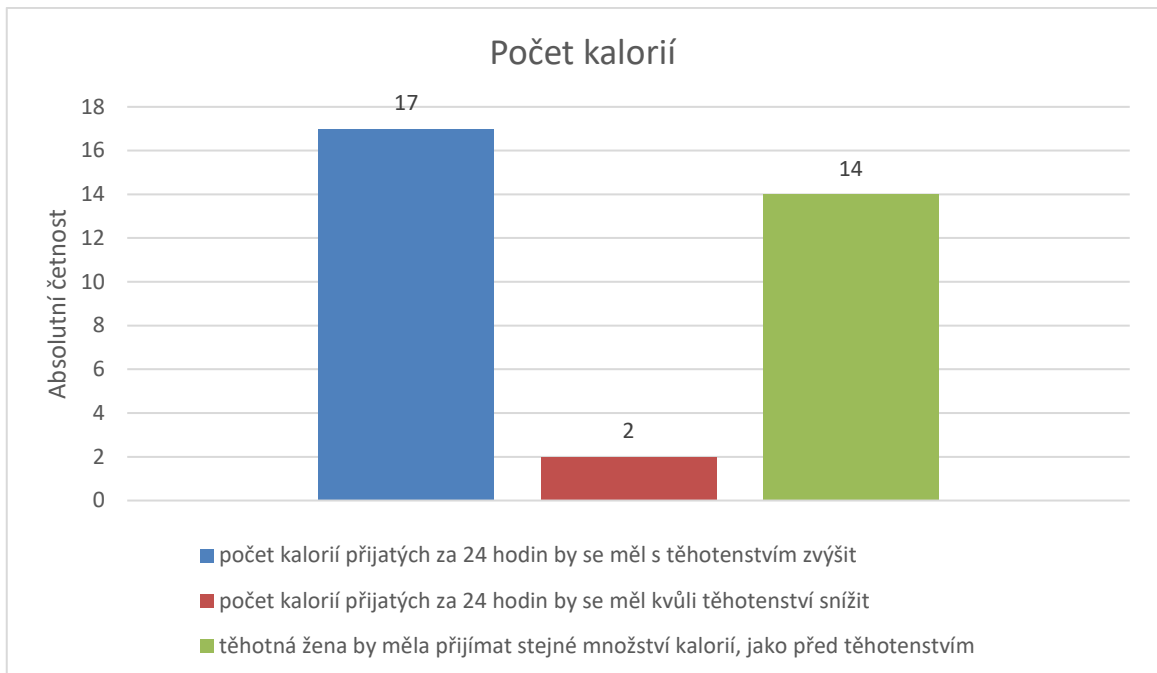
Otázka č. 11: Kolikrát za den by měla těhotná žena jíst?



Obrázek 10 Denní porce jídla

V této otázce měly respondentky za úkol vybrat, kolikrát za den by měla těhotná žena jíst. Nejčastější odpovědí u této otázky je možnost „5x denně po malých porcích“, kterou označilo 31 (94 %) žen. Stejný počet hlasů dostaly 2 možnosti. Jedna (3 %) žena vybrala možnost „3x denně po malých porcích“ a 1 (3 %) žena vybrala možnost „jiné“ kam uvedla, že by žena měla jíst podle svých preferencí (viz. Obrázek 10).

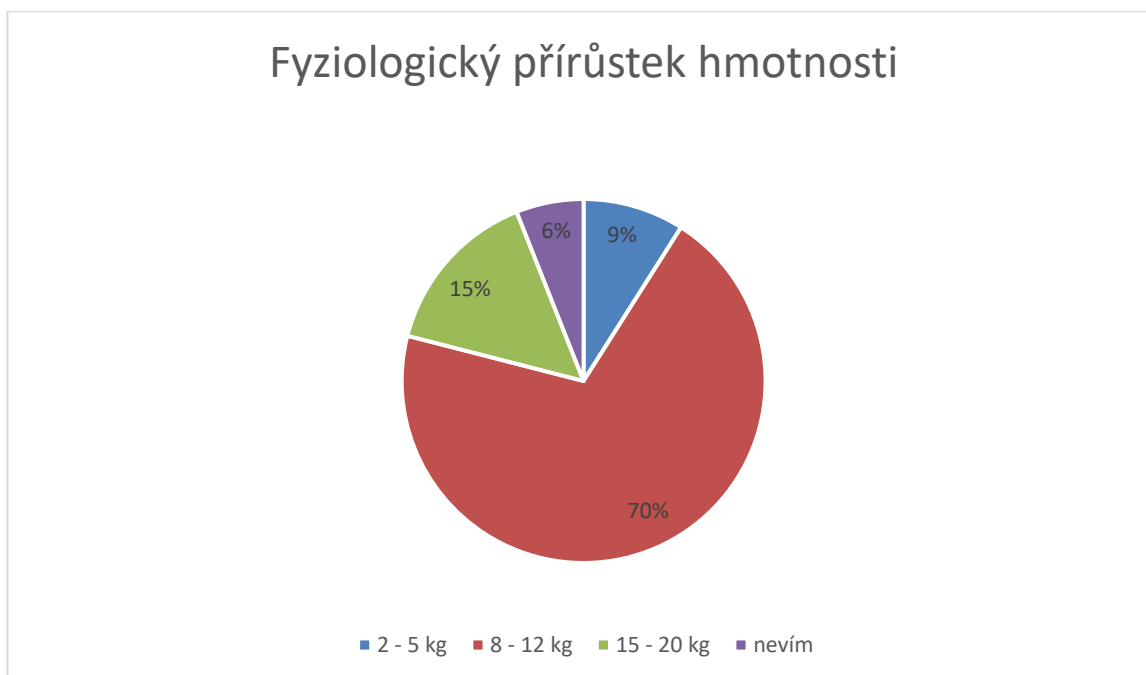
Otázka č. 12: Myslíte, že počet kalorií na den s těhotenstvím by měl stoupnout či naopak klesnout?



Obrázek 11 Počet kalorií u těhotné ženy

U této otázky respondentky volily předem stanovenou jednu ze tří možností ohledně přijatých kalorií v těhotenství. Nejvíce zastoupení má správná možnost, že by se s těhotenstvím měl počet kalorií zvýšit, kterou vybralo 17 (52 %) žen. Druhou nejčastější volbou byla možnost, že by měl počet kalorií v graviditě zůstat stejný jako před ní, kterou zvolilo 14 (42 %) žen. Nejméně byla označena možnost, že by se měl počet kalorií přijatých za den těhotnou ženou snížit. Tu zvolily 2 (6 %) ženy (viz. Obrázek 11).

