

**Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta**

Informovanost těhotných žen o potermínovém těhotenství

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Vlasta Koudelková

Autor práce:

Miroslava Šiková

2009

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Informovanost těhotných žen o potermínovém těhotenství“ vypracovala samostatně a použila jsem pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích a na jejich internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne:.....

.....

Podpis

Poděkování

Děkuji PhDr. Vlastě Koudelkové za cenné a přínosné rady, metodické vedení a odbornou pomoc, kterou mi poskytla během zpracování bakalářské práce. Děkuji všem, kdo se podíleli na výzkumné části práce.

V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu, kterou mi poskytovala po celou dobu mých studií.

ABSTRACT

The thesis on the topic of awareness of pregnant women about overdue pregnancy consists of two basic parts. In the theoretical part the thesis deals with first signs of pregnancy and how the pregnant woman can recognize them. How to calculate the due date and how long physiological pregnancy takes. Other topics mentioned are frequency, causes and risks of overdue pregnancy and ways of dealing with failed induction of labour.

The aim of the research investigation was to determine whether pregnant women know the risks of overdue pregnancy, whether they know the length of pregnancy, whether they have knowledge of how to calculate the due date and whether they know the reasons leading to the induction of labour.

Hypotheses were stated which were to confirm the knowledge of pregnant women about the risks of overdue pregnancy, women's knowledge about the length of pregnancy, women's knowledge about ways of calculating the due date and knowledge of the reasons to induce the labour.

Quantitative research was chosen as methodology of the work, data collection was conducted using the questionnaire technique. The questionnaire was anonymous, the initial questions identified the respondents. Questions in the questionnaire were related to overdue pregnancy. The research was carried out in Strakonice Hospital and in gynecologists' surgeries. 70 questionnaires had been distributed. The total set consisted of 60 (100%) respondents.

The objectives of the thesis were met and the hypotheses were confirmed by the results of the research investigation. It was found out that pregnant women are well informed about the risks of overdue pregnancy and they have enough information about the whole issue. Women receive information from their doctor-gynaecologist, midwives and from the Internet when the Internet is not a valid resource for pregnant women. It would be beneficial to provide information about other natural methods of induction of labour. The best form of education of expecting mothers would be a focused interview during pre-birth classes or creating information brochures, which would be available in every gynecological surgery.

OBSAH

ÚVOD	3
1. SOUČASNÝ STAV.....	5
1.1 Fyziologická délka těhotenství.....	5
1.2 Znamky a příznaky těhotenství.....	5
1.2.1 Příznaky těhotenství.....	6
1.2.2 Znamky těhotenství.....	6
1.3 Průkaz těhotenství.....	6
1.3.1 Podle těhotenství dle hladiny lidského choriového gonadotropinu (hCG)....	6
1.3.2 Průkaz těhotenství pomocí ultrazvukového vyšetření.....	7
1.3.3 Průkaz těhotenství dle vaginálního vyšetření.....	8
1.3.4 Průkaz těhotenství dle těhotenských testů.....	8
1.4 Výpočet termínu porodu.....	9
1.4.1 Výpočet termínu porodu podle prvního dne poslední menstruace.....	9
1.4.2 Výpočet termínu porodu podle oplodňující soulože.....	10
1.4.3 Výpočet termínu porodu podle prvních pohybů plodu.....	10
1.4.4 Výpočet termínu porodu podle ultrazvukového vyšetření plodu.....	10
1.5 Prenatální péče o těhotno ženu	10
1.5.1 Úloha porodní asistentky v prenatální péči.....	11
1.6 Potermínové těhotenství (Hypermaturitas).....	11
1.7 Příčiny prodlouženého těhotenství.....	12
1.8 Rizika prodlouženého těhotenství.....	12
1.9 Úloha porodní asistentky v péči o ženy po stanoveném termínu porodu.....	14
1.9.1 Edukace porodní asistentky u žen s potermínovou graviditou.....	15
1.10 Zátěžový test ke konci těhotenství.....	15
1.11 Metody preindukce porodu.....	16
1.11.1 Mechanické metody preindukce.....	18
1.11.2 Medikamentózní metody preindukce.....	18
1.11.3 Indikace k preindukci.....	19
1.11.4 Kontraindikace k preindukci.....	19

1.11.5 Neúspěšná preindukce.....	19
1.11 Péče porodní asistentky o ženy s preindukcí porodu.....	19
1.12 Indukce porodu u ženy s potermínovou graviditou.....	19
1.13.1 Indikace k indukci porodu.....	20
1.13.2 Kontraindikace k indukci porodu.....	22
1.13.3 Podmínky indukce porodu.....	22
1.13.4 Metody indukce porodu.....	22
1.13.4.1 Chirurgická metody indukce porodu bez použití medikace.....	22
1.13.4.2 Fyzikální metody indukce porodu bez použití medikace.....	22
1.13.4.3 Metody indukce porodu s použitím medikace.....	23
1.14 Péče porodní asistentky o ženy s indukcí porodu.....	23
1.15 Neúspěšná indukce porodu.....	24
1.15.1 Klešťový porod.....	24
1.15.2 Vakuumextrakce.....	25
1.15.3 Císařský řez.....	26
1.16 Péče porodní asistentky o ženy s neúspěšnou indukcí porodu.....	26
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	27
2.1 Cíle práce.....	27
2.2 Hypotézy.....	27
3. METODIKA.....	28
3.1 Použité metody výzkumu.....	28
3.2 Charakteristika výzkumného vzorku	28
4. VÝSLEDKY.....	29
5. DISKUSE.....	50
6. ZÁVĚR.....	55
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	57
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	59
9. PŘÍLOHY.....	60
9.1 Seznam příloh.....	60

SEZNAM ZKRATEK

CS	Cervix- skóre
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulopatie
DIP	Deceleratoři intra partum
DM	Diabetes mellitus
hbd.	Týden gravidity
hcg	Lidský choriogonadotropin
KD	Kontrakce děložní
CTG	Kardiotokografický záznam
PG	Prostaglandiny
PP	Pohyby plodu
PV	Plodová voda
SC	Císařský řez (sectio caesarea)
UZV	Ultrazvukové vyšetření
VEX	Vakuumextrakce
VVV	Vrozené vývojové vady

ÚVOD

„Když si žena projde těhotenstvím a porodem,
je vždy jiná, než byla předtím.
Je proměněná a mnohem víc rozumí životu.
Přivést na svět dítě znamená vykoupat se
v pramenu života“
(Frederick Leboyer).

V dávnověku rodila pravděpodobně žena sama, v ústraní a bez cizí pomoci. Byla vystavena velkému nebezpečí ohrožení života svého i dítěte. Teprve později, když se lidé začali sdružovat, pomáhaly při porodu zkušenější, starší ženy z kmene. Těhotenství i porod jsou opředeny různými mýty a pověrami. V této době můžeme hledat počátky babictví - dnešního porodnictví. S příchodem křesťanství bylo těhotenství „jiný stav“ bráno jako Boží dar. Nepravidelnosti gravidity a ani její délce nebyla věnována takřka žádná pozornost. Délka těhotenství se odvozovala od délky vynechání menstruace. Tím, že ženy dlouho své děti kojily, nebylo jisté, kdy k otěhotnění došlo. Dalším vodítkem v minulosti bylo určení výšky fundu děložního (17). Rodily se tedy děti života schopné, ale i takové, které života schopné nebyly. V souladu s křesťanskou vírou, když dítě zemřelo, bylo to bráno jako Boží vůle. Bůh dal - Bůh vzal. Teprve s rozvojem ultrazvuku je možné dle biometrie plodu určit a korigovat stáří těhotenství k délce vynechání menstruace.

Těhotenství a porod je staré jako lidstvo samo. Schopnost reprodukce, rozmnožování a další vývoj člověka je velmi těžce pochopitelný, složitý a přesto úchvatný proces.

Porod je zásadním mezníkem v životě ženy, respektive i jejího partnera. Jeho prožití lze přirovnat k mostu přes řeku, který dělí jeden břeh od druhého a jednu část života od druhé. Porod ukončuje dobu těhotenství a otevírá cestu k rodičovství.

Téma své bakalářské práce jsem si vybrala proto, že těhotenství a porod je psychicky i fyzicky náročný proces, který ovlivní každou ženu po zbytek jejího života. V dnešní době neomezených možností přístupu k informacím jsou budoucí rodičky

informovány z různých zdrojů, proto je důležité zjistit, jak kvalitní informace mají, co rozumí pod pojmem potermínové těhotenství a zda znají možnosti vyvolání porodu po jeho stanoveném termínu.

Jako ostatní vědy, tak i porodnictví prochází svým vývojem. Filozofie přirozeného porodu bez zásahů z vnějšku se dostává do kontroverze s nutností respektovat přijatá doporučení odborné Gynekologicko – porodnické společnosti při sledování těhotenství i vedení porodu po stanoveném termínu porodu (10). Otázkou zůstává, zda si těhotné ženy uvědomují důvody, nutnost jejich vyšetřování a sledování plodu zejména na konci těhotenství.

1. SOUČASNÝ STAV

Prenatální péče o těhotnou ženu v ČR je kvalitně propracovaná. Porodníci mají za úkol provádět u těhotných žen řadu vyšetření dle daných předpisů a doporučení. Poskytují psychickou podporu a v neposlední řadě i cílenou edukaci žen. Sama rodička má mnoho možností, kde získává informace o průběhu těhotenství.

1.1 Fyziologická délka těhotenství

Těhotenství je období v životě ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Těhotenství u člověka trvá v průměru 280 dní. Toto číslo odpovídá délce 40 týdnů neboli 10 lunárních měsíců (lunární měsíc má 28 dní), tedy 9 kalendářních měsíců. V odborné literatuře se udává, že fyziologicky ukončené těhotenství je v rozmezí zhruba 40 ± 2 týdny. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a končí porodem plodu. V široké laické veřejnosti se častěji užívá délka těhotenství v kalendářních měsících, v lékařském prostředí se setkáváme s přesnějším vyjádřením délky gravidity v týdnech. Méně časté je určování délky v lunárních měsících, ale všimněme si, že i menstruační krvácení se dostavuje ve stejných cyklech. Těhotenství se dělí na tři trimestry (18).

Do prvního trimestru se počítá první měsíc těhotenství (1.-4. týden), druhý měsíc těhotenství (5.-8. týden) a třetí měsíc těhotenství (9.-12. týden).

Do druhého trimestru se počítá čtvrtý měsíc těhotenství (13.-16. týden), pátý měsíc těhotenství (17.-20. týden) a šestý měsíc těhotenství (21.-24. týden).

Do třetího trimestru se počítá sedmý měsíc těhotenství (25.-28. týden), osmý měsíc těhotenství (29.-32. týden), devátý měsíc těhotenství (33.-36. týden) a desátý měsíc těhotenství (37.-40. týden).

1.2 Znamky a příznaky těhotenství

Znamky těhotenství jsou objektivně zjistitelné změny v organismu těhotné. Příznaky těhotenství jsou subjektivní pocity těhotné ženy.

1.2.1 Příznaky těhotenství

Nejčastější a většinou i prvním příznakem těhotenství je nauzea, může být doprovázena i zvracením. Dalším příznakem je polakisurie (častá frekvence močení), přecitlivělost na pachy, bolesti v prsou, spavost, zácpa, průjem, zvýšená únava a podrážděnost. V 18.- 20. týdnu těhotenství dochází k pociťování pohybů plodu matkou (1).

1.2.2 Známky těhotenství

Mezi první a nejisté známky těhotenství patří vynechání menstruačního cyklu. Další nejistou známkou gravidity je změna barvy poševní sliznice, pigmentace kůže a tlak v prsou. Jistějším indikátorem těhotenství – pravděpodobnou známkou gravidity je zvětšení břicha, změny ve tvaru a konzistenci dělohy a určená znamení:

Hegarovo znamení je možno zjistit v 6.- 8. týdnu těhotenství, při bimanuálním vyšetření je palpačně měkká část mezi dělohou a děložním hrdlem.

Braunovo znamení je patrné od 5. týdne těhotenství, kdy je nepravidelné zvětšení dělohy a v místě nidace embrya je hmatné prosáknutí.

Piskáčkovovo znamení je asymetrické zvětšení dělohy v místě nidace placenty.

Goodellovo znamení se objevuje v 6.- 8. týdnu těhotenství, kdy dochází k změkčení děložního hrdla.

Jako jisté známky těhotenství jsou považovány obrysy plodu, srdeční akce a pohyby dítěte a zobrazení plodu UZV přístrojem.

1.3 Průkaz těhotenství

Těhotenství se prokazuje hladinou lidského choriového gonadotropinu v krvi nebo v moči, UZV vyšetřením ženy, vaginálním vyšetřením a průkazem těhotenských hormonů v krvi.

1.3.1 Podle těhotenství dle hladiny lidského choriového gonadotropinu (hCG)

Nejpřesnější a nejčastější metoda prokázání těhotenství je průkaz lidského choriového gonadotropinu (hCG). Od 3.- 4. týden těhotenství je produkován placentou

a lze jej prokázat v krvi i moči. Po chemické stránce je hCG glykoprotein. Obsahuje dvě podjednotky - identickou s hormony LH, FSH a TSH a specifickou.

Průkaz hCG v moči slouží jako orientační zkouška na prokázání těhotenství „baby-test“. Používá se spíše v domácím prostředí. V nemocnici slouží toto orientační vyšetření k rychlému vyloučení gravidity u pacientek s podezřením na mimoděložního těhotenství, které přichází s nespecifickými bolestmi v podbřišku. Podstatou tohoto testu je namočení indikačního papírku v moči ženy. V případě, že se neobjeví v kontrolní zóně žádná čárka je test neplatný (špatná kvalita, nedostatek vyšetřované moče). Pokud se na indikačním papírku zobrazí jedna čárka, znamená negativní výsledek, pokud se zobrazí čárky dvě, znamená to pozitivní výsledek testu. Testy jsou citlivé již od 10 IU hCG/l.

Dále se dá prokázat hCG ze séra kvantitativním stanovením, které umožňuje průkaz těhotenství (více než 200U/l), průkaz mimoděložního těhotenství, kdy má hCG trend lineárního vzestupu hodnot v závislosti na čase, průkaz zamlklého potratu, kdy se hodnoty hCG nezvyšují a nebo klesají. Je možný průkaz vrozených vývojových vad (VVV) společně s hladinou AFP a volným estriolem (18).

1.3.2 Průkaz těhotenství pomocí ultrazukového vyšetření (UZV)

Vaginální UZV se provádí v prvních měsících gravidity, kdy je těhotná děloha uložena ještě v malé pánvi a obraz přes stěnu břišní by nebyl tak kvalitní. Tato metoda má velmi dobré zobrazovací a rozlišovací schopnosti. Je možné zachytit těhotenství od 5. týdne těhotenství (fetální pól) a od 6. týdne těhotenství je patrná akce srdeční. Během těhotenství se vaginálním UZV posuzuje tvar a délka děložního hrdla. Toto neinvazivní vyšetření stanoví riziko možné inkompetence děložního cervixu (18).

Abdominální UZV se provádí ve chvíli, kdy děloha „vyroste z malé pánve“ a přesáhne sponu stydkou, potom se upřednostňuje UZV vyšetření abdominální sondou. Tato sonda má větší záběr zobrazeného pole. Těhotným ženám je toto vyšetření příjemné, protože poprvé vidí své ještě nenarozené dítě. Přibližně mezi 10.- 12. týdnem těhotenství se provádí tzv. biometrie plodu a koriguje se jeho stáří s délkou gravidity určené podle ammenorhoe. Posuzuje se vzdálenost temeno - kostrč (CRL, zkratka

z anglického crown- rump length). Při starších těhotenstvích (zhruba od 12. týdne) se lékař orientuje na měření různých částí těla plodu. Určuje se biparietální průměr hlavičky (BPD, biparietal diameter), obvod hlavičky (HD, head circumference), délka femuru (FL, femur length), obvod břicha (AC, abdominal circumference) a další. Lze zhruba určit váhu plodu, množství plodové vody, lokalizaci a zralost placenty. Dalším vyšetřením pomocí abdominální UZV sondy je dopplerovská flowmetrie, kdy se vyšetřují průtoky krve pupečnickovou artérií. Barevný doppler zlepšuje diagnózu abrupce placenty, placentárních infarktů a trombóz interovillozního prostoru.

3D nebo 4D ultrazvuk se provádí v případě nejasností nebo na žádost těhotné ženy. Principem je, že se UZV záznam zastaví v místě vyšetřované oblasti a počítačově se vyhotovený 3D obraz zobrazí. V případě 4D zobrazení je plastický trojrozměrný obraz ještě pohyblivý. Pokud není toto vyšetření prováděno diagnosticky, tak není placeno zdravotní pojišťovnou.

1.3.3 Průkaz těhotenství dle vaginálního vyšetření

U multipar jsou velké stydké pysky přiloženy k sobě, u multipar často poševní vchod zeje. Může být patrná varikozita perinea a rekta způsobená zvýšeným tlakem dělohy. V pochvě vlivem zvýšené produkce estrogenů dochází k jejímu prodloužení a ke změně její barvy (je zbarvena fialově) a je celkově prosáklá. Na vzhledu děložního hrdla je patrné, zda žena již rodila, či nikoliv (18).

Hrdlo produkuje hustý hlen, který tvoří mechanickou bariéru pro vstup bakterií ascendentní cestou.

1.3.4 Průkaz těhotenství dle těhotenských testů

Placenta produkuje charakteristické hormony.

Lidský placentární laktogen hPL je produkován trofoblastem a může být detekován od 5. týdne těhotenství v krvi těhotné ženy. Jeho hodnoty rostou během prvního a druhého trimestru. Koncentrace v séru je přímo úměrná velikosti placenty. V organismu těhotné ženy zvyšuje koncentraci volných mastných kyselin, vede ke zvýšení glykémie a působí na rozvoj alveolů v mléčné žláze matky.

17-beta estriol v těhotenství působí na zvětšení dělohy, mléčné žlázy a pohlavních orgánů, ovlivňuje metabolismus trávicího ústrojí i změny v distribuci tělesného tuku.

Progesteron je v prvním trimestru produkován žlutým tělískem. Od 13. týdne těhotenství jeho produkci zajišťuje již placenta. Hlavní funkcí Progesteronu je implantace a podpora nidace plodového vejce v decidue. Dále snižuje motilitu myometria a ovlivňuje senzitivitu dýchacího centra na koncentraci oxidu uhličitého (18).

1.4 Výpočet termínu porodu

Termín porodu (dále jen TP) nelze nikdy určit se 100% přesností. Pro jeho výpočet se pracuje s údaji, které jsou zatíženy velkou chybou. Ženy si přesně nepamatují datum poslední menstruace nebo zda první pohyby plodu byly skutečně pohyby. Jsou však určité způsoby výpočtu nejpravděpodobnějšího TP. Snadno lze provést výpočet podle poslední menstruace (PM), oplodňující soulože nebo prvních pohybů plodu (PP) s pomocí gravidometru. Gravidometr je soustava k sobě středem připevněných kruhů. Vnější kruh má na svém obvodu rozepsaný kalendář a vnitřní kruh obsahuje šipku s názvem „poslední menstruace“, „první pohyby“, a „termín porodu“ v náležitých odstupech. Při zjištění informace o datu poslední menstruace od těhotné ženy můžeme posunout vnitřním kruhem na uvedený den v měsíci, poté vyhledáme šipku s názvem „termín porodu“ a přečteme si datum, na které tato šipka ukazuje.

1.4.1 Výpočet termínu porodu podle prvního dne poslední menstruace

Pokud žena zná datum své poslední menstruace, tak se používá pravidlo výpočtu dle Naegeleho. Od prvního dne poslední menstruace se odečtou tři měsíce a přičte se sedm dnů (1. den PM -3 měsíce + 7 dní + 1 rok = TP).

1.4.2 Výpočet termínu porodu podle oplodňující soulože

Datum koncepce zná jen velmi málo žen. Nejlépe se tato metoda hodí na stanovení termínu porodu u těhotenství pocházejících z Center asistované reprodukce. Máme-li datum transferu, přičteme k němu 38 týdnů.

1.4.3 Výpočet termínu porodu podle prvních pohybů plodu

Tato metoda je pouze orientační a má v dnešní době malé procento přesnosti. Vychází z předpokladu, že prvoroďičky pociťují pohyby svého plodu zhruba ve 20. týdnu těhotenství. K tomuto datu se přičte 18 kalendářních týdnů. Pokud se jedná o vícerodičku, ta by měla pociťovat pohyby plodu již v 18. týdnu těhotenství v návaznosti na zkušenostech získaných z gravidit minulých. Poté přičteme 20 kalendářních týdnů. Jednodušeji je použít pro výpočet termínu gravidometr (18).

1.4.4 Výpočet termínu porodu podle ultrazvukového vyšetření plodu

Metoda v současné době používaná pro svoji neinvazivitu a přesnost zobrazení. V počátku těhotenství jsou všechny plody srovnatelné velikosti, proto se provádí biometrie plodu a její srovnání s vypočítanou délkou gravidity dle PM. Takto se stanoví termín porodu dle UZV.

