

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Problematika těhotenství u žen po 35. roce života

Vedoucí práce

Mgr. Judita Soukupová Maříková

Autor práce

Lucie Ledvinová

2010

Challenges of gravidity at the age of 35 and after

Though medicine and nursing care have been advancing steadily, everybody is well aware that gravidity in older women poses certain risks, and after the 35th year of age it is not completely trouble-free. At the early stages of gravidity the fetus is endangered by a range of congenital defects of development. The expectant mother can experience problems not only during her pregnancy but also throughout the delivery itself. The pregnancy period may be accompanied by bleeding with the threat of possible miscarriage, premature delivery or some other serious complications looming.

The paper aimed at finding whether women in the reproductive age were informed about the hazards of pregnancy after the age of 35; whether women used the method of in-vitro fertilization (IVF); what was the reason behind their decision to put off conception beyond the 35th year of age; and, finally, which nursing problems (nursing diagnoses) emerged attributable to the after-35 gravidity.

The survey employed quantitative and qualitative methods. The quantitative investigation followed two objectives and examined two hypotheses. To obtain the required information, the survey relied on an anonymously completed questionnaire. The qualitative investigation pursued two objectives and research inquiries. The data were gathered through interviews and documentation processing.

Both the objectives have been accomplished. Hypothesis 1: women within the age of fertility are familiar with the risks posed by the after-35 gravidity - confirmed. Hypothesis 2, not confirmed, expected women older than 35 years not to use the IVF method.

With the research questions answered and the qualitative survey results evaluated, the author formulated these hypotheses: (1) Some women became pregrant after the age of 35 as they were unable to conceive earlier; (2) a difficulty that nurses have to tackle in the over-35 women is fatigue.

The results of the paper could be beneficial for midwives or students in their future encounters with this subject, topical even today. The paper could also be found instructive by mothers contemplating gravidity after the age of 35.

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Problematika těhotenství u žen po 35. roce života vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích 6. 5. 2010

.....

PODĚKOVÁNÍ

Touto cestou bych chtěla poděkovat všem, kteří mi pomáhali s bakalářskou prací.

OBSAH

1. SOUČASNÝ STAV	5
1.1 Porodnost v České Republice	5
1.1.1 Faktory ovlivňující porodnost a plodnost.....	6
1.1.2 Definice těhotenství, fertility a infertility.....	7
1.1.2.1 <i>Metoda asistované reprodukce</i>	7
1.1.2.2 <i>Psychická stránka ženy při neplodnosti</i>	8
1.2 Rizikové těhotenství	8
1.2.1 Rizikové faktory pro matku.....	9
1.2.2 Rizikové faktory pro plod.....	10
1.3 Rizikové těhotenství po 35. roku života	10
1.4 Rizika pro matku	11
1.4.1 Hrozící potrat.....	12
1.4.1.1 <i>Úloha porodní asistentky v péči o ženy s hrozícím potratem</i>	13
1.4.2 Předčasný porod (partus praematurus).....	14
1.4.2.1 <i>Úloha porodní asistentky v péči o ženy s předčasným porodem</i>	15
1.4.3 Krvácení v těhotenství.....	15
1.4.3.1 <i>Úloha porodní asistentky v péči o ženy při krvácení v těhotenství</i>	16
1.4.4 Gestační diabetes mellitus (GDM).....	17
1.4.4.1 <i>Úloha porodní asistentky v péči o ženy při Gestačním diabetu mellitu (GDM)</i>	18
1.4.5 Operační porod - Sectio Caesarea (s.c.).....	19
1.4.5.1 <i>Úloha porodní asistentky v péči o ženu při Sectio Caesarea</i>	20
1.5 Rizika pro plod	21
1.5.1 Vrozené vývojové vady plodu - Downův syndrom, Patauův syndrom, Edwardsův syndrom.....	21
1.5.2 Vrozené vývojové vady srdce plodu.....	23
1.5.3 Rozštěpové vady, defekt neurální trubice.....	24
1.6 Vyšetřovací metody u žen s fyziologickým těhotenstvím	25
1.7 Vyšetřovací metody u žen s rizikovým těhotenstvím	26

1.7.1	Amniocentéza (AMC).....	26
1.7.2	Biopsie choria (CVS).....	28
1.7.3	Kordocentéza (KDC)	29
1.8	Sledování rodičky ambulantně	29
1.9	Sledování rodičky při hospitalizaci	30
1.10	Ošetrovatelský proces.....	30
1.10.1	Ošetrovatelský proces na oddělení rizikového těhotenství dle Oremové a Gordonové	31
1.10.2	Vybrané ošetrovatelské diagnózy vztahující se k věku 35 let u těhotné	33
2.	CÍLE PRÁCE	35
2.1	Cíle práce	35
2.2	Hypotézy	35
2.3	Výzkumné otázky.....	35
3.	METODIKA.....	36
3.1	Metodika	36
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	36
4.	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	38
4.1	Výsledky kvantitativního šetření.....	38
4.2	Kazuistiky respondentek.....	56
4.2.1	Kazuistika 1	56
4.2.2	Kazuistika 2	59
4.2.3	Kazuistika 3	62
4.2.4	Kazuistika 4	65
4.2.5	Kazuistika 5	68
4.2.6	Kazuistika 6	71
4.2.7	Kazuistika 7	75
4.2.8	Kazuistika 8	78
4.3	Výsledky rozhovorů respondentek.....	81
5.	DISKUZE	88
6.	ZÁVĚR	96

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	98
8. KLÍČOVÁ SLOVA.....	101
9. SEZNAM PŘÍLOH.....	102

ÚVOD

V dnešní moderní době, kdy je medicína a ošetrovatelská péče v překotném vývoji, se už asi nikdo nezastaví nad tím, zda má těhotenství ve vyšším věku nějaká rizika. Všude se dočítáme, jaké udělali vědci a lékaři pokroky v medicíně. Jak matka, která nemůže otěhotnět, zázračnou metodou otěhotněla a mnohé další zázraky pro náš vývoj jistě užitečné. Navázala se důležitá spolupráce porodníků a neonatologů. Změnil se přístup v ošetrovatelské péči k těhotné, k porodu a k novorozenci. Dnes je pro společnost důležité vzdělání, dokonalá práce, kdy ženy mohou cestovat a mnohé další možnosti, které se v dřívější době nedaly uskutečnit. Proto už nás asi nezaskočí těhotná, která je starší 35let. Ale ani těhotenství v tomto věku není zcela bezproblémové. U těhotné se mohou vyskytnout problémy nejen v těhotenství ale i u samotného porodu. V těhotenství může dojít ke krvácení, k hrozícímu potratu, k předčasnému porodu a při porodu k operačnímu porodu. Další riziko je ohrožení vývoje a života plodu různými vrozenými vývojovými vadami. K tomu všemu může dojít i přes vynikající lékařskou a ošetrovatelskou péči zdravotníků. Abychom předešly takovýmto problémům, je důležitý lékařský dohled již v době těhotenství.

Návrh na bakalářskou práci na téma „Problematika těhotenství u žen po 35. roce života“ vznikl při provádění praxe na gynekologicko-porodnickém oddělení, kdy jsem si všimla, jako i ostatní lidé, že se v dnešní společnosti posouvá věková hranice těhotenství u žen. Toto téma se mi zdálo zajímavé i aktuální a proto jsem chtěla proniknout do podstaty této problematiky. Bylo by zajímavé zjistit, zda jsou v dnešní době ženy informovány o této problematice a ví, že je těhotenství po 35. roce života považováno za rizikové. Zároveň bych chtěla touto prací poukázat na některé problémy, které se vztahují, jak k věku, tak k těhotné, tak i k plodu.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 *Porodnost v České Republice*

V posledních letech rapidně vzrostl počet žen, které mají děti v pozdějším věku. Před dvaceti lety jedna žena z padesáti porodila své první dítě kolem 35 let či později. Před deseti lety to byla jedna z patnácti a dnes je to každá pátá. Dříve výjimka, kterou se označovaly „pozdní rodičky“, je dnes už takřka běžné. Od roku 1918 se neustále systematicky snižuje porodnost v České republice a také se mění věková hranice porodnosti. Postupně se snižuje porodnost u mladých matek ve věku do 20 let a to od 80. let. Od roku 1920 se střídaly vrcholy a poklesy v počtu narozených dětí mezi věkovou hranicí žen 20 – 24 let a 25 – 29 let. Dlouhodobý trend snižování porodnosti se výrazně projevil po roce 1992, kdy bylo 121 705 živě narozených dětí, oproti roku 1980, kdy bylo živě narozených dětí 153 801. Největší porodnost byla hlavně ve věkové skupině rodiček 20 - 24 let a to bylo 53 614 narozených dětí (34, 35).

Nadále pokračoval trend snižování porodnosti a v roce 1994 bylo nejméně živě narozených dětí (106 579) od roku, kdy je porodnost v Čechách, na Moravě a ve Slezsku sledována, což bylo od roku 1785 a opět ve věkové kategorii 20 – 24 let. Ani rok 1995 nebyl v porodnosti úspěšný a i nadále klesá porodnost živě narozených dětí na 96 097. V tomto roce a v roce 1994 podruhé od roku 1918 převýšil počet zemřelých dětí počet narozených. Česká republika se v mezinárodním srovnání porodnosti dostala v Evropě na poslední místa. Živě narozených dětí v roce 1996 bylo 90 446 a tím se úhrnná plodnost dostala pod hranici prosté reprodukce. V roce 1997 klesla porodnost u žen mladších 25 let a naopak se postupně zvyšuje u žen 25 – 29 let. Ženy odsouvají nejméně o 5 let narození dítěte, a to prvního nebo dalšího do pozdějšího věku. Počet živě narozených dětí klesl v roce 1999 pod 90 tisíc (34, 35).

Rok 2000 přinesl výrazné posunutí věkové hranice rodiček z 20 – 24 let (28 898) na 25 – 29 let (37 467) a také se zvyšuje porodnost u 30letých a starších žen (4 822). Snižuje se počet rodiček pod 20 let. Po předchozím hlubokém poklesu porodnosti se od roku 2001 počet narozených dětí zvyšuje, kdy se v roce 2004 narodilo 97 664 dětí. V roce 2002 výrazně stoupl nárůst porodnosti u žen ve věku 25 – 29 let (41 257), kdy je

od roku 1997 zaznamenán největší počet narozených dětí. Zároveň se zvyšuje porodnost u žen 30 - 34 let, což není moc příznivé. Poprvé došlo ke zvýšení porodů u dívek 17 a 18 let i mladších a to je z hlediska společenského i porodnického dnes méně žádoucí. V roce 2003 se zvýšil méně vhodný nárůst dětí narozených ženám ve věku 30 – 34 let (20 964). Ale i u žen 35let a žen starších (6 008), které jsou řazeny do rizikových skupin těhotných. To vede k narůstání těhotenských i porodních komplikací a vznikají rizika nejen pro matku, ale i pro plod. Z toho vyplývá, že v roce 2006 je každá čtvrtá rodička z deseti starší 30 let. Tento trend porodnosti ve vyšším věku 30 – 34 let, 35 let a starší (Příloha 3) přetrvává až do současné doby (34, 35).

1.1.1 Faktory ovlivňující porodnost a plodnost

Na přesouvání věkové hranice porodnosti má vliv mnoho faktorů, které se prolínají. K těmto faktorům působící na věkovou hranici porodnosti hlavně patří odkládání manželství z důvodu větší příležitosti vzdělávání, cestování i pracovních příležitostí a to vede mnohé páry k nesezdanému soužití, ale také se tím oddaluje věková hranice porodnosti. Samozřejmě záleží na demografické oblasti, odlišných kulturních tradicích, náboženských vlivech, psychice mladých lidí, rozvodovosti, sociálního postavení a v dnešní době je trendem i velmi nepříznivá ekonomická a bytová situace (9, 34).

Kdy je ten pravý čas stát se rodičkou a matkou je dilema 21. století. Ženy odkládají mateřství do vyššího věku s očekáváním, že budou zralejší, budou žít ve stálém partnerském vztahu, najdou životní vyrovnanost a budou finančně zajištěné. Mnohé ženy se stále udržují ve fyzické a psychické kondici, ale netuší, že jejich vaječníky nejsou ve stejné kondici jako ony. Po celé fertlní období ženy není plodnost stejná. Největší schopnost otěhotnět má žena mezi 20. – 30. rokem života, kdy má všechny fyzické a psychické předpoklady pro otěhotnění. Po 35. roku života schopnost otěhotnět podstatně klesá. Vaječníky stárnou mnohem rychleji než jiné orgány, čím je žena starší, tím méně vajíček se tvoří. I vazy dělohy ve vyšším věku rodičky ztrácí svoji pružnost a následkem bývá pokles dělohy, ale i přední a zadní stěny poševní. Kvůli prodělaným zánětům a neléčeným infekcím se mohou stát vejcovody neprůchodné a

plodnost ženy se tak snižuje. Menstruační a tím i ovulační cyklus se stává nepravidelný (2, 14, 19, 32).

Ani žádný muž není permanentně schopen oplodnit ženu, protože tvorba semenných buněk kolísá jak do kvality, tak i do kvantity. Třicetiletá zdravá žena má 20% pravděpodobnost, že otěhotní do měsíce od pokusů s partnerem otěhotnět. U 40leté zdravé ženy je pravděpodobnost otěhotnění 5 % (14, 32). „Biologické hodiny umlčet nejdu (s. 18, 32).“

1.1.2 Definice těhotenství, fertility a infertility

„Těhotenství je období života ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu. Těhotenství začíná splynutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu. Období těhotenství se dělí na oplození, implantaci, nidaci a vývoj plodového vejce. Toto období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, tj. 280 dní (s. 70, 28).“

Fertilita dle WHO znamená dosažení těhotenství během 2 let nechráněného pohlavního styku. Žena je schopna přivést na svět dítě, donosit a porodit jej (5, 27).

Infertilita znamená, když žena bez problémů otěhotní, ale není schopna donosit a porodit životaschopný plod. Příčinou bývají vývojové anomálie dělohy, myomy, defekty endometria, vrozená nebo získaná inkompetence hrdla děložního nebo opakovaný předčasný nástup děložní činnosti (5, 29).

1.1.2.1 Metoda asistované reprodukce

Nedojde-li k otěhotnění ani po odstranění zjištěných příčin či poruch, které nelze řešit, lékař navrhne metodu asistované reprodukce. „Asistovaná reprodukce je obor medicíny, který pracuje mimo tělo člověka se spermii, vajíčky a embryi s cílem oplodnění ženy (s. 10, 29).“ Většina postupů asistované reprodukce vede k prevenci či léčbě neplodnosti. Používané metody asistované reprodukce jsou arteficiální inseminace (AI), in vitro fertilizace a embryotransfer (IVF ET), intracytoplasmic sperm injection (ICSI), kryokonzervace gamet a embryí, mikromanipulace a dále jsou to programy darování gamet a embryí (31).