Otázka č. 13: Víte, jaký je fyziologický přírůstek hmotnosti v těhotenství?

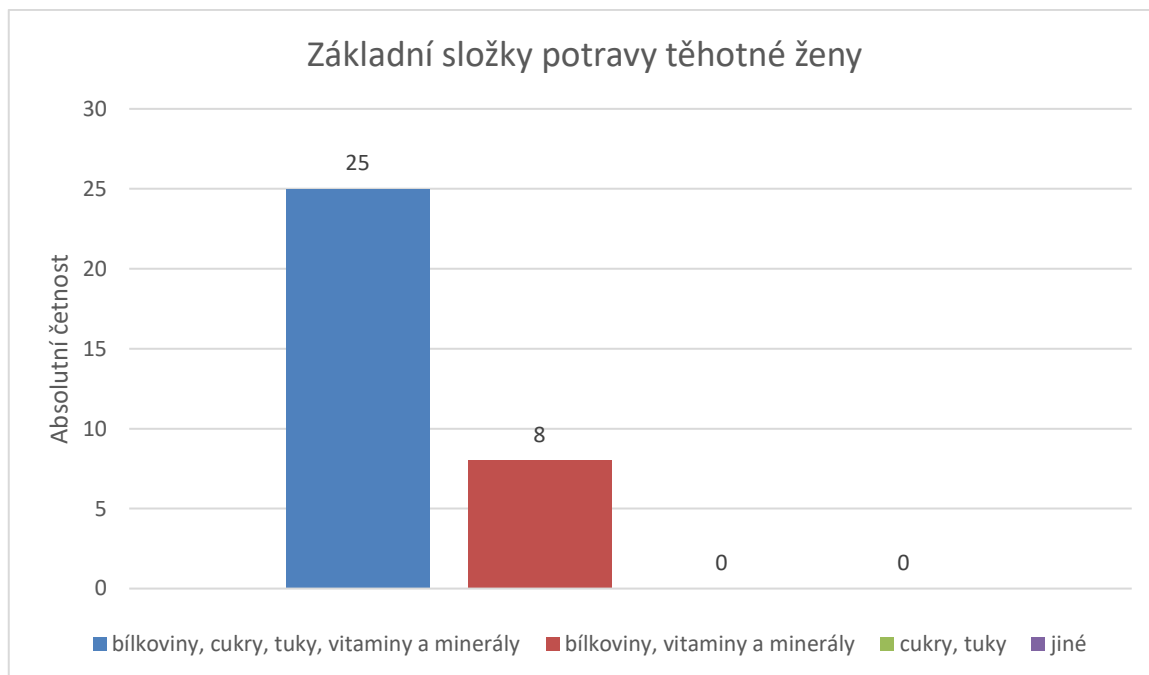


Obrázek 12 Hmotnostní přírůstek v těhotenství

Cílem této otázky bylo zjistit, zda jsou ženy informované o tom, kolik má být fyziologický přírůstek hmotnosti v těhotenství. Tato informace je velmi důležitá a souvisí se správnou výživou. Nadměrný hmotnostní přírůstek může způsobit makrosomii plodu, naopak nízký váhový přírůstek může mít za následek hypotrofického novorozence (Hájek, 2014, s. 391, 394).

Správná možnost je 8–12 kg, kterou zvolilo 23 (70 %) respondentek. Druhou nejčastěji vybranou možností bylo 15–20 kg, kterou označilo 5 (15 %) respondentek. Možnost, že by váhový přírůstek v těhotenství měl být 2–5 kg uvedly 3 (9 %) respondentky a možnost „nevím“ uvedly 2 (6 %) respondentky (viz. Obrázek 12).

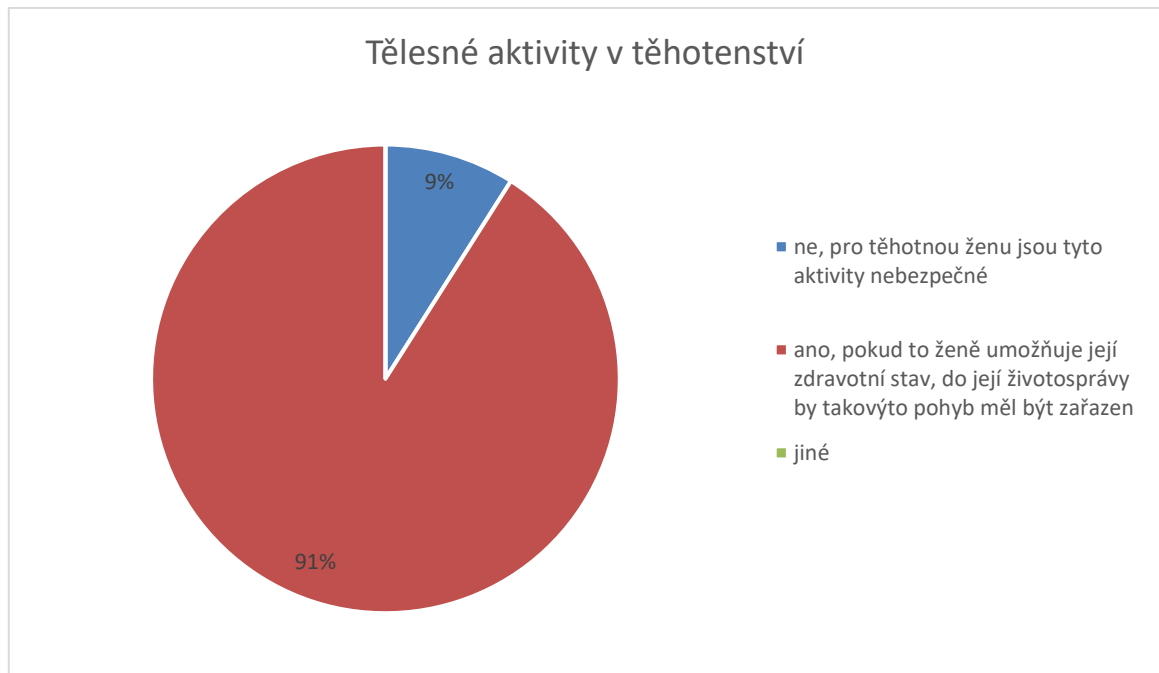
Otázka č. 14: Víte, které základní složky by měl obsahovat každodenní jídelníček nejen těhotné ženy?