1.5. Prenatální péče o těhotnou ženu

V ČR je prenatální péče o těhotné ženy dobře propracována a je na vysoké úrovni. Žena přichází ke svému gynekologovi většinou dva až tři týdny po vynechání menstruace. Lékař na základě anamnestických informací diferencuje těhotenství jako fyziologické, rizikové nebo patologické. Na podkladě tohoto o ženu pečuje on sám nebo je odeslána na specializované pracoviště. Všechny důležité údaje o ženě a výsledky provedených vyšetření jsou zaznamenávány do těhotenské průkazky. Ta má formu šestilistého leporela s oboustranným potiskem. Žena by je měla nosit stále s sebou.

Doporučená frekvence vyšetření v prenatální poradně u fyziologického těhotenství je do 36.týdne těhotenství po 4 týdnech, mezi 36.- 40. týdnem těhotenství každý týden a po termínu porodu dvakrát týdně. Pokud lékař nemá možnost klientce

zajistit non- stress test (nemá CTG přístroj), dochází těhotná žena na toto vyšetření do ambulance porodního sálu. Někdy je vhodné, aby klientka přešla již do ambulanci péče porodnice v níž bude později rodit. V poradně se provádějí vyšetření pravidelná a termínová (Příloha 6).

Ženě je doporučeno interní vyšetření, případně EKG v závislosti na její anamnéze. Stomatologické vyšetření je také jen doporučeno. Těhotenské cvičení, plavání, předporodní kurzy jsou velmi vhodné pro pozitivní psychické naladění těhotné.

1.5.1 Úloha porodní asistentky v prenatální péči

Porodní asistentka má v péči o ženu svou nezastupitelnou roli. Je v „první linii“ při styku s klientkou. Vykonává své povolání (poslání) jako regulovanou činnost. Je tou, které se žena svěřuje se svými stesky a kterou žádá o radu. Porodní asistentka se stará o to, co je fyziologické, je nejbližším spolupracovníkem lékaře a spolu s ním tvoří ošetrovatelský tým (16).

Hlavní rolí porodní asistentky je podpořit a povzbudit ženu jako individuální bytost a přistupovat k ní holisticky. Dodat jí sebedůvěru, poradit jak pečovat o své zdraví během těhotenství, jak se stravovat, cvičit a jak napravit různé neduhy, které ženu během těhotenství mohou trápit. Porodní asistentky by měly být schopny nastávající matky jednak psychicky podpořit, poradit s vhodným cvičením usnadňující porod, včetně praktické ukázky. Asistentka pacientce podrobně vysvětlí, jak všechno může probíhat, jak má během porodu dýchat, také ženu naučí jednoduché cviky, kterými se na porod připravit. Asistentka je vlastně pojítka mezi lékařem a pacientkou.

1.6 Potermínové těhotenství (Hypermaturitas)

Ballantyne poprvé publikoval v moderním porodnictví o potermínové graviditě v roce 1902. V roce 1954 popsal podrobněji Clifford syndrom vyskytující se u novorozenců narozených po očekávaném termínu porodu, který byl ve vztahu s intrauterinní růstovou retardací plodu. Byl často spojen s kontaminací plodové vody mekoniem a známkami distressu plodu při porodu u postmaturitních novorozenců.

Za prodloužené těhotenství (potermínovou graviditu) se dle FIGO a WHO považuje takové, které trvá déle než 294 dní od prvního dne poslední menstruace, tedy 14 dní po vypočítaném termínu porodu, 42+0. „Potermínová gravidita“, jako pojem, je často v odborné literatuře popisován jako období po předpokládaném termínu porodu (1,18).

Frekvence pravého potermínového těhotenství je nízká. Důvodem je ukončení těhotenství již před 42. týdnem. Expektační přístup, vyčkávání na spontánní nástup kontrakcí děložních za stálé kontroly těhotné ženy a plodu po 42. týdnu těhotenství by bylo v rozporu s doporučeným postupem Sekce perinatální medicíny.

1.7 Příčiny prodlouženého těhotenství

Zjištění přesné příčiny je velký problém. Existuje několik faktorů, které k prodloužení těhotenství mohou vést. Na tom se mohou podílet různé okolnosti. Častější výskyt je u bílé rasy, dále to může být nepravidelná menstruace před otěhotněním, nepřesné udání poslední menstruace těhotnou ženou, opožděná ovulace, pozdní registrace těhotné, neadekvátní prenatální péče, habituální- opakované potermínové těhotenství, familiérní vliv matky, sester, věk ženy (čím je starší, tím později rodí), těhotenství s mužským plodem je zatíženo vyšším rizikem výskytu, ženy s nedostatečným pohybem v těhotenství, koncepce během laktace nebo při užívání antikoncepce a anomálie plodu (např. anencefalus) a jiné VVV.

1.8 Rizika prodlouženého těhotenství

Po vypočítaném termínu porodu dochází mnohem častěji k rozvoji rizik pro plod a následně z toho i pro matku (2, 27).

Hypermaturitas s sebou nese rizika pro plod. Růst plodu pokračuje lineárně i po překročení termínu porodu. Pokud by nedošlo k vyvolání porodu, dosáhly by zhruba 3 % novorozenců porodní hmotnosti 4500g. Makrosomie plodu je zvýšení fetální hmotnosti. V české lékařské terminologii hovoříme o velkém plodu, pokud jeho hmotnost je více než 4000 g. Jako obrovský plod je hodnocen ten, který váží více než 5000 g. Frekvence velkých plodů je přibližně 10 % a na jejím vzniku se podílí více

faktorů. Nejznámější příčiny jsou poruchy glukózového metabolismu, potermínové těhotenství, genetický vliv, nadměrný váhový přírůstek matky, věk, parita, nadmořská výška, hypertenze a preeklampsie. Objeví-li se některý příznak je nutné těhotnou ženu pečlivě vyšetřit a sledovat.

Krejčovským metrem provádíme měření vzdálenosti spona- fundus děložní a UZV biometrii plodu (18).

Rizikem hypermaturity plodu je častější výskyt operativních porodů, kefalopelvický nepoměr a dystokie ramének. Riziko poranění plodu i rodičky roste s váhou plodu. Vedení porodu vaginální cestou je možné jen tehdy, pokud jsou splněny všechny podmínky. Prostorná pánev matky, přiměřené rozměry a hmotnost plodu a není kefalopelvický nepoměr. Při porodu je volena rozšířená epiziotomie. Dochází důsledkem toho k únavě děložního svalu, je vhodné použít uterotonika. Pokud je váha plodu vyšší a habitus rodičky subtilní, je na zvážení vést porod primárně operativní cestou- sectio caesarea.

Dysmaturitas vzniká, pokud je nedostatečná funkce fetoplacentární jednotky. Může dojít k dystrofii plodu. Na placentě jsou patrné infarkty, kalcifikovaná místa. Dysmaturitní novorozenec byl popsán a klasifikován Cliffordem v roce 1954. Dělí se na tři stádia.

První stádium se projevuje suchou kůží, která se místy loupe, je málo mázku, má normální barvu a adaptace novorozence je fyziologická.

Ve druhém stádiu je kůže zbarvena do žlutohněda, olupuje se, je snížený turgor i vyvinutá hypotrofie, adaptace na prostředí je zpomalena.

Třetí stádium se projevuje výraznou deskvamací kůže do žlutozelené barvy, mázek chybí, v podkoží je minimální tuk, je nápadná hypotrofie, stařecký výraz v obličeji a velmi pomalá adaptace novorozence na prostředí.

Oproti populaci porozené v termínu je u hypermaturitních a dysmaturitních novorozenců vyšší perinatální mortalita i morbidita (2).

Rizika ze strany plodu jsou zvyšování hmotnosti plodu a následkem toho může dojít k prodlouženému porodu s dalšími komplikacemi, dystokii ramének plodu, poranění plexus brachialis, zlomenině klíční kosti a humeru, intrakraniálnímu krvácení,

k poranění krčních svalů i páteře a k častější hypoxii plodu intrapartum. Vlivem proběhlé hypoxie plod centralizuje svůj krevní oběh a uvolní svěrače, dochází k odchodu smolky do plodové vody a může dojít k aspiraci plodové vody, k aspiraci mekonia, ke kompresi pupečníku v důsledku oligohydramnion nebo k výhřezu pupečníku (11).

Rizika ze strany matky mohou být např. poranění měkkých porodních cest, kdy je delší doba chirurgického ošetření, hojení a vyšší riziko vzniku paravaginálního hematomu. Poranění dělohy, prodloužená doba porodu, vyšší krevní ztráta, která může být důsledkem únavy myometria, je vyšší výskyt sectio caesarea.

1.9 Úloha porodní asistentky v péči o ženu po stanoveném termínu porodu

U diagnózy prodlouženého těhotenství se klade důraz na maximální zpřesnění termínu porodu. V dnešní době nejpřesnější je datace termínu porodu podle UZV vyšetření velikosti plodu v 16. týdnu těhotenství, které samo o sobě zredukuje výskyt prodlouženého těhotenství více než o polovinu. Porodní asistentka je přítomna a asistuje u všech vyšetřovacích metod, kterými lze sledovat stav plodu v děloze matky a zdraví těhotné ženy. Nejčastěji používaným vyšetřením je kardiokografický záznam non-stress testu a zátěžových testů, jimiž lze odhalit akutní i hrozící chronickou hypoxii plodu. Tyto záznamy asistentky zajišťují a umí je kvalifikovaně zhodnotit (14).

Flowmetrie je ultrazvukové vyšetření, kdy sledujeme rychlost průtoku krve ve vyšetřované cévě ve fázi systoly i diastoly. Měříme tři průtoky: na placentě průtok arteria umbilicalis, u plodu arteria cerebri a u matky arteria uterina. Tato metoda je schopna upozornit cca 4 týdny předem na možný distres plodu.

Některé porodní asistentky - specialistky jsou natolik erudované, že samostatně vyšetřují ženy UZV přístrojem, většinou pracují v Centrech asistované reprodukce.

Při vyšetření estriolurie, kdy klesající hladina vyloučeného estriolu močí signalizuje placentární insuficienci je správné a pečlivé vysvětlení důvodu a přesné provedení sběru předpokladem získání validních hodnot vyšetření.

Také provedení amnioskopie u těhotné ženy na konci těhotenství může být provázeno obavou z bolestivosti nebo obavou zda nemůže amnioskop poškodit zdraví

dítěte. Opět je tu porodní asistentka, která klientce může ještě před provedením amnioskopie lékařem ukázat, jak sterilní amnioskop vypadá, může jí seznámit s tím, jak svítí studené světlo. Pečlivě vysvětlí, že se jedná o bezbolestné vyšetření, které nezatěžuje matku ani plod a lze jej kdykoliv opakovat pokud k tomu bude důvod i podmínky pro provedení vyšetření. Amnioskopem lze zavádět do hrdla děložního Prostín E2 k indukci porodu (16).

1.9.1 Edukace porodní asistentky u žen s potermínovou graviditou

Máme-li těhotnou po termínu porodu, rozhodujeme se o dalším postupu. Můžeme zvolit expektační přístup, kdy budeme vyčkávat na spontánní nástup děložní činnosti a do té doby těhotnou ženu pečlivě sledovat, protože už po termínu porodu se mohou vyskytovat různá rizika. Těhotenství se ukončí při nálezů patologie. Na začátku 43. týdne těhotenství však těhotenství ukončíme vždy.

Druhou možností je aktivní přístup, kdy graviditu ukončíme indukcí porodu ve 41. týdnu při nálezů zralého hrdla děložního, s informovaným souhlasem těhotné ženy. Je nutné těhotnou ženu upozornit na skutečnost, že když neporodí přesně na stanovený den vypočteného porodu, je její těhotenství stále fyziologické. Ubezpečuje ji, že nesehlala v roli ženy a matky (15).

V případě, že těhotné ženy dochází na porodní sál ambulantně ke zhotovení CTG záznamu, může porodní asistentka s nimi pohovořit o přirozených metodách indukce porodu. V dnešní době neomezeného přístupu k informacím jsou naše budoucí těhotné maminky vesměs velmi vzdělané. Jen je potřeba jim získané informace potvrdit a vyloučit zakořeněné mýty. Je příjemné, pro obě strany, když se s rodičkou, kterou potkávala porodní asistentka při předporodních kurzech nebo v ambulantní péči, setká i při porodu. Již při příjmu těhotné je navozena atmosféra důvěry a porozumění. Je radost takovou práci dělat, přináší smysl a vnitřně naplňuje.

1.10 Zátěžový test ke konci těhotenství

Podstatou zátěžového testu je vystavení plodu určitému stresu při němž následuje snížení průtoku krve dělohou, následně placentou a tím dochází ke snížení

přísunu kyslíku k plodu. Na CTG křivce lze sledovat, jak se plodu daří a jak bude schopen reagovat na zátěž při porodu. Je-li záznam patologický nebo nereaktivní s deceleracemi, je nutné těhotenství ukončit.

Zátěžový Oxytocinový test se provádí natočením non- stress CTG záznamu po dobu dvaceti minut a poté je aplikovaná infuze s Oxytocinem. Aplikace infuze je ukončena po zaznamenání tří děložních kontrakcí a následně je plod ještě dalších dvacet minut monitorován. Pokud se děložní kontrakce podaří vyvolat, je test hodnocen jako pozitivní, pokud ne, tak jako hodnocen jako neúspěšný. Když je záznam fyziologický, těhotenství není ohroženo. Objeví-li se během testu patologický záznam, je nutné podávání Oxytocinu ukončit a dle závažnosti patologie postupovat dále (18).

1.11 Metody preindukce porodu

Je-li děložní hrdlo nezralé, musí být provedena preindukce. Preindukce je soubor medikamentózních a chirurgických metod vedoucích ke strukturálním a biochemickým změnám ve tkáních hrdla děložního, které zvyšují procento následné indukce porodu.

Již v odborné učebnici z roku 1947 pro praktické porodnictví jsou přesně popsány „indikace zavedení porodu přes čas“ (23).

Při preindukci nejdříve provádíme senzibilizaci dělohy, aby děložní sval dobře reagoval na uterotonika i na hormon ze zadního laloku hypofýzy. K tomuto účelu slouží oestron, B1 vitamín, také chinin v malých dávkách, nejlépe coretonin-chinin.

Dále vyvoláme porodní bolesti prostředky bolest zesilujícími, jednak mechanickými, jako je chůze, otřásání ženy na elektrické stoličce podle Gausse, masáže dělohy nebo prostředky termickými, jako jsou horké lázně, obklady, horké poševní irigace, nebo elektrickým nebo galvanickým proudem.

Působíme na peristaltiku hladkého svalstva střevního ricinovým olejem nebo zavedením balonu do konečníku, procteurysou. Procteurysa je zavedení měkkého balonu do vyprázdněného konečníku. Naplněná ampule vyvolá podrážděním zvýšenou peristaltiku colonis descendens, což se reflektoricky přenáší na dělohu. Také mechanický tlak balonu v konečníku dráždí nervové pleteně poševní klenby a může napomoci vyvolat děložní kontrakce.

Rozšiřujeme hrdlo děložní, zavádíme bougii mezi vak blan a děložní stěnu, zavádíme metreurynter nebo protrhneme vak blan. Pro vyvolání kontrakcí děložních je mezi děložní stěnu a blány plodové zavedeno bougii. Užívá se k tomu polotuhé, gumové nebo kovové, ze spirálovitého drátu vinuté bougii, na konci tupé, asi $\frac{3}{4}$ cm silné a asi 25- 28 cm dlouhé. Zavedení se provádí v zrcadlech, čípek je zachycen americkými kleštěmi, pomalu a nenásilně. Bougii zavádíme velmi hluboko, kdy z introitu jsou viditelné pouze 3 cm. Hrdlo je tamponováno antiseptickým mulem a tím je zajištěna fixace. Odstraníme jej s nástupem pravidelných děložních kontrakcí, nejdéle však po 24 hodinách (23).

Metreuryse je prostředek k vyvolání porodních sil téměř jistý. K metreuryse užíváme balonu měkkého Braunova (nahrazuje dilataci hrdla za chybějící vak blan) nebo polotuhého neelastického (razantní dilatace, nebo k tamponádě vcestného lůžka připevněním závaží cca 0,5- 1 kg přes kladku), jak udává Champetier de Ribes a A. Müller. Balon se zavede do pochvy nebo po odtoku plodové vody nad oblast vnitřní branky v zrcadlech pomocí Champetierových kleští. Doba užití je 6 maximálně 12 hodin.

Schéma vyvolání porodu dle Steinova spočívá v ranním podání 2 lžic ricinového oleje, za dvě hodiny nato po vyprázdnění a koupeli se aplikuje pituitrinu (sekret produkovaný zadním lalokem hypofýzy, obsahuje oxytocin a vasopressin) vždy po hodině 3- 4krát za sebou. Pokud se nepodaří vyvolat porodní bolesti, opakujeme postup další den. Časně ráno podáme 2 lžičice ricinového oleje, injekci vitamínu B1 10- 20 mg, za tři hodiny na to aplikujeme střevní irigaci, po vyprázdnění následuje 40° C koupel a dále podáme tabletu Coretoninu-chininu (Coretonin- zlepšuje činnost srdce plodu, chinin v malých dávkách působí na svalovinu děložní, která je více dráždivá) šestkrát za sebou po půl hodinových přestávkách. Po té podáme injekci s Oxytocinem a to opakujeme 2 až 3krát v 1- 2 hodinových intervalech. Doba a medikace se řídí dle reakce pacientky. Tam, kde nedojde k zahájení porodu, nebo stav rodičky nesnese otálení zavedeme bougii, pokud ani tak nezačne děložní činnost, uchýlíme se k metreuryse (17,23).

1.11.1 Mechanické metody preindukce

Hydrofilní tyčinky (Dilapan S) se aplikují intracervikálně. Vstřebávají okolní tekutinu a tím zvětšují svůj objem, dochází k mechanické dilataci děložního hrdla, sliznice je drážděna a v organismu dochází ke zvýšenému vyplavování prostaglandinů, které napomáhají zrání hrdla.

Laminárie je mořská řasa *Laminaria Digitata* se 17-beta estriolem nebo prostaglandinem E2. Má podobný účinek jako hydrofilní tyčinky. U termínového těhotenství se zavádí většinou několik tyčinek najednou (až 4 ks) dopoledne před plánovanou indukcí. Druhý den ráno se nasáklé tyčinky odstraní a pokud dojde k dozrání čípku, indukuje se dále běžnými metodami (18).

Atadův dvoubalónový katétr se používá zavedením dvou balonů do hrdla děložního, kdy se jeden balonek naplní tekutinou až po vnitřní branku a druhý na porci čípku. Otvorem v katétru se může zavést do extraamniálního prostoru PG, který působí jak mechanicky, tak vylučováním PG dolním segmentem děložním.

Masáž prsních bradavek je Hippokratova metoda, která se používala již v minulém století. Třením prsních bradavek suchou látkou několikrát denně se vyvolá výrazná sekrece oxytocinu ze zadního laloku hypofýzy, což vede k rychlejšímu dozrávání děložního hrdla.

Při nechráněném pohlavním styku, kdy dochází k vniknutí ejakulátu k hrdlu děložnímu. Prostaglandiny v něm obsažené napomáhají k dozrávání hrdla děložního, stejně tak i mechanické dráždění penisu při souloži.

1.11.2 Medikamentózní metody preindukce

Používají se prostaglandiny po zavedení nevstřebatelného gelu s obsahem PG, PGE2, intracervikálně nebo vaginálně. Gel se aplikuje speciálním zavaděčem asi 12 hodin před začátkem plánované indukce (21).

Dále jsou to estrogeny - estriol nebo estradiol, který se aplikuje lokálně v pesaru.

1.11.3 Indikace k preindukci

Jako indikace k preindukci je gravidita více než 38 týdnů, Diabetes mellitus, hypertenzní a renální onemocnění v graviditě a hypotrofie plodu.

1.11.4 Kontraindikace k preindukci

Jako kontraindikace k preindukci je děložní aktivita, cervix scóre více než 5 bodů, infekce porodních cest a chronická hypoxie plodu.

1.11.5 Neúspěšná preindukce

Za neúspěšnou preindukci považujeme stav, kdy k dozrání děložního hrdla nedošlo ani po druhé aplikaci gelu a CS je menší než 5 bodů. Nebo k dozrání děložního hrdla došlo, začaly děložní kontrakce, ale bylo nutno provést sectio caerarea, z důvodů intrauterinní hypoxie plodu nebo děložní hypertonie a zraní hrdla děložního muselo být ukončeno pro závažné vedlejší účinky (18).

1.12 Péče porodní asistentky o ženy s preindukcí porodu

Porodní asistentka ještě před zahájením preindukce pečlivě seznámí těhotnou ženu s následujícím výkonem. Vysvětlí jí význam preindukce a seznámí ženu s průběhem ošetrovatelského procesu. Také nabádá ženu k případným otázkám ohledně preindukce. Po celou dobu pacientku psychicky podporuje a sleduje její zdravotní stav. Podává léky dle ordinace lékaře a vše zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace pacientky. Porodní asistentka také ženu poučí, že preindukce porodu nemusí být úspěšná. Pokud by k této situaci došlo, není to chyba pacientky. Nastávající maminky jsou často úzkostné až plačtivé. Jsou citlivé na každé slovo, většinou mají potřebu vše konzultovat s ostatními pacientkami. Většinou se stává, že z několika žen některá na léčbu nereaguje a je z neúspěchu zklamaná. Je nutné s maminkou vlídně pohovořit a dodat jí optimismu (14,15,16).