1.1.2.2 Psychická stránka ženy při neplodnosti

Neplodnost je velkou zátěží pro postiženou dvojici i celou společnost. Je to stresující situace, která zasahuje do všech oblastí v životě dvojice, někdy bývá i důvodem rozvodu. U mnohých žen může stav nedobrovolné bezdětnosti vzbuzovat i pocit viny. To čím ženy procházejí, co dělají, na ně působí a má to vliv na jejich prožívání a naopak. Řada párů radí jistotu otěhotnět za největší jistotu, ale neuvědomují si, že se to nedá naplánovat. Ženy mají deprese, trápí se, mají strach z neúspěchu a přehnaně touží po miminku. Prožívají opakovaná zklamání, cítí se méněcenné, neplnohodnotné, upoutávají se do nadějí, obviňují se a pocítují prázdnotu. Z neúspěchů a dlouhodobé zátěže může dojít až k nenávidění dítěte, které by žena zplodila. Objevuje se strach z budoucnosti, ženy pocítují zlobu, vyhýbají se rozhovoru o dětech a dětem samým. Z milování se stává úkol, zda je ten správný čas a jaký je ten nejlepší způsob početí. V tomto problému je velice důležitá komunikace s partnerem, sdělit si zážitky, pocity a získat tak posluchače a jeho odezvu (5, 14). Autorka knihy *Na cestě za dítětem* píše: „Cesta za dítětem je cesta dvou lidí, ne méně a ne více (s. 292, 14).“

Pomoc psychologa v těžkých situacích je důležitá proto, aby se žena naučila jak nejlépe se orientovat v situaci, jak zvládat stres, jak vhodně komunikovat s partnerem, rodinou a lékařem. Pomoc může najít v různých občanských sdruženích a nadacích (14).

1.2 Rizikové těhotenství

Počátkem 60. let vznikl pojem „rizikové těhotenství.“ V této době bylo zjištěno, že poškození plodu nenastává jen během porodu, ale že je následkem mnohých nepříznivých okolností provázející vznik a následný průběh těhotenství. „Rizikové těhotenství je obecný název pro všechny těhotenství, kdy je zvýšená pravděpodobnost, že se nenarodí dítě zcela zdravé (s. 198, 25).“ U jedné čtvrtiny až třetiny těhotných se mohou vyskytnout rizikové faktory, které změní zcela fyziologické těhotenství na rizikové těhotenství. Ženy, které jsou zatíženy různými rizikovými faktory, zařazujeme mezi rizikové ženy. Těmto ženám je poskytována odpovídající odborná péče, která má za následek snižování perinatální úmrtnosti. Vzniklé komplikace ohrožují, jak zdraví a

život matky, ale také vývoj plodu a narození zdravého dítěte. Pravděpodobnost, že z rizikového těhotenství vznikne jeden z druhů patologického těhotenství je vyšší než u zbývajících žen s fyziologickým těhotenstvím. Řada rizikových stavů si převážně žena způsobí sama. Pokud žena dochází pravidelně do prenatalní poradny, je možné cílenou péčí a správnou prevencí zmírnit nebezpečí pro plod i ženu na minimum. 20 % těhotenství je zkomplikováno různými problémy a 20 % – 30 % rizikových těhotenství přechází do patologického průběhu. Nepříznivé symptomy většinou vznikají v pozdním stádiu gravidity. Proto již v počátku těhotenství při prvních návštěvách v prenatalní poradně zjišťujeme rizikové faktory u ženy a následně i u plodu (4, 10, 17, 25).

1.2.1 Rizikové faktory pro matku

Čím více se u ženy vyskytne rizikových faktorů, tím se závažnost rizikového těhotenství zvyšuje. Rizikové faktory lze rozdělit z hlediska demografického a sociálního, dále na rodinnou a osobní anamnézu. Mezi demografické rizikové faktory lze zařadit věk rodičky, je-li nižší než 17let a naopak vyšší než 35let, výška nižší než 155cm, hmotnost více než 90kg, odstup od posledního těhotenství méně než 1 rok a vyšetření pánve. Dále socioekonomický stav a to hlavně špatné bytové podmínky, manželský stav, výživa těhotné (vegetariánství, anorexie, avitaminóza) a v neposlední řadě zaměstnání. Mezi sociální faktory, které ovlivňují těhotenství patří závislosti na drogách, alkoholu a nikotinu, nedostatečná prenatalní péče způsobená nízkou úrovní vzdělání, nechtěné těhotenství a také etnikum ženy. Důležité je důkladné zjištění a sepsání anamnézy, kde můžeme odhalit mnoho rizikových faktorů. V porodnické anamnéze je důležitá parita ženy tzv. riziková multipara (více než 3 těhotenství), ektopická gravidita v anamnéze, opakované spontánní potraty, komplikace v předchozí graviditě hlavně krvácení a DIC, předčasný porod, sectio caesarea a různé operace na děloze. I vícečetné těhotenství patří do rizikových faktorů, které způsobují vysoké riziko předčasných porodů a porodních komplikací. V dnešní době je to i vysoce moderní metoda asistované reprodukce, kdy jsou ženy po IVF zařazeny mezi riziková těhotenství (4, 7, 10, 36).

Z gynekologické anamnézy nás zajímá infertilita ženy, užívání antikoncepce, nepravidelný cyklus, různé infekce, jako HIV, syfilis nebo herpes. Rodinná anamnéza je

důležitá pro získání informací ohledně vrozených vývojových vad (VVV), diabetu mellitu, hypertenze, onemocnění ledvin, trombofilie nebo hepatitidy A, B. Rizikové faktory se mohou objevit i během gravidity, ke kterým především patří nezjištěná vícečetná těhotenství, krvácení, změny frekvence pohybů a změny množství vody plodové. Důležitá je těsná spolupráce porodníka a pediatra v moderní perinatologii (7, 10, 36).

1.2.2 Rizikové faktory pro plod

Rizikové faktory pro plod ovlivňuje sama těhotná. To, co konzumuje a jak se v době těhotenství chová, působí na plod. Cigaretový kouř a látky v něm přecházejí přes krev matky do plodu a mají nepříznivý vliv na vývoj dítěte. Stejně je to i s alkoholem a drogami, které ovlivňují vývoj plodu a mohou způsobit potrat nebo předčasný porod. Některé bakterie obsažené v potravinách zejména listérie a salmonely jsou schopny vyvolat potrat nebo úmrtí plodu v děloze. Nadměrný příjem vitamínu A může způsobit vrozené vývojové vady plodu. Léky užívané zejména v prvních třech měsících gravidity, kdy se vyvíjí orgány plodu, mohou způsobit VVV plodu. Různé infekční nemoci jako plané neštovice, příušnice či zarděnky jsou pro plod nebezpečím. Domácí zvířata přenášejí nákazy jako např. toxoplazmózu, která může vyvolat poškození plodu. Stejně jako rentgenové záření v prvních 14 dnech gravidity negativně ovlivní vývoj plodu a jeho orgánů. Mnohé faktory jsou méně či více nebezpečné pro plod. V těhotenství se mohou vyskytnout komplikace při různých sportech nebo horkých koupelích. Nebezpečí pro plod číhá i v běžných čistících prostředcích v domácnosti, výparech z nátěrových hmot, znečištění ovzduší a možná jsou rizika i v zaměstnání těhotné. Někteří autoři uvádějí i vliv mikrovlnné trouby na začátku gravidity, elektrické příkrývky či dokonce mobilní telefony. Mezi rizikové faktory, které nejvíce ovlivňují vývoj plodu patří vrozené vývojové vady, které způsobují rozštěpy tváře, rtů, patra, páteře, poruchy ledvin, různé cysty a vady srdce (24, 25, 36).

1.3 Rizikové těhotenství po 35. roku života

Samotný věk matky zařazujeme mezi důležitý rizikový faktor gravidity, dnes hlavně vznik těhotenství po 35. roku života. Optimální věk pro otěhotnění je

z biologického a genetického hlediska mezi 20. až 24. rokem. S přibývajícím věkem nejen klesá pravděpodobnost otěhotnění, ale také samotná žena je považována za rizikovou rodičku. Stárnou rozmnožovací orgány, žena začíná mít nepravidelný menstruační a ovulační cyklus. Po 35. roce se zvyšuje těhotenská zátěž pro organismus a vzniká více zdravotních rizik. S věkem se snižuje úspěch plodnosti jak u ženy, tak u muže. Problémy s otěhotněním má podle statistiky každá šestá žena po třicítce. (2, 32, 36).

U žen po 35. roku života je také zvýšené riziko genetických vad. Mezi nejčastější a nejnámější genetické vady řadíme Downův syndrom, Edwardův syndrom a Turnerův syndrom. Tyto genetické vady bývají příčinou potratů. Jiné deformity jako rozštěp rtu či patra, páteře, vrozená hluchota se u dětí 35letých matek vyskytují stejně často jako u 20letých. Zvyšuje se riziko těhotenské cukrovky, předčasných porodů, samovolných potratů (Příloha 4) a krvácení v těhotenství. Potraty se vyskytují většinou ve druhém měsíci nebo počátkem třetího. I samotný porod u ženy po 35. roce života může být komplikovaný a častěji dochází k operativnímu porodu. Postup porodu je ovlivněn méně pružnou tkání porodních cest a tím nedochází k plynulému průběhu porodu. Postup porodu zvažuje lékař podle celkového stavu rodičky a jejího věku. Proto jsou tyto ženy bedlivě sledovány lékařem a odesílány na speciální vyšetření. Provádí se různá opatření, aby možná vzniklá rizika s vyšším věkem byla snížena na minimum. S rostoucím věkem a vlivem životního stylu u některých žen narůstají problémy s krevním tlakem. Ženy, které jsou léčeny s chronickou hypertenzí, mají během těhotenství a následně i porodu problémy s nasedající preeklampsií. I po porodu se ve vyšším věku vyskytují rizika žilních komplikací, embolií, objevuje se horší hojení v poporodním období a je menší regenerační schopnost organismu (2, 4, 25, 32, 36).

1.4 Rizika pro matku

Mezi nejzávažnější rizika pro 35letou matku lze zahrnout hrozící potrat, předčasný porod, krvácení v těhotenství, gestační diabetes mellitus a porod sectio caesarea. Mohou samozřejmě vzniknout i další komplikace a patologie nejen v těhotenství, ale i během porodu, jako hypertenzní choroby nebo tromboembolické příhody.

1.4.1 Hrozící potrat

„Potrat je obvykle definován jako vypuzení plodu z dělohy, který nedosáhl schopnosti extrauterinního života (s. 148, 6).“ Dle WHO byla stanovena hranice hmotnosti pro potrat méně než 500 gramů a pokud plod nepřežije 24hodin, jedná se o potrat. Mezinárodní klasifikace nemocí rozdělila potrat na samovolný, spontánní (abortus spontaneus) a potrat indukovaný, legální neboli terapeutický (abortus inductus) (6).

Indukovaný potrat je provedený na žádost matky např. z důvodu sociálního, dále ze zdravotní indikace ze strany matky např. kvůli těžké chorobě a ze strany plodu např. genetické poškození plodu. Dle délky těhotenství můžeme ještě potrat rozdělit na potrat časný a to do 12. týdne těhotenství a potrat pozdní od třetího měsíce těhotenství. S věkem matky stoupá frekvence samovolných potratů. Mezi nejčastější příčiny spontánního potratu řadíme mateřské příčiny a ze strany plodu hlavně defekty plodového vejce. Do mateřských příčin patří celková onemocnění matky (toxoplazmóza, virózy, brucelózy, psychické a fyzické stresy atd.), vývojové poruchy dělohy, získané choroby a poruchy rodidel. Klinická stádia potratu probíhají ve třech fázích: hrozící potrat (abortus imminens), počínající potrat (abortus incipiens) a úplný potrat (abortus completus) (7, 13).

Hrozící potrat je prvním stádiem ohrožení těhotenství ženy. Obvykle se projevuje slabším či silnějším krvácením, bolestí v podbříšku, občasnými kontrakcemi, které se mohou projevit změnou konzistence dělohy, kdy hovoříme o tzv. dráždivé děloze. Děložní hrdlo je uzavřené a nedochází k odchodu částí plodového vejce, hladina hCG v séru odpovídá normálnímu nálezu v graviditě. Při ultrazvukovém vyšetření vidíme živý plod, občas je patrné ložisko předčasně se odlučujícího lůžka (13).

Začínající potrat je pokročilý stav, který je doprovázen silnějšími bolestmi a větším krvácením a při vaginálním vyšetření nalezneme zkrácené děložní hrdlo, polootevřené pro prst. Občas můžeme v hrdle nahmatat dolní pól plodového vejce. Tento stav potratu se už nepodaří udržet (13).

Poslední stádium je úplný potrat, kdy je celé plodové vejce vypuzeno z dělohy. Hrdlo dělohy se formuje a žena slabě krvácí, tento stav nastává v raných stádiích

těhotenství. Potrat se může z různých důvodů zkomplikovat. Pak dochází k protrahovanému potratu (abortus protractus), kdy děloha nekontrahuje, tak aby odloučila plodové vejce a u ženy vzniká vlivem krvácení chudokrevnost. Potrat se ukončí revizí dělohy nebo děložní kyretou (13).

Neúplný potrat (abortus incompletus), kdy se plod potratí, ale v dutině děložní zůstávají zbytky plodového vejce a žena krvácí (13).

Další komplikací je potrat hořčnatý (abortus febrilis), kdy do dutiny děložní pronikne infekce, která se usídí na plodovém vejci, v jeho obalech a způsobí zánět. Žena pociťuje teplotu, zimnici a bolesti v podbřišku. Těhotné se podávají antibiotika a provede se kyretáž. O cervikální potrat (abortus cervicalis) se jedná, jestliže se plodové vejce potratilo do děložního hrdla, kdy zevní cervikální ústí je uzavřeno a hrdlo je soudkovitě rozšířeno. Nevypuzený potrat (abortus retentus, missed abortion) je stav, kdy plodové vejce odumřelo, ale nebylo vypuzeno. Poslední komplikací potratu je abortus habitualis, kdy žena opakovaně potrací (7, 13, 19, 25).

1.4.1.1 Úloha porodní asistentky v péči o ženy s hrozícím potratem

Při podezření na hrozící potrat by měla být žena ihned hospitalizována. Žena musí mít dostatečný tělesný i duševní klid s úpravou životosprávy. Lékař předepíše sedativa, vitamíny C, E, železo a hormonální terapii. Porodní asistentka kontroluje intenzitu a charakter krvácení a vše řádně zapisuje do dokumentace. Pomocí perineálních vložek sleduje saturaci vložek krví. Edukuje ženu pokud dojde ke změně krvácení či dojde k vylučování tkáně. Dále porodní asistentka sleduje fyziologické funkce a příznaky hypovolemického šoku. Odebere krev na laboratorní testy a to hlavně na hemoglobin a hematokrit. Při zesílení krvácení žena nesmí přijímat nic per os. Při inkompetenci hrdla děložního lékař provede za asistence porodní asistentky v místě úponu pochvy steh tzv. cerclage. Jde-li o potrat v běhu, podá porodní asistentka dle ordinace lékaře infuzi s oxytocinem na podporu vypuzení plodového vejce. U neúplného potratu lékař odstraní zbytky plodového vejce tupou Bummovou kyretou či vakuuumextrakcí. Po tomto zákroku kontroluje porodní asistentka na pooperační jednotce po 15 minutách fyziologické funkce (krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu a dýchání). Před propuštěním lékař předepíše Rh negativní ženě Rh-imunoglobulin, který

aplikuje porodní asistentka, aby se předešlo v dalším těhotenství tvorbě protilátek. Vše řádně porodní asistentka zapisuje do dokumentace těhotné. Nedílnou součástí ošetrovatelské péče je emocionální podpora ženy, která se mnohdy podceňuje. Stres, kterým žena prochází, ventiluje nejen své rodině, ale i porodní asistence, která ženě naslouchá (13, 20).