Obrázek 13 Základní složky potravy u těhotné ženy

Hlavním záměrem této otázky bylo zjistit informovanost žen o základních složkách výživy, které by měl obsahovat jídelníček těhotné ženy. Nápovědou jim mohlo být slovo „nejen“, které poukazuje na fakt, že by se tak měly stravovat všechny ženy, nejen ty těhotné. Správná odpověď je ta, že by jídelníček měl obsahovat bílkoviny, cukry, tuky, vitaminy i minerály. Tuto odpověď zvolilo 25 (76 %) žen. Druhou nejčastější zvolenou možností, kterou označilo 8 (24 %) žen, byla odpověď „bílkoviny, vitaminy a minerály“. Možnost „cukry, tuky“ a „nevím“ žádná z respondentek nezvolila (viz. Obrázek 13).

Otázka č. 15: Myslíte, že může těhotná žena podnikat aktivity jako je jogga, plavání, jogging?

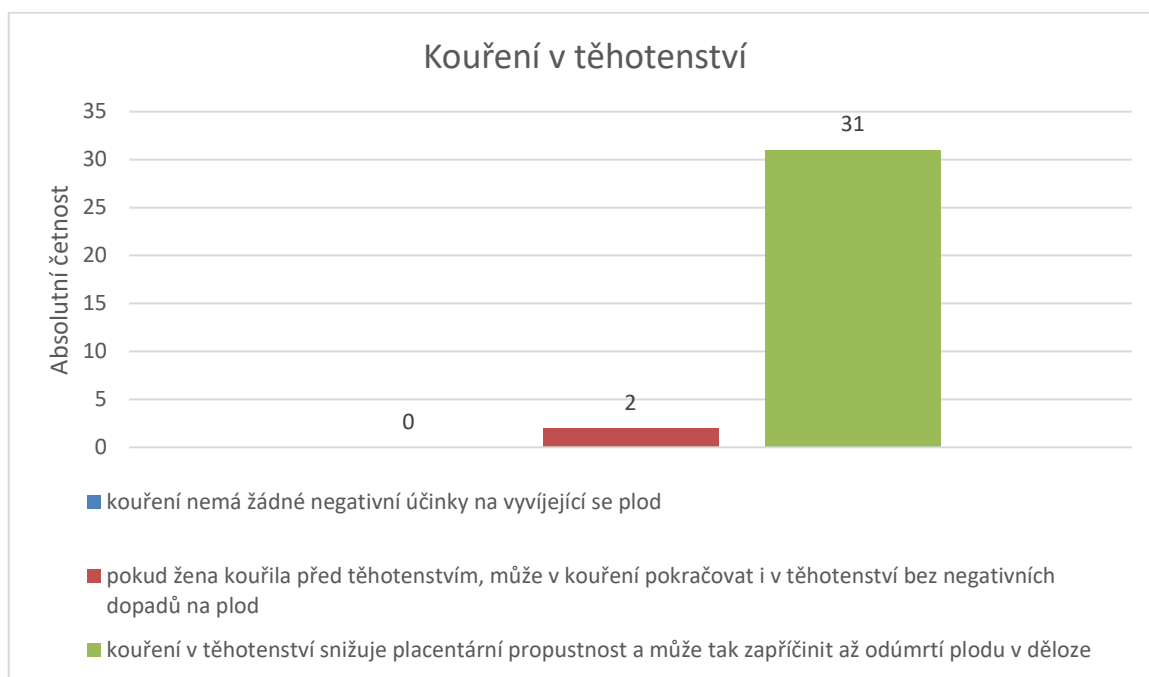


Obrázek 14 Tělesná aktivita v těhotenství

Otázka zaměřující se na tělesnou aktivitu měla za úkol zjistit, zda jsou ženy informovány o tom, že tělesná aktivita je pro těhotenství prospěšná.

Je potěšující, že 91 % (30) dotazovaných odpovědělo správně. Pouze 9 % (3) ženy se chybně domnívaly, že je tělesná aktivita jako jogga, plavání a jogging v těhotenství nebezpečná. Jiná možnost zvolena nebyla (viz. Obrázek 14).

Otázka č. 16: Myslíte si, že má kouření negativní dopad na vyvíjející se plod?

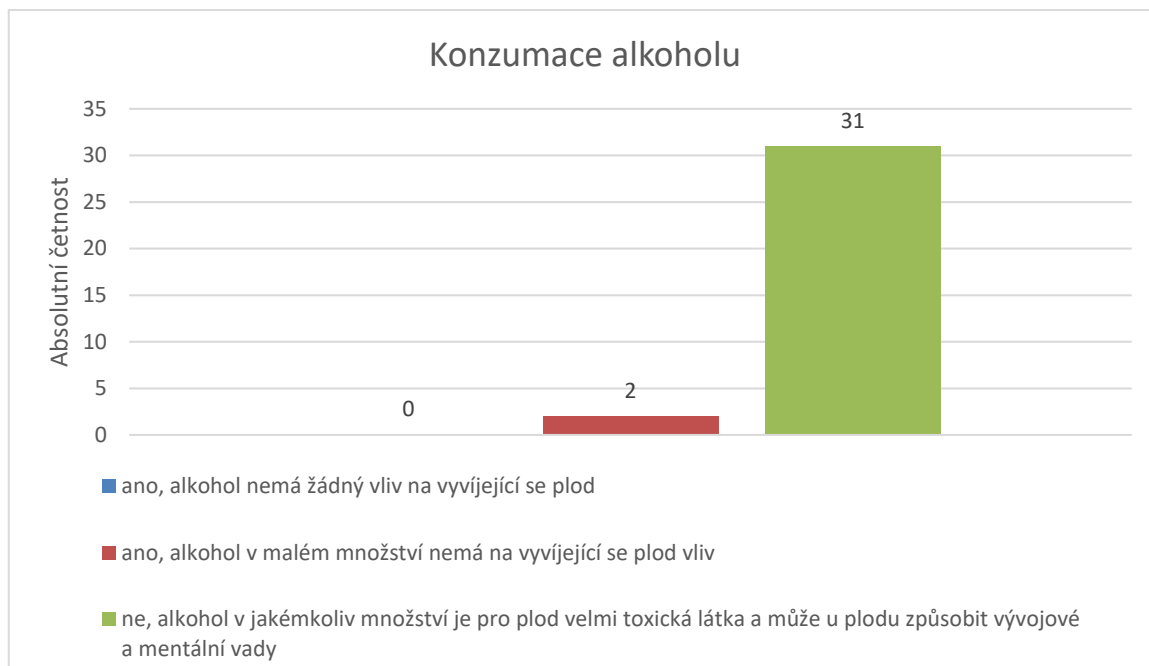


Obrázek 15 Kouření v těhotenství

Otázka měla za úkol zjistit, jestli si ženy uvědomují nebezpečnost kouření pro plod. Z Obrázku 15 je patrná nejčastější odpověď. Většina respondentek, tedy 31 (94 %), se správně domnívá, že kouření snižuje placentární propustnost a může tak zapříčinit až odúmrť plodu v děloze. Pouze 2 (6 %) ženy se mylně domnívají, že pokud žena kouřila před těhotenstvím, může v kouření pokračovat i v něm bez rizika poškození plodu. Žádná z 33 (100 %) žen nezvolila, že by kouření nikdy nemělo negativní dopady na plod.