1.13 Indukce porodu u ženy s potermínovou graviditou

Indukce porodu je definována jako vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství v souladu s životaschopností a stářím plodu. Předpokladem je klidová děložní svalovina bez přítomnosti pravidelných děložních kontrakcí. Indukce patří mezi preventivní metody a porod indukujeme v případech, kdy pokračování těhotenství zvyšuje riziko poškození matky, plodu nebo obou. Indukce neřeší primární problém, ale včasným ukončením gravidity je možné zachránit plod nebo zlepšit zdravotní stav těhotné ženy.

1.13.1 Indikace k indukci porodu

Indikací k indukci porodu je potermínová gravidita. To je 7- 14 dní po stanoveném termínu porodu. Dále je to diabetes mellitus, kdy při jeho dobré kompenzaci a při absenci indikací k primárnímu císařskému řezu je vhodné indukovat porod v 39. až 40. týdnu těhotenství (1).

Odtok plodové vody delší než 24 hodin bez spontánního nástupu děložních kontrakcí je indikací k indukci porodu. Indukujeme rodičku po 33. týdnu těhotenství. Mezi 28.- 32. týdnem musí být indukce kryta clonou antibiotik a tvorbu surfaktantu je nutné podpořit betametazolem. Takový porod se musí vést v Perinatologickém centru.

Rh – izoimunizace je také indikací k indukci zejména při stoupajícím titru protilátek, životaschopnosti plodu, zralosti děložního čípku a nemožnosti provedení intrauterinní transfuze.

Prohlubující se hypotrofie plodu bývá indukována zejména při zralém děložním čípku, životaschopnosti plodu a po neúspěšné konzervativní léčbě.

Další indikací k indukci porodu plodu jsou hypertenzní a renální onemocnění matky, které ohrožují plod, nereagující na konzervativní léčbu. Patří sem preeklampsie, eklampsie, esenciální hypertenze, chronická pyelonephritis a chronická glomerulonephritis (1).

Vícečetná těhotenství také mohou být indikací k indukci porodu, např. gemini. Pokud je první dvojče v poloze podélné hlavičkou a poloha druhého dvojčete umožňuje vaginální porod indukujeme v termínu porodu.

Další indikací může být konec pánevní úplný, naléhání hýžděmi při vstouplé části u vícerodičky po termínu porodu, mrtvý plod a indikace geografické. Např. ženy bydlící daleko od porodnice, nebo ženy s nízkým sociálním statutem (1,18).

Programovaný porod je indukce děložní činnosti za účelem ukončení fyziologického těhotenství v termínu porodu. Důvodem jsou sociální, psychologické nebo geografické aspekty. Programovaný porod je laickou i odbornou veřejností kontroverzně přijímán. Výhodou programovaného porodu je monitorování plodu a dohled na matku po celou dobu porodu, eliminace stresu, zda žena nejde příliš brzy nebo zda něco již nezanedbala. Dalším důvodem je naplánování porodu na dobu plného personálního obsazení porodního sálu. Jsou však i takové názory, které programovaný porod berou jako zásah do přirozeného průběhu těhotenství. Pokud jde o podmínky programovaného porodu, musí se jednat o fyziologickou graviditu 39.-41. týdne s jedním plodem, v poloze podélné hlavičkou, bez známek hypoxie, musí být zralý čípek děložní, kdy cervix skóre je více než 5 bodů. Dále musí těhotná dát podnět a vyslovit souhlas s programovaným ukončením svého těhotenství (21).

1.13.2 Kontraindikace k indukci porodu

K absolutním kontraindikacím patří: kefalopelvický nepoměr mezi naléhající částí plodu a vchodem pánevním a nezralost plodu, mimo případy, kdy se s nezralostí plodu počítá. Dále sem patří akutní i chronická hypoxie plodu, kdy jsou na ctg záznamu patrné decelerace DIP II nebo variabilní decelerace, stavy po rekonstrukčních operacích v malé pánvi, operace konečníku, močové inkontinence, těžké dysplázie, karcinom čípku a neobjasněné vaginální krvácení.

Mezi relativní kontraindikace řadíme nezralé hrdlo děložní, stavy po operacích dělohy (např. myomektomie, sectio caesarea, metroplastiky) a zjištěnou přecitlivělost na typ indukčního preparátu (prostaglandiny nebo oxytocin). Podání prostaglandinů není vhodné u pacientek, které mají glaukom, astma, tuberkulosu, ulcerózní colitidu. Oxytocin není vhodné podávat u pacientek při Rh-izoimunizaci, kdy může dojít ke vzniku neonatální hyperbilirubinémie. Z důvodu jeho antidiuretického účinku u žen s hypertenzními nebo renálními chorobami.

1.13.3 Podmínky indukce porodu

Podmínkou indukce porodu je nepřítomnost kontraindikací a vhodné podmínky pro porod, dále nepřítomnost kontraindikací k vaginálnímu vedení porodu, zralost čípku děložního a nepřítomnost zánětu v porodních cestách. Bakteriální flóra způsobuje náchylnost porodního kanálu k porodnímu poranění a hrozí nebezpečí ascendentní infekce.

1.13.4 Metody indukce porodu

Indukce porodu se provádí několika způsoby, které je možno vzájemně kombinovat.

1.13.4.1 Chirurgická metody indukce porodu bez použití medikace

Hamiltonův hmat. Membrane stripping je digitální odloučení dolního pólu vaku blan od děložní stěny. Separace vaku blan od stěny děložní indukce prostaglandinovou syntézu. Pokud je žena sledována, je možné provádět tento hmat několik dní po sobě.

Amniotomie se provádí dirupcí vaku blan jednou branží Amerických kleští. Odtokem plodové vody se zmenší obsah dutiny děložní. Je nutné sledovat kvalitu a množství odcházející plodové vody po celou dobu porodu.

Oba indukční způsoby vyvolávají zvýšenou sekreci endogenních prostaglandinů v dolním děložním segmentu. Apozice naléhající části plodu na oblast vnitřní branky spouští Fergusonův reflex- tím dochází k vyplavení Oxytocinu do krevního oběhu matky (1,2,18).

1.13.4.2 Fyzikální metody indukce porodu bez použití medikace

Breussova kúra je teplo je využíváné jako spasmolytikum (teplá koupel, aplikace vysokého klysmatu, irigace teplými roztoky, přikládání termoforů).

Akupunktura je metoda, která není příliš rozšířená z důvodu nákladnosti, nízké úspěšnosti a chybějícího personálního zajištění (22).

1.13.4.3 Metody indukce porodu s použitím medikace

Oxytocin má uterotonický účinek. Je hormon vylučovaný zadním lalokem hypofýzy. K indukci se používá synteticky vyrobený v přesném dávkování. Nejčastěji se aplikuje přidáním do infuze nosného roztoku přes infuzní dávkovací pumpu. Další možností podání je perorálně (p. o.) a intramuskulárně (i. m) (18).

Prostaglandin je tkáňový mediátor. Jedná se o nenasycenou mastnou dvacetihlčkovou kyselinu. Svým lokálním působením dochází ke zrání děložního hrdla a vyvolání děložní činnosti. Aplikují se ve formě tablet nebo gelu lokálně (vaginálně, intracervikálně, extraamniálně). Jejich úspěšnost dosahuje až 90 %. Vedlejšími účinky jsou zvracení, nauzea a průjem.

Při neúspěchu indukce se o další pokusíme další den. Dvakrát neúspěšná indukce je indikací k sectio caesarea (22).

1.14 Péče porodní asistentky o ženy s indukci porodu

Porodní asistentka se představí a seznámí těhotnou ženu s prostředím porodního sálu. Pokud si žena přeje přítomnost rodinného příslušníka, tak je jí vyhověno. Nejčastěji otec dítěte (matka rodičky, sestra, kamarádka) je převlečen do operačního prádla, seznámen s chodem oddělení a doprovoben na čekací pokoj k rodičce. U ženy jsou sledovány fyziologické funkce, vaginální nález a je monitorován stav plodu. Pokud je rodička s partnerem snažíme se je minimálně rušit. Přesto je ujistíme, že jsme tu kdykoliv pro ně. Porod je intimní prožitek, který každý jedinec vnímá jinak. Pokud by rodička byla sama, snažíme se být přítomni v její blízkosti tak, jak je to ženě příjemné. Některé ženy vyžadují samotu, chtějí se na porodní bolesti maximálně soustředit. Stále k rodičce přistupujeme jako individuální bytosti se všemi jejími požadavky a snažíme se jí chápat holisticky. Dodáváme budoucí matce odvalu a optimismus. I když jsou klientky různé, ke všem se chováme taktně a empaticky. Rodičky velmi citlivě vnímají všechny slova a gesta (14,15,16).

1.15 Neúspěšná indukce porodu

Za neúspěšnou indukci je považován stav, kdy porod musel být ukončen operativně. V případě úspěšně vyvolaných kontrakcí při hypertonii dělohy, intrauterinní hypoxii plodu a nepostupujícím porodu. Další možností je počínající infekce. Neúspěšná indukce je také ten případ, kdy žena byla indukována dvakrát a nedošlo k nástupu děložní činnosti. V případě neúspěšné indukce a urgentního stavu je nutné ukončit těhotenství jinak, než přirozeným spontánním porodem plodu. Porodnický tým jedná v časové tísní a stresu. Je nutné matku uklidnit a přimět k maximální spolupráci. Tento stav vyžaduje rychlé jednání a erudovanost porodníka. Porodní asistentky pracují podle předem domluveného postupu. Je nutné jednat rychle a přesně, aby nedošlo k ohrožení života matky nebo plodu. Způsoby, jakými lze porod urgentně ukončit jsou kleště (forceps), vakuumextrakce (VEX) a císařský řez. O zvoleném způsobu rozhoduje vztah naléhající části plodu k pánevním rovinám (18,21).

1.15.1 Klešťový porod (partus per forcipem)

Porodnické kleště jsou nástroj, který nahrazuje nebo posiluje vypuzovací síly. Porod kleštěmi (partus per forcipem) je instrumentální vybavení hlavičky plodu vstoupulé minimálně velkým oddílem a fixované v malé pánvi. První použití porodnických kleští je datováno do 17. století Angličanem Hughem Chamberlenem. Postupem doby byly zdokonalovány a upravovány. V dnešním porodnictví jsou používány kleště Simpsonovy (východové), Kjellandovy (hlavička je v úžině nebo šíři) a Shuteho (trakční i rotační). Jejich použití je dáno fází progresu hlavičky porodními cestami.

Podmínky pro použití kleští, které musí být zachovány jsou: prostorná pánev, vyloučený kefalopelvický nepoměr, volné měkké porodní cesty, nepřítomnost vaku blan a odtok plodové vody. Hlavička musí být vstoupilá a fixovaná nejméně v pánevní šíři, zcela výjimečně se připouští při akutních situacích možnost použít kleště na hlavičku plodu velkým oddílem vstoupilou a pevně fixovanou v pánevním vchodu. Dále se musí u živého plodu, zhodnotit velikosti, uložení plodu, poloha, postavení a zhodnotit vstup hlavičky, rotace, fontanely, švy a rotace hlavičky.

Indikace pro klešťový porod jsou ze strany matky: krvácení při porodu, sekundárně slabé kontrakce děložní, nedostatečný břišní lis, vyčerpanost rodičky a zhoršující se akutní stav rodičky (preeklampsie, eklampsie, ztráta vědomí). Indikace ze strany plodu je hrozící hypoxie plodu ve II. době porodní.

Před výkonem je žena seznámena s naléhavostí situace. Porodníkem je poučena a společně podepíše informovaný souhlas. Pokud si to doprovázející osoba (otec) přeje, jeho účast není kontraindikována. Po lokální anestézii následuje rozšířená epiziotomie, postupné naložení obou branží, uzamknutí a v mezi kontrakčním období zkusná trakce. Po celou dobu porodu je sledován stav matky a plodu. Porodu je přítomen pediatr. Partus per forcipem je považován za rizikový a novorozenec v poporodním období vyžaduje intenzivnější dohled (24).

1.15.2 Vakuumextrakce (VEX)

Ve Švédsku roku 1952 byl sestrojen vakuumextraktor. Dnes je dodáván výrobcí VEX na jedno použití. Na hlavičku plodu pomocí podtlaku je umístěna pelota, tahem za plastový úchyt se nahradí vypuzovací síly ženy.

Podmínky pro použití VEX jsou stejné jako u porodu per forcipem.

Indikace pro VEX jsou ze strany matky: sekundárně slabé kontrakce děložní, nereagující na farmakologickou léčbu, vyčerpaná rodička a nemožnost používat břišní lis (např. oční vady, kardiopatie).

Nevýhodou oproti porodnickým kleštím je nemožnost provést rotaci hlavičky a také časová náročnost. Nelze použít vakuumextrakci u plodů vážících méně než 2500 g a u nezralých nebo hypoxických plodů. Je zde nebezpečí vzniku subdurálního hematomu.

Výhoda VEX oproti porodnickým kleštím spočívá v tom, že nezvětšuje objem procházející hlavičky měkkými porodními cestami. Riziko iatrogenního poškození rodičky porodníkem je nižší.

1.15.3 Císařský řez (Sectio caesarea)

Sectio caesarea je nejčastější porodnickou operací ukončující těhotenství. V celkové narkóze je plod vybaven přes dutinu břišní. SC patří mezi historicky nejstarší operace. Do doby zavedení antiseptiky Semmelweisem a Listerem byla mortalita žen vysoká. Pro primární, plánovaný císařský řez je indikace známa již v těhotenství. Pro sekundární, urgentní císařský řez se indikace vyvíjí náhle, kdy je ohrožena matka i plod na životě.

Indikací k SC je mnoho. Ze strany matky je to např. placenta praevia, fetopelvicový nepoměr, překážky v měkkých porodních cestách a celkové onemocnění ženy. Ze strany plodu je to např. tíseň plodu, nepravidelné polohy a hypoxie. Indikace vyplývající ze samotného těhotenství může být vícečetná gravidita a nebo předčasné odlučování lůžka (18).

1.16 Péče porodní asistentky o ženy s neúspěšnou indukcí porodu

Pokud i přes veškerou snahu porodníků není indukce porodu úspěšná, je to indikace k provedení císařského řezu. Porodní asistentka o ženu pečuje dle vzniklé situace. Zajistí odběry, označí je a transportuje požadovaný biologický materiál do laboratoře. Provede permanentní katetrizaci močového měchýře. Jako prevenci tromboembolické nemoci zajistí bandáž dolních končetin a aplikaci ordinovaného nízkomolekulárního Heparinu. Oholení operačního pole se provádí dále dle zvyklosti oddělení. Důležitá je přítomnost porodní asistentky u rodičky po celou dobu přípravy a zejména je nutná cílená komunikace. Ženy mají strach o sebe a hlavně o své dítě. Intermittentně jsou sledovány ozvy plodu nejlépe „Udopem“, aby i rodička měla možnost slyšet srdce svého plodu. Porodní asistentka doprovází rodičku na operační sál, kde předává ozvy plodu operačnímu týmu a po celou dobu se ženou komunikuje i sleduje její celkový stav. Dodává jí odvahy a je jí oporou. Pokud je přítomen partner, tak ho informuje o režimu návštěv, umožní mu kontakt s porodníkem i s pediatrem. Pokud to chod oddělení a situace umožňuje, ukáže mu novorozence. Také partner potřebuje, aby si porod prožil a svou roli rodiče přijal (6).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, zda těhotné ženy znají rizika potermínové gravidity.

Cíl 2 Zjistit, zda těhotné ženy znají délku těhotenství.

Cíl 3 Zjistit, zda těhotné ženy mají znalosti, jakým způsobem se vypočítává termín porodu.

Cíl 4 Zjistit, zda těhotné ženy znají důvody vyvolání porodu.

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1 Těhotné ženy znají rizika potermínové gravidity.

Hypotéza 2 Těhotné ženy znají délku gravidity.

Hypotéza 3 Těhotné ženy znají, jakým způsobem se vypočítá termín porodu.

Hypotéza 4 Těhotné ženy znají důvody vyvolání porodu.

3. METODIKA PRÁCE

3.1 Použité metody výzkumu

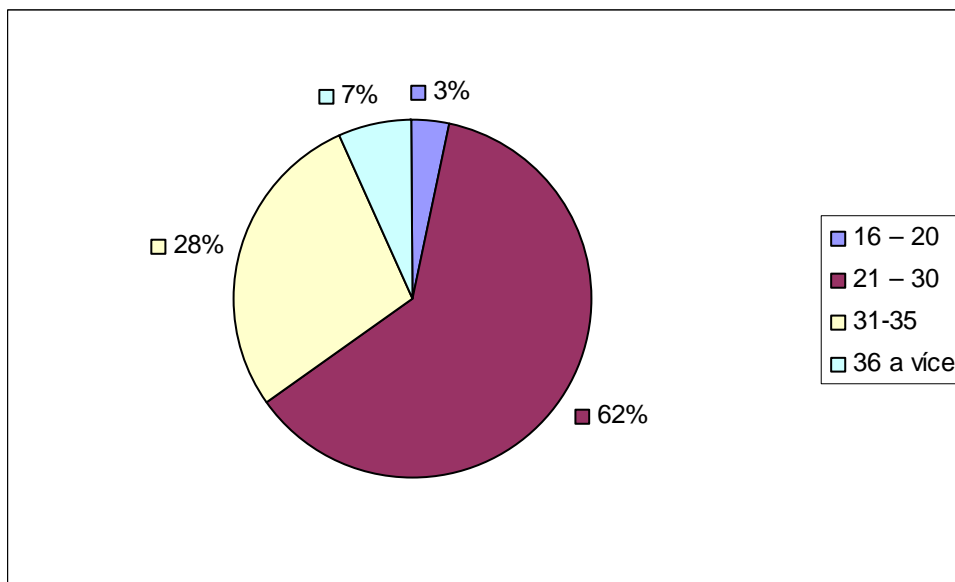
Byla použita metoda kvantitativního výzkumného šetření a technika dotazníku, která byla využita při sběru dat. Dotazník byl anonymní, byl složen ze souboru předem formulovaných 26 otázek, které sloužily jako základní identifikační data. Nastávajícím maminkám byly dotazníky dávány osobně (Příloha 1).

3.2 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkum byl prováděn na gynekologicko – porodnickém oddělení Nemocnice Strakonice a.s. a v ordinacích praktických ženských lékařů ve Strakonících, Vimperku a Blatné v období od listopadu roku 2008 do poloviny dubna roku 2009. Výsledky výzkumného šetření, které byly získány jsou vyjádřeny v následujících grafech. Celkový počet rozdaných dotazníků byl 70 z nichž se 10 dotazníků nevrátilo zpět. Celkový počet respondentek byl tedy 60 (100 %).

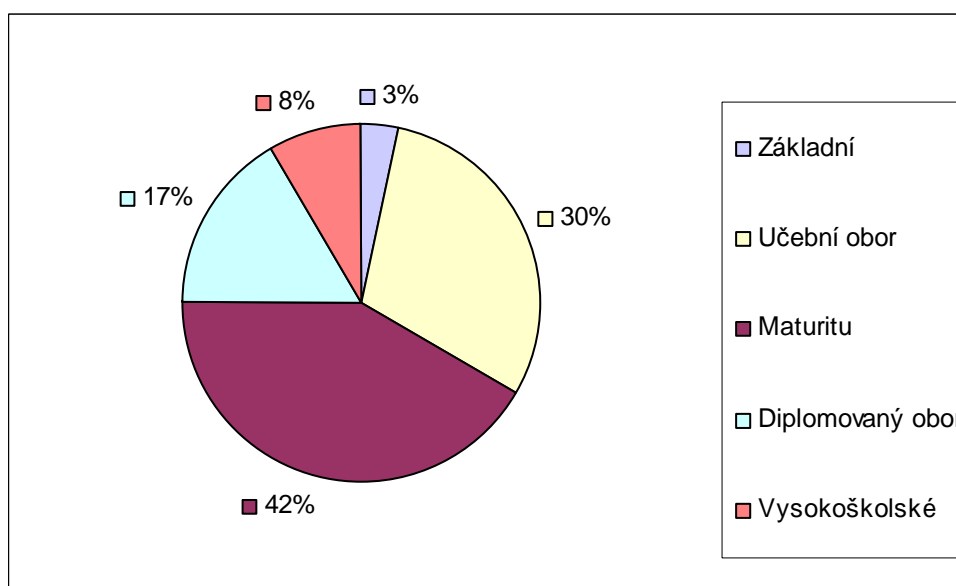
4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Graf 1 Věk respondentek



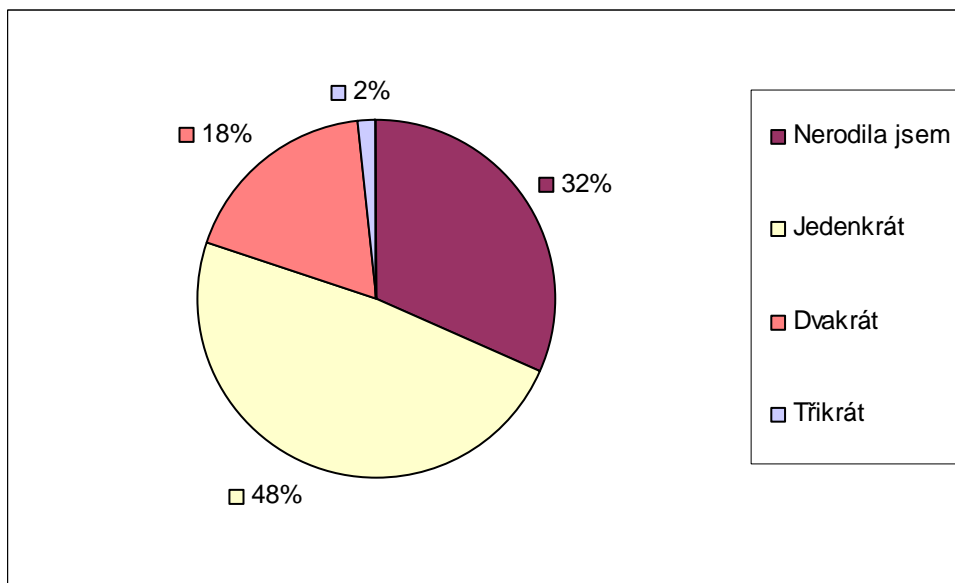
Celkový počet respondentek je 60 (100 %). Nejvíce žen bylo ve věkovém rozhraní 21 – 30 let, jež tvoří soubor 37 respondentek (62 %). Druhou o dvacet žen menší skupinou byly klientky ve věku 31- 35 let, jejich počet byl 17 (28 %). Rodičky starší 36 a více let byly ve výzkumném souboru zastoupeny 4 respondentkami (7 %). Nejméně zastoupenou věkovou skupinou byly klientky ve věku 16-20 let, jež byly pouze 2 (3 %).