1.4.2 Předčasný porod (*partus praematurus*)

Předčasný porod je vážný problém nejen v našem zdravotnictví. Má vážný dopad na sféru rodinnou, zdravotní, sociální a ekonomickou. „Je definovaný jako ukončení těhotenství před dokončeným 37. týdnem gravidity (s. 263, 10).“

Nejčastější příčiny vedoucí k předčasnému porodu je předčasný odtok plodové vody (PROM), předčasný nástup děložních kontrakcí, iatrogenní příčiny z důvodu onemocnění matky či plodu, vícečetné těhotenství a fetální stres. Infekce je hlavní příčinou předčasného porodu, důležitý je stav vaginální flóry během těhotenství, který je ovlivňován mnoha faktory, jako je hladina estrogenů, pH (4 - 4,5), hladina glykogenu a prokrvení poševních stěn. Dále je to parita, sociální faktory matky a zvláště rodičky po 35. roku, které rodí již počtvrté. Riziko předčasného porodu se zvyšuje u žen, které mají v anamnéze dřívější opakované předčasné porody. U vícečetné gravidity se rodí plod předčasně s malou porodní hmotností a tento stav se zvyšuje díky metodě asistované reprodukce. U žen kuřaček, které současně pijí kávu, alkohol či berou drogy a v těhotenství nedochází na prenatální prohlídky, se taktéž zvyšuje riziko. Pracuje-li žena v zaměstnání ve spěchu, namáhá-li se, dlouho chodí a má stresové stavy, je také ohrožena předčasným porodem. Jednotlivé faktory, které mohou způsobit předčasný porod se navzájem ovlivňují. Diagnostika musí být provedena hned po příchodu těhotné na porodnické oddělení. Pacientka udává občasně či pravidelné kontrakce, bolest v oblasti zad a kříže, krvácení či odtok vodnatého výtoky. Ve 20 % se podaří předčasnou děložní činnost uklidnit a tím se prodlužuje těhotenství, zvyšuje se hmotnost plodu a snižuje se riziko RDS (respiratory distress syndrome) u novorozence (7, 10, 13, 16, 25).

1.4.2.1 Úloha porodní asistentky v péči o ženy s předčasným porodem

Klíčový bod v ošetrovatelské péči o ženu s předčasným porodem je poučení rizikových žen o příznacích předčasného porodu. Včasné rozpoznání je prioritou ošetrovatelské péče. Předčasný porod se u rizikových žen prokáže ve vaginálním sekretu přítomností bílkoviny – fetálního fibronektinu. Hlavní opatření k zastavení předčasného porodu je edukace a přísné omezení aktivity pacientky, hydrataci a léčba prokázané infekce. Při kompenzovaném stavu je rodička řádně edukována a s přísným klidovým režimem propuštěna do domácí léčby (10, 20).

Po příchodu těhotné na porodní sál nejdříve porodní asistentka podrobně sepíše anamnézu těhotné, napojí ženu na CTG, kde se může prokázat průkaz kontrakcí (za 30 minut se vyskytnou 4 kontrakce). Lékař provede porodnické vyšetření a vyšetření v zrcadlech, kdy odebere za asistence porodní asistentky kultivaci z hrdla a pochvy. Provede vyšetření PROM testu a stanoví cervix skóre dle Bishopa. Vše zkontroluje pomocí abdominálního ultrazvuku a vaginální ultrazvukovou cervikometrii. Průkaz předčasného odtoku plodové vody provede porodní asistentka pomocí Temesvaryho testu a zajistí odběr krve na laboratorní testy. Pacientku uloží na lůžko se zvednutými dolními končetinami (Trendelenburgova poloha). Provádí monitoraci děložní činnosti a kontroluje stav plodu i matky. Dle ordinace lékaře podá porodní asistentka těhotné tokolytika k uklidnění děložní svaloviny. Jestliže by mělo dojít k porodu nezralého novorozence, lékař naordinuje kortikoidy, léky na dozrávání plicní tkáň plodu (maturaci plodu), které se podávají těhotné do 35. týdne gravidity. Všechny prováděné úkony vysvětluje, jak porodní asistentka, tak i lékař rodičce, aby nedocházelo ke stresové situaci ženy. Veškeré informace a výsledky z laboratorních vyšetření řádně zapisuje porodní asistentka do dokumentace rodičky (10, 20).

1.4.3 Krvácení v těhotenství

Každé krvácení či krvavý výtok z dělohy je varovný příznak, že v těhotenství není něco v pořádku. Krvácení v těhotenství lze rozdělit na krvácení v časně a pozdní graviditě. Krvácení v časně graviditě je prvním příznakem hrozícího či zamlklého potratu. U méně případů jde o ektopickou graviditu a o těhotenství komplikované molou

hydatidosou. Projevy jsou si velice podobné. Pacientka při neustálém krvácení může upadnout do šoku nebo může dojít k rozvoji DIC. Lékař podrobí pacientku včasnému operačnímu zákroku a provede zástavu krvácení (7, 10, 13).

Dle WHO je krvácení po 20. týdnu těhotenství označováno jako pozdní nebo antepartální. Probíhá akutně, je nepředvídatelné a ženy se musí ihned hospitalizovat. Nejčastější důvody krvácení probíhají kvůli nesprávně uložené placentě nebo předčasnému odlučování lůžka. O nesprávné uložení placenty jde, když okraj placenty zasahuje k okraji cervikálního ústí (nízko nasedající lůžko, placenta praevia marginalis), okraj placenty částečně překrývá branku (placenta praevia partialis) a placenta, která překrývá branku v celém rozsahu (placenta praevia centralis). Vcestná placenta se projevuje bezbolestným krvácením jasnou krví o různé intenzitě. To je hlavní příznak, který odlišuje vcestnou placentu od předčasného odlučování lůžka. Rodička je náchylná k infekcím a hrozí u ní i krvácení po porodu. Tuto situaci řeší lékař dvěma metodami a to vyčkávacím postupem nebo okamžitým ukončením těhotenství (7, 10, 13).

1.4.3.1 Úloha porodní asistentky v péči o ženy při krvácení v těhotenství

Při krvácení v časně graviditě zjišťuje porodní asistentka z anamnestických údajů ženy poslední měsíčky, opožděný cyklus, bolesti v podbříšku, začátek a sílu krvácení, Frénikový syndrom, což je bolest pod lopatkou a ramenem, a zda žena užívala antikoncepci. Poté lékař vaginálně vyšetří ženu, kde může zjistit trauma v poševní stěně či hrdle děložním. Porodní asistentka odebere krev na laboratorní vyšetření krevního obrazu a odešle ho Statim 1. Sleduje známky hypovolemického šoku a krvácení. Při jakýchkoli změnách v intenzitě krvácení či změně tvaru břicha informuje porodní asistentka neprodleně lékaře. Dle ordinace lékaře objedná 4 TU erymasy a 3 - 4 TU mražené plazmy jako prevenci anémie, k prevenci DIC aplikuje nízkomolekulární heparin LMWH a AT III. Nastane-li stav šoku u pacientky, monitorujeme tlak (TK), pulz (P) po 5 minutách, zajistíme 2 žilní vstupy a aplikujeme plazmaexpandéry. Zároveň porodní asistentka edukuje rodičku o prováděných opatřeních (10, 20).

U krvácení v pozdním těhotenství celá lékařská i ošetrovatelská péče závisí na stavu těhotné, na stavu plodu a na intenzitě krvácení. Na pokladě anamnézy zjišťuje

porodní asistentka traumata, koitus, charakter krvácení, bolesti v podbřišku, nepravidelné kontrakce, předčasný odtok plodové vody (PROM), gestační věk a poslední menstruaci. Asistuje lékaři při ultrazvukovém vyšetření, kde nás zajímá poslední uložení placenty a pohyby plodu. Lékař provede abdominální vyšetření, kde zhodnotí výšku fundu děložního, polohu a postavení plodu, peritoneální příznaky a přítomnost kontrakcí. Vaginální vyšetření je přísně zakázáno provádět, jelikož může způsobit silnější krvácení. Porodní asistentka přísně sleduje vaginální krevní ztrátu a příznaky šoku. Každých 15 minut provádí kontrolu fyziologických funkcí. Provádí se monitoring srdeční frekvence plodu. Všechny prováděné úkony jsou rodičce podrobně vysvětleny. Je-li potřeba podá porodní asistentka kyslík ke zvýšení jeho přísunu k plodu. Při zhoršení provede porodní asistentka přípravu ženy na císařský řez. Všechny změny týkající se stavu rodičky porodní asistentka ihned hlásí lékaři. Veškeré výsledky a změny stavu pacientky porodní asistentka zapisuje do dokumentace (10, 20).

1.4.4 Gestační diabetes mellitus (GDM)

„GDM je porucha tolerance sacharidů různé závažnosti, která je poprvé diagnostikována v těhotenství a po porodu mizí (s. 155, 10). “ U 10 % rodiček je diabetes mellitus (DM) přítomný už před těhotenstvím a u 90 % žen se projeví během těhotenství. Inzulínová rezistence se objevuje u všech těhotných, ale jen u žen, které ji nedovedou kompenzovat, vznikne GDM. Většina žen ji zná jako těhotenskou cukrovku, která se objevuje po 15. týdnu těhotenství. Rizikové faktory ovlivňující GDM jsou věk rodičky nad 30 let, obezita, jakýkoliv výskyt DM v rodině a to hlavně 2. typu, DM v předchozím těhotenství, porod velkého plodu nad 4000g v minulém těhotenství, porucha glukózové tolerance nebo DM spojený s užíváním antikoncepce, glykosurie na počátku těhotenství, opakované spontánní potraty v anamnéze, porod mrtvého plodu a rizikové etnické skupiny. Nesmíme opomenout hypertenzi a preeklampsii v předchozí graviditě i životní styl, fyzickou aktivitu těhotné a stres. Není pravidlem, že má-li žena v rodinné anamnéze výskyt DM, musí mít i ona GDM v těhotenství. Největší podíl však na vznik GDM mají hormonální změny, které nastávají v době těhotenství. Nadále se diskutuje o přístupu k vyhledávání rizikových skupin těhotných a zvažuje se, které pacientky mají podstoupit vyšetření na přítomnost GDM. Proto Americká

diabetologická asociace (ADA) navrhl, že ženy mladší 25let, které nemají v rodinné anamnéze DM a nikdy nebyly těhotné, se nemusí podrobit vyšetření na GDM. Mezi 24. – 28. týdnem gravidity se provádí orální zátěžový glukózový test (OGTT). Kdy se před zátěží odebere hladina glykémie na lačno a 2 hodiny po zátěži, kdy se vypije 75 g glukózy. Je-li hladina glukózy na lačno vyšší než 7,8 mmol/l a v průběhu dne 11,1 mmol/l, je to považováno za průkaz GDM. Základní léčba je úprava stravy těhotné. Zejména dieta se sníženým obsahem sacharidů, rozdělení denní dávky potravy na menší a četné dávky, kdy u ženy určujeme denní energetický příjem na základě hmotnosti. Věnujeme pozornost bílkovinám, vitaminům B1, B2, C, D, E, vápníku, železu a hořčíku. Na inzulinovou terapii se přejde, pokud předchozí režim ženě nevyhovuje a žena má po opakovaných glykemických profilech zvýšenou glykémii nebo opakované ketolátky v moči či růstovou akceleraci plodu. Při léčbě inzulinem si žena provádí selfmonitoring glykémie a glykosurie (7, 10, 13, 25).

1.4.4.1 Úloha porodní asistentky v péči o ženy při Gestacním diabetu mellitu (GDM)

Péče o ženy s GDM je podobná péči zdravých rodiček. Důležitou roli v péči o těhotnou diabetičku je získání její důvěry a navázání spolupráce. Úloha porodní asistentky je velice důležitá v oblasti edukace o správné životosprávě a vhodné je i poskytnutí emocionální péče. To vše pomůže ženě překonat období plné komplikací spojené s tímto onemocněním v graviditě. Žena je edukována porodní asistentkou o potravinách, které jsou vhodné v rámci její diety konzumovat a kterým je lepší se vyhýbat. Je odeslána k diabetologovi, který jí pomůže sestavit vhodný jídelníček a doporučí jí přiměřenou tělesnou aktivitu. Dále je žena poučena, jak má reagovat a jak se má chovat při možných hrozících stavech jako je hypoglykémie (nízká hladina cukru v krvi) a hyperglykémie (vysoká hladina cukru v krvi). Z hlediska emocionální podpory je důležité, aby žena vyjadřovala své pocity (obavy, frustraci) doma, ale i při kontrolách porodní asistence. Při správném dodržování režimu je vhodné, aby porodní asistentka motivovala ženu pochvalou a tím ukázala, že žena tento stav zvládá. Užitečné je i navštěvování diabetologické poradny. Po dobu léčby vyšetřujeme GDM 1 krát týdně na lačno 1 hodinu po jídle. Ženy si dnes dokáží provádět selfmonitoring glykemií a aplikaci inzulinu. Jednou za měsíc se provádí kontrola glykovaného hemoglobinu, který

ukáže, zda je diabetes kompenzovaný. Jediný rozdíl v porodnické péči je ultrazvukové vyšetření, které se provádí od 24. týdne každé 3 – 4 týdny a také se provádí častější kontroly v posledních týdnech těhotenství. Žena by měla porodit do termínu porodu (do 40. týdne těhotenství), nejčastěji se provádí indukce porodu ve 39. – 40. týdnu gravidity. Po ukončení těhotenství se stále žena sleduje a dochází na pravidelné kontroly (10, 13, 20).

1.4.5 Operační porod - Sectio Caesarea (s.c.)

Snaha porodníků je zachování průběhu porodu samovolně a přirozenou cestou. Jestliže se vyskytne situace, kdy je ohrožen život matky, plodu nebo obou dvou je důvod to k vykonání operativního porodu. Císařský řez můžeme rozdělit na tzv. plánovaný (primární), který si naplánujeme již v době těhotenství, jeho indikace je předem známa a akutní (sekundární, neplánovaný), kdy se indikace vyvine akutně během porodu, nejvíce při hypoxii plodu. Indikací k císařskému řezu je celá řada, nejdůležitější je celkový stav rodičky a stav porodních cest. Velká část indikací je společná jak pro matku, tak pro plod, jelikož jsou ve společné interakci. Mezi další indikace patří fetopelvický nepoměr (což je zúžení pánevního východu nebezpečné při vaginálním porodu), velikost plodu hlavně hlavičky, kdy může nastat tzv. kefalopelvický nepoměr. Překážky pro porod mohou způsobit myomy, ovariální tumory, různé patologie pánve, dále stavy po operacích dělohy a malé pánve, kdy může dojít při vaginálním porodu k ruptuře dělohy. Placenta praevia může být indikací k plánovanému císařskému řezu, stejně tak předčasné odlučování lůžka, prodloužené těhotenství po nezdařených opakovaných indukcích, dlouho odteklá plodová voda, horečka za porodu, ale i celková onemocnění rodičky (např. DM, onemocnění srdce, ledvin, cévních onemocnění) a nesmíme opomenout zhoršující se preeklampsii i následně vzniklou eklampsii. V dnešní době dochází k s.c. i při poloze konce pánevního, který se dnes málokdy rodí vaginálně. Akutní a chronická tíseň plodu, naléhání a výhřez pupečníku, těžký stupeň anémie plodu při Rh izoimunizaci, herpes genitális, vícečetné těhotenství, kdy je poloha plodu A koncem pánevním to jsou další důvody pro s.c.. Císařský řez se provádí v dolním segmentu dělohy z příčného, obloukovitého řezu či ve tvaru řezu U, S (sectio caesarea abdominalis supracervicalis

transperitonealis transversa – Sec. Geppert). Není - li dolní segment rozvinutý, vede se řez v sagitální rovině (s.c. cervicorporalis). Císařský řez se provádí i opakovaně v místě již vzniklé jizvy. Po třetím operačním porodu se považuje za rizikový a mnoho porodníků nedoporučuje další těhotenství. „Hlavní podmínka ukončení těhotenství císařským řezem je, aby plod nebyl velkou částí vstouplý a fixovaný v pánevním vchodu (s. 333, 13).“ Možné komplikace při císařském řezu jsou krvácení, infekce, embolie krevním vmetkem, plodovou vodou nebo vzduchem, poranění orgánů v malé pánvi, gastrointestinální obtíže a následná sterilita (7, 10, 13, 19, 25).