Vzhledem k toxicitě kouření pro plod je informovanost žen o tomto tématu velmi důležitá už od samého začátku těhotenství.

Otázka č. 17: Myslíte si, že může těhotná žena konzumovat alkohol bez rizika poškození plodu?



Obrázek 16 Konzumace alkoholu v těhotenství

Poslední otázka se zaměřovala na informovanost žen o vlivu alkoholu na vyvíjející se plod. Z Obrázku 16 je patrné, že respondentky nejčastěji volily možnost „ne, alkohol v jakémkoliv množství je pro plod velmi toxická látka a může u plodu způsobit vývojové a mentální vady“. Tato možnost je správná a zvolilo ji 31 (94 %) žen. Zbylé 2 (6 %) respondentky chybně označily odpověď, že alkohol v malém množství nemá na vyvíjející se plod vliv. Možnost, že alkohol nemá nikdy žádný vliv na vyvíjející se plod nevybral nikdo z dotazovaných.

I přes fakt, že v otázce č. 3 odpovědělo 55 % respondentek, že považují za zásadní být v jejich věku informována o období těhotenství a že v otázce č. 4 odpovědělo 76 % respondentek kladně, na otázku, zda mají dostatečné informace o těhotenství, pouze u 1 otázky odpovědělo všech 33 (100 %) respondentek zcela správně a hranici 50 % nedosáhly 2 otázky. Dle předem stanovené hodnotící škály byla informovanost žen o období těhotenství vyhodnocena jako velmi dobrá u 6 znalostních otázek z celkového počtu 12 znalostních otázek. U 4 otázek byla vyhodnocena informovanost žen o období těhotenství jako dobrá a u 2 otázek jako špatná. Žádná otázka nebyla vyhodnocena jako velmi špatná (viz. Tabulka 2). Že jsou ženy špatně informované bylo vyhodnoceno u otázek týkajících se diagnostiky těhotenství a u otázky ohledně mateřské dovolené. Z výsledků dotazníkového šetření vyplívá, že by informační leták mohl být přínosem.

Tabulka 2 Vyhodnocení znalostních otázek

Dotazníková znalostní otázka	Procentuální znázornění informovanosti žen	Dotazníková znalostní otázka	Procentuální znázornění informovanosti žen
6	100%	12	52%
7	61%	13	70%
8	70%	14	76%
9	39%	15	91%
10	36%	16	94%
11	94%	17	94%

5 DISKUZE

V této části se za pomoci zjištěných výsledků díky průzkumnému šetření odpovídá na předem stanovené průzkumné otázky.

Průzkumná otázka č. 1: Jak jsou ženy informovány o základních pojmech ohledně těhotenství?

Odpověď na 1. průzkumnou otázku byla vyhodnocena z otázek č. 6, 7, 8, 9 a 10. Všechny tyto otázky jsou polouzavřené a mají za cíl zjistit informovanost žen o základních pojmech o těhotenství.

Informovanost žen v průměrném věku prvorodiček o základních pojmech ohledně období těhotenství je důležitá. Může se díky ní předcházet vážným stavům, které mohou kvůli nevědomosti budoucí matky vzniknout. Znalosti žen, ačkoliv ještě samotné těhotné nejsou, o prvních známkách těhotenství, diagnostice těhotenství, prenatalních prohlídkách nebo informacích o mateřské dovolené jsou jedny ze základních informací, které informované ženě pomůžou ke zdárnému průběhu gravidity.

Na otázku č. 6 ohledně první známky těhotenství odpovědělo dobře 100 % (33) respondentek a dle předem stanovené hodnotící tabulky je tak informovanost žen o prvních známkách těhotenství vyhodnocena jako velmi dobrá. Stoprocentní správnost odpovědí může být způsobena nenáročností otázky spolu s jednodušším výběrem odpovědí.

Na otázku č. 7, která se zabývala délkou těhotenství v týdnech odpovědělo dobře 61 % (20) respondentek. U otázky č. 8, která pojednává o výběru těhotenského testu, zvolilo správnou odpověď 70 % (23) respondentek a u otázky č. 9 o diagnostice těhotenství pomocí UZ 39 % (13).

U poslední, 10 otázky respondentky vybíraly správnou odpověď ohledně mateřské dovolené, kde výběr správné možnosti byl pouze 36 % (12). Veverková (2011) ve své bakalářské práci pojednává o informovanosti žen ohledně sociálně právní problematice v souvislosti s mateřskou. Za zkoumaný prvek si vybrala 3 kategorie respondentek. Jsou jimi ženy těhotné od 20. týdne, dále ženy po porodu do 20. týdne a ženy, které nejsou těhotné ani nejsou po porodu do 20. týdne a jejich věk je menší než 45 let. Veverková (2011, s. 41) ve svém dotazníkovém šetření položila otázku, zda se ženy myslí, že je společnost o sociální podpoře v mateřství dostatečně informována a jako výsledky jejího šetření uvádí, že 67 % respondentů uvedlo, že

ne. Takový výsledek souhlasí s výsledkem tohoto průzkumného šetření u otázky č. 10, kdy správný výsledek ohledně nároku na mateřskou uvedlo pouze 36 % respondentek.

Nejlepší vědomosti respondentky prokázaly u otázky č. 6 ohledně prvních známek těhotenství, nejhorší při znalostech o mateřské dovolené.

U otázek od 6 do 10 otázky bylo správných odpovědí průměrně 20,2, což je 61,21 % úspěšnost. Informovanost žen o základních pojmech v těhotenství, jako jsou první známky těhotenství, diagnostika těhotenství, prenatalní prohlídky nebo informace o mateřské dovolené je vyhodnocena dle předem stanovených hodnotících kritérií jako dobrá.

Průzkumná otázka č. 2: Jak jsou ženy informovány o výživě a tělesných aktivitách v těhotenství?

Pro odpověď na průzkumnou otázku č. 2 byly stanoveny a následně vyhodnoceny otázky č. 11, 12, 13, 14 a 15. Účel této průzkumné otázky tkvěl v zjištění informovanosti žen o výživě a o tělesné aktivitě v období těhotenství. Všechny otázky použité k této průzkumné otázce byly polouzavřené a respondentky mohli vybírat pouze jednu možnost.