Graf 2 Nejvyšší ukončené vzdělání rodiček



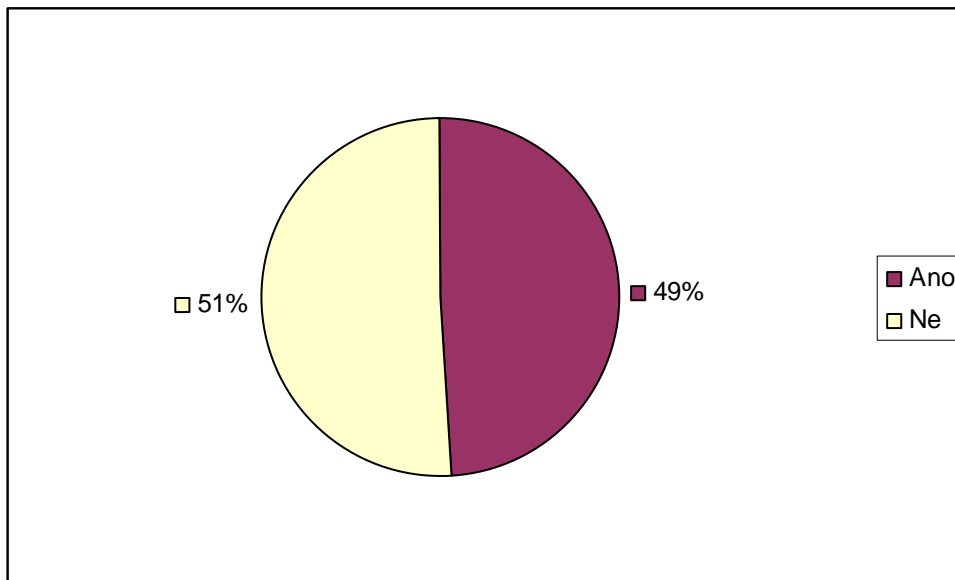
Z celkového počtu 60 respondentek (100 %) měly pouze 2 (3 %) ženy základní vzdělání. Nejčetněji zastoupenou skupinou jsou respondentky, které dosáhly středoškolského vzdělání 25 (42 %) a ženy vyučené v učebním oboru 18 (30 %). Diplomovaný obor mělo 10 (17 %) respondentek a vysokoškolské vzdělání mělo 5 (8 %) žen, což nebylo četněji zastoupeno.

Graf 3 Počet předchozích porodů u žen



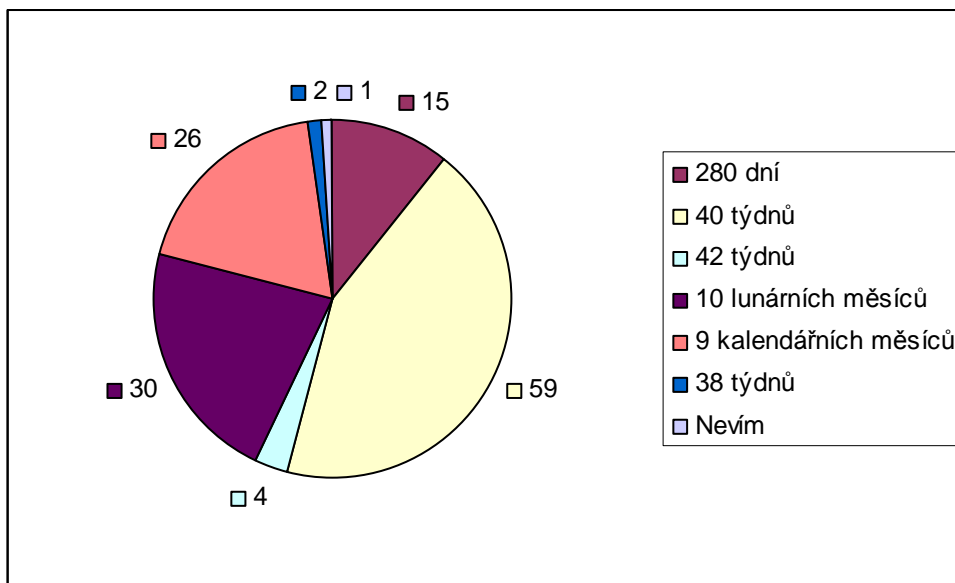
Z celkového počtu 60 respondentek (100 %), bylo 19 (32 %) klientek, které ještě nerodily. 29 (48 %) žen je jedenkrát rodičích, 11 žen (18 %) dvakrát rodičích, nejméně zastoupenou skupinou byla 1 (2 %) žena, která již rodila třikrát.

Graf 4 Počet žen rodičích po termínu porodu



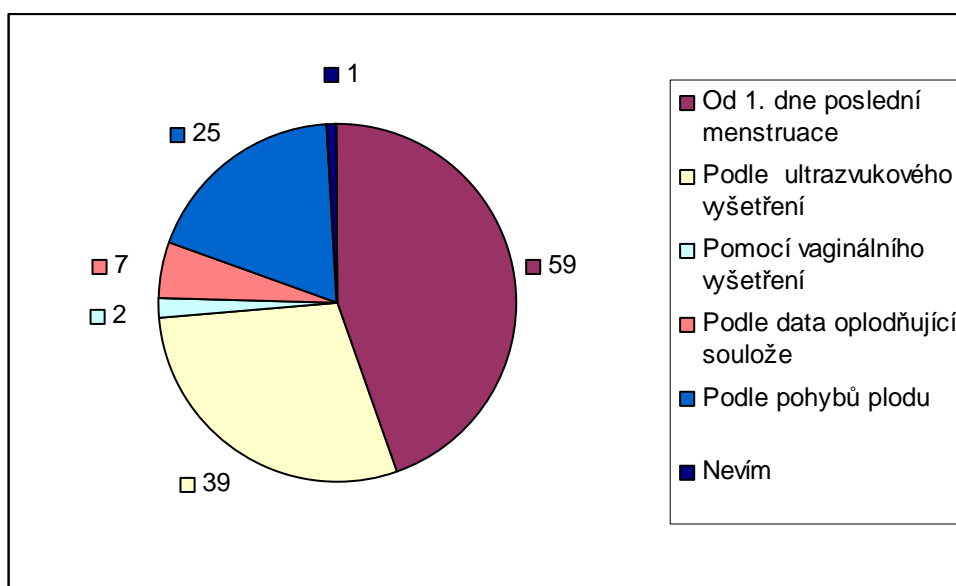
Z celkového počtu 41 (100 %) již v minulosti rodičích respondentek, bylo 20 (49 %) klientek, které již v minulosti rodily po termínu porodu. Druhou zastoupenou skupinou byly respondentky 21 (51 %), které nerodily po termínu porodu.

Graf 5 Znalost délky těhotenství ženami



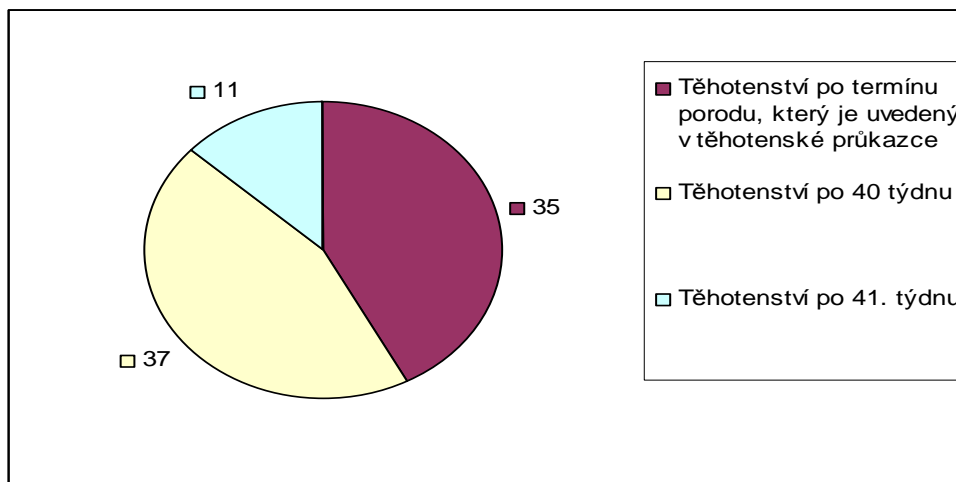
Ženy měly možnost si vybrat z více možností odpovědí. Z celkového počtu 60 respondentek, odpovědělo 59 klientek, že těhotenství trvá 40 týdnů, 26 jich odpovědělo, že trvá 9 kalendářních měsíců, dalších 30, že trvá 10 lunárních měsíců, 15 klientek si myslí, že trvá těhotenství 280 dní. 4 klientky si myslí, že trvá těhotenství 38 týdnů. Další 4 ženy tvrdí, že délka těhotenství je 42 týdnů a 1 respondentka neví, jak dlouho těhotenství trvá.

Graf 6 Znalost metody výpočtu termínu porodu ženami



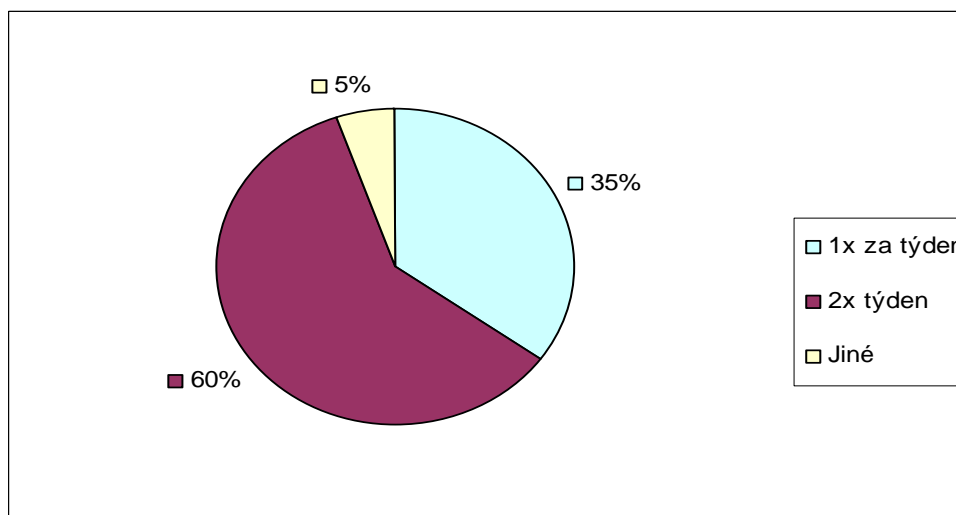
Ženy měly možnost si vybrat z více možností odpovědí. Z celkového počtu 60 žen, až na jednu respondentku, která odpověděla, že neví, jak se vypočítává termín porodu, měly všechny dotazované maminky znalosti o tom, jak se vypočítává termín porodu. Celých 59 klientek zná metodu výpočtu TP dle prvního dne PM. Další znalosti mají ženy o tom, že lze dle ultrazvuku určit TP, celých 39 žen zná tuto metodu. Určení TP podle zaznamenání prvních pohybů plodu zná 25 žen. Jen 7 maminek uvedlo jako metodu výpočtu TP dle oplodňující soulože. Další 2 ženy si myslí, že podle vaginálního vyšetření lze vypočítat termín porodu.

Graf 7 Vysvětlení pojmu potermínové těhotenství ženami



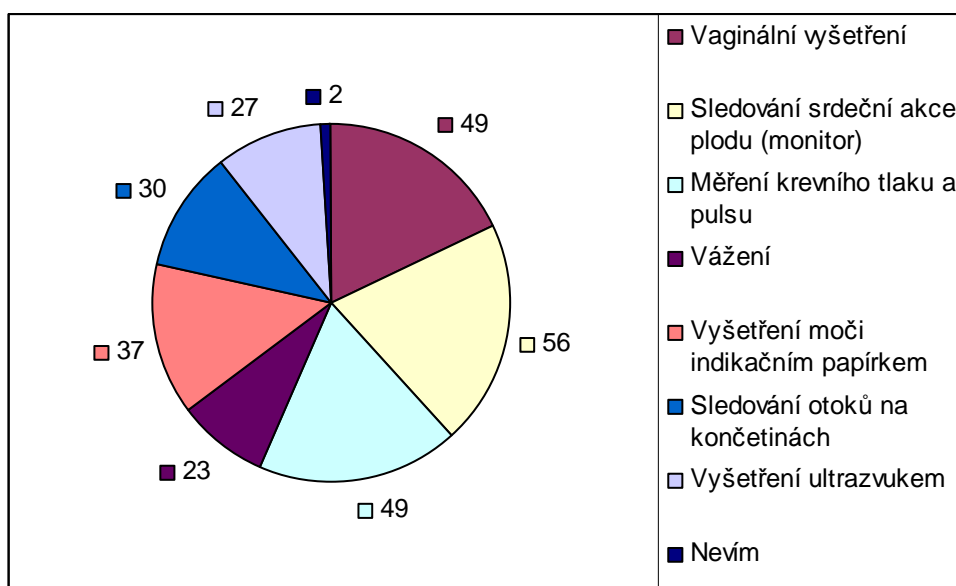
Ženy měly možnost si vybrat z více možností odpovědí. Z celkového počtu 60 žen, respondentky odpovídaly takto: 37 žen si myslí, že potermínové těhotenství je těhotenství trávající více než 40 týdnů. Dalších 35 žen si myslí, že je to těhotenství delší než vypočítaný termín v jejich těhotenské průkazce. Jen 11 žen uvedlo, že se jedná o těhotenství po 41. týdnu.

Graf 8 Četnost sledování těhotných žen po termínu porodu



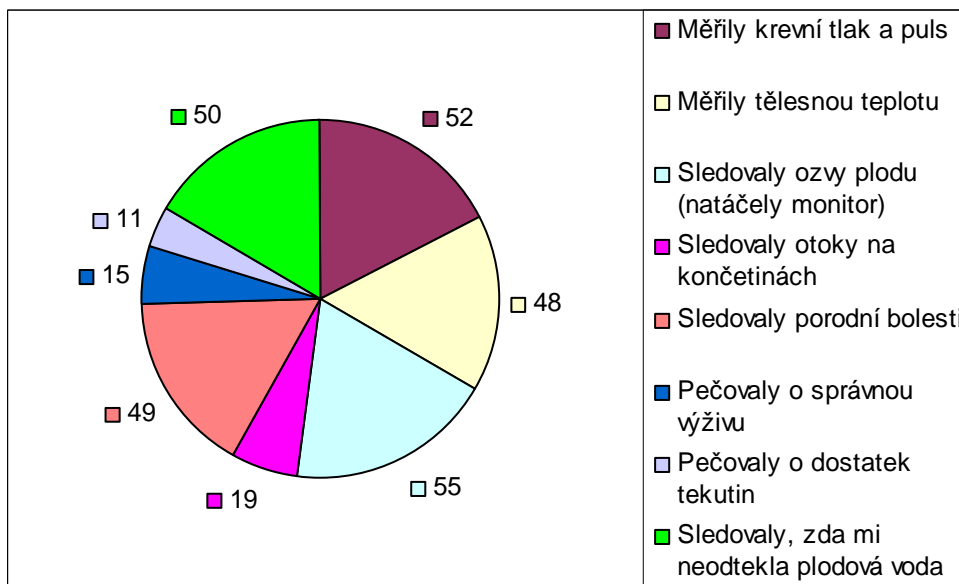
Z celkového počtu 60 respondentek (100 %), z varianty „jiné“ 3 (5 %) klientky uvedly, že je jejich ošetřující lékař odeslal již k hospitalizaci nadcházející den po stanoveném termínu dle PM. Další skupinou 34 (60 %) žen, tvoří ženy vyšetřované v intervalu 2x týdně, 20 (35 %) žen bylo sledováno lékařem 1x za týden

Graf 9 Znalost vyšetření prováděných u žen s potermínovou graviditou



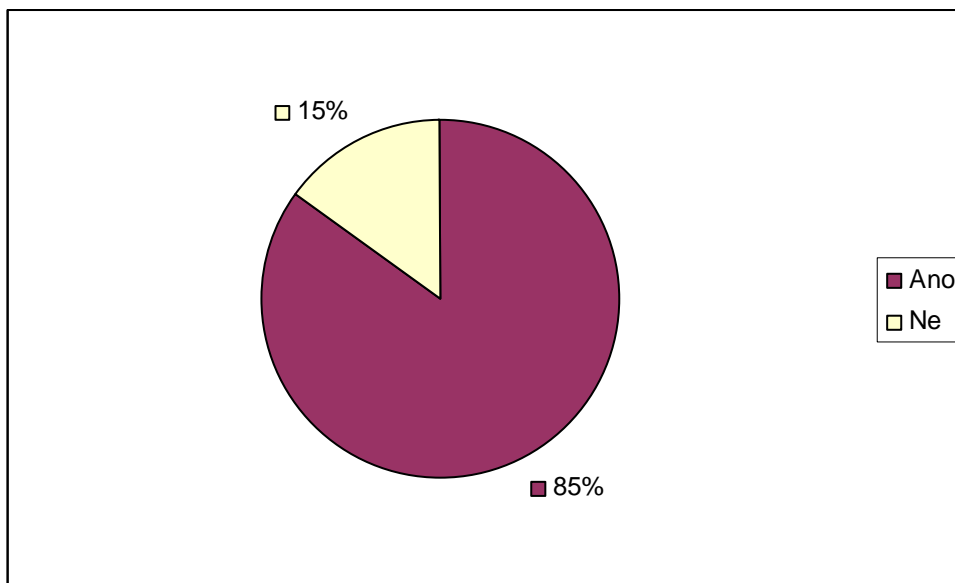
Ženy měly možnost si vybrat z více možností odpovědí. Z celkového počtu 60 respondentek, odpovědělo 56 klientek, že se sleduje srdeční akce plodu, 49 žen odpovědělo, že se těhotná vaginálně vyšetřuje, stejný počet 49 odpovědělo, že se měří tlak krve a pulz, u 37 žen se vyšetřuje moč indikačním papírkem, u 30 žen se sledují otoky končetin a 27 žen mělo vyšetření ultrazvukem. Jen 2 klientky uvedly, že neví, jaká vyšetření se mají provádět u žen po termínu porodu.

Graf 10 Způsob péče porodních asistentek o ženy s potermínovou graviditou



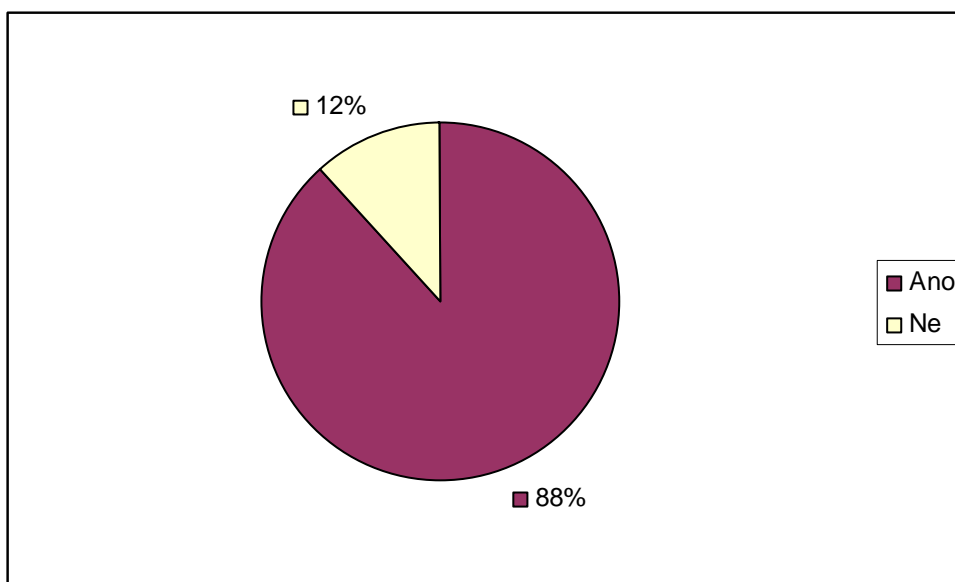
Ženy měly možnost si vybrat z více možností odpovědí. Z celkového počtu 60 respondentek, 52 klientkám se měří krevní tlak a pulz, 48 ženám je měřena tělesná teplota, u 55 žen jsou sledovány ozvy plodu, u 19 žen jsou sledovány otoky končetin, u 49 žen jsou sledovány porodní bolesti, u 15 žen bylo pečováno o správnou výživu, u 11 žen o dostatek tekutin a u 50 žen bylo sledováno, zda jim neotekla plodová voda.