1.4.5.1 Úloha porodní asistentky v péči o ženu při Sectio Caesarea

Příprava ženy na císařský řez je stejná jako při jiných chirurgických výkonech, ale má i svá specifika. Před provedením císařského řezu musí žena projít předoperačním vyšetřením za hospitalizace. Porodní asistentka odebere krev na základní biochemické vyšetření krve (krevní obraz, testy koagulace, krevní skupina, Rh-faktor) a moče. Pro jistotu před operací porodní asistentka objedná a ponechá v rezervě krevní jednotku. Zhodnotí se celkový stav rodičky, rodička musí mít kompenzovaný DM a další choroby, které má např. hypertenzi, preeklamsii atd. Porodní asistentka dle ordinace lékaře podá rodičce léky na snížení kyselosti žaludku. U rizikových žen a u žen s vyšším rizikem infekce a s pozitivním vyšetřením na streptokoka skupiny B naordinuje lékař antibiotika. Při plánovaném císařském řezu je žena poučena o lačnění (nepít, nejíst, nekouřit) minimálně 6 hodin před operací a na noc se rodičce podá premedikace, která zajistí klidný spánek pacientky. Porodní asistentka provede heparinizaci u rizikových skupin žen, bandáže dolních končetin, dehydrataci, energetickou a iontovou substituci, jako prevenci tromboembolických komplikací, které jsou i prevencí DIC. Před operací rodičce podá porodní asistentka klyzma, edukuje ženu o řádné hygieně a společně odstraní všechny šperky a lak z nehtů pacientky. Dále zavede porodní asistentka do močového měchýře permanentní močový katétr. Hlavní součástí je psychická příprava ženy s řádným poučením o provádění výkonů, které se týkají rodičky. Před operací navštíví rodičku operatér a edukuje rodičku o následujícím výkonu s následným podepsáním informovaném souhlasu s operací. Při akutním císařském řezu se vše dělá před odjezdem pacientky na operační sál. Zjišťují

nejdůležitější informace o rodičce, porodní asistentka hlavně zajistí odběr krve na krevní obraz, krevní skupinu a srážlivost atd. Akutní operace vyžaduje zkušený tým a dobrou organizaci, protože přináší více rizik. Po operaci je žena převezena na jednotku intenzivní péče, kde je pozorování ženy po císařském řezu porodní asistentkou intenzivní. Po 15 minutách první 2 – 3 hodiny porodní asistentka sleduje fyziologické funkce (TK, P, EKG, SpO₂, dýchání) monitorem, intravenózní vstup a rychlost infuze reguluje pomocí infuzní pumpy, výšku fundu, očistky (množství, barvu, koagula), prosakování krytí rány a výdej moči a specifickou váhu moči. Dále sleduje Redonovy drény (množství odváděné tekutiny z operační rány). Do pooperační péče patří i podávání opiátů a analgetik dle ordinace lékaře a opět psychická podpora pacientky. Důležitá je spolupráce a informovanost rodiny pacientky o jejím stavu. Včasné vstávání a rehabilitace po operaci zajistí porodní asistentka a rehabilitační pracovnice. V oblasti ošetrovatelské péče všemi zdravotními pracovníky je důležitá psychická podpora a edukace rodičky (7, 10, 20).

1.5 Rizika pro plod

Nejen u těhotné ženy po 35 letech života mohou vzniknout rizika, ale také u vyvíjejícího plodu. Vznikají v době perinatálního vývoje plodu a mohou ohrozit vývoj i život dítěte. Můžeme mezi ně zařadit vrozené vývojové vady plodu (VVV) – Downův syndrom, Edwardsův a Patauův syndrom, vrozené vývojové vady srdce a rozštěpové vady. Samozřejmě existuje mnoho dalších, které nejsou tak specifické pro tento věk, ale mohou se v těhotenství vyskytnout (4, 36).

1.5.1 Vrozené vývojové vady plodu - Downův syndrom, Patauův syndrom, Edwardsův syndrom

Tyto vady řadíme mezi chromozomální aberace. Chromozomální aberace jsou způsobeny přebýváním či chyběním části nebo celého chromozomu. Vývoj plodu je nejvíce ovlivňován během prvních týdnů po početí, v období kdy žena netuší, že je těhotná. Chromozomální aberace můžeme rozdělit na vady strukturní nebo numerické, kdy se odchylka týká jen některého chromozomu nebo celé jeho výbavy. Více než polovinu těchto patologických nálezů tvoří Downův syndrom (DS - trisomie 21

chromozomu), na kterém se převážně podílí vyšší věk matky a to 35 let v době porodu. Věk rodičky nad 35 let je kritériem k invazivní prenatalní diagnostice či ke genetické konzultaci, ohledně možného výskytu těchto vad. Možné riziko u 35leté matky je 1:300 (Příloha 5) a se stoupajícím věkem se riziko zvyšuje, u čtyřicetileté matky je to asi 1:100. Mezi méně časté patologické nálezy patří letální numerické aberace a to Patauův syndrom, což je trizomie 13 chromozomu a Edwardsův syndrom trizomie 18 chromozomu. Nesmíme opomenout ani aberace pohlavních chromozomů nejčastěji Klinefelterův a Turnerův syndrom (XXY, XO). Proto se ve 2. trimestru (16. - 18. týden těhotenství) provádí multimarkerový screening, tj. biochemický screening, a s přihlédnutím k věku rodičky se vypočítá riziko DS. Po té je matkám s vyšším rizikem DS doporučeno speciální vyšetření karyotypu plodu, nejčastěji amniocentéza ve 2. trimestru (11, 12, 18, 30).

U Downova syndromu je charakteristická tělesná a duševní porucha, způsobena nadpočetným 21. chromozomem. Vzniká náhodným neoddělením chromozomů od sebe při dozrávání vajíčka nebo spermie a nazývá se tzv. prostou trisomií. Děti se rodí donošené a s normální porodní hmotností. Tito jedinci mají malou zavalitou postavu, mají šikmé oči s kožní řasou (epicanthem), menší lebku s krátkým krkem a kožní řasou na zátylku, široký kořen nosu, malá ústa s větším jazykem a nízko posazené malé uši. Mají krátké prsty a opičí rýhy na rukou a třetina dětí může mít vrozené vývojové vady srdce. Děti jsou sociálně adaptabilní, muzikální, přátelské s IQ 25-50 a mají velkou variabilitu dovedností (3, 12).

Edwardsův syndrom je charakteristický nadpočetným 18. chromozomem. Jde o těžký malformační syndrom. V těhotenství se projevuje zaostávání růstu plodu a často až intrauterinní smrtí. Většina dětí umírá v novorozeneckém věku a jen malá část dětí (12 %) se dožívá kojeneckého věku. Tato vada se projevuje vadami srdce, ledvin a centrálního nervového systému, rozštěpem patra nebo rtu a celkovou svalovou hypotonií. Novorozenci mají abnormálně tvarovanou a malou hlavu, malou čelist i ústa a nízko posazené boltce. Ruce mají sevřené v pěsti, ukazováček a malíček překrývá ostatní prsty, chodidla mají ve tvaru tzv. „houpajícího křesla“ (3, 12).

Patauův syndrom je těžký malformační syndrom s nadpočetným 13. chromozomem. Pro tento syndrom je typická malá hlava (mikrocefalie), nedochází k rozdělení mozku na dvě párové hemisféry (holonprozencefalie). Děti mají malé oči umístěné blízko u sebe, může se vyskytnout kyklopie (přítomnost jednoho oka) nebo jim úplně chybí. Dále se objevuje rozštěp rtu nebo patra s nápadně malou dolní čelistí. Objevuje se nadpočet prstů na ruce (polydaktylie), chodidla jsou ve tvaru tzv. „houpajícího křesla“ a u chlapců nejsou sestouplá varlata. Gravidita je ukončena předčasným porodem či samovolným potratem. Většina dětí umírá během jednoho roka života (3, 12).

1.5.2 Vrozené vývojové vady srdce plodu

Etiologie těchto vad je heterogenní povahy, kdy se na nich nejvíce podílejí chromozomální aberace, mendelovské dědičné choroby, teratogeny a multifaktoriální vlivy. Mezi mateřské rizikové faktory patří kongenitální srdeční vady rodičů, DM, virózy v 1. trimestru, infertilita, choroby matky, jako fenylketonurie a kolagenózy. Vliv teratogenů zejména alkoholu, amfetaminů, infekce, lithia atd. Mezi fetální rizikové faktory zařazujeme arytmie a ultrazvukové abnormality v lokalitě CNS (mikrocefalie), GIT (atrémie jícnu), defekty přední stěny (diafragmatická hernie), uropoetický trakt (agenze a dysplázie ledvin), gemini monoamnioti, polyhydramnion a časnou symetrickou růstovou retardaci. VVV srdce, které se mohou vyskytnout u plodu jsou hyponastické levé a pravé srdce, společná komora, atrioventrikulární septa komor, dvojitá komora, Ebsteinova anomálie, atrémie či stenóza, koarktace aorty, hypertrofie komor, situs invertus, ectopia cordis, kardiomyopatie, tumory srdce, perikardiální výpotek a arytmie. Všechny VVV srdce jsou gynekologem obtížně diagnostikovatelné. Proto se v některých případech provádí komplexní vyšetření plodu na specializovaném pracovišti v Kardiocentru v Praze - Motole. V 18. – 20. týdnu těhotenství se provádí fetální echokardiografie, která je součástí screeningového vyšetření. Toto vyšetření se provádí na základě čtyřdutinové projekce, získáním příčného řezu hrudníku plodu, dále se zhodnotí frekvence srdečního rytmu. Po provedení vyšetření odborník zjistí, zda je vada slučitelná se životem, dá-li se léčit či ji lze bez následků do dalšího vývoje operovat (11).

1.5.3 Rozštěpové vady, defekt neurální trubice

V lidské populaci se vyskytují rozštěpové vady již od pradávna a v dnešní moderní době prenatální péče jich stále neubývá. Nespojí se vyvíjející se obličejové výběžky embrya a zůstane mezi nimi štěrbin. Vada způsobuje rozštěp obličeje, zejména rozpolcení rtu, patra a čelisti v různém rozsahu. Rozštěp rtu může být jednostranný nebo oboustranný a úplný, kdy je rozpolcen ret, čelist a patro. Na vzniku těchto vad se podílí genetické predispozice a vlivy zevního prostředí, jako rentgenové záření, onemocnění matky, toxické látky, chemikálie, léky, alkohol, kouření, infekce doprovázené teplotou, abnormality těhotenství, vyšší věk matky, poruchy výživy, gynekologická onemocnění a stres. Nejrizikovější období je v raném těhotenství mezi 25. – 60. dnem těhotenství. Vadu lze objevit mezi 12. - 20. týdnem gravidity pomocí ultrazvuku prováděného odborníkem. Rozštěpy jsou nepříjemné z funkčního i estetického hlediska. U rozštěpu horního rtu je rozestoupena červeň a je vytažena až do nosních otvorů, nosní přepážka je zkrácena a špička nosu má tupý tvar - tzv. rozplácly. Patro většinou v centrální části nesroste a vytvoří se volná komunikace mezi ústy a dutinou nosní. To činí problémy při kojení, protože děti nemohou vytvořit negativní tlak v ústech a tím i sát. Chirurgická léčba se provádí v etapách od kojeneckého věku. Pacienti vyžadují pozornost logopedů, ortodontistů a plastiků (15, 21, 23).

Defekt neurální trubice je nejčastější morfologická vada, která je ovlivněna vyšším věkem rodičky. Vyskytuje se u 0,3 až 3 novorozenců z jednoho tisíce narozených dětí. Defekty vznikají během časného stádia vývoje plodu a to kolem 28. dne. Původně otevřená neurální trubice se nedokonale uzavře nebo se neuzavře vůbec. Defekt neurální trubice představuje mnoho vrozených malformací jako anencefalus, kdy je u plodu vyvinuta obličejová část, ale chybí mozek. Tyto děti umírají krátce po narození. Mezi další řadíme defekt podél neurální trubice a to tzv. spina bifida. Je to vada páteře, kdy se jeden nebo více obratlů neuzavřou a vznikne v nich mezera. Dítě je tak do jisté míry ochrnuté, má problémy s inkontinencí (pomočováním) a může se vyvinout i hydrocefalus. Tato vada je postižení na celý život, mnozí se ocitnou na vozíku, i když ze začátku mohou normálně chodit. V poslední době se výskyt těchto vad snižuje a to díky biochemickému a ultrazvukovému screeningu. Klinická studie ve

Velké Británii pod vedením Medical Research Council došla k závěru, že podáváním kyseliny listové ve druhém trimestru se snížil výskyt defektu neurální trubice o 72 % a srdečních malformací o 30 % - 50 % (20, 32).

1.6 Vyšetřovací metody u žen s fyziologickým těhotenstvím

„Prenatální péče má být efektivní, nesmí být nadbytečná a musí být akceptovatelná těhotnou ženou (s. 16, 30).“ Je vedena lékařem a porodní asistentkou a směřuje ke snížení perinatální úmrtnosti a morbidit. Důležité je včasný příchod těhotné do poradny, před koncem I. trimestru do ukončeného 12. týdne těhotenství. Na počátku těhotenství musíme stanovit délku těhotenství a vypočítat termín porodu. Dále zhodnotíme, zda jde o těhotenství fyziologické, rizikové nebo patologické. Od těhotné pečlivě odebereme osobní, gynekologickou a porodní anamnézu, toto nazýváme všeobecným screeningem. Dle anamnézy zjistíme onemocnění, se kterými žena vstupuje do těhotenství. Během těhotenství můžeme zjistit různé rizikové faktory, které se mohou objevit i v průběhu gravidity. Specifický screening se provádí u žen, ke zjištění, zda rizikové faktory vedou k rozvoji patologického těhotenství. Při každé návštěvě v poradně porodní asistentka kontroluje u ženy krevní tlak, pulz, tělesnou teplotu, hmotnost a chemicky moč na přítomnost cukru, bílkovin, bakterií, leukocytů, krve a pátráme po edémech. Každá těhotná má těhotenskou průkazku, do které se zaznamenávají všechny vyšetření a zdravotní změny po celý průběh těhotenství. Na začátku těhotenství vyšetřujeme krevní skupinu, Rh faktor (u Rh negativní ženy vyšetříme protilátky a vyšetřujeme u partnera Rh faktor), sérovou žloutenku B (HBsAg), HIV, syfilis (TPHA), zarděnky (rubeola) pokud žena nedoloží povinné očkování, dále toxoplazmózu, gonorrhoeu a provádíme cytologické i kolposkopické vyšetření hrdla dělohy. Doporučená vyšetření v 10. – 12. týdnu těhotenství jsou: ultrazvukové vyšetření, kde se posuzuje velikost plodu, srdeční akce včetně nuchální translucence (NT), beta-hCG, PAPP-A a pH pochvy papírkem. Od 14. týdne těhotenství se kontroluje srdeční akce u plodu (Dopton). Měří se vzdálenost fundus-děloha, provádí se vaginální vyšetření, kde se určuje cervix skóre i naléhající části plodu a provede se pelvimetrie. V 16. týdnu těhotenství se provádí Tripple-test, kde se zjišťuje hladina lidského choriového gonadotropínu (hCG), Alfa-fetoproteinu (AFP) a estriolu (E3). Ve

20. týdnu se u Rh negativních žen nabírají opět protilátky, odebere se krev na krevní obraz včetně trombocytů a lékař provede 1. ultrazvukový screening. Zde hodnotí růst plodu, stavbu orgánů (srdce, kostra, trávicí ústrojí, CNS, končetiny), uložení placenty, množství plodové vody a stavbu srdce plodu. Ve 24. týdnu se odebere kultivace z pochvy a endocervixu a provádí se orální glukózový toleranční test (OGTT). Opět se vyšetří ve 28. týdnu Rh negativním ženám protilátky. Mezi 28. - 32. týdnem se provádí 2. ultrazvukové vyšetření, kde nás zajímá růst, poloha i pohyby plodu a inzerce placenty. Ve 36. týdnu se opakuje vyšetření na HIV, TPHA, gonorrhoeu (u rizikových skupin), znovu u Rh negativních žen protilátky, odebírá se druhý krevní obraz i s trombocyty, kultivace z pochvy a endocervixu (GBS). Od 38. - 40. týdne těhotenství se CTG natáčí 1x za týden. Po 40. týdnu, kdy čeká žena na porod nebo je diagnostikováno prodloužené těhotenství, se natáčí CTG á 2 dny. Vaginální kontrola se provádí 2x týdně, provede se ultrazvuková biometrie k určení termínu porodu. 10. den po termínu porodu se provede Oxytocinový zátěžový test a ve 41+5 – 42. týdnu gravidity se žena hospitalizuje a provede se indukce porodu. Doporučená frekvence návštěv v prenatalní poradně je každé 4 týdny do 37. týdne gravidity, od 37. - 40. týdne každý týden a po termínu porodu každé dva dny na natočení CTG (13, 19, 24, 30).