Otázka č. 11 pojednávala o počtu porcí, které by těhotná žena měla za 24 hodin pojmout. Správně na ní odpovědělo 94 % (31) respondentek možností 5x denně po malých porcích. Ptáčková (2014, s. 38) ve svém průzkumném šetření uvádí zajímavý výsledek. V její bakalářské práci se dotazovala už přímo těhotných žen, kolikrát se za den stravují. Pouhých 55 % těhotných uvedlo, že se stravují 5x až 6x denně. Dále uvádí, že 19 % žen uvedlo, že se stravuje 3x až 5x denně. Velmi podobný výsledek ve své závěrečné práci popisuje i Havelka (2013, s. 50), který si za své respondentky také vybral už těhotné ženy. Havelka (2013, s. 50) uvádí, že 50 % těhotných respondentek se stravuje 5x denně. Tyto výsledky ukazují rozdílný výsledek u otázek, kolikrát si ženy myslí, že by se těhotná žena měla stravovat za den a kolikrát se těhotná žena za den opravdu stravuje.

Na otázku č. 12 odpovědělo správně 52 % (17) respondentech. Tato otázka se zaměřovala na počet kalorií přijatých za 24 hodin, kdy 17 respondentek (52 %) správně uvedlo, že by se s těhotenstvím měl počet kalorií přijatých za 24 hodin zvýšit.

O fyziologickém přírůstku hmotnosti v těhotenství pojednávala otázka č. 13. Na tuto otázku odpovědělo správně 70 % (23) respondentek a to odpovědí 8 – 12 kg.

Otázka č. 14. se zaměřovala na základní složky potravy nejen těhotné ženy. Nápovědou v této otázce mohlo být slovo „nejen“, které by ženy dokázalo navést na správnou odpověď „bílkoviny, cukry, tuky, vitaminy a minerály“, protože všechny tyto živiny by měl přijímat každý jedinec. Správně tuto odpověď označilo 76 % (25) respondentek.

Poslední otázku k této průzkumné otázce tvořila otázka č. 15. Zaměřovala se na tělesné aktivity jako je jogga, plavání a jogging. Tato otázka zjišťovala, zda si ženy myslí, že jsou pro těhotnou ženu vhodné. Celých 91 % (30) respondentek odpovědělo správně, a to tak, že pokud to ženě umožní její zdravotní stav, měl by být pohyb do její životosprávy být zařazen. Jestli jsou ženy o pohybové aktivitě informované v těhotenství ve své diplomové práci prezentovala i Ráčková (2022, s. 48). Ta uvedla, že mírně přes 58 % respondentek na její otázku ohledně toho, jestli vyšší zátěž, než je pochod (což jogga, plavání a jogging je), může u žen způsobit potrat, odpovědělo správně „Ne“. Dále 18 % respondentek zvolilo možnost „nevím“. Rozdílnost v odpovědích může být způsobena položením otázky, protože Ráčková (2022, s. 48) zvolila obtížnější verzi.

Průměrný počet správných odpovědí u otázek od 11 do 15 je 25,2. Procentuální hodnota správných odpovědí je tedy 76,36 %. Dle předem stanovené hodnotící škály je tedy informovanost žen o výživě a tělesných aktivitách vyhodnocena jako velmi dobrá.

Průzkumná otázka č. 3: Jak jsou ženy informovány o toxicitě návykových látek v těhotenství?

Odpověď na 3. průzkumnou otázku byla vyhodnocena na základě otázky č. 16. a 17. Informovanost žen o toxicitě návykových látek je zcela zásadní, protože návykové látky poškozují vyvíjející se plod ve velkém rozsahu. Znalosti žen o kouření zjišťovala **otázka č. 16**. Odpověď, že kouření je pro plod škodlivé, způsobuje placentární propustnost a může zapříčinit až odúmrť plodu v děloze správně odpovědělo 94 % (31) respondentek. Zbýlých 6 % (2) respondentek mylně uvedlo, že pokud žena kouřila před těhotenstvím, může v kouření pokračovat i v těhotenství bez negativních dopadů pro plod. Ve svém dotazníkovém šetření tuto otázku položila i Havlová (2019, s. 37). Ta uvádí poměrně nižší počet žen, které zvolili správnou odpověď. Havlová (2019, s. 37) totiž uvádí, že pouze 67 % respondentek zvolilo možnost takovou, že pasivní i aktivní kouření negativně ovlivňuje plod v graviditě. Dále 17 % žen v jejím dotazníkovém šetření uvedlo, že negativní vliv na plod má pouze aktivní kouření a

13 % žen odpovědělo, že negativní vliv na plod má pouze aktivní kouření. Pouze 3 % žen zvolilo takovou možnost, že ani pasivní, ani aktivní kouření nemá na plod v těhotenství vliv.

Další otázka byla **otázka č. 17** která se zaměřovala na vliv alkoholu na plod. Správná odpověď zněla, že alkohol v jakémkoliv množství je pro plod velmi toxická látka a může u něj způsobit vývojové a mentální vady. Správnou odpověď uvedlo 94 % (31) žen. Zbýlých 6 % (2) respondentek uvedlo, že alkohol v malé míře na plod vliv nemá. Šupová (2018, s. 35) ve své práci uvádí, že je alkohol jednou z nejbezpečnějších drog v závislosti na jeho vlivu k vyvíjejícímu se plodu. Ve svém výzkumu uvádí, že jí na otázku, zda si ženy myslí, že je alkohol nebezpečnou látkou, uvedlo z 40 (100 %) respondentek 24 (60 %) respondentek, že si myslí, že je alkohol v těhotenství špatný. Dále v jejím průzkumném šetření uvedlo 16 (40 %) respondentek, že příležitostné užívání alkoholu není škodlivé.

Potěšující je okolnost, že ani v jedné z těchto dvou otázek v tomto dotazníkovém šetření žádná respondentka neuvedla, že by byly tyto návykové látky zcela a vždy bezpečné pro vyvíjející se plod. Podobné výsledky u otázky na škodlivosti alkoholu má i Šupová (2018, s. 35), která uvádí, že jí žádná respondentka neuvedla, že by užívání alkoholu v těhotenství nebylo vůbec špatné.

Průměrný počet správných odpovědí u otázek 16 a 17 je 31, což odpovídá cca 94 % úspěšnosti. Informovanost žen o období těhotenství je dle předem stanovené hodnotící škály vyhodnocena jako velmi dobrá.