Graf 11 Informovanost klientek lékařem o vyšetřeních po termínu porodu



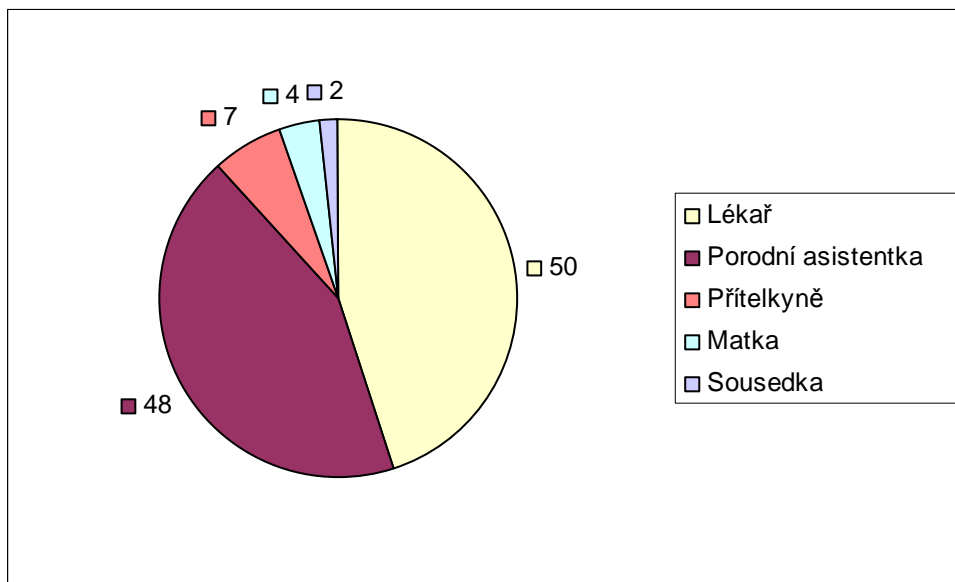
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek, bylo 51 (85 %) žen informováno o vyšetřeních prováděných po termínu porodu ale zbývajících 9 (15 %) žen informováno nebylo.

Graf 12 Poslání klientky lékařem na vyšetření do porodnice po termínu porodu



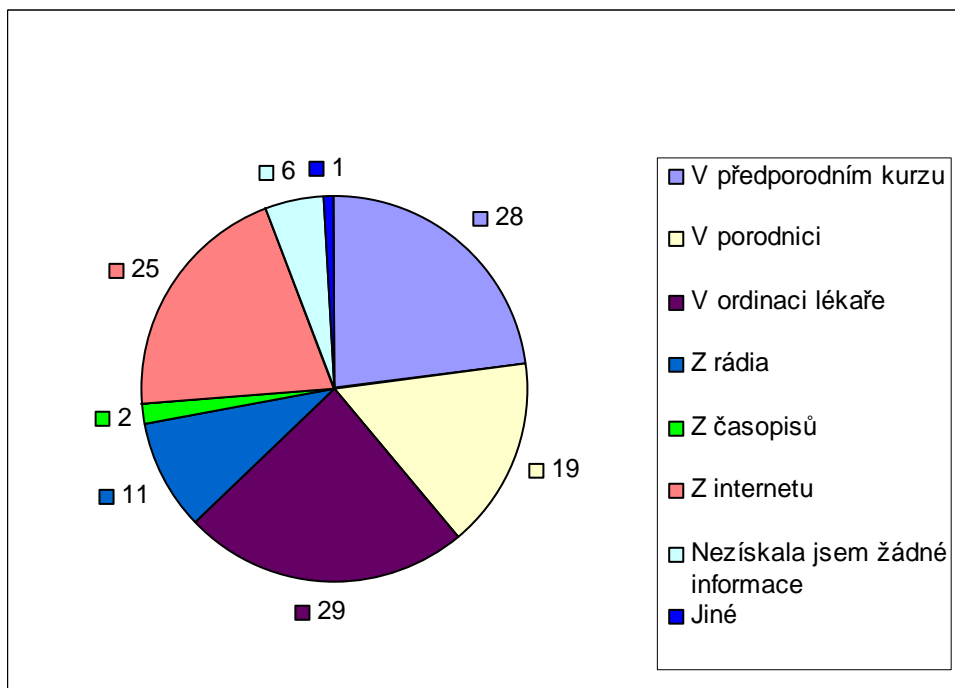
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek bylo 53 (88 %) žen bylo posláno na vyšetření do nemocnice po termínu porodu a jen 7 (12 %) žen ne.

Graf 13 Podávání informací o možnosti vedení porodu po jeho termínu



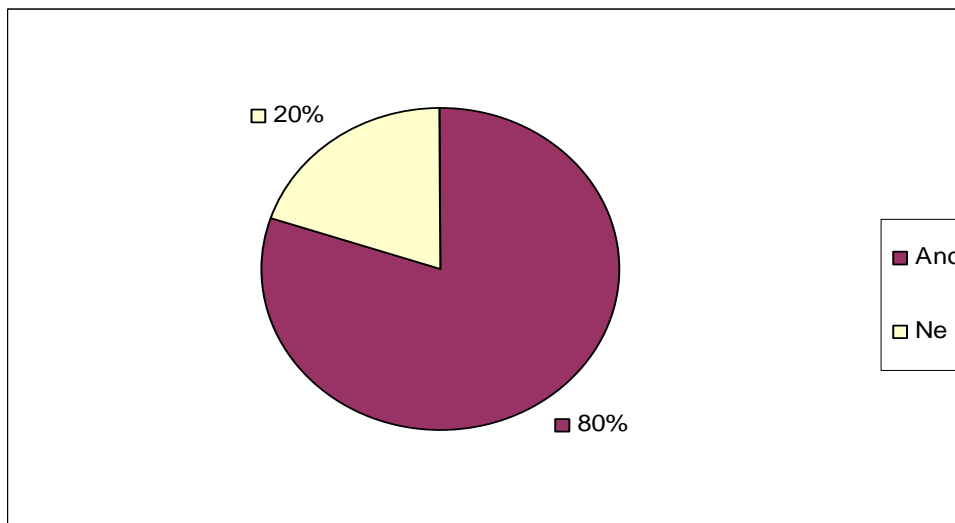
Ženy měly možnost si vybrat z více možností odpovědí. Z celkového počtu 60 respondentek, bylo 50 žen informováno o možnosti vedení porodu po termínu lékařem, 48 žen bylo informováno porodní asistentkou, 7 žen přítelkyní, 4 ženy matkou a 2 ženy uvedly, že jim informace o možnosti vedení porodu po termínu podala sousedka.

Graf 14 Zdroje informací o možnostech vedení porodu po jeho termínu



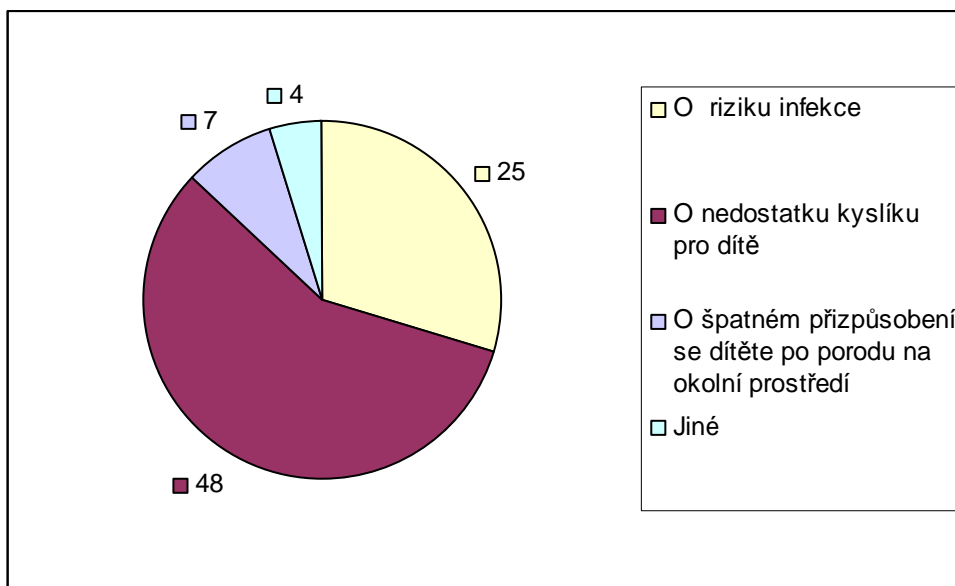
Ženy měly možnost si vybrat z více možností odpovědí. Respondentky získávají své informace z různých zdrojů. Nejčastější odpovědí bylo od lékaře, to odpovědělo 29 žen, v předporodním kurzu odpovědělo 28 žen, z internetu získávalo informace 25 žen, v porodnici získalo informace 19 žen, z rádia 11 žen, z časopisů 2 ženy, jako jiné odpověděla 1 respondentka, že žádné informace nehledala. Dalších 6 žen řeklo, že nezískaly žádné informace.

Graf 15 a) Celková informovanost o rizicích potermínového těhotenství



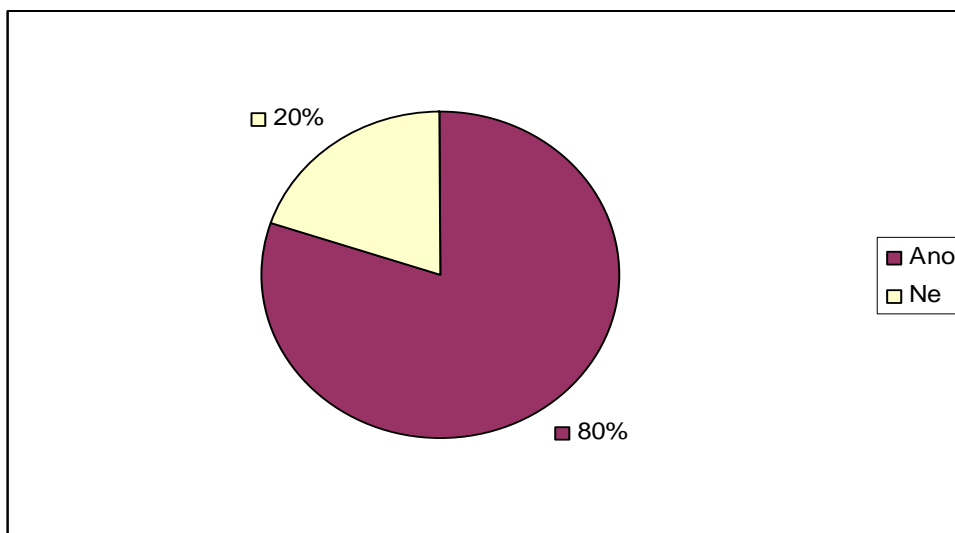
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek bylo 48 (80 %) žen informováno o rizicích potermínové gravidity. Pouze 12 (20 %) ženám informace podány nebyly.

Graf 15 b) Informovanost klientek o možnostech rizika potermínového těhotenství



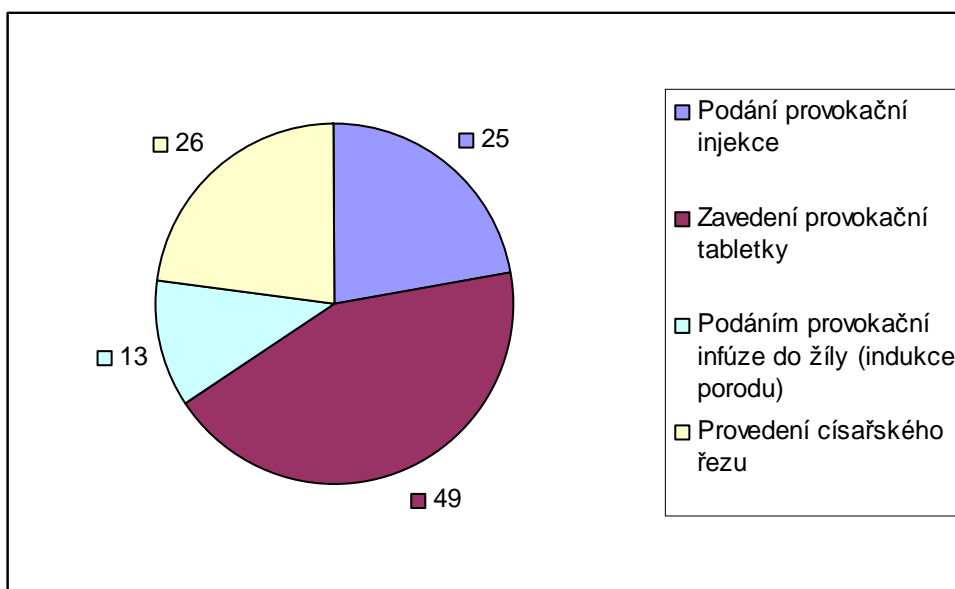
Ženy měly možnost si vybrat z více možností odpovědí. Bylo zjištěno, že si nejvíce uvědomují riziko nedostatku kyslíku pro dítě – 48 žen, riziko infekce si uvědomuje 25 žen a pouze 7 žen ví o možnosti špatného přizpůsobení dítěte po porodu na okolní prostředí. Čtyři klientky u možnosti „jiné“ uváděly jako informace, které získaly, špatnou funkci placenty, velký plod a špatnou plodovou vodu.

Graf 16 a) Informovanost klientek o možnosti vyvolání porodu po termínu



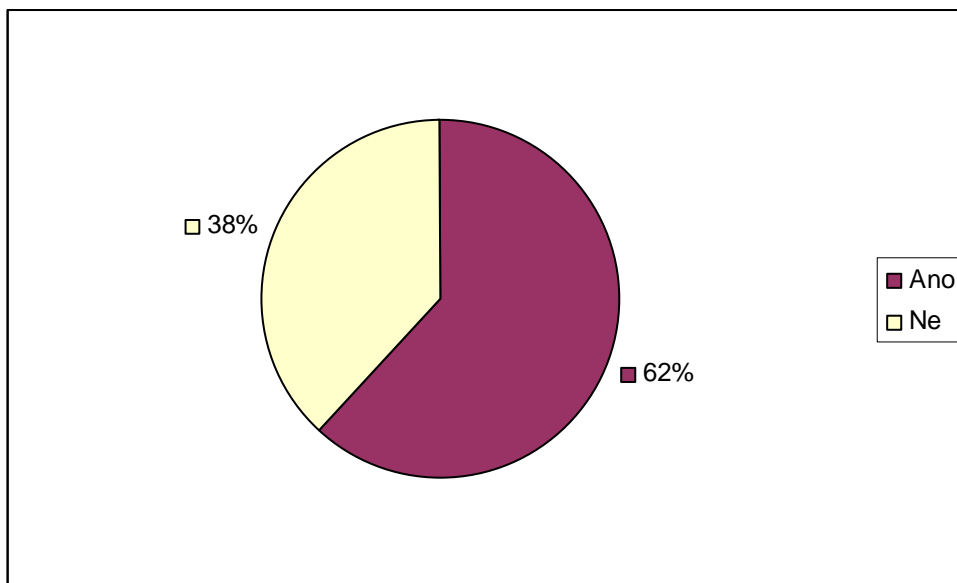
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek mělo 48 (80 %) žen informace o možnostech vyvolání porodu po termínu. Pouze 12 (20 %) žen informace nemělo.

Graf 16 b) Druhy informací u klientek o možnosti vyvolání porodu po termínu



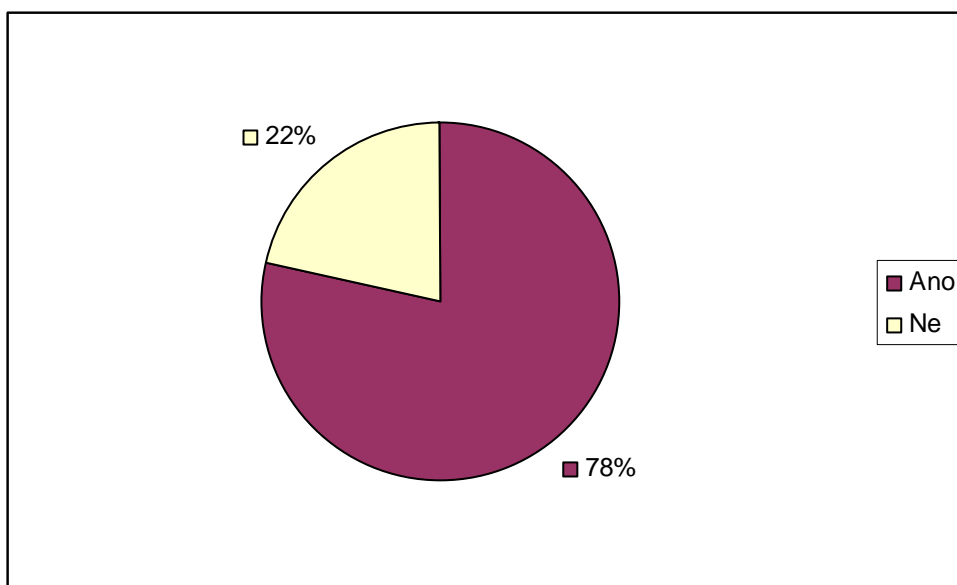
Ženy měly možnost si vybrat z více možností odpovědí. Z celkového počtu 60 respondentek, odpovídaly respondentky takto: 49 klientek mělo informace o zavedení provokační tabletky, 26 žen o provedení císařského řezu, 25 žen o podáním provokační injekce a 13 žen mělo informace o podání provokační infúze do žíly.

Graf 17 Informovanost otce dítěte o možnostech vyvolání porodu po termínu



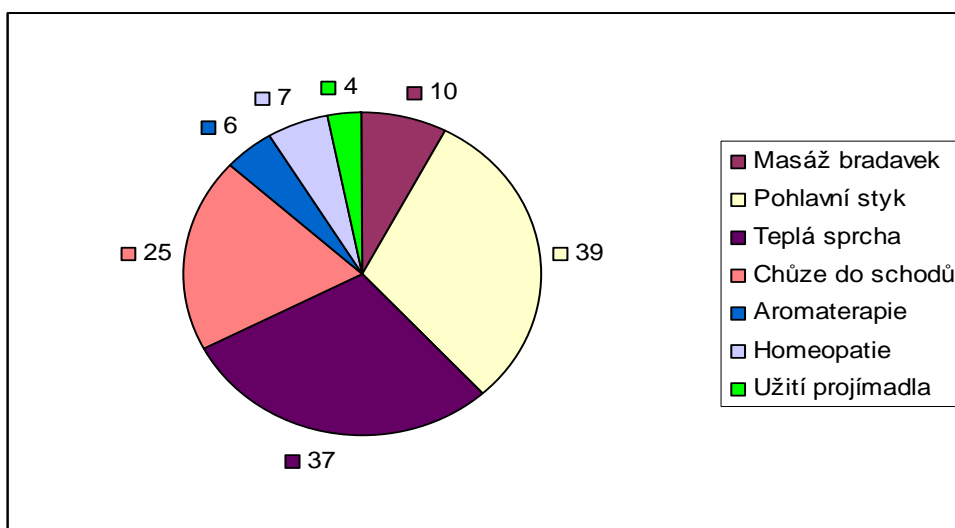
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek jich uvedlo 37 (62 %), že otec dítěte byl informován o možnostech vyvolání porodu po termínu a dalších 23 (38 %) žen uvedlo, otec dítěte informace nedostal.

Graf 18 a) Povědomí klientek o alternativních možnostech vyvolání porodu po termínu



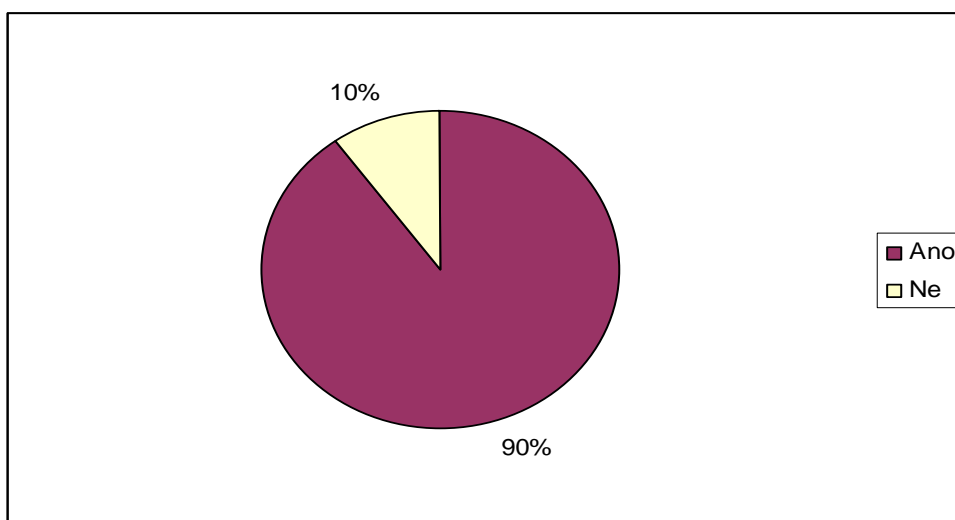
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek má povědomí o alternativních možnostech vyvolání porodu 43 (78 %) žen a jen 13 (22 %) žen informace nemá.