1.7 Vyšetřovací metody u žen s rizikovým těhotenstvím

Rizikové těhotné mohou navštěvovat speciální poradny tzv. poradny intermediální péče, což je ambulance pro ohrožená a patologická těhotenství. U rizikových těhotných se provádí stejná prenatalní vyšetření, jako u fyziologických, ale ženy jsou více sledovány a jsou odesílány na speciální vyšetření (25).

1.7.1 Amniocentéza (AMC)

Tato metoda byla prvně popsána roku 1952 Brevisem a Manem a v Českých zemích byla do praxe zavedena koncem 70. let Břešťákem. „Jde o nejčastěji užívanou metodu k vyloučení chromozomálních a metabolických abnormalit u plodu ve 2. trimestru (s. 63, 10).“ Toto vyšetření se provádí abdominálně pod kontinuální ultrazvukovou kontrolou. Buňky z plodové vody můžeme vyšetřovat cytogeneticky (stanovení karyotypu), imunofluorescenčně (pomocí imunofluorescenčních sond) a

analýzou DNA. Při cytogenetickém vyšetření je nutná asi 10 denní kultivace amniocytů. Při biochemickém vyšetření plodové vody vyšetřujeme hladinu acetylcholinesterázy a alfa-fetoproteinu, kdy nám pomáhá k diagnostice anencefalie a otevřených rozštěpů neurální trubice. Dále můžeme plodovou vodu vyšetřovat kultivačně a cytologicky. Klasická amniocentéza ve II. trimestru se provádí v období 15. – 16. týdnu těhotenství a časná amniocentéza se provádí před 15. týdnem těhotenství. Indikací k amniocentéze jsou nejčastěji genetické nebo porodnické důvody. Hlavně je-li matka starší 35 let, otec starší 50 let, pozitivní Triple test, vrozené poruchy metabolismu, rodiče s abnormálním karyotypem, ultrazvukové zjištění morfologické odchylky u plodu a předcházející porod/potrat plodu s chromozomální abnormalitou. Při časné amniocentéze se odebírá tolik mililitrů plodové vody, jaké je gestační stáří plodu. Mezi výhody časné amniocentézy oproti časné biopsii choria zahrnujeme lepší kvalitu mitóz, jednoduchost, bezpečnost, možnost biochemického vyšetření a malou pravděpodobnost mozaicistů. Je indikována převážně v graviditě s rizikem vrozených poruch metabolismu. Ojedinelé komplikace při odběru mohou ovlivnit vývoj plic vznikem hypoplazie. Před klasickou amniocentézou se musí provést ultrazvukové vyšetření, kde se provede diagnostika vícečetného těhotenství, místo uložení placenty, množství plodové vody a provede se základní biometrie plodu. Dále zjišťujeme možné děložní myomy, lokalizujeme pupečník a střevní kličky v bezprostřední blízkosti dělohy. K aspiraci používáme spinální jehlu o průměru 20 nebo 22 gauge o délce 9, 12 cm. Břicho dezinfikujeme 1 % Jodisolem či Cutaseptem a lokální anestézie se neprovádí. Aspirace 20 ml se provede plastovou stříkačkou pod ultrazvukovou kontrolou. Po odběru a opět v rozmezí do 4 týdnů se provede ultrazvuková kontrola srdeční aktivity plodu. U žen Rh negativních se po výkonu aplikuje imunoglobulin anti-Rh (D) i.m.. Metoda je prováděna ambulantně nebo semiambulantně, kdy žena zůstane na oddělení 2 – 3 hodiny. Komplikace, které mohou vzniknout u odběru plodové vody jsou: slabé krvácení, částečné odtékání plodové vody, abrupce placenty, chorioamnionitis, předčasný porod či poranění jehlou a to velmi vzácně (11, 24).

1.7.2 Biopsie choria (CVS)

Biopsie choria je získání fetálních buněk v časnější fázi gravidity, od 9. týdne těhotenství se nazývá časnou biopsií a od 12. týdne pozdní biopsií choria (placentocentéza). Používá se jako první volba u DNA diagnostiky. Choriová tkáň obsahuje rychle rostoucí kulturu buněk pro cytogenetické vyšetření. Z choriových klků lze určit karyotyp plodu a odhalit polymorfismus genové DNA. Indikace CVS jsou podobné, jako u amniocentézy a to hlavně věk rodičky. Provádí se transabdominálně nebo transcervikálně pod kontinuální ultrazvukovou kontrolou. Výhodou této metody je včasnost, výsledek je dostupný do týdne, předběžné výsledky jsou dostupné do 48 hodin a z dlouhodobé kultivace do 7 dnů. Kontraindikace CVS se kterými se můžeme setkat je extrémní obezita matky, abortus imminens, krvácení, dráždivá děloha, lokalizace myomů na přední stěně a střevní kličky před stěnou děložní či plný močový měchýř. Transabdominální přístup CVS je praktičtější a bezpečnější než transcervikální přístup. Vzniká nižší riziko vzniku subchoriálního hematomu, chronické infekce a možného abortu, kdy je decidua méně traumatizována. Na dezinfekci použijeme 1 % Jodonal či Cutasept dále ultrazvukovou sondu, sterilní gel, který nanášíme na břicho, speciální ruční aspirátor, 30ml plastovou stříkačku a jehlu 20,22 gauge s délkou 88mm. Jehla se zavádí do choriové tkáně v podélné ose a tím získáme větší množství tkáně. U pozdní biopsie choria je výkon stejný jako u časně biopsie, ale je jednodušší neboť placentární tkáň je pod ultrazvukem dobře zobrazena a tím je zavádění jehly snadné. Indikace k pozdní biopsii choria je pozdní záchyt rizikové gravidity, oligohydramnion, anhydramnion, suspektní VVV plodu v UZ obraze či abnormality placenty před 20. týdnem, výrazná IUGR, kdy nelze provést kordocentézu, nejasné cytogenetické a biochemické analýzy vody plodové a patologický Tripple test. Riziko spontánního potratu u transabdominálního přístupu CVS je 0,5 % – 1,0 %, u transcervikálního přístupu CVS 2,0 % – 4,0 %. Ostatní metody, které lze používat k odběru choriové tkáně jsou transcervikální biopsie choria portexovou kanylou, bioptickými kleštěmi, fixní metoda s použitím vodiče, transabdominální biopsie choria z volné ruky a kombinace odběrů CVS a AMC (10, 11).

1.7.3 Kordocentéza (KDC)

Tento přímý odběr fetální krve v graviditě se provádí kolem 20. týdne těhotenství punkcí pupečnicku (v. umbilicalis) s kontinuální ultrazvukovou kontrolou. Tímto vyšetřením se stanoví chromozomální výbava z lymfocytů plodu do 48 – 72 hodin. Vyšetřením vyloučíme chromozomální aberace (Down a Edwards syndrom). Indikace ke kordocentéze jsou diagnostické a to rychlá karyotypizace plodu (IUGR, selhání AMC a CVS metod), Rh-izoimunizace plodu (stanovení krevního obrazu a krevní skupiny), suspektní infekce plodu (TORCH, parvovirus, syfyilis, HIV), hemoglobinopatie (talasemie, trombastenie, trombocytopenická purpura), imunologická indikace (stanovení imunoglobulinů v krvi plodu), stanovení steroidů v krvi (při poruchách štítné žlázy plodu), vyšetření krevních plynů plodu a terapeutické indikace jsou intravaskulární (intraumbilikální) transfuze plodu při Rh-izoimunizaci a aplikace léků plodu. Vhodným místem pro punkci pupečnicku je placentární úpon, volná klička pupečnicku a abdominální úpon, můžeme také využít intrakardiálního a intrahepatálního odběru. Odběr se provádí za sterilních podmínek v úhlu 45 stupňů. Používá se jednorázová preheparinizovaná jehla 22 gauge a stříkačka, kdy se odebere metodou „free hand“ asi 3 – 4 ml fetální krve. Po odběru se aplikuje zpět do v. umbilicalis 2 ml fyziologického roztoku, který způsobí rychlejší uzavírání místa vpichu. Po ukončení výkonu provedeme UZ kontrolu srdeční frekvence plodu a flowmetrii. Komplikace po kordocentéze jsou: hematom v pupečnicku, těžká bradykardie plodu, amnionitis, intraokulární infekce, předčasný odtok plodové vody, krvácení z místa vpichu, předčasný porod či potrat a předčasné odloučení placenty. Riziko spontánního potratu po kordocentéze je 0,8 % – 1 %. Pokud odběr provede zkušený odborník a frekvence těchto komplikací není vysoká (10, 11).

1.8 Sledování rodičky ambulantně

Je-li stav rodičky uspokojivý, dochází pouze na pravidelné kontroly do ambulance rizikového oddělení a je v domácím léčení. Porodní asistentka asistuje lékaři při různých vyšetřeních. Některá vyšetření provádí porodní asistentka samostatně, jako měření fyziologických funkcí, odběr biologického materiálu, připravuje těhotnou na

vyšetření. Dále jí porodní asistentka naslouchá jaké má úzkosti a problémy v těhotenství. Snaží se edukovat těhotnou o vhodném životním stylu a podporovat její psychiku. Všimá si u ní veškerých změn, jak po zdravotní stránce, tak i po psychické (20).

1.9 Sledování rodičky při hospitalizaci

Pokud je stav těhotné vážný a ohrožuje na životě, jak matku, tak plod, je žena ihned hospitalizována na rizikovém oddělení. Zde se řídí lékařská i ošetrovatelská péče aktuálním problémem těhotné. Porodní asistentka sleduje její celkový stav (psychickou i fyzickou stránku) a stav plodu. Asistuje lékaři při mnoha vyšetřeních. Připravuje těhotnou na vyšetření, měří fyziologické funkce a odebírají biologický materiál. Porodní asistenta vše důkladně zapisuje do dokumentace (Příloha 6, 7). Odpovídá na dotazy těhotné, naslouchá a podává poučení o zdravotních návycích. Aktivně vyhledává obvyklé potíže spojené s rizikovým těhotenstvím. Snaží se těhotné poskytnout vhodné prostředí a ošetrovatelskou péči, aby se pacientka cítila lépe v nemocničním prostředí. Zde se stává stejně jako těhotná, tak i plod v děloze „pacientem na lůžku“ (10, 20).

1.10 Ošetrovatelský proces

Ošetrovatelský proces byl poprvé rozpracován v roce 1963 a o deset let později v roce 1973 vypracovala Americká ošetrovatelská asociace (ANA) standardy pro ošetrovatelský proces a byly přijaty na celoamerické úrovni. Ošetrovatelský proces je soubor činností, které vykonává zdravotní personál k uspokojení individuálních potřeb zdravého a nemocného člověka. Ošetrovatelský proces je individuální, protože každý pacient má jiné potřeby, které potřebuje během hospitalizace uspokojit. Je cíleně směřován a řeší problémy pacienta za pomoci kritického myšlení. Komplexní ošetrovatelský proces se skládá z pěti základních částí. Zahrnuje zhodnocení, diagnostiku, plánování, realizaci a vyhodnocení. Zabýváme se člověkem jako celkem, je to bytost bio-psycho-sociální. Poruší-li se jedna část celku, dojde k porušení celého systému (20, 33).

Je-li něčeho nedostatek či dokonce něco chybí, jedná se o potřebu, která se musí co nejvhodněji odstranit nebo doplnit. Potřeby každého člověka se během vývoje mění,

každý má svůj individuální způsob uspokojování a jiný žebříček potřeb. Dojde-li k porušení psychické stránky člověka, ovlivňuje to i fyzický stav člověka a naopak. K uspokojování potřeb můžeme dojít různými způsoby a to žádoucími nebo nežádoucími. Americký psycholog Abraham H. Maslow vytvořil tzv. Maslowovu hierarchii potřeb. Pyramida obsahuje nižší a vyšší potřeby, pokud nedochází k uspokojení nižších potřeb nemohou být uspokojeny potřeby vyšší. Základnu pyramidu tvoří potřeby fyziologické (potřeba pohybu, dýchání, vyprazdňování, přijímání potravy, atd.) dalším schůdkem jsou potřeby jistoty a bezpečí, potřeby sounáležitosti a lásky, potřeby uznání a sebeúcty, potřeby kognitivní (potřeba poznávat, vědět), potřeby estetické a vrchol pyramidu tvoří potřeby seberealizace (33).