6 ZÁVĚR

Informovanost žen v průměrném věku prvorodiček o základních pojmech ohledně období těhotenství je velmi důležitá. Může se díky ní předcházet vážným stavům, které mohou kvůli nevědomosti budoucí matky vzniknout. Znalosti žen, ačkoliv ještě samotné těhotné nejsou, o základních pojmech v těhotenství, výživě, pohybu, hygieně a toxicitě návykových látek je základní předpoklad zdárného těhotenství. Zkoumaný prvek jsou ženy v průměrném věku prvorodiček, a tak se dá i předpokládat, že se o početí snaží nejvíce žen právě v tomto věku. Jejich informovanost o období těhotenství je tak velmi důležitá.

Cílem teoretické části této bakalářské práce bylo přiblížit prenatalní péči, kterou by měla podstoupit každá těhotná žena a charakterizovat správnou životosprávu v těhotenství, která zahrnuje výživu, dostatečný pohyb, spánek, hygienu těhotné ženy. Cílem teoretické části bylo i apelovat na toxicitu návykových látek na vyvíjející se plod.

Průzkumná část měla za cíl zjištění informovanosti žen o základních pojmech v těhotenství, o výživě a tělesných aktivitách v těhotenství a v neposlední řadě také zjištění, zda jsou ženy informovány o toxicitě návykových látek na plod.

Výsledkem průzkumu bylo zjištění, že znalostní otázky, které ženy v dotazníkovém šetření měly za úkol vyplnit, neměly tak vysoké procento správných odpovědí. Na základě této skutečnosti byl vytvořen informační leták, který bude poskytnut 4 gynekologickým ambulancím, ve kterých probíhalo dotazníkové šetření. Části informačního letáku jsou především ty části, kterých se týkaly otázky v dotazníkovém šetření, jejichž správnost v odpovědích byla špatná. Jsou to oblasti ohledně trvání těhotenství, diagnostice těhotenství a nároku na mateřskou dovolenou. Dále se leták zabývá správnou výživou těhotné ženy a pohybovou aktivitou. V neposlední řadě informační leták apeluje na toxicitu návykových látek, ačkoliv z výsledků dotazníkového šetření vzešlo, že správnou odpověď zvolilo přes 94 % respondentek.

Domnívám se, že stručný a přehledný informační leták by mohl být využit ženami, které čekají například na prenatalní prohlídku a zvýšit tak povědomí o období těhotenství. Nemyslím si, že tento informační leták může zlepšit informovanost žen na 100 %, ale může alespoň zvýšit zájem žen o období těhotenství a připomenou jim, že i když samy těhotné zatím nejsou, základní informace o období těhotenství by mít měly.

7 POUŽITÁ LITERATURA

BAČKOVSKÁ, Michala, *Znalosti studentů 3. ročníků programu Porodní asistence o problematice infekcí spojených se zdravotní péčí*. Pardubice, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

BINDER, Tomáš, et al. *Nemoci v těhotenství: a řešení vybraných závažných peripartálních stavů*. Praha: Grada, 2020. 368 s. ISBN 978-80-271-2009-3.

CALDA, Pavel. Kofein a těhotenství. *Actual Gyn.* 2015, 7, 21-22. ISSN 1803-9588.

CONTRERAS ŠKLÍBOVÁ, Jana, 2021. Vyšetření v těhotenství – 28.tt až 32.tt. In: *Nutriklub.cz* [online]. 20.7. [cit. 20.12.2021]. Dostupné z: <https://www.nutriklub.cz/clanek/vysetreni-v-tehotenstvi-28-tt-az-32-tt>.

ČEPICKÝ, Pavel, et al. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2018. 232 s. ISBN 978-80-247-5604-2.

ČGPS, ČLS JEP. Zásady dispenzární péče v těhotenství. *Česká gynekologie*. 2015, 80(6), s. 456–458. Poslední změna 22.1.2021. [cit. 20.12.2021] ISSN 1803-6597 Dostupné z: <https://www.cgps.cz/informovane-souhlasy%E2%80%8B/>.

ČSSZ. *Podrobné informace k peněžité pomoci v mateřství* [online]. [cit. 11.4.2022]. Dostupné z: <https://www.cssz.cz/web/cz/podrobne-informace-o-penezite-pomoci-v-materstvi>

DOLEŽAL, Antonín. *Zakázaná slova*. 3. doplněné a upravené vydání. Praha: Grada, 2017. 320 s. ISBN 978-80-271-0497-0.

DUBOVÁ, Olga, et al. *Praktické repetitorium gynekologie a porodnictví*. Praha: Maxdorf, 2019. Jessenius, 267113. ISBN 978-80-7345-599-6.

DUŠOVÁ, Bohdana, et al. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada, 2019. 144 s. ISBN 978-80-271-0836-7.

DUŠOVÁ, Bohdana, HERMANNOVÁ, Martina a MAJDYŠOVÁ, Vladimíra. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada, 2019. 144 s. ISBN 978-80-271-0837-4.

FILOVÁ, Tereza, 2019. Jsem těhotná – musím se vzdát kávy?. In: *Lecimdeti.cz* [online]. 1.10. [cit. 20.12.2021]. Dostupné z: <http://www.lecimdeti.cz/jsem-tehotna-musim-se-vzdat-kavy/>.

- FOUROVÁ, Karolína. *Jediná kniha o jídle, kterou potřebujete*. Praha: Euromedia Group, 2020. 200 s. Esence. ISBN 978-80-242-7157-6.
- GOLDMANNOVÁ, Dominika, et al. Gestační diabetes mellitus – patofyziologie, možnosti prevence a léčba. *Solen*. [online]. 2019; 21(5), 276-279 [cit. 20.12.2021]. ISSN 1803-5256
Dostupné z: https://www.solen.cz/artkey/int-201905-0004_gestacni_diabetes_mellitus_8211_patofyziologie_moznosti_prevence_a_lecba.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dogt%26sfrom%3D0%26spage%3D30.
- GREGORA, Martin, et al. *Těhotenství a mateřství*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2017. 256 s. ISBN 978-80-247-5579-3.
- GREGORA, Martin, et al. *Čekáme dítě*. 3. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2020. 400 s. ISBN 978-80-271-1343-9.
- HÁJEK, Zdeněk, et al. *Porodnictví*. 3. zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014. 579 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
- HAVELKA, Robin, *Znalosti těhotných žen o výživě a pohybu v těhotenství*. Brno, 2013. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií.
- HAVLOVÁ, Alena, *Abúzus nikotinu v těhotenství*. Pardubice, 2019. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.
- HUDÁKOVÁ, Zuzana a KOPÁČIKOVÁ, Mária. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada, 2017. 136 s. ISBN 978-80-271-0274-7.
- KROFTA, Ladislav, et al. *Ultrazvuk prvního trimestru*. Praha: Maxdorf, 2017. Jessenius, 267113. ISBN 978-80-7345-528-6.
- ĽUBUŠKÝ, Marek, et al. *Doporučená ultrazvuková vyšetření v těhotenství*. Praha: Mladá fronta, 2014. Dotisk 1. vydání. ISBN 978-80-204-3083-0.
- MARSHALL, Jayne, MAUREEN, Raynor. *Myles Textbook for Midwives*. Sixteenth Edition. Edinburgh: Saunders/Elsevier, 2014. ISBN 978-0-7020-5145-6.
- MĚCHUROVÁ, Alena, RADOVAN, Vlk a ŠVIHOVEC, Petr. Diagnostika a léčba streptokoků skupiny b v těhotenství a za porodu – doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2013, 78(supplementum), 11-14. ISSN 1803-6597.