Graf 18 b) Druhy znalostí u klientek o alternativních metodách vyvolání porodu po termínu



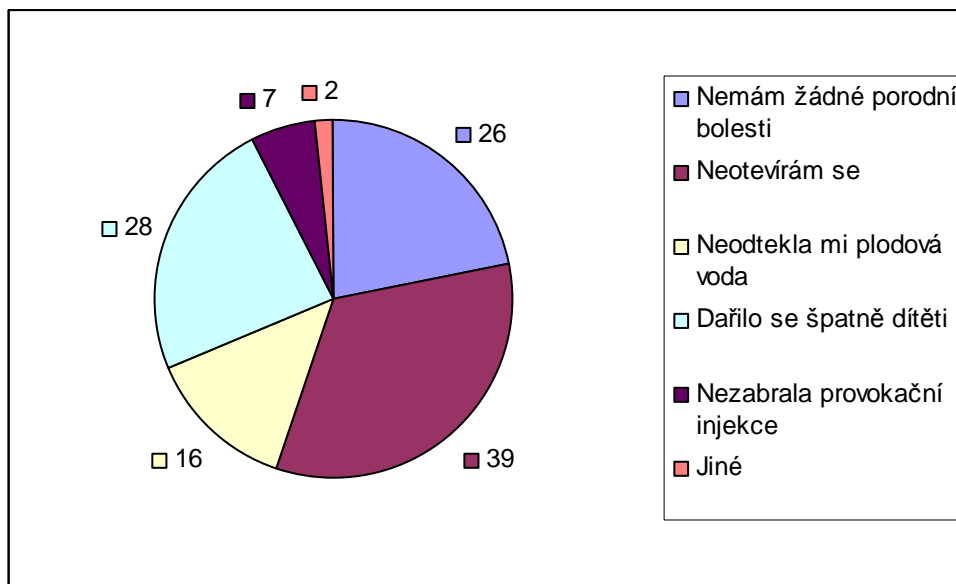
Ženy měly možnost si vybrat z více možností odpovědí. Z celkového počtu 60 respondentek, je 39 žen informováno o alternativních metodách jako je pohlavní styk, o teplé sprše ví 37 žen a o chůzi do schodů ví 25 žen, o masáži bradavek ví 10 žen, o aromaterapii 6 žen, o homeopatii 7 žen a o užití projímadla ví 4 ženy.

Graf 19 a) Podání informací lékařem o důvodech vyvolání porodu po termínu



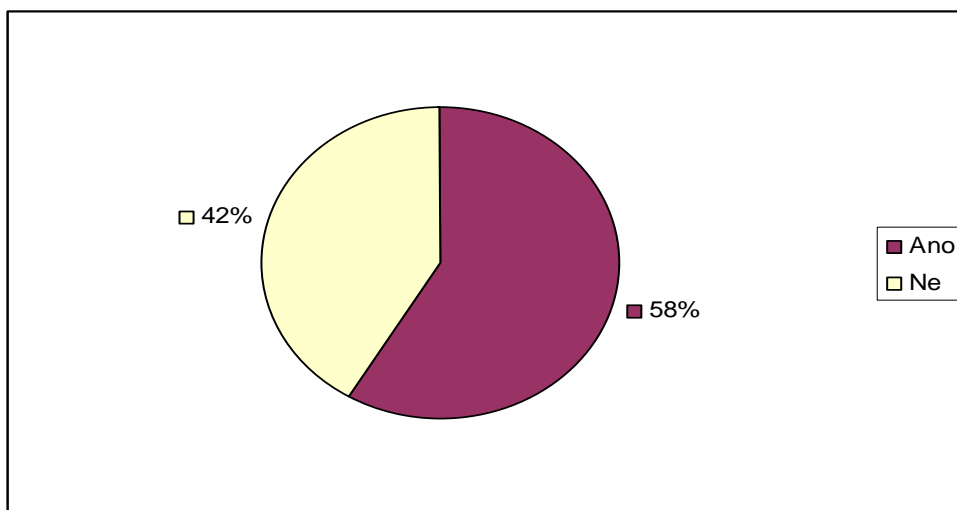
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek byly 54 (90 %) ženám podány informace lékařem o důvodech vyvolání porodu. Pouze 6 (10 %) ženám informace podány nebyly.

Graf 19 b) Povědomí klientek o důvodech vyvolání porodu po termínu



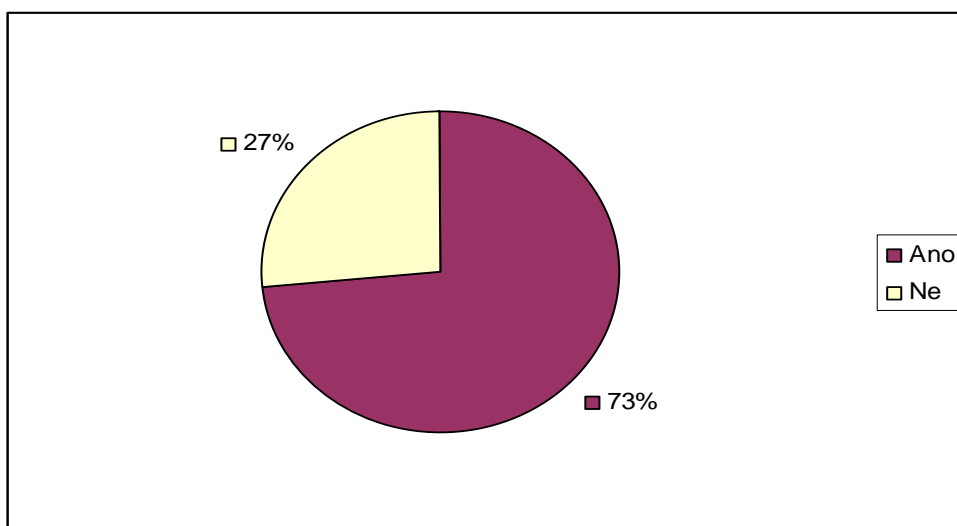
Ženy měly možnost si vybrat z více možností odpovědí. Z celkového počtu 60 respondentek 39 klientek uvedlo, že se neotevívají. Že se dařilo špatně dítěti odpovědělo 28 žen, že nemají žádné porodní bolesti byla odpověď u 26 žen, že jim neodtekla plodová voda byla odpověď u 16 žen, že nezabrala provokační injekce odpovědělo 7 žen a jiné- 2 respondentky věděly o možnosti vzniku makrosomie plodu.

Graf 20 Informovanost otce dítěte o důvodech vyvolání porodu po termínu



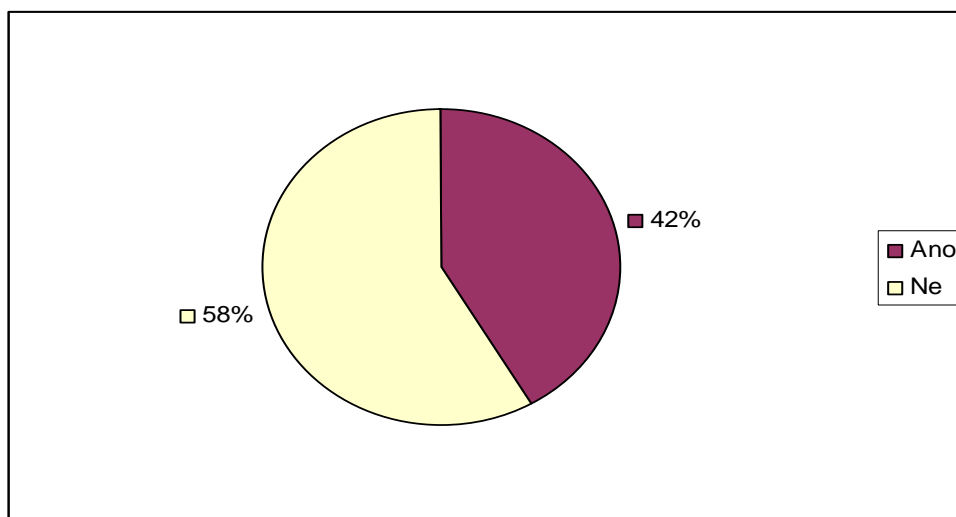
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek jich uvedlo 35 (58 %), že informace o důvodech vyvolání porodu po termínu otec dítěte měl. Dalších 25 (42 %) žen uvedlo, otec dítěte informace neměl.

Graf 21 Informovanost klientek o písemném souhlasu s vyvoláním porodu po termínu



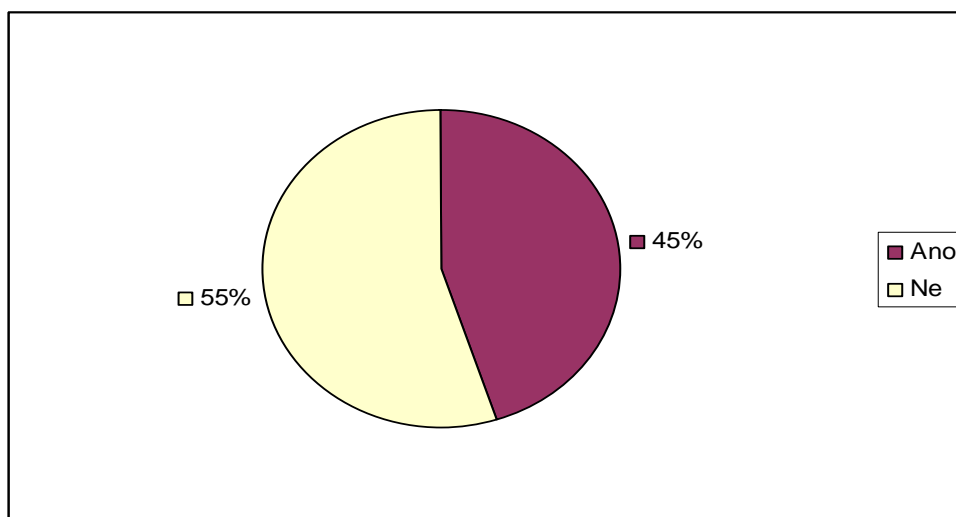
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek jich uvedlo 44 (73 %), že informace o písemném souhlasu s vyvoláním porodu po termínu měly. Dalších 25 (42 %) žen informace neměly.

Graf 22 Podepsání písemného informovaného souhlasu klientkami s vyvoláním porodu po termínu



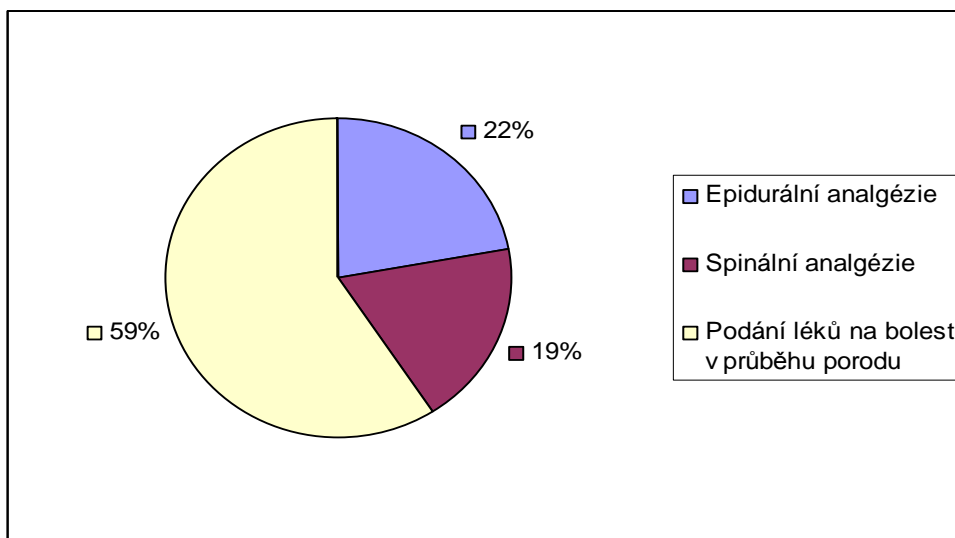
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek jich uvedlo 25 (42 %), že podepisovaly písemný souhlas s vyvoláním porodu po termínu. 35 (58 %) žen nepodepisovalo písemný souhlas.

Graf 23 a) Poskytnutí informací klientkám o analgezií během vyvolání porodu po termínu



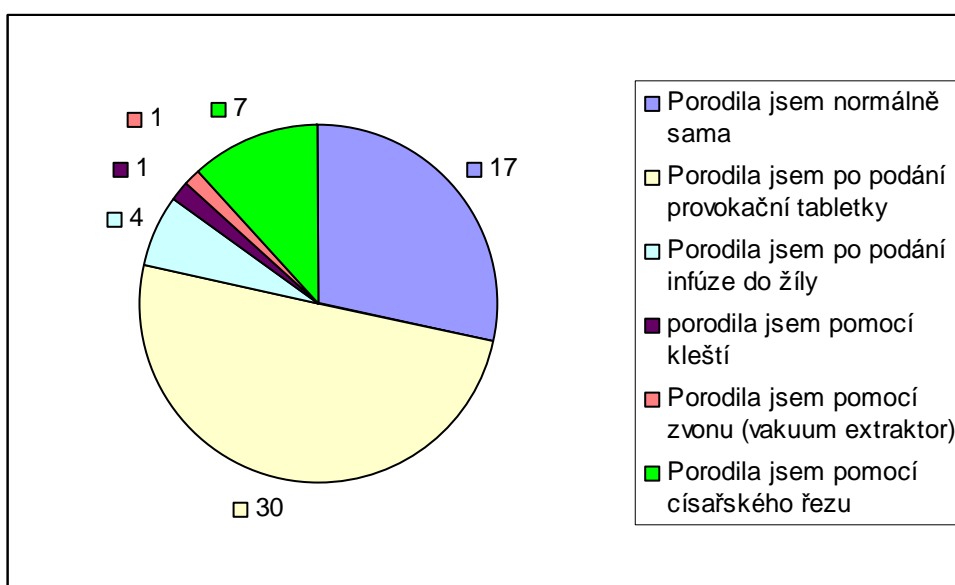
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek jich uvedlo 33 (55 %), že neměly informace o možnosti vedení potermínového porodu s analgezií. Dalších 27 (45 %) žen mělo informace o možnosti vedení potermínového porodu s analgezií.

Graf 23 b) Druhy analgezie nabídnuté ženě při vedení porodu po termínu



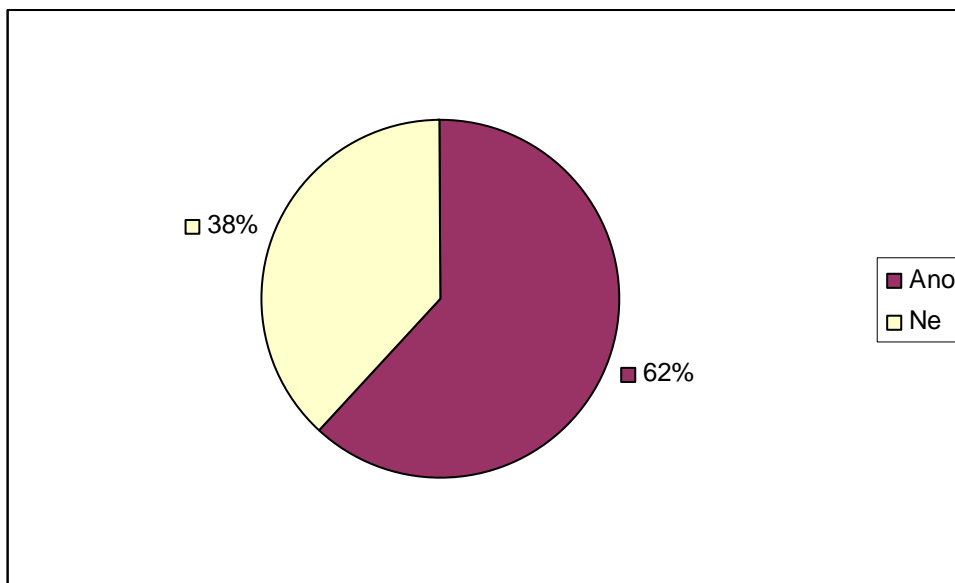
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek jich uvedlo 16 (59 %), že jim byla nabídnuta možnost podání léků na bolest, 5 (22 %) ženám byla nabídnuta spinální analgésie a 6 (19 %) ženám byla nabídnuta možnost epidurální analgezie.

Graf 24 Druhy porodů u klientek po termínu porodu



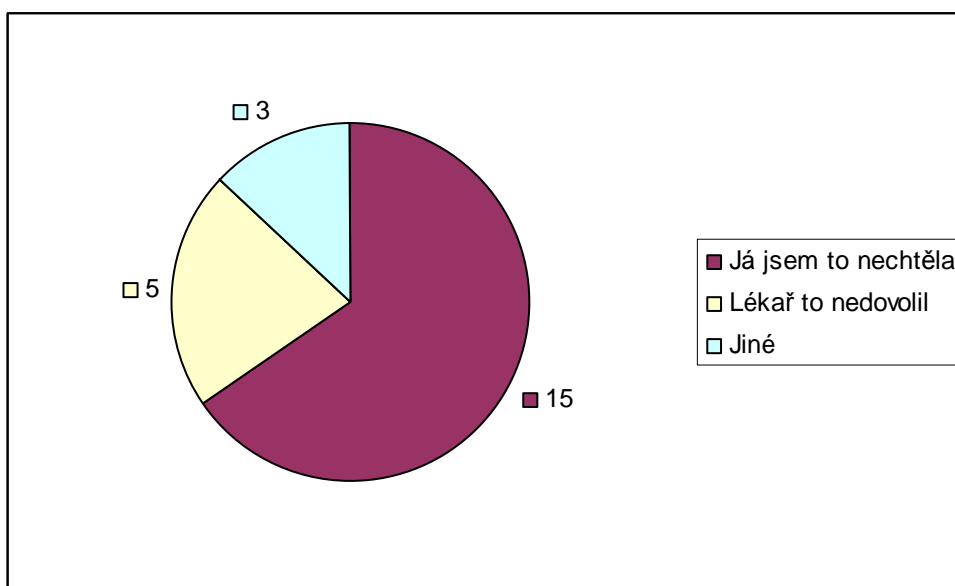
Ženy měly možnost si vybrat z více možností odpovědí. 30 žen porodilo po podání provokační tablety, 17 žen porodilo samo bez aktivního zásahu do potermínového těhotenství a 4 ženy porodily po zavedení infuze. Zbývající porody byly operační, 7 žen porodilo císařským řezem, 1 žena pomocí VEX a 1 žena pomocí kleští.

Graf 25 a) Přítomnost otce dítěte u potermínového porodu



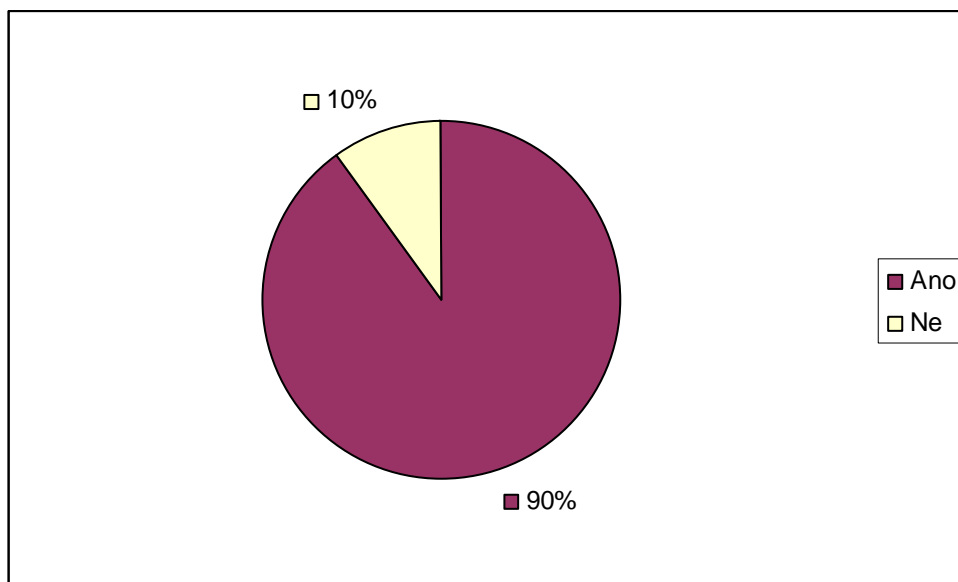
Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek jich uvedlo 37 (62 %), že měly přítomného otce dítěte u porodu. Ve 23 (38 %) případech u otec přítomen nebyl.

Graf 25 b) Důvod nepřítomnosti otce dítěte u potermínového porodu



Ženy měly možnost si vybrat z více možností odpovědí. Z celkového počtu 60 respondentek, 15 klientek o přítomnost partnera neměly zájem, 3 respondentky uvedly, že důvodem nepřítomnosti partnera byl příliš rychlý vývoj porodu a tatínkové nestihli přijet včas. 5 žen uvedlo, že to nedovolil lékař.