1.10.1 Ošetrovatelský proces na oddělení rizikového těhotenství dle Oremové a Gordonové

Na oddělení rizikového těhotenství je možno používat a poskytovat kompletní ošetrovatelskou péči podle koncepčních modelů Oremové a Gordonové. Koncepční model dle Dorothy Elizabeth Oremové je nazýván modelem sebepěče. Cílem tohoto modelu je dosažení sebepěče, aby si pacient udržel optimální zdravotní stav nebo poskytnout pomoc lidem s deficitem sebepěče. Pacient je považován za jedince s projevy deficitu sebepěče. Je to jednota mezi biologicky fungujícími aspekty a společensko-kulturními aspekty. Člověk je schopen iniciovat a vykonávat sebepečovatelské činnosti na uchování života, zdraví a blaha. Role porodní asistentky spočívá v poskytnutí pomoci pro dosažení optimální úrovně sebepěče. A také ovlivňuje rozvoj pacienta v dosažení optimální úrovně sebepěče. Máme šest základních oblastí, na které je sebepěče zaměřena: na pravidelný a dostatečný příjem potravy, vzduchu a vody, uspokojivé funkce vylučování, rovnoměrné rozložení činnosti a odpočinku, na rovnováhu mezi samotou a společenskou interakcí, rovnováhu mezi bezpečím, jistotou a hrozícím nebezpečím, na normální bytí, existence a blaho. Tento model je založen na deficitu sebepěče. Když je pacient soběstačný, provádí prostřednictvím vlastních činností a chováním sebepěči, což vede k dosažení jeho zdraví a pohody. Jestliže dojde k deficitu sebepěče, poskytne porodní asistentka potřebnou pomoc formou ošetrovatelského procesu. Deficit sebepěče můžeme najít ve změnách ve fyzické

struktuře, fyziologických funkcích a v chování člověka. Ošetrovatelská péče vede k dosažení optimální úrovně sebepéče pro pacienta (1, 26). „Sebepéče je filozofií zdravého způsobu života, je konkrétním chováním jedince ve prospěch vlastní existence (s. 55, 26).“

Koncepční model dle Marjory Gordonové se nazývá model funkčních vzorců zdraví. Tento model je velmi univerzální a proto ho můžeme použít v různých ošetrovatelských oblastech. Model lze použít u zdravého či nemocného klienta a u dospělého či dítěte. Ošetrovatelským cílem v tomto modelu je zdraví, odpovědnost jedince za své zdraví a rovnováha bio-psycho-sociálních interakcí. Pacient má roli holistické bytosti s biologickými, psychologickými, sociálními, kulturními, behaviorálními, kognitivními a spirituálními potřebami, je to jedinec s funkčním nebo dysfunkčním typem zdraví. Rolí porodní asistentky je systematické získávání informací v jednotlivých oblastech vzorců zdraví pomocí standardních metod (pozorováním, rozhovorem, fyzikálním vyšetřením), analýza získaných informací s posouzením funkčního či dysfunkčního typu zdraví, diagnostikování pacientových problémů, plánování a vyhodnocení péče u zdravého či nemocného klienta. Obsahem modelu je 13 vzorců zdraví, kdy podle nich získává porodní asistentka potřebné informace. Prvním vzorcem je podpora zdraví. Obsahuje, jak jedinec vnímá zdraví a jakými způsoby se o své zdraví stará. Druhým je výživa, kde se zaměřujeme na způsob přijímání potravy, tekutin, zvyky při stravování ve vztahu k metabolické potřebě organismu. Vylučování je dalším vzorcem zdraví, kde nás zajímá exkreční funkce střev, močového měchýře a kůže. Dále je to aktivita a odpočinek, vnímání a poznávání se týká jak smyslových orgánů, tak i schopnosti učení a poznávání nových věcí i informací. Šestý vyjadřuje, jak se pacient sám vnímá (sebeúcta, sebepojetí) - vnímání sebe sama. Dále je model zaměřen na vztahy (role pečovatele, rodinné vztahy) a sexualitu (menstruace, těhotenství, porody). Zvládání zátěže-odolnost vůči stresu je devátou oblastí, ve které zjišťujeme, jak klient zvládá změny ve svém životě. Životní principy nám odhalí víra a hodnoty klienta. Jedenáctá oblast zahrnuje bezpečnost-ochranu, zde zjišťujeme možné infekce, násilí, tělesné poranění a termoregulaci. V oblasti komfortu nás zajímá pohodlí sociální, tělesné a související s prostředím. Poslední oblast je zaměřena na růst a vývoj

klienta, kdy můžeme odhalit odchylky ve vývoji. Tento model nám vytvoří celostní zhodnocení úrovně zdraví jak u zdravého, tak u nemocného člověka (1, 26, 33).

1.10.2 Vybrané ošetrovatelské diagnózy vztahující se k věku 35 let u těhotné

00004 Riziko infekce v souvislosti s operativním porodem.

00004 Riziko infekce v souvislosti se zavedenou periferní kanylou.

00011 Zácpa v souvislosti s těhotenstvím projevující se ztíženým vyprazdňováním (22).

00046 Porušená kožní integrita v souvislosti s periferní kanylou projevující se bolestivostí, zarudnutím a zvýšenou TT .

00055 Neefektivní plnění role v souvislosti s hospitalizací projevující se steskem po rodině, verbalizací (22).

00058 Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte v souvislosti s výchozím onemocněním projevující se verbalizací, pláčem, obavami o chod rodiny, častými otázkami (22).

00093 Únava v souvislosti s těhotenstvím projevující se ospalostí, zíváním, pospáváním během dne, nepohodou (22)

00095 Porušený spánek v souvislosti s hospitalizací projevující se ztíženým usínáním a celkovou nepohodou (22).

00108 Deficit sebeděže při koupání a hygieně v souvislosti s přísným klidem na lůžku projevující se omezenou schopností při hygieně a nemožností provádět koupele

00124 Beznaděj v souvislosti s nemožností ovlivnit průběh těhotenství projevující se plačtivostí, poklesem nálady, verbalizací (22).

00125 Bezmocnost v souvislosti s nemožností ovlivnit průběh těhotenství projevující se plačtivostí, poklesem nálady, apatií (22).

00126 Deficitní znalosti v souvislosti s výchozím onemocněním projevující se častými dotazy na průběh onemocnění, bagatelizací problémů, žádostmi o ukončení hospitalizace (22).

00128 Riziko deficitu tělesných tekutin v souvislosti se vznikem gestózy.

00132 Akutní bolest v souvislosti s výchozím onemocněním projevující se verbalizací, výrazem v obličeji.

00134 Nausea v souvislosti s těhotenstvím projevující se pocením, verbalizací, točením hlavy.

00146 *Úzkost* v souvislosti s nástupem těhotenských komplikací projevující se plačtivostí, častými dotazy (20).

00148 *Strach* o sebe v souvislosti s rizikovým těhotenstvím projevující se častými dotazy na průběh těhotenství a uzavřeností (22).

00148 *Strach* o dítě v souvislosti s průběhem rizikového těhotenství projevující se plačtivostí, častými dotazy na stav plodu a poklesem nálady (22).

2. CÍLE PRÁCE

2.1 Cíle práce

Cíl 1 Zjistit, zda jsou ženy v reprodukčním věku informované o možných rizicích těhotenství po 35. roku života.

Cíl 2 Zjistit, zda ženy ve výzkumném souboru č. 2 využily k otěhotnění metodu IVF.

Cíl 3 Zjistit, z jakého důvodu ženy odsunuly vznik těhotenství do věkové kategorie po 35. roku života.

Cíl 4 Zjistit, jaké ošetrovatelské problémy (oše. diagnózy) vznikly v souvislosti s těhotenstvím po 35. roce života.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1 Ženy ve fertilním věku jsou informované o možných rizicích spojených s těhotenstvím po 35. roku života.

Hypotéza 2 Ženy po 35. roce života využily k těhotenství metodu IVF.

2.3 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka 1 Co vedlo ženy k tomu, aby se rozhodly pro těhotenství až po 35. roce života?

Výzkumná otázka 2 Jaké nejčastější ošetrovatelské problémy vznikly v těhotenství u žen po 35. roce života?

3. METODIKA

3.1 Metodika

Pro výzkumné šetření byla využita kombinace kvantitativního a kvalitativního výzkumu.

K první části výzkumného šetření byla použita forma kvantitativního výzkumu formou anonymních dotazníků (Příloha 1). Dotazníky byly rozdány ve 2 nemocničních zařízeních v České republice a to v nemocnici v Českých Budějovicích a.s. a gynekologicko-porodnické klinice FN Plzeň Lochotín. Skupinu dotazovaných tvořily ženy v reprodukčním věku ve vybraných nemocnicích. Vyhodnocení dat bylo zpracováno v MS Excel formou grafů. Anonymní dotazník byl zaměřen na zjištění informovanosti žen a využití metody IVF k otěhotnění. Dotazník obsahoval 18 otázek a to uzavřených, otevřených a polootevřených. Do dotazníku byly zahrnuty otázky identifikační, filtrační a výzkumné.

K druhé části výzkumného šetření byla použita forma kvalitativního výzkumu u vybraných těhotných žen během jejich hospitalizace.

Ke sběru dat byly použity kazuistiky respondentek, dokumentace a forma nestandardizovaného rozhovoru. Náhodně vybrané ženy tvořily pacientky starší 35 let z oddělení rizikového těhotenství. Ke sběru dat byl použit nestandardizovaný rozhovor, který tvořil celkem 20 otázek (Příloha 2). Otázky se týkaly problematiky těhotenství po 35. roce života, klinických a psychických projevů, ošetrovatelské péče a spokojenosti s ní.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor 1 tvořily ženy v reprodukčním věku v Nemocnici v Českých Budějovicích a.s. a na gynekologicko-porodnické klinice FN Plzeň Lochotín. Dotazník byl zaměřen na informovanost žen o možných rizicích těhotenství po 35. roku života. Dále byl dotazník zaměřen u žen starších 35 let na zjištění využívání metody IVF k otěhotnění. Výzkumné šetření probíhalo od ledna do března 2010. Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, vráceno bylo 93 dotazníků (85 %) z čehož bylo vyřazeno 5

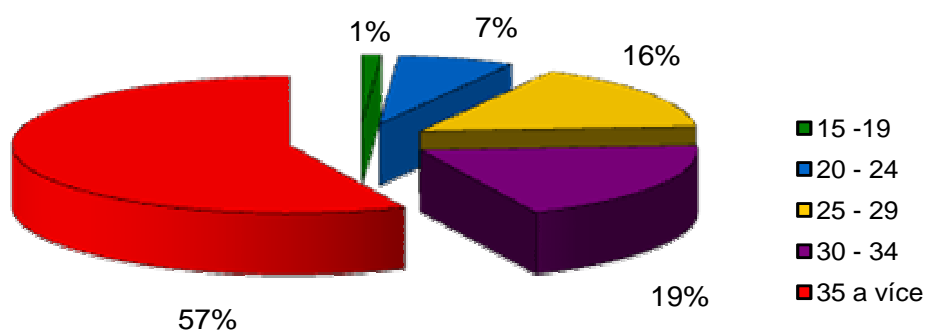
dotazníků pro neúplné vyplnění. Uvedené výsledky vychází z počtu 88 respondentek (80 %). 88 respondentek tedy tvoří 100 %.

Výzkumný soubor 2 tvořily těhotné ženy po 35. roce života, které byly hospitalizované v nemocnici České Budějovice a.s. a na gynekologicko-porodnické klinice FN Plzeň Lochotín. Soubor 2 tvořilo celkem 8 žen po 35. roce života. Výzkumné šetření probíhalo od února do března 2010. Rozhovor byl prováděn se 4 hospitalizovanými ženami v nemocnici v Českých Budějovicích a.s. a se 4 hospitalizovanými ženami na gynekologicko-porodnické klinice FN Plzeň Lochotín. S pomocí dokumentace byly ověřeny výpovědi. Výsledky výzkumného šetření zjištěné z rozhovoru a z dokumentace byly zpracovány do jednotlivých kazuistik a tabulek.

4. VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

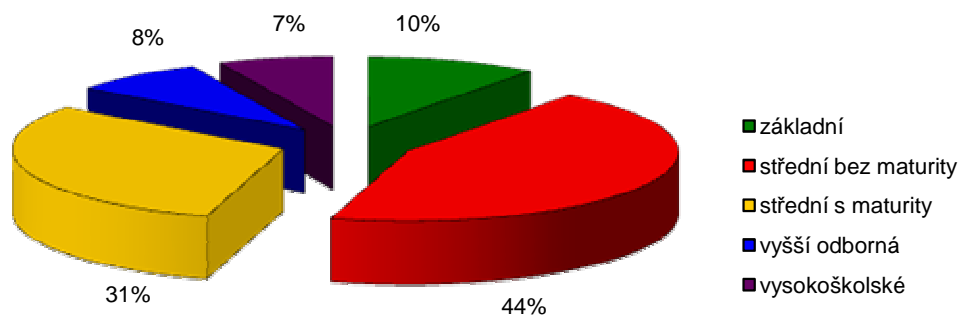
4.1 Výsledky kvantitativního šetření

Graf 1 Věk respondentek



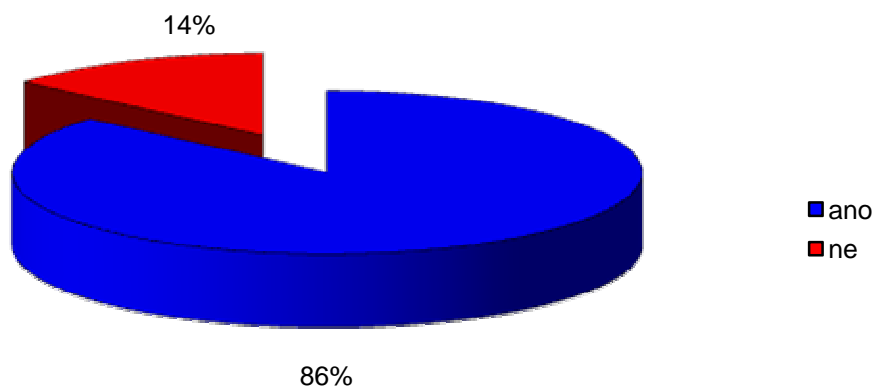
Z celkového počtu dotazovaných (88) bylo 1 % (1) žen ve věku 15 – 19 let, 7 % (6) žen ve věku 20 – 24 let, 16 % (14) žen ve věku 25 – 29 let, 19 % (17) žen ve věku 30 – 34 let a 57 % (50) žen je starších 35 let.

Graf 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



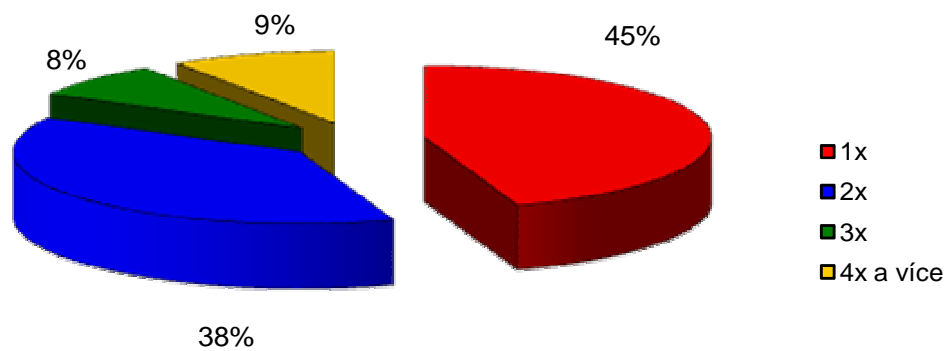
Z celkového souboru respondentek (88) má ohledně dosaženého vzdělání 10 % (9) žen základní vzdělání, 44% (39) má střední školu bez maturity, 31 % (27) má střední školu s maturitou, 8 % (7) má vyšší odborné a 7 % (6) má vysokoškolské vzdělání.

Graf 3 Těhotenství respondentek



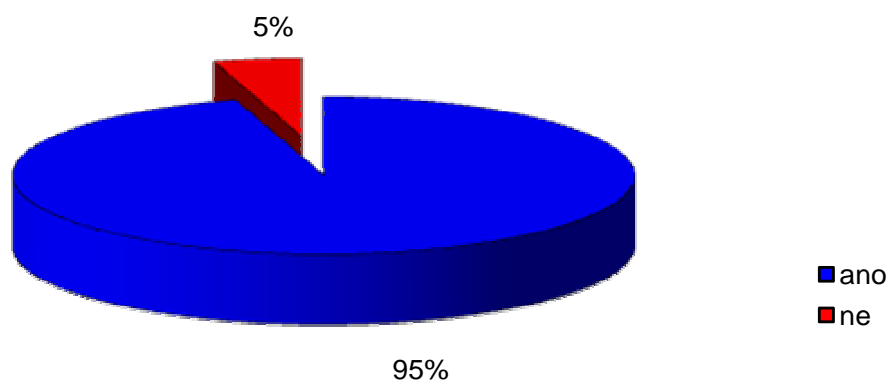
Z celkového počtu dotazovaných (88) bylo 86 % (76) žen již těhotných a 14 % (12) ještě nebylo těhotných.