- MĚCHUROVÁ, Alena. *Kardiotokografie*. 2. rozšířené vydání. Praha: Maxdorf, 2014. Porodnictví krok za krokem, 2. ISBN 978-80-7345-388-6.
- NEUBAUER, Jiří, Marek SEDLAČÍK a Oldřich KRÍŽ. *Základy statistiky: aplikace v technických a ekonomických oborech*. 3. rozšířené vydání. Praha: Grada Publishing, 2021. 296 s. ISBN 978-80-271-3421-2.
- POLÁK, Petr, LOUCKÝ, Jaroslav a TOMEK, Viktor. *Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad*. Praha: Maxdorf, 2017. Porodnictví krok za krokem, 5. ISBN 978-80-7345-499-9.
- PROCHÁZKA, Martin, et al. *Porodní asistence: Učebnice pro vzdělávání i každodenní praxi*. Praha: Maxdorf, 2020. Jessenius, 267113. ISBN 978-80-7345-618-4.
- PROCHÁZKA, Martin, et al. *Porodnictví pro studenty všeobecného lékařství a porodní asistence*. Olomouc: AED-Olomouc, 2016. ISBN 978-80-906280-0-7.
- PTÁČKOVÁ, Vendula, *Výživa v těhotenství*. Brno, 2014. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií.
- RÁČKOVÁ, Julie, *Vhodnost pohybových aktivit v těhotenství*. Brno, 2022. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sportovních studií.
- ROB, Lukáš, et al. *Gynekologie*. 32. doplněné a přepracované vydání. Praha: Galén, 201908. ISBN 978-80-7492-426-2978-80-7262-501-7.
- ROZTOČIL, Aleš, et al. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
- ROZTOČIL, Aleš, et al. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada, 2020. 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7.
- RYŠAVÁ, Lydie, 2019. Meziřesortní komise pro řešení jódového deficitu (MKJD). In: *szu.cz* [online]. 5.6. [cit. 20.12.2021]. Dostupné z: <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/meziresortni-komise-pro-reseni-jodoveho-deficitu-mkjd>.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. *Ošetřovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3
- ŠTEMBERA, Zdeněk. *Rodička včera, dnes a zítra*. Praha: Maxdorf, 2016. ISBN 978-80-7345-500-2.

ŠUPOVÁ, Kateřina, *Znalosti a postoje užívání alkoholu v těhotenství*. Pardubice, 2018. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

TAKÁCS, Lea, et al. *Psychologie v perinatální péči: praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada, 2015. 208 s. ISBN 978-80-247-5127-6.

TRUHLÁŘOVÁ, Lenka, 2021. 20. týden těhotenství. In: *Nutriklub.cz* [online]. 20.7. [cit. 20.12.2021]. Dostupné z: <https://www.nutriklub.cz/clanek/20-tyden-tehotenstvi>.

VEVERKOVÁ, Zdeňka, *Informovanost žen o sociálně-právní problematice v souvislosti s mateřstvím*. Pardubice, 2011. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

VLK, Radovan, et al. *Preeklampsie*. Praha: Maxdorf, 2015. Jessenius, 267113. ISBN 978-80-7345-460-9.

VZP ČR, 2021. *Otázky týdne* [online]. 2021 [cit. 20.12.2021]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/o-nas/tiskove-centrum/otazky-tydne/vysetreni-u-tehotnych>.

WILHELMOVÁ, Radka, et al., Vybrané kapitoly Porodní asistence I a II. In: *Muni* [online]. 2019-20202021 [cit. 11.4.2022]. Dostupné z: https://is.muni.cz/do/rect/el/estud/lf/ps20/porodni_asistence/web/pages/03_03_hmotnostni_prirustek.html

Zdroje obrázků použitých v informačním letáku:

1. Obrázek těhotné ženy

Belle maman grossesse avec conception d'illustration vectorielle cadre floral [online]. [cit. 2022-4-28]. Dostupné z: https://fr.123rf.com/photo_101755521_belle-maman-grossesse-avec-conception-d-illustration-vectorielle-cadre-floral.html?vti=ngh94d8beczhuucut0-1-4

2. Obrázek stravující se ženy

Stock ilustrace Těhotné ženy jíst zdravé jídlo salát s kresleným plochým stylem [online]. [cit.2022-4-28]. Dostupné z:

<https://www.istockphoto.com/cs/vektor/t%C4%9Bhotn%C3%A9-%C5%BEeny-j%C3%ADst-zdrav%C3%A9-j%C3%ADdlo-sal%C3%A1t-s-kreslen%C3%BDm-ploch%C3%BDm-stylem-gm1320094414-406762852>

8 PŘÍLOHY

Příloha A – <i>Informační leták</i>	58
Příloha B – <i>Dotazník</i>	59

Jste připravena na těhotenství?

Jaké jsou základní informace, které by o těhotenství měla mít **každá žena, nejen ta těhotná?**

Diagnostika těhotenství

- při výběru těhotenského testu se zaměřujte na ty, které mají největší citlivost k hormonu hCG
- placenta začne tvořit hormon hCG už ve 3. až 4. týdnu, ve kterém ho těhotenské testy jsou schopni zachytit
- prokázat těhotenství pomocí ultrazvuku dokáže váš gynekolog až od 5. týdne!

Jak dlouho bude mé těhotenství trvat?

- těhotenství trvá průměrně 40 týdnů a rozdělujeme ho do 3 trimestrů
- v prvním trimestru je datován do 13. týdne a plod je v něm nejzranitelnější
- druhý trimestr je od ukončení 13. týdne do 26. týdne
- třetí trimestr je od 27. týdne do porodu



„plod je v prvním trimestru nejzranitelnější, vyvíjejí se mu důležité orgány a je tak ohrožen případnými nesprávnými návyky či neznalostí ženy“

Jak mám v těhotenství jíst?