Graf 26 Potřebné informace u klientek o potermínovém těhotenství



Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek jich 54 (90 %) uvedlo, že měly potřebné informace o termínovém těhotenství a zbývajících 6 (10 %) žen informace nemělo.

5. DISKUSE

V bakalářské práci byly stanoveny cíle a hypotézy, které se týkaly problematiky potermínového těhotenství.

Úvod tvoří charakteristika výzkumného souboru, která se soustředila na věkové kategorie u 60 (100 %) žen (Graf 1). Ve věkové kategorii 21 – 30 let je zastoupeno 62 % respondentek. Další menší skupinou byly klientky ve věku 31- 35 let (28 %). Rodičky starší 36 a více let byly zastoupeny v 7 % a nejméně zastoupenou věkovou skupinou byly klientky ve věku 16-20 let (3 %). Druhým parametrem charakteristiky výzkumného souboru bylo vzdělání, kdy těhotné ženy udávají jako nejčastější vzdělání maturitu (42 %). 3 % žen mají základní vzdělání a ženy vyučené v učebním oboru jsou zastoupené ve 30 %. Diplomovaný obor má 17 % respondentek a vysokoškolské vzdělání mělo 8 % žen, což bylo zastoupeno nejméně (Graf 2).

Na Grafu 3 je možné vidět, že 19 (32 %) klientek ještě nerodilo, 29 (48 %) žen je tedy secundipar, 11 žen (18 %) terciipar, nejméně zastoupenou skupinou byla 1 (2 %) žena, quadrupara. Z celkového počtu 41 již v minulosti rodících respondentek, bylo 20 klientek, které již v minulosti rodily po termínu porodu. Druhou skoro stejně početně zastoupenou skupinou byly respondentky 21, které nerodily po termínu porodu. Tímto zjištěním se potvrzuje tvrzení Roztočila, že potermínové těhotenství má habituelní výskyt (Graf 4).

59 klientek tvrdí, že těhotenství trvá 40 týdnů, dalších 26 respondentek odpovědělo, že těhotenství trvá 9 kalendářních měsíců, jen 30 respondentek odpovědělo, že těhotenství trvá 10 lunárních měsíců a 15 klientek si myslí, že trvá těhotenství 280 dní. Pouze 4 ženy tvrdí, že délka těhotenství je 42 týdnů, 4, že 38 týdnů a 1 respondentka neví, jak dlouho těhotenství trvá (Graf 5). Je zajímavé zjištění, že si ženy nedají do souvislosti shodu časových údajů a to 280 dní je 9 kalendářních měsíců, ale je to také 10 lunárních měsíců i 40 týdnů.

Jak se vypočítává termín porodu nevěděla pouze 1 respondentka. Všechny ostatní dotazované maminky měly znalosti o tom, jak se vypočítává termín porodu. Celých 59 klientek zná metodu výpočtu termínu porodu dle prvního dne poslední menstruace. Další znalosti mají ženy o tom, že lze dle ultrazvuku určit termín porodu,

celých 39 žen zná tuto metodu. Určení termínu porodu podle zaznamenání prvních pohybů plodu zná 25 žen. Jen 7 maminek uvedlo jako metodu výpočtu termínu porodu dle oplodňující soulože. Další 2 ženy si myslí, že podle vaginálního vyšetření lze vypočítat termín porodu (Graf 6).

Grafem 7 bylo zjištěno, že 37 žen považuje za potermínové těhotenství takové, které trvá déle než 40 týdnů. Dalších 35 žen si myslí, že je to těhotenství delší než vypočítaný termín v jejich těhotenské průkazce. Jen 11 žen uvedlo, že se jedná o těhotenství po 41. týdnu. Žádná žena neodpověděla, že se jedná o těhotenství po 42. týdnu těhotenství. Bylo zjištěno, co ženy chápou jako pojmem potermínového těhotenství. I když Roztočil dle FIGO a WHO uvádí, že „Potermínová gravidita je definovaná jako těhotenství pokračující za hranici ukončeného 42. týdne těhotenství - více jak 294 dní“ (strana 170, 18).

Podle platných doporučení postupu z roku 2004 je vhodné sledovat těhotné v intervalu 2x za týden, což se potvrzuje jen u 60 % žen, 35 % žen bylo sledováno lékařem 1x za týden. Z varianty „jiné“ uvedlo 5 % klientek, že je jejich ošetřující lékař odeslal již k hospitalizaci nadcházející den po stanoveném termínu dle poslední menstruace (Graf 8) (27).

56 žen má povědomost o tom, že porodní asistentky sledují srdeční akci plodu, 49 žen odpovědělo, že se těhotná vaginálně vyšetřuje, stejný počet 49 žen odpovědělo, že je u klientek měřen tlak krve i pulz a 37 žen odpovědělo, že se vyšetřuje moč indikačním papírkem. Dalších 30 žen uvedlo, že se u nich sledují otoky končetin a 27 žen uvedlo, že se vyšetřuje ultrazvukem. Jen 2 klientky uvedly, že neví, jaká vyšetření se mají provádět u žen po termínu porodu (Graf 9).

Z pohledu dotazovaných žen o ně porodní asistentky pečují takto: 52 klientkám je měřen krevní tlak a pulz, 48 ženám je měřena tělesná teplota, u 55 žen jsou sledovány ozvy plodu, u 19 žen jsou sledovány otoky končetin, u 49 žen jsou sledovány porodní bolesti, u 15 žen bylo pečováno o správnou výživu, u 11 žen o dostatek tekutin a u 50 žen bylo sledováno, zda jim neotekla plodová voda (Graf 10).

Celých 85 % žen bylo informováno o vyšetřeních prováděných po termínu porodu lékařem a jen zbývajících 15 % žen informováno nebylo (Graf 11). Z celkového

počtu 60 (100 %) respondentek bylo 88 % žen posláno na vyšetření do nemocnice po termínu porodu a jen 12 % žen ne (Graf 12).

V Grafu 13 si ženy mohly vybrat z více možností odpovědí. Z celkového počtu 60 respondentek, bylo 50 žen informováno o možnosti vedení porodu po termínu lékařem, 48 žen bylo informováno porodní asistentkou, 7 žen přítelkyní, 4 ženy matkou a 2 ženy uvedly, že jim informace o možnosti vedení porodu po termínu podala sousedka.

Kdo je zdrojem informací pro ženy o potermínovém těhotenství, nejčastější odpovědí byl lékař, to odpovědělo 29 žen, v předporodní kurz odpovědělo 28 žen, z internetu získávalo informace 25 žen, v porodnici získalo informace 19 žen, z rádia 11 žen, z časopisů 2 ženy, jako jiné odpověděla 1 respondentka, že žádné informace nehledala. Dalších 6 žen řeklo, že nezískaly žádné informace (Graf 14). Jak uvádí Haškovcová, má pacient právo na informace týkající se jeho zdravotního stavu (6).

80 % žen bylo informováno o rizicích potermínové gravidity a pouze 20 % žen informace nedostaly (Graf 15 a). Bylo zjištěno, že si ženy nejvíce uvědomují riziko nedostatku kyslíku pro dítě – 48 žen, riziko infekce si uvědomuje 25 žen a pouze 7 žen ví o možnosti špatného přizpůsobení dítěte po porodu na okolní prostředí. Čtyři klientky u možnosti „jiné“ uváděly jako informace, které získaly, jako špatnou funkci placenty, velký plod a špatnou plodovou vodu (Graf 15 b).

Informace o možnostech vyvolání porodu po termínu mělo 80 % žen a pouze 20 % žen informace nemělo (Graf 16 a). Jako způsob vyvolání porodu uvedlo 49 klientek informace o zavedení provokační tabletky, 26 žen vědělo o provedení císařského řezu, 25 žen o podání provokační injekce a 13 žen mělo informace o podání provokační infúze do žíly. To odpovídá tvrzení Roztočila o možných způsobech vyvolání porodu. (Graf 16 b).

Otec dítěte byl informován o možnostech vyvolání porodu po termínu u 62 % respondentek, ale u dalších 38 % žen otec dítěte informace nedostal (Graf 17).

Graf 18 uvádí, že až 78 % žen má povědomí o alternativních možnostech vyvolání porodu a jen 22 % žen informace nemá.

Z celkového počtu 60 respondentek, je 39 žen informováno o alternativních metodách jako je pohlavní styk, o teplé sprše ví 37 žen, o chůzi do schodů ví 25 žen, o masáži bradavek ví 10 žen, o aromaterapii má informace 6 žen, o homeopatii 7 žen a o užití projímadla ví 4 ženy (Graf 19). V souladu s Roztočilem jsou i tyto metody (18).

Informace o důvodech vyvolání porodu po termínu měl otec dítěte u 58 % žen. Dalších 42 % žen uvedlo, že otec dítěte informace neměl (Graf 20).

Informace o písemném souhlasu mělo 73 % respondentek a dalších 42 % žen informace nemělo (Graf 21). Dále uvedlo 42 % žen, že podepisovaly písemný souhlas s vyvoláním porodu po termínu a 58 % žen nepodepisovalo písemný souhlas (Graf 22).

O možnosti vedení porodu po termínu s analgezií nemělo informace 55 % a dalších 45 % žen mělo informace o možnosti vedení potermínového porodu s analgezií (Graf 23 a). 59 % žen uvedlo, že jim byla nabídnuta možnost podání léků na bolest, 22 % ženám byla nabídnuta spinální analgezie a 19 % ženám byla nabídnuta možnost epidurální analgezie (Graf 23 b).

Graf 24 vypovídá o možnostech porodu po termínu. 30 žen porodilo po podání provokační tablety, 17 žen porodilo samo bez aktivního zásahu do potermínového těhotenství a 4 ženy porodily po zavedení infuze. Zbývající porody byly operační, 7 žen porodilo císařským řezem, 1 žena pomocí VEX a 1 žena pomocí kleští. Tímto je znázorněno, jak píše Čech, „že při porodu po termínu může dojít ke komplikacím a operativnímu vedení porodu“ (strana 196, 2).

62 % žen uvádí, že měly přítomného otce dítěte u porodu. V 38 % případech u porodu nebyl přítomen otec dítěte (Graf 25 a). 15 klientek o přítomnost partnera neměly zájem, 3 respondentky uvedly, že důvodem nepřítomnosti partnera byl příliš rychlý vývoj porodu a tatínkové nestihli přijet včas. 5 žen uvedlo, že to nedovolil lékař (Graf 25 b). Roztočil uvádí samé kladné důvody pro společný emocionální prožitek rodičůho páru (18).

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že 90 % žen měly potřebné informace o termínovém těhotenství a zbývajících 10 % žen informace nemělo.

Cílem prvním bylo zjistit, zda těhotné ženy znají rizika potermínové gravidity a hypotéza první to měla potvrdit. Cíl byl splněn a hypotéza byla potvrzena Grafy 15 a, b.

Cílem druhým bylo zjistit, zda těhotné ženy znají délku těhotenství a hypotézou dvě to mělo být potvrzeno, což se také potvrdilo výsledky Grafu 5.

Cílem třetím bylo zjistit, zda těhotné ženy mají znalosti, jakým způsobem se vypočítává termín porodu a hypotéza tři to měla potvrdit. Cíl byl splněn a hypotéza byla potvrzena Grafem 6 a 7.

Cílem čtvrtým bylo zjistit, zda těhotné ženy znají důvody vyvolání porodu a hypotéza čtyři to měla potvrdit, což se potvrdilo Grafy 19 a, b a 20.

6. ZÁVĚR

V kvantitativním výzkumném šetření byla zjišťována informovanost těhotných žen o těhotenství trvajícím po předpokládaném termínu porodu, kdy jsou těhotné ženy zvýšeně sledovány ambulantně nebo jsou odeslány k hospitalizaci.

Byly stanoveny čtyři cíle práce, které se splnily výsledky výzkumu. Na cíle práce byly postaveny čtyři hypotézy, které se rovněž potvrdily výsledky výzkumného šetření.

Byly zjištěny zajímavé poznatky, že mezi nejčastější příčiny potermínového těhotenství patří nepřesný výpočet termínu porodu podle 1. dne poslední menstruace, vnější faktory i genetické vlivy. Dalšími riziky v prodlouženém těhotenství jsou lineární růst hmotnosti plodu s růstem těhotenství a následující komplikace při porodu, důsledkem snižování funkce placenty zkalená plodová voda a zvýšený počet operačních porodů.

Z výzkumného šetření vyplývá, že ženy jsou dobře informované o možnostech indukce porodu po jeho termínu. Znají nejznámější možnosti výpočtu termínu porodu, tedy výpočet podle 1. dne poslední menstruace, ultrazvukové vyšetření v 10. – 12. týdnu. Za potermínovou graviditu považují nejčastěji těhotenství trvajícím po 40. týdnu těhotenství a po termínu uvedeném v těhotenské průkazce.

O rizicích v potermínovém těhotenství ví 80 % dotazovaných žen. Mezi nejudávanější rizika patří nedostatek kyslíku pro dítě, riziko infekce, špatné přizpůsobení dítěte okolním podmínkám a velký plod. Všechna uvedená rizika se týkají ohrožení plodu. V ošetrovatelské péči převládalo kardiokografické vyšetření v 19 %, sledování plodové vody v 17 %, porodních bolestí v 16 %, stavu a fyziologických funkcí těhotné ženy. V tom je role erudované porodní asistentky nezastupitelná.

Dále bylo zjištěno ve vybraném souboru, že pouze 28 % žen porodilo bez medicínského zásahu. Až 49 % porodů ve sledovaném období bylo indukováno Prostaglandiny a operativní porody činily celkem 16 % (12 % sectio caesarea, 2 % VEX a 2 % Forceps). Přirozené metody indukce, jako pohlavní styk, masáž bradavek nebo hydroterapie zná malé množství žen.

Je nutné tyto ženy informovat, že délka těhotenství je fyziologická až do 42. týdne, nikoliv do termínu porodu. Po termínu porodu se mohou vyskytnout rizika, které mohou být pravidelnými kontrolami včas podchyceny, proto není důvod se znepokojovat. Je tu třeba připomenout i psychologickou stránku ženy. Důraz je kladen na komunikaci s těhotnou ženou a jejím partnerem. Nikdy bychom neměli budoucím rodičům slibovat úspěšné ukončení porodu v daný časový údaj.

Bylo by vhodné navrhnout zpracování získaných informací formou letáků a ženy lépe poučit o přirozených metodách vyvolání porodu po termínu.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ČECH, EVŽEN, a kolektiv autorů, *Porodnictví*, 1. vydání, Grada Publishing, spol. s. r. o., Praha, 1999, ISBN: 80 – 7169 – 355 – 3
2. ČECH, EVŽEN, a kolektiv autorů, *Porodnictví*, 2., přepracované a doplněné vydání, Grada Publishing, a. s., 2006, ISBN: 80 – 247 – 1313 –9
3. ČEPICKÝ, PAVEL, a kolektiv autorů, *Kontroverze v gynekologii a porodnictví*, LEVRET s. r. o., Praha 6, 13/2004 č. 1, ISBN:1211 – 1058
4. ČEPICKÝ, PAVEL, a kolektiv autorů, *Moderní babičtví I*, LEVRET s. r. o., Praha 6, 2003, ISBN: 80 – 903183 – 5 – 5
5. ČEPICKÝ, PAVEL, a kolektiv autorů, *Postupy lege artis I*, LEVRET s. r. o., Praha 6, 13/2004 č. 4, ISBN: 1214 – 2093
6. HAŠKOVCOVÁ, H. *Práva pacientů komentované vyd.* Havířov - Město Nakladatelství Aleny Krtilové, 1996. 176 s. ISBN 80 - 902163 – 0-7
7. <http://neonatologie.cz> [staženo 2. 1. 2009]
8. <http://neonatologie.cz> [staženo 6. 1. 2009]
9. <http://www.porodnici.cz/porodnicke-operace?PHPSESSID=34d18f2e03124ec220aa1a72de380798> [staženo 19. 4. 2009]
10. <http://portal.med.muni.cz/clanek-420-zaklady-kardiotokografie-pro-porodni-asistentky.html> [staženo 6. 1. 2009]
11. <http://www.levret.cz/doskolovani/nesnaze/postupy/files/poterminov-gravidita.htm> [staženo 12. 3. 2008]
12. <http://www.mudr.org/web/apgar-skore> [staženo 8. 2. 2009]
13. <http://www.porodnici.cz/prenatalni-pece> [staženo 16.2.2009]
14. KÓNIGSMARKOVÁ, I. *Pohled české asociace porodních asistentek na spolupráci lékaře a porodní asistentky*. Porodní asistentka, Praha: 2000, roč. 3, č. 12, s. 3 – 5.
15. KOZIEROVÁ, B. ERBOVÁ, G. OLIVIERIOVÁ, R. *Ošetrovatel'stvo* 2. 1. vyd. Martin: Osveta, 1995. 1474 s. ISBN 80 - 217 - 0528 – O

16. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, spol. s.r.o., 2002. 200 s. ISBN 80 - 247 - 0179 – O
17. MAREŠOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy NANDA v doménách*. 1.vyd. Praha,Nakladatelství Grada Publishing , a. s., 2006, 264 s., ISBN 80 – 247 – 1399 – 3
18. PACHNER, F., BÉBR, R., *Učebnice pro porodní asistentky*, Praha 1932
19. ROZTOČIL, ALEŠ, a kolektiv autorů, *Moderní porodnictví*, 1. vydání, Grada Publishing, a. s., 2008, ISBN: 978 – 80 – 247 –1941-2
20. ROZTOČIL, ALEŠ, a kolektiv autorů, *Porodnictví*, 1. vydání, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001
21. ROZTOČIL, ALEŠ, a kolektiv autorů, *Vyšetřovací metody v gynekologii a porodnictví*, 1. vydání, Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998
22. ROZTOČIL, ALEŠ., JELÍNEK, J., a kolektiv autorů, *Prostaglandiny v porodnictví (soubor prací)*, 1. vydání, Z. Frömmel, Velké Němčice 34, 691 63, 1997, ISBN: 80 – 902344 –0-2
23. STADELMANN, INGEBORG, *Zdravé těhotenství přirozený porod*, One Woman Pres, 2001, ISBN: 80-86356-04-3
24. TRAPL, JIŘÍ, *Učebnice praktického porodnictví pro studující medicíny a lékaře*, Melantrich, Praha 1947
25. VELEMÍNSKÝ, M. a kol., *Vybrané kapitoly z pediatrie: pro studující ZSF JU*. 5. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 136 s. ISBN:80-7040-813-8
26. ZWINGER, A. et al., *Porodnictví*, 1. vydání, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, Praha, Katedra gynekologie a porodnictví, Ústav pro péči o matku a dítě, Praha, Galén 2004, ISBN: 80 – 7262 –257-9
27. www.9mesicu.cz [staženo 6. 1. 2009]
28. www.gyne.cz [staženo 8. 1. 2009]
29. www.levret.cz [staženo 16.2.2009]
30. www.porodnice.cz [staženo 6. 1. 2009]

31. www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/GPP_2-2005_05_C5.pdf [staženo 20. 4. 2009]

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Indukovaný porod

Porod

Porodní asistentka

Prostaglandiny

Těhotenství

Těhotná žena

9. PŘÍLOHY

9.1 Seznam příloh

Příloha 1 Dotazník pro těhotné ženy

Příloha 2 Hodnocení čípku děložního (Cervix score)

Příloha 3 Hodnocení novorozence dle scóre Apgarové

Příloha 4 Návrh standardu ošetrovatelské péče o ženu při indukovaném porodu PG

Příloha 5 Biofyzikální profil plodu podle Manninga

Příloha 6 Harmonogram prenatální péče

Příloha 1 Dotazník pro těhotné ženy

Dobrý den, nastávající maminky,
jmenuji se Miroslava Šiková a jsem studentkou 3. ročníku ZSF JČU v Českých Budějovicích, obor porodní asistentka Ráda bych Vás požádala o vyplnění dotazníku, který použiji pro výzkum ve své bakalářské práci na téma: **Informovanost těhotných žen o potermínovém těhotenství.** Dotazník je anonymní a všechny získané informace budou použity pouze pro vypracování mé bakalářské práce. Odpovědi prosím, zaškrtněte nebo doplňte.

Svojí spoluprací mi pomůžete zjistit, co vědí maminky o svém těhotenství a o tzv. potermínovém těhotenství. V budoucnu bych chtěla zlepšit případné nedostatky v informovanosti budoucích maminek v této nemocnici event. prenatalních poradnách.

Předem bych vám chtěla velmi poděkovat za strávený čas nad tímto dotazníkem.
por.as. Mirka Šiková

1. Kolik je vám let?

- a) 16 - 20
- b) 21 - 30
- c) 31 - 35
- d) 36 a více

2. Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?