Graf 4 Počet porodů



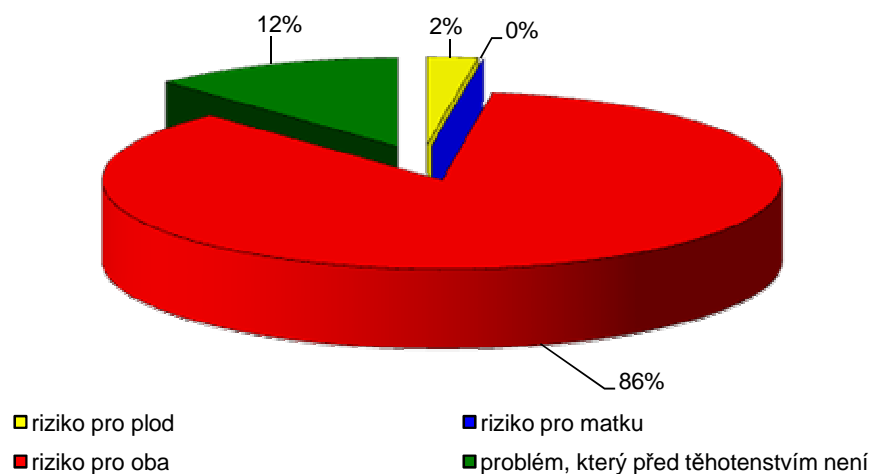
Z celkového počtu dotazovaných (76) rodilo 45 % (34) 1x, 38 % (29) dotazovaných 2x, 8 % (6) dotazovaných 3x a 9 % (7) dotazovaných 4x a více.

Graf 5 Informovanost respondentek o rizikovém těhotenství po 35. roce života



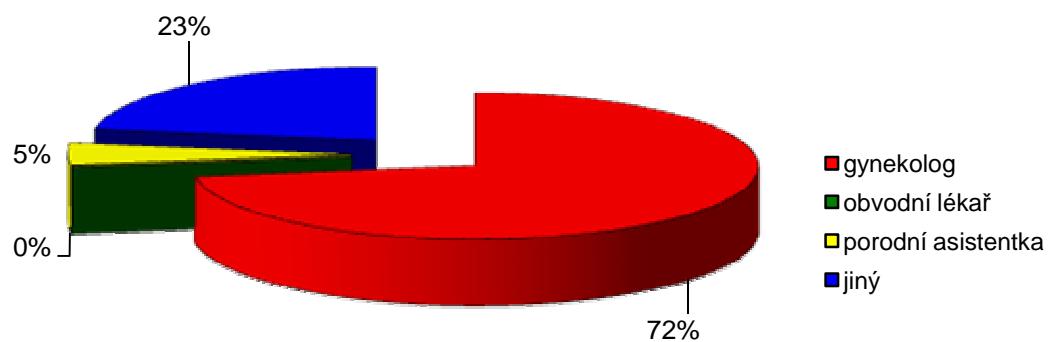
Z celkového souboru dotazovaných (88) odpovědělo 95 % (84) žen, že je po 35. roce života těhotenství rizikové a 5 % (4) o této skutečnosti nevědělo.

Graf 6 Rizikové těhotenství



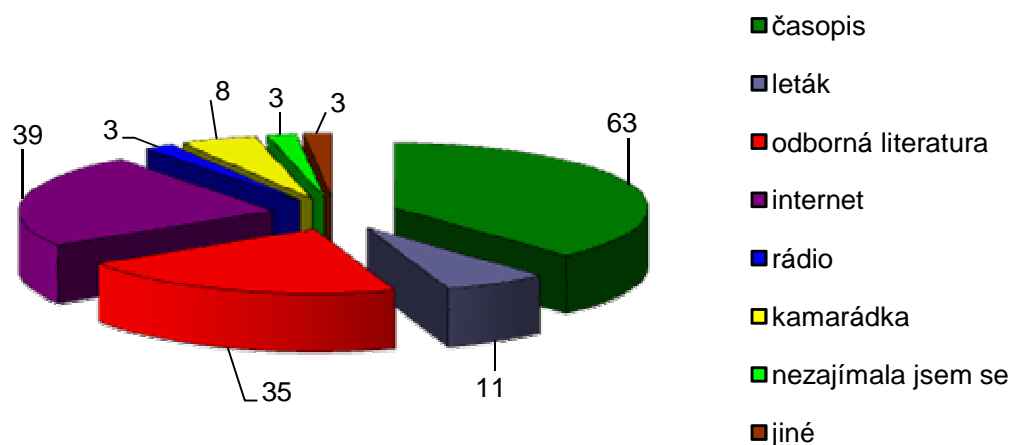
Rizikové těhotenství je podle názoru dotazovaných 2 % (2) těhotenství s rizikem pro plod, 0 % (0) těhotenství s rizikem pro matku, 86 % (72) těhotenství s rizikem pro oba a 12 % (10) těhotenství, během kterého se vyskytne problém, který se před těhotenstvím u ženy neobjevil. To odpovídělo z celkového počtu (84) dotazovaných.

Graf 7 Poskytnuté odborné informace o rizikovém těhotenství po 35. roce života



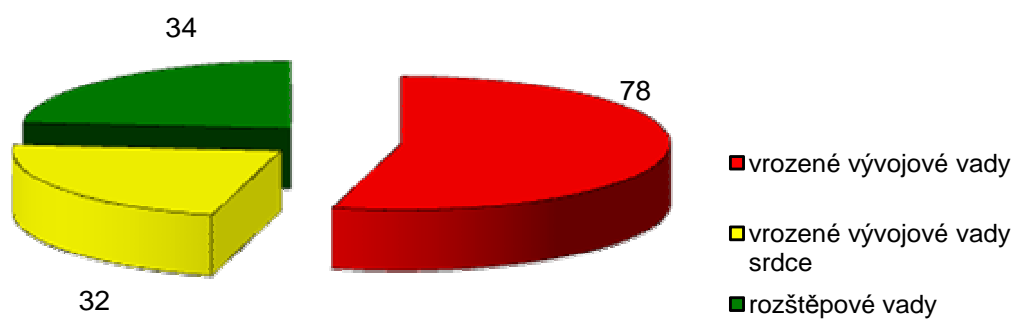
Odborné informace o riziku v těhotenství poskytl z celkového počtu dotazovaných (84) gynekolog 72 % (61), obvodní lékař podal informace 0% (0) dotazovaným, porodní asistentka 5 % (4) dotazovaným. 23 % (19) dotazovaných odpovědělo jiné.

Graf 8 Informace o rizikovém těhotenství po 35. roce života, které získaly ženy samy



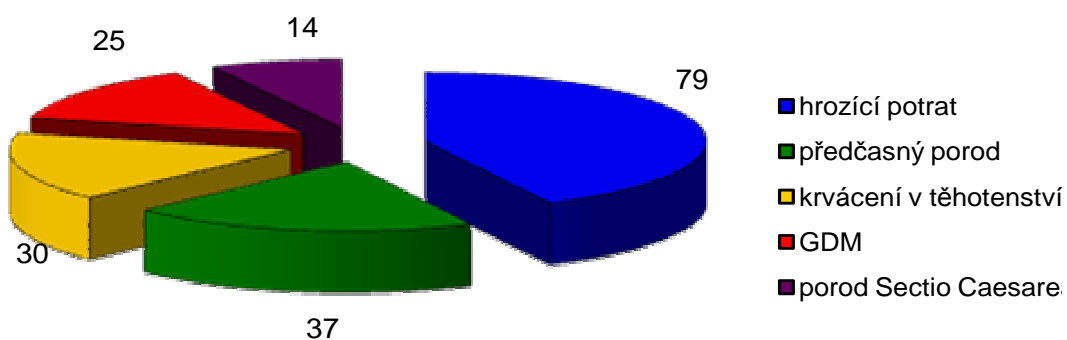
Z celkového počtu dotazovaných (84), kde mohly respondentky zaškrtnout více odpovědí. Získalo informace o rizikovém těhotenství po 35. roce života z časopisu 63 dotazovaných, 11 dotazovaných z letáku, 35 dotazovaných z odborné literatury, 39 dotazovaných z internetu, 3 dotazování z rádia, 8 dotazovaných od kamarádky, 3 se vůbec nezajímaly a 3 dotazovaný uvedly jiné.

Graf 9 Riziko u plodu v těhotenství po 35. roce života



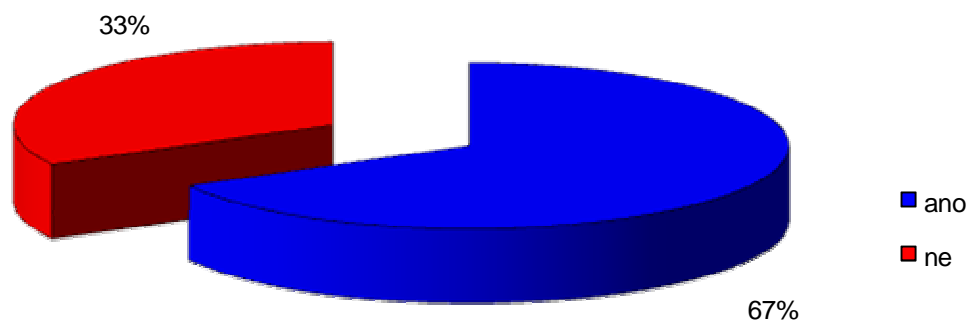
Z celkového souboru dotazovaných (84), kde respondentky mohly zaškrtnout více odpovědí, bylo informováno 78 dotazovaných o riziku vrozených vývojových vad, 32 dotazovaných o vrozených vývojových vadách srdce a 34 dotazovaných o rozštěpových vadách.

Graf 10 Riziko u žen v těhotenství po 35. roce života



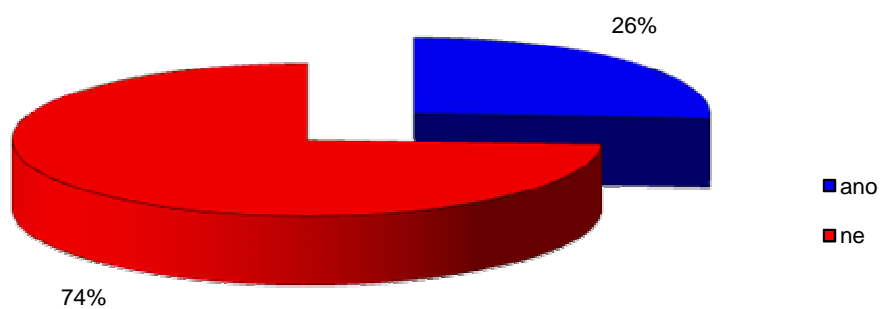
Z celkového počtu dotazovaných (84), kde respondentky mohly zaškrtnout více odpovědí, mělo 79 dotazovaných informace o hrozícím potratu, 37 dotazovaných o předčasném porodu, 30 dotazovaných o krvácení v těhotenství, 25 dotazovaných o Gestačním diabetu mellitu (GDM) a 14 dotazovaných o porodu Sectio Caesarea.

Graf 11 Povědomost o jiné těhotné ženě po 35. roce života ve svém okolí



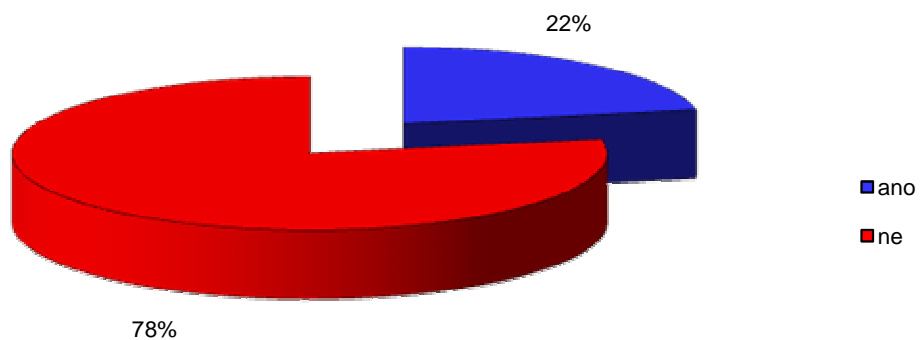
Z celkového počtu dotazovaných (88) 67 % (59) dotazovaných zná ve svém okolí někoho, kdo je těhotný po 35. roce života a 33 % (29) nikoho ve svém okolí nezná.

Graf 12 Problémy s otěhotněním po 35. roce života



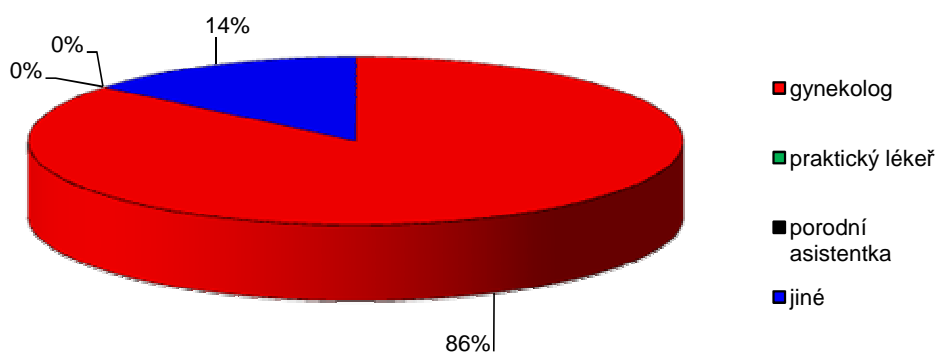
Z celkového souboru dotazovaných (50), které tvořily ženy starší 35 let. Mělo problémy s otěhotněním po 35. roce života 26 % (13) dotazovaných a 74 % (37) dotazovaných nemělo žádné problémy s otěhotněním.

Graf 13 Využití metody IVF k otěhotnění



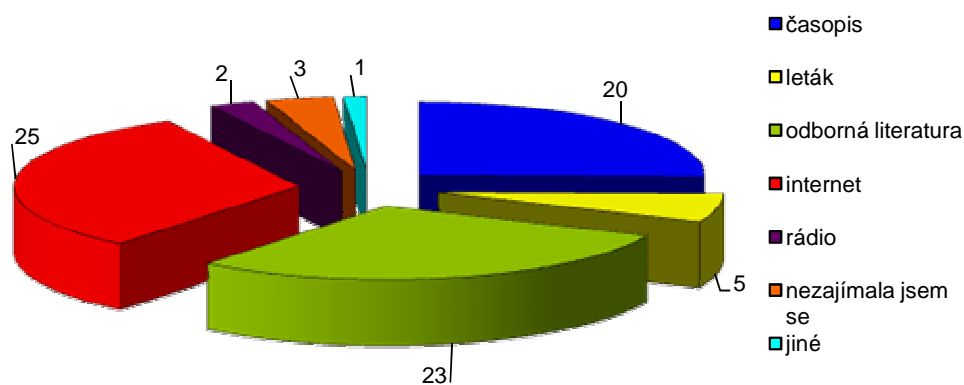
Z celkového počtu dotazovaných (50), které tvořily ženy starší 35 let. Využilo k otěhotnění metodu IVF 22 % (11) dotazovaných a 78 % (39) dotazovaných nemuselo metodu IVF využít.