- strava, kterou v těhotenství žena konzumuje ovlivňuje vývoj plodu v těhotenství, ale také můžete ovlivnit i samotný průběh porodu
- s těhotenstvím by se měl váš kalorický příjem zvýšit, a to průměrně na 2400 až 2800 kalorií za den
- základní složky výživy těhotné ženy jsou bílkoviny, cukry, tuky, vitamíny a minerály
- jíst by měla těhotná žena 5x denně po malých porcích
- přibrat byste v těhotenství měla 8 až 12 kilo, větší či menší váhový přírůstek může ohrozit vývoj plodu

Mohu v těhotenství vůbec cvičit?

- **samozejmě!**
- aktivní pohyb je prospěšný jak pro fyzické, tak pro psychické zdraví těhotné ženy
- pokud jste byla fyzicky aktivní i před těhotenstvím, není těhotenství důvod přestávat
- těhotenství však není vhodným obdobím se sportem přímo začínat, pokud jste do té doby tělesně aktivní nebyla – v takovém případě se doporučují procházky, více fyzicky náročné sporty byste měla konzultovat se svým lékařem

Kouření a alkohol v těhotenství

- ať už jste před těhotenstvím kouřila či ne, je kouření v období těhotenství extrémně rizikovým faktorem pro vývoj plodu
- kouření snižuje placentární propustnost, a tak se k vyvíjejícímu se miminku nedostává vše, co při tak složitém vývoji potřebuje
- u alkoholu to není jinak – lehce přes placentu prostoupí k plodu a stává se z něj pro plod velmi toxická látka

alkohol může poškodit plod i v malém množství!

ROZTOČIL, Aleš, et al. *Moderní porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. 656 s. ISBN 978-80-247-5753-7.
SLEZÁKOVÁ, Lenka, et al. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2017. 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3
GREGORA, Martin, et al. *Čekáme dítětko*. 3. aktualizované vydání. Praha: Grada, 2020. 400 s. ISBN 978-80-271-1343-9

© K. Pištinková

Příloha B – *Dotazník*

Dobrý den,

jmenuji se Kateřina Pištínková a jsem studentkou 3. ročníku studijního programu Porodní asistence na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění dotazníku, jehož cílem je zjistit informovanost žen o období těhotenství. Dotazník je zcela anonymní a výsledky slouží pouze jako podklad pro zpracování bakalářské práce. Předem Vám děkuji za Váš čas a ochotu.

Při výběru označujte vždy jen jednu odpověď

- 1. Kolik je Vám let:.....**
- 2. Byla jste již někdy/jste těhotná?**
 - a) ano
 - b) ne
 - c) jiné:.....
- 3. Považujete za důležité být ve Vašem věku informována o období těhotenství?**
 - a) ano, mít základní znalosti o období těhotenství považuji za zcela zásadní
 - b) ano, mít základní znalosti o období těhotenství považuji za vhodné
 - c) ne, informovanost o období těhotenství v mém věku mi přijde naprosto zbytečná
 - d) jiné:.....
- 4. Domníváte se, že o období těhotenství máte dostatek informací?**
 - a) ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) ne
 - e) jiné:.....
- 5. Hledáte si aktivně informace o těhotenství?**
 - a) ano, aktivně se o těhotenství zajímám, abych byla připravena
 - b) nehledám, hledat si informace budu, až budu těhotná
 - c) nehledám a nebudu hledat, ani když budu těhotná
 - d) jiné:.....
- 6. Víte, jaká je nejčastější známka těhotenství, která přivede ženu ke gynekologovi?**
 - a) nechutenství
 - b) vynechání menstruace
 - c) strie
 - d) hyperpigmentace
 - e) jiné:
- 7. Víte, kolik týdnů v průměru trvá těhotenství?**
 - a) 46 týdnů

- b) 40 týdnů
- c) 36 týdnů
- d) jiné:.....

8. Na jaké aspekty se zaměříte při koupi komerčně vyráběného těhotenského testu?

- a) pořizovací cena těhotenského testu
- b) jejich citlivost na hormon hCG v moči
- c) požadovaný typ moči (ranní, odpolední, večerní)
- d) jiné:

9. Víte, v jakém týdnu je možné diagnostikovat těhotenství pomocí ultrazvuku?

- a) od 5. týdne těhotenství
- b) od 3. týdne těhotenství
- c) od 2. týdne těhotenství
- d) nevím

10. Na mateřskou dovolenou má nárok:

- a) každá žena (či muž)
- b) pouze ten, kdo splnil potřebnou účast na nemocenském pojištění
- c) nevím

11. Kolikrát za den by měla těhotná žena jíst?

- a) 5x denně po malých porcích
- b) 3x denně po velkých porcích
- c) 2x denně
- d) jiné:.....

12. Myslíte, že počet kalorií na den s těhotenstvím by měl stoupnout či naopak klesnout?

- a) počet kalorií přijatých za 24 hodin by se měl s těhotenstvím zvýšit
- b) počet kalorií přijatých za 24 hodin by se měl kvůli těhotenství snížit
- c) těhotná žena by měla přijímat stejné množství kalorií, jako před těhotenstvím

13. Víte, jaký je fyziologický přírůstek hmotnosti v těhotenství?

- a) 2 - 5 kg
- b) 8 - 12 kg
- c) 15 - 20 kg
- d) nevím

14. Víte, které základní složky by měl obsahovat každodenní jídelníček nejen těhotné ženy?

- a) bílkoviny, cukry, tuky, vitaminy a minerály
- b) bílkoviny, vitaminy a minerály
- c) cukry, tuky
- d) jiné:.....

15. Myslíte, že může těhotná žena podnikat aktivity, jako je jogga, plavání, jogging?

- a) ne, pro těhotnou ženu jsou tyto aktivity nebezpečné

- b) ano, pokud to ženě umožňuje její zdravotní stav, do její životosprávy by takovýto pohyb měl být zařazen
- c) jiné:.....

16. Myslíte si, že má kouření negativní dopad na vyvíjející se plod?

- a) kouření nemá žádné negativní účinky na vyvíjející se plod
- b) pokud žena kouřila před těhotenstvím, může v kouření pokračovat i v těhotenství bez negativních dopadů na plod
- c) kouření v těhotenství snižuje placentární propustnost a může tak zapříčinit až odúmrť plodu v děloze

17. Myslíte, že může těhotná žena konzumovat alkohol bez rizika poškození plodu?

- a) ano, alkohol nemá žádný vliv na vyvíjející se plod
- b) ano, alkohol v malém množství nemá na vyvíjející se plod vliv
- c) ne, alkohol v jakémkoliv množství je pro plod velmi toxická látka a může u plodu způsobit vývojové a mentální vady