- 8. základní
- 9. učební obor
- 10. maturitu
- 11. diplomovaný obor
- 12. vysokoškolské

3. Kolikrát jste již rodila?

- 2 nerodila jsem
- 3 jedenkrát
- 4 dvakrát
- 5 třikrát
- 6 čtyřikrát a více

4. Rodila jste již někdy před tímto porodem po termínu porodu?

- a) ano
- b) ne

5. Víte, jak dlouho trvá délka těhotenství?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) 280 dní
- b) 40 týdnů
- c) 42 týdnů
- d) 10 lunárních měsíců
- e) 9. kalendářních měsíců
- f) 38 týdnů

g) nevím

6. Víte, jak se vypočítá termín porodu?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) od 1. dne poslední menstruace
- b) podle ultrazvukového vyšetření
- c) pomocí vaginálního vyšetření
- d) podle data oplodňující soulože
- e) podle pohybů plodu
- f) podle výšky dělohy
- g) nevím

7. Co podle Vašeho mínění znamená pojem potermínové těhotenství?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) těhotenství po termínu porodu, který je uvedený v těhotenské průkazce
- b) těhotenství po 40 týdnu
- c) těhotenství po 41. týdnu
- d) těhotenství do 42. týdne

8. Jak často Vás lékař po termínu porodu sledoval?

- a) 1x za týden
- b) 2x týden
- c) 1x za čtrnáct dní
- d) jiné: doplňte:.....

9. Víte, jaká vyšetření se musí po termínu porodu provádět?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) vaginální vyšetření
- b) sledování srdeční akce plodu (monitor)
- c) měření krevního tlaku a pulsů
- d) vážení
- e) vyšetření moči indikačním papírkem
- f) sledování otoků na končetinách
- g) vyšetření ultrazvukem
- h) nevím

10. Jakým způsobem o Vás pečovaly porodní asistentky:

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) měřily krevní tlak a puls
- b) měřily tělesnou teplotu
- c) sledovaly ozvy plodu (natáčely monitor)
- d) sledovaly otoky na končetinách
- e) sledovaly porodní bolesti
- f) pečovaly o správnou výživu
- g) pečovaly o dostatek tekutin

h) sledovaly, zda mi neodtekla plodová voda

ch)jiné: doplňte:.....

11. Informoval Vás lékař o prováděných vyšetřeních po termínu porodu?

a) ano

b) ne

12. Poslal Vás lékař po termínu porodu na vyšetření do porodnice?

a) ano

b) ne

13. Kdo Vám podával informace o možnosti vedení porodu po termínu?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

a) lékař

b) porodní asistentka

c) přítelkyně

d) matka

e) sousedka

f) nikdo

g) jiné: doplňte:.....

14. Kde jste sama získávala informace o možnostech vedení porodu po termínu?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

2 v předporodním kurzu

3 v porodnici

4 v ordinaci lékaře

5 z rádia

6 z časopisů

7 letáků

8 z internetu

9 nezískala jsem žádné informace

ch) jiné: doplňte:.....

15 a) Měla jste informace o riziku potermínového těhotenství?

a) ano

b) ne

15 b) O jakém riziku potermínového těhotenství jste měla informace?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

a) o riziku infekce

b) o nedostatku kyslíku pro dítě

c) o špatném přizpůsobení se dítěte po porodu na okolní prostředí

d) jiné: doplňte:.....

16 a) Měla jste informace o možnosti vyvolání porodu, pokud neporodíte sama?

- a) ano
- b) ne

16 b) Pokud ano, jaké jste měla informace?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) podání provokační injekce
- b) zavedení provokační tabletky
- c) podáním provokační infúze do žíly (indukce porodu)
- d) provedení císařského řezu

17. Měl informace o možnostech vyvolání porodu i otec dítěte?

- a) ano
- b) ne

18 a) Víte, že existují alternativní způsoby vyvolání porodu?

- a) ano
- b) ne

18 b) Pokud ano, jaké znáte alternativní způsoby vyvolání porodu?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) masáž bradavek
- b) pohlavní styk
- c) teplá sprcha
- d) chůze do schodů
- e) aromaterapie
- f) homeopatie
- g) užití projímadla

19 a) Informoval Vás lékař o důvodech vyvolání porodu?

- a) ano
- b) ne

19 b) Pokud ano, jaké znáte důvody vyvolání porodu?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) nemám žádné porodní bolesti
- b) neotevírám se
- c) neodtekla mi plodová voda
- d) dařilo se špatně dítěti
- e) nezabrala provokační injekce
- f) jiné: doplňte:.....

20. Byl informován o důvodech vyvolání porodu otec dítěte?

- a) ano
- b) ne

21. Byla jste informována před vyvoláním porodu o tom, že s tím musíte písemně souhlasit?

- a) ano
- b) ne

22. Podepisovala jste souhlas s vyvoláním potermínového porodu?

- a) ano
- b) ne

23 a) Byly vám podány informace o možnosti vedení potermínového porodu s analgézií?

- a) ano
- b) ne

23 b) Pokud ano, jaká Vám byla analgézie nabídnuta?

- a) epidurální analgézie
- b) spinální analgézie
- c) podání léků na bolest v průběhu porodu
- d) jiné: doplňte:.....

24. Jakým způsobem byl porod ukončen?

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) porodila jsem normálně sama
- b) porodila jsem po podání provokační injekce
- c) porodila jsem po podání provokační tabletky
- d) porodila jsem po podání infúze do žíly
- e) porodila jsem pomocí kleští
- f) porodila jsem pomocí zvonu (vakuum extraktor)
- g) porodila jsem pomocí císařského řezu

25 a) Byl u porodu přítomen otec dítěte?

- a) ano
- b) ne

25 b) V případě, že ne, prosím, doplňte:

(Můžete zaškrtnout i více odpovědí):

- a) já jsem to nechtěla
- b) lékař to nedovolil
- c) porodní asistentka to nedovolila
- d) jiné:.....

26. Myslíte si, že jste měla všechny potřebné informace o potermínovém těhotenství?

- a) ano
- b) ne

Příloha 2 Hodnocení čípku děložního (Cervix scóre)**Tabulka 1 Cervix scóre**

CS - body	0	1	2
Výška naléhající části	nad vchodem	naléhá	vstouplá
Zkrácení čípku	ne	o 1/2	spotřebován
Prostupnost čípku	uzavřen	1 cm	více než 1 cm
Konzistence čípku	tuhý	polotuhý	měkký
Směr čípku	sakrálně	mediosakrálně	v ose pochvy

Zdroj: ROZTOČIL, ALEŠ, a kolektiv autorů, *Moderní porodnictví*, 1. vydání, Grada Publishing, a. s., 2008, ISBN 978 – 80 – 247 –1941-2.

Příloha 3 Hodnocení novorozence dle skóre dle Apgarové

Skóre podle Apgarové se používá k posouzení poporodní adaptace novorozenců. Bylo vytvořeno k rychlému hodnocení fyziologických funkcí novorozence a zhodnocení nutnosti další lékařské péče. Skóre bylo navrženo v roce 1952 anestezioložkou Virginíí Apgarovou. Pro lepší zapamatování se někdy používá i akronym Activity, Pulse, Grimace, Apppearance, Respiration. Skóre dle Apgarové se obvykle hodnotí v 1. a 5. minutě po porodu a posuzuje se celkem 5 faktorů, které jsou uvedeny (včetně bodového hodnocení) v následující tabulce. Maximální součet bodů je 10, normální hodnota v 1. minutě je 8 a více bodů.

Tabulka 2 Hodnocení novorozence dle skóre dle Apgarové

Body	0	1	2
Akce srdeční	žádná	<100/min	>100/min
Dýchání	nedýchá	nepravidelné, pomalé, případně lapání po dechu	pravidelné, případně s křikem
Svalový tonus	těžká hypotonie, extenze končetin	snížený tonus, ale určitý stupeň flexe končetin přítomen	normální tonus, flexe končetin a aktivní pohyb
Barva kůže	celková cyanóza nebo bledost	akrocyanóza	růžová
Reakce na podráždění	žádná	chabá, grimasa	obranný pohyb, případně křik

Tabulka 3 Výsledky hodnocení klinického stavu novorozence

Apgar skóre	Klinický stav
8 - 10	Normální novorozenec
7 - 4	Nutná krátkodobá lékařská pomoc
2 - 3	Nutná léčba
0 - 1	Mrtvý novorozenec

Zdroj: <http://neonatologie.cz> [staženo 6.1.2009].

**Příloha 4 Návrh standardu ošetrovatelské péče o ženu při indukovaném porodu
PG**

Nemocnice Strakonice, a.s.

STANDARDNÍ OŠETŘOVATELSKÝ POSTUP č. 1

**PACIENTCE JSOU ODBORNĚ ZAVEDENY PG ZA ÚČELEM
PREINDUKCE NEBO INDUKCE PORODU.**

<i>Charakteristika standardu</i>	Standardní ošetrovatelský postup
<i>Cíl standardu</i>	Pacientce jsou odborně zavedeny PG za účelem preindukce nebo indukce porodu plodu.
<i>Skupina péče</i>	Těhotné ženy s potřebou vyvolat pravidelné kontrakce děložní
<i>Cílová skupina</i>	Lůžkové oddělení šestinedělí, porodní sál nemocnice.
<i>Poskytovatelé péče, pro něž je standard závazný</i>	Porodní asistentky, které získaly kvalifikaci dle zákona č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů. Porodní asistentky specialistky v rozsahu získané specializace, lékaři
<i>Odpovědnost za realizaci</i>	Vedoucí pracovníci na úseku ošetrovatelské péče
<i>Platnost standardu od:</i>	1.1.2009
<i>Frekvence kontroly</i>	1 x za 2 roky
<i>Revize standardu provedena dne:</i>	
<i>Kontrolu vykoná</i>	Manažer/ka ošetrovatelství (manažer/ka kvality ošetrovatelské péče, hlavní sestra, vrchní sestra, staniční sestra)
<i>Kontaktní osoba</i>	Miloslava Bláhová – vrchní sestra
<i>Odborný garant</i>	Prim.MUDr.Alfred DÖRR, CSc.
<i>Schválil</i> <i>Náměstek pro ošetrovatelskou péči – hlavní sestra</i>	Bc. Marie Janoušková

**PACIENTCE JSOU ODBORNĚ ZAVEDENY PG ZA ÚČELEM
PREINDUKCE NEBO INDUKCE PORODU.**

Úvod

Indukce porodu je definována jako vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení těhotenství v souladu s životaschopností a stářím plodu, za předpokladu, že je děložní svalovina klidná a nejsou přítomny pravidelné kontrakce.

Prostaglandiny (PG) PG E2, PG F2-alfa jsou součástí homogenní skupiny prostanoidů, jedná se o tkáňové mediátory působící v místě vzniku a metabolismu. Klinické využití v porodnictví vychází z dvojího účinku na děložní tkáň, a to jednak na aktivaci zracích pochodů v děložním čípku, dále na vyvolávání myometrální kontraktility.

Indikace, relativní indikace a kontraindikace

Indikace

- prodloužené těhotenství po vypočítaném termínu porodu
- diabetes mellitus matky
- více jak 24 hodin po odtoku plodové vody bez spont. nástupu děložních kontrakcí
- Rh- izoimunizace při stoupajícím titru protilátek
- hypertenzní a renální onemocnění v graviditě (preeklampsie, esenciální hypertenze, chronická glomerulonefritida, chronická pyelonefritida)
- hypotrofie plodu po neúspěšné konzervativní terapii po normálním výsledku zátěžového testu

Relativní indikace

- relativní indikace při špatné porodnické anamnéze (úmrtí plodu v těhotenství, léčená sterilita, mrtvý plod)
- překotný porod v anamnéze
- indikace sociální u pacientek v termínu, kdy nemáme zaručenou péči o rodičku při začátku porodu
- geografická indikace u pacientek, pro které je vzhledem k místu bydliště obtížná dosažitelnost
- programovaný porod

Kontraindikace

- Absolutní kontraindikace** - stavy, kde je kontraindikováno vaginální vedení porodu
- kefalopelvická disproporce
 - akutní asfyxie plodu
 - akutní porodnické krvácení
 - stavy po rekonstrukčních operacích malé pánve,

myomektomii
- přecitlivělost na indukční preparát

Relativní kontraindikace

- nepřipravenost organismu matky k nástupu porodní činnosti (nezralé hrdlo)
- astma bronchiale, glaukom, tuberkulóza a ulcerózní kolitida matky

Definice

Indukce porodu plodu prostaglandiny umožňuje zrání děložního čípku hodnotitelné dle CS nebo vyvolání myometrální kontraktility vedoucí k porodu plodu.

Ošetrovatelská péče o ženu při indukci porodu prostaglandiny zahrnuje holisticky přístup k pacientce. S ohledem na bio-psycho-sociálně- spirituální složky osobnosti rodící ženy.

Cíl standardu

Pacientce jsou odborně zavedeny PG za účelem preindukce nebo indukce porodu plodu.

KRITÉRIA STRUKTURY

S1 Kompetentní osoby k výkonu

- lékař
- porodní asistentka
- porodní asistentka – s PSS, Bc., DiS.

S2 Pomůcky

- TBL Prostine E2
- vyšetřovací rukavice, Mesocain gel, emitní miska
- amnioskop
- sterilní vložka po zavedení tbl. v případě výtoku ženy
- CTG monitor, vodivý gel, buničina, emitní miska
- k měření FF (TK- fonendoskop+ tonometr, P- hodinky s vteřinovkou, TT- teploměr)
- ultrazvuk, vodivý gel, buničina, emitní miska
- pomůcky k běžné přípravě k porodu
 - klyзма- gumové rukavice, jednorázový set na klyзма, buničina, emitní miska
 - holení- gumové rukavice, jednorázové holítko, tekuté mýdlo, buničina, emitní miska

S3 Dokumentace

Dekurz, porodpis, těhotenská průkazka, informovaný souhlas s výkonem

S4 Prostředí

Porodní sál, vyšetřovna porodního sálu

KRITÉRIA PROCESU

Ošetrovatelský postup

před výkonem

- PA doporučí ženě před výkonem **sprchu a vymočení**.
- PA **ověří totožnost** pacientky a dotazem **zjistí případné potíže** ženy.
- PA **seznámí** ženu s **postupem a průběhem** děje.
- PA **odpovídá na otázky** pacientky.
- **Lékař poučí ženu a spolu před výkonem podepíše IS.**

při / během výkonu/ po výkonu

32. PA vyzve ženu, aby se **položila na gyn. vyšetřovací stůl**.
33. Lékař pomocí sterilní rukavice (a nebo i) amnioskop **zavede** intracervikálně, intraamniálně nebo paracervikálně **Prostine E**
34. PA **asistuje** po celou dobu výkonu **lékaři**.
35. PA **uloží klientku na lůžko**, kde leží 1 hodinu, aby došlo k potřebnému vstřebání účinné látky.
36. PA po celou dobu pobytu ženy na porodním sále- **dle ordinace lékaře sleduje FF, intenzitu a pravidelnost KD, OP plodu, vaginální nález** na čípku- brance děložním (dle CS- viz. příloha 1).
37. PA všechna svoje zjištěná měření **FF pečlivě, chronologicky zaznamenává do dokumentace pacientky**.

záznam do dokumentace

38. **Lékař zapíše** do dekurzu pacientky **datum a čas** provedeného výkonu, **podpis a razítko**.
39. **Lékař naordinuje další** požadovaná **vyšetření** (za 1 h od zavedení tbl. natočit kontrolní ctg, případně doplňující odběry biologického matr.)

Komplikace

Hypertonie dělohy, hyperkontraktilita

Abrupce placenty

Fetální distres a hypoxie plodu, bradykardie plodu

Zvláštní upozornění

Důležitým úkolem PA během výkonu je monitorace plodu pomocí CTG, včasné a správné posouzení natočeného záznamu, aby nedošlo k rozvoji **fetální hypoxie** a tím možnosti poškození nebo odumření plodu. Po natočení záznamu předat lékaři k zhodnocení a podepsání CTG křivky, v případě zjištěné patologie během záznamu **ihned informovat lékaře**.

Vaginálním vyšetřením sledovat dilataci děložního hrdla v závislosti na činnosti dělohy a celkový průběh porodu.

Psychická podpora ženy, empatický a citlivý přístup personálu.

Edukace klientky.

KRITÉRIA VÝSLEDKU

V1 Pacientka byla informována o zavedení PG.

V2 Lékař poučil pacientku a byl podepsán IS.

V3 Pacientka byla uložena ve vyšetřovací poloze na gyn. stole.

V4 Pacientce byla odborně zavedena tbl. Prostinem E2 lékařem.

V5 CTG záznam byl zhotoven dle ordinace lékaře.

V6 CTG záznam byl zhodnocen lékařem a jeho zhodnocení bylo zapsáno do dokumentace.

V7 PA, lékař pečlivě, chronologicky zaznamenávají průběh porodu, vag. vyš., naordinované léky- podané léky pacientce do její dokumentace

V8 Indukce porodu byla úspěšná a vyvolala pravidelné kontrakce děložní, vedoucí k porodu plodu nebo došlo k preidukci (zrání) hrdla děložního – CS se zvýšilo o 2 body a za dalších 24 hod nastoupily pravidelné KD nebo se pokračovalo s indukci Prostinem E2 dále.

Prostaglandiny v porodnictví- Doc. MUDr. A. Roztočil, CSc., Doc. MUDr. J. Jelínek, CSc., a kolektiv

Zpracovala

Miroslava Šiková – porodní asistentka

Zdroj: Vlastní návrh standardu

Příloha 5 Biofyzikální profil plodu podle Manninga

Tabulka 4 Biofyzikální profil plodu podle Manninga

<i>Biofyzikální parametr</i>	<i>Normální (skóre 2 body)</i>	<i>Abnormální (skóre 0 bodů)</i>
<i>dýchací pohyby plodu (FBM)</i>	Nejméně jedna epizoda RBM z 30 s během 30 minut pozorování ultrazvukem.	Apnoe nebo žádná epizoda FBM z 30 s během 30 min pozorování ultrazvukem.
<i>velké pohyby plodu</i>	Nejméně 3 zřetelné pohyby těla končetin během 30 min.	2 nebo méně epizod pohybů za 30 minut.
<i>svalový tonus</i>	Nejméně jedna epizoda aktivní extenze těla nebo končetin s návratem do flexe během 30 min. Otvírání a zavírání ruky.	Buď pomalá extenze s návratem do částečné flexe, nebo pohyb plně extendovanou končetinou.
<i>reaktivní kardiokografická křivka</i>	Nejméně 2 epizody akcelerace FHR (>15 tepů/min/trvání ≥ 15 s) doprovázející pohyby plodu během 30 min.	Méně než 2 epizody akcelerace FHR nebo akcelerace < 15 tepů/min za 30 min.
<i>kvalitativní určení množství plodové vody</i>	Nejméně jedno depo („kapsa“) plodové vody s průměrem ≥ 2 cm ve dvou rovinách.	Buď žádné depo plodové vody nebo depo < 2 cm ve dvou rovinách.

FBM - dýchací pohyby plodu, fetal breathing movements

FHR – srdeční frekvence plodu

Zdroj: www.zdravcentra.cz/cps/rde/xbcr/zc/GPP_2-2005_05_C5.pdf [staženo 20. 4. 2009].

Příloha 6 Harmonogram základní prenatální péče

Načasování kontrol těhotné a všeobecný screening jsou uvedeny v tab. 5,6,7. U rizikového nebo patologického těhotenství, pokud není žena odeslána k hospitalizaci, jsou pak stanoveny kontroly podle rozhodnutí lékaře individuálně. Častější kontroly jsou nutné zejména při opoždění růstu plodu po 32. týdnu těhotenství s možností rozvoje intrauterinní růstové retardace (IUGR) a u zatížené porodnické anamnézy.

Tabulka 5 Časování kontrol v těhotenství	
Povinné	Doporučené
do 22. týdne po 6 týdnech	do 22. týdne po 6 týdnech
23. - 36. týden po 4 týdnech	23. - 32. týden po 4 týdnech
37. - 40. týden po 1 týdnu	33. - 36. týden po 3 týdnech

Tabulka 6 Všeobecný screening jednorázový	
Povinný	Doporučený
krevní skupina + Rh-faktor, BWR	
HIV	
vyšetření v zrcadlech (kolposkopie, cytologie)	
palpační vyšetření vagíny + pánve (pánevní rozměry)	
EKG	TORCH (toxoplazmóza, rubeola, cytomegaloviróza, herpes simplex)
triple test (AFP, hCG, E ₃) v 16. týdnu těhotenství	screening fenylketonurie
OGTT (24. týden)	
bakteriologická kultivace z hrdla (36. týden) se zvláštním zaměřením na streptokoky skupiny B	
Sérologie hepatitidy B (HBsAg)	

Bakteriologická kultivace z děložního hrdla je indikována u všech fyziologických těhotenství ve 36. týdnu. Toto vyšetření je nutno provést i při prvních příznacích předčasného porodu k vyloučení infekce, jedné z hlavních příčin předčasné děložní činnosti. Vyšetření EKG je nutné u všech těhotných žen, neboť nelze vyloučit řešení akutních stavů v těhotenství a během porodu. Křivka EKG je nutná zejména u žen s chorobami srdce a u žen obézních.

Tabulka 7 Všeobecný screening opakovaný	
Povinný	Doporučený
krevní obraz (I. trimestr + 36. týden)+2. náběr BWR	
moč (bílkovina, cukr, aceton, krev)	
TK, tělesná hmotnost + přírůstek	gravidometrie (fundus- spona)
zevní porodnické vyšetření, ozvy plodu	
vaginální kontrola (4 - 5x za těhotenství)	pohyby plodu (od 36. týdne)
ultrazvuk minimálně 2x (18. - 22. a 28. - 32. týden)	
protilátky anti_D (12., 24. a 32. týden) u Rh neg. těhotných	

U žen s rizikovým a patologickým těhotenstvím je nutno postupovat individuálně.

Zdroj: <http://www.porodnice.cz/node/3669> [staženo 22. 4. 2009].