Graf 14 Poskytnuté odborné informace o metodě IVF



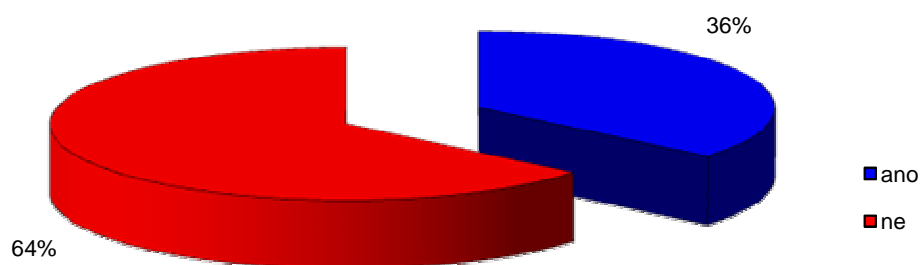
Z celkového součtu dotazovaných (50), které tvořily ženy starší 35 let. Poskytl odborné informace o metodě IVF gynekolog 86 % (43) dotazovaným, obvodní lékař 0% (0) dotazovaným, porodní asistentka 0 % (0) dotazovaným. 14 % (7) dotazovaných odpovědělo jiné.

Graf 15 Informace o metodě IVF, které ženy získaly samy



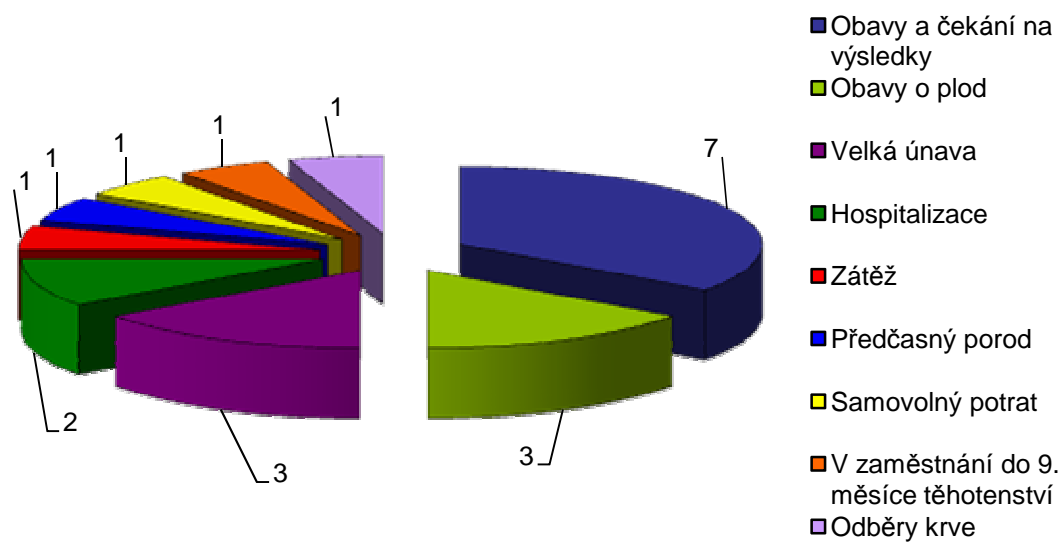
Z celkového počtu dotazovaných (50), které tvořily ženy starší 35 let a mohly zde zaškrtnout více odpovědí. Získalo informace o metodě IVF z časopisu 20 dotazovaných, 5 dotazovaných z letáku, 23 dotazovaných z odborné literatury, 25 dotazovaných z internetu, 2 dotazování z rádia, 3 se vůbec nezajímaly a 1 dotazovaný uvedly jiné, a to IVF centrum.

Graf 16 Psychická zátěž v těhotenství po 35. roce života



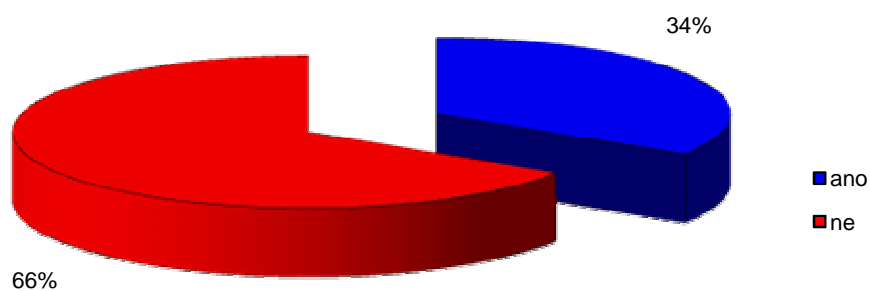
Z celkového počtu dotazovaných (50), které tvořily ženy starší 35 let. Bylo pro 36 % (18) respondentek těhotenství po 35. roce života psychickou zátěží a 64 % (32) respondentek uvedlo, že pro ně těhotenství po 35. roce života nebylo psychickou zátěží.

Graf 17 Psychická zátěž v těhotenství



Z celkového počtu dotazovaných (18), které tvořily ženy starší 35 let a odpovídaly na otevřenou otázku. Uvedlo 7 dotazovaných obavy a čekání na výsledky, 3 obavy o plod, 3 dotazovaní velkou únavu, 2 hospitalizaci, 1 zátěž, 1 předčasný porod, 1 samovolný potrat, 1 v zaměstnání do 9. měsíce těhotenství, 1 odběry krve.

Graf 18 Psychická zátěž těhotenství po 35. roce života u partnera těhotné



Z celkového počtu dotazovaných (50), které tvořily ženy starší 35 let. Uvedlo 34 % (17) dotazovaných, že partner pocítil psychickou zátěž v době těhotenství ženy a 66 % (33) dotazovaných uvedlo, že partner nepocíťoval psychickou zátěž v době těhotenství ženy.

4.2 *Kazuistiky respondentek*

4.2.1 *Kazuistika 1*

Paní K. P., narozena roku 1970, v době těhotenství je ve věku 39 let. Je střední postavy, měří 166cm a váží 63kg. Paní K. P. je vdaná a žije sama s manželem v rodinném domku. Má dobré rodinné zázemí, nekouří.

Anamnéza:

RA: Otec léčen s DM na dietě a prodělal IM. Matka se léčí pro hypertenzi a je po mozkové příhodě. Děda a babi paní K. P. jsou po IM.

OA: Prodělala běžné dětské onemocnění. V pozdějším věku žádné vážné onemocnění neprodělala. V roce 1997 byla provedena operace nosních mandlí v Písku. Má alergii na čisticí prostředky.

GA: Měsíčky má od 14 let, pravidelné, nebolestivé. Poslední měsíčky byly 1. 6. 2009 a termín porodu vychází na 8. 3. 2010. Paní je I. gravidita a I. para.

Léky užívané během těhotenství Euthyrox 50 a Actrapid s.c., Mamavit.

Nynější těhotenství: Genetické vyšetření bylo indikováno pro věkovou indikaci. 29. 9. 2009 byla provedena amniocentéza, kde bylo zjištěno riziko pro plod 7 – 8 %. Při OGTT byl zjištěn gestační diabetes od 27. týdne gravidity. ECHO plodu bylo provedeno 26. 10. 2009, byl zjištěn normální nález. Odběr kultivace z pochvy, kde vyšel *Lactobacterie species*.

Hospitalizace: Paní K. P. nebyla během těhotenství hospitalizována až nyní.

NO: Přijata jako preventivní hospitalizace pro gestační diabetes mellitus.

Příjem: Paní K. P. byla přijata 15. 2. 2010 ve 37+0 týdnu gravidity do FN Plzeň pro preventivní hospitalizaci pro gestační diabetes mellitus.

Ordinace: Euthyrox 50 ,Actrapid s.c., glykémie 4x denně, příjem a výdej tekutin, CTG 2x denně, cukr a aceton v moči 2x denně, dieta 9

Tabulka 1 – Respondentka 1

R 1	K. P.
Věk	39 let
Vzdělání	Vysoká škola
Kolikáté je toto těhotenství	První
Informovanost o rizikovém těhotenství	Ano
Důvod odsunutí těhotenství do tohoto věku	Osobní důvody Zdravotní důvody Bytové důvody
Problémy s otěhotněním	Ano – problémy na straně manžela
Vhodnost těhotenství v tomto věku	Asi moc není vhodné
Hospitalizace na rizikovém oddělení	Jednou - nyní
Zdravotní potíže během těhotenství	GDM
Zhoršení zdravotních potíží	Mírně
Fyzické potíže v těhotenství	Žádné
Nejhorší potíže v těhotenství	Předčasné ukončení těhotenství
Psychické potíže v těhotenství	Žádné
Nejhorší psychické potíže během těhotenství	Žádné
Jiné problémy během rizikového těhotenství	Žádné
Ošetrovatelská péče porodních asistentek během hospitalizace	Natáčení CTG 2 x denně Měření TK, TT, P Kontrola OP a pohybů plodu Sledování P +V Odběry krve a moče Podávání léků
Ošetrovatelská péče více u jiných pacientek	Neposoudí - jednolůžkový pokoj
Co nejvíce obtěžovalo pacientku při ošetrovatelské péči	Odběr krve
Psychicky stresující výkon	Žádný
Co by mělo být více sledováno	Neví

První respondentka je ve věku 39 let, její nejvýše dosažené vzdělání je vysokoškolské. Toto těhotenství je její první. O skutečnosti, že těhotenství po 35. roce života je rizikové, byla informována svým gynekologem. Odsunout těhotenství do tohoto věku se rozhodla pro osobní, částečně zdravotní a bytové důvody. Otěhotnění bylo zkomplikováno, vyskytly se zdravotní potíže manžela. Respondentka si myslí, že těhotenství v tomto věku není moc vhodné.

Na rizikovém oddělení nebyla během těhotenství hospitalizována. Až nyní, pro předčasné ukončení těhotenství z důvodu GDM. Ze zdravotních potíží uvedla respondentka GDM, který se mírně během těhotenství zhoršoval. Fyzické potíže respondentka během těhotenství neměla žádné. Jako nejhorší potíže uvedla až předčasné ukončení těhotenství pro GDM. Žádné psychické problémy se u respondentky během těhotenství neobjevily a neudává ani žádné jiné problémy během těhotenství.

Ošetrovatelská péče po dobu hospitalizace zahrnovala natáčení CTG 2 x denně, měření TT, TK, P, kontrola ozev plodu (OP) a pohybů plodu, sledování příjem a výdej tekutin, odběry krve a moče, podávání léků. Zda porodní asistentky prováděly více ošetrovatelské péče, nemůže posoudit z důvodu jednolůžkového pokoje. Jako nejvíce obtěžující výkon během hospitalizace uvedla odběr krve. Psychicky stresující výkon nebyl pro respondentku žádný. Respondentka uvádí, že neví, zda by mělo podle jejího názoru v ošetrovatelské péči něco více sledovat.

4.2.2 *Kazuistika 2*

Paní B. J. narozena roku 1967, v době těhotenství je jí 42 let. Je střední postavy, měří 167 cm a váží 82,2kg. Paní B. J. je rozvedená a žije s přítelem v panelovém bytě. Kouří 2 cigarety denně.

Anamnéza:

RA: Matka se léčí s hypertenzí. Otec po karcinomu tlustého střeva, žije.

OA: Prodělala běžné dětské onemocnění. V pozdějším věku byla ve 30 letech léčena pro astma bronchiále, nyní bez terapie. Žádné operace ani úrazy neprodělala. Alergii neudává.

GA: Měsíčky má od 14 let pravidelné, nebolestivé 28/5. Hormonální antikoncepci užívala do roku 2009. Poslední měsíčky byly 20. 5. 2009 a termín porodu byl vypočítán na 24. 2. 2010. Paní je VI. gravidita a IV. para. Paní měla v roce 1987, 1989, 1994 spontánní porody, bez potíží. V roce 2004 byla provedena miniinterrupce a v roce 2009 byl spontánní potrat.

Léky užívané během těhotenství Mamavit, Sorbifer.

Nynější těhotenství: Genetické vyšetření bylo indikováno pro věkovou indikaci. Amniocentéza byla provedena 20. 10. 2009, zde byl zjištěn normální nález. Výsledek z OGTT byl negativní. ECHO plodu bylo provedeno 3. 11. 2009, kde byl zjištěn normální nález. Kultivace z pochvy vyšla negativní. V16. týdnu gravidity prodělala chřipku.

Hospitalizace: Paní B. J. nebyla během těhotenství hospitalizována, až nyní.

NO: Přijata jako preventivní hospitalizace pro těžký polyhydramnion.

Příjem: Paní B. J. byla přijata 5. 2. 2010 ve 37+2 týdnu gravidity pro těžký polyhydramnion do FN Plzeň.

Ordinace: Plegomazin 1 amp i.m., CTG 2x denně

Tabulka 2 – Respondentka 2

R 2	B. J.
Věk	42 let
Vzdělání	Učební obor
Kolikáté je toto těhotenství	Šesté
Informovanost o rizikovém těhotenství	Ano
Důvod odsunutí těhotenství do tohoto věku	Neodsunuto, chtěla otěhotnět
Problémy s otěhotněním	Ne
Vhodnost těhotenství v tomto věku	Ano
Hospitalizace na rizikovém oddělení	Jednou - nyní
Zdravotní potíže během těhotenství	Žádné
Zhoršení zdravotních potíží	Ne
Fyzické potíže v těhotenství	Žádné
Nejhorší potíže v těhotenství	Žádné
Psychické potíže v těhotenství	Žádné
Nejhorší psychické potíže během těhotenství	Žádné
Jiné problémy během rizikového těhotenství	Žádné
Ošetrovatelská péče porodních asistentek během hospitalizace	Natáčení CTG 2x denně Měření TK, TT, P Kontrola OP a pohybů plodu Odběry krve a moče Podávání léků
Ošetrovatelská péče více u jiných pacientek	Ne
Co nejvíce obtěžovalo pacientku při ošetrovatelské péči	Žádný
Psychicky stresující výkon	Indukce
Co by mělo být více sledováno	Nic

Druhá respondentka je ve věku 42 let, její nejvýše dosažené vzdělání je učební obor. Toto těhotenství je její šesté. O skutečnost, že těhotenství po 35. roce života je rizikové, se moc nezajímala, ale byla informována svým gynekologem. Respondentka těhotenství neodsunula, ještě chtěla otěhotnět. Myslí si, že těhotenství v tomto věku je vhodné.

Na rizikovém oddělení nebyla během těhotenství hospitalizována, až nyní pro těžký polyhydramnion v 37+2 týdnu gravidity. Ze zdravotních potíží neuvěděla žádné a

tím se také během těhotenství nezhoršovaly. Fyzické ani psychické potíže respondentka během těhotenství nepocítuje.

Ošetrovatelská péče po dobu hospitalizace zahrnovala natáčení CTG 2 x denně, měření TK, P, TT, kontrola OP a pohybů plodu, odběry krve a moče, podávání léků. Respondentka uvádí, že porodní asistentky u ní neprováděly více ošetrovatelské péče, než u jiných pacientek. Jako nejvíce obtěžující výkon během hospitalizace neuvedla žádný. Psychicky stresující výkon byla pro respondentku provedená indukce. Dle respondentky by nemělo být nic více sledováno z ošetrovatelské péče.

4.2.3 *Kazuistika 3*

Paní H. L. narozena roku 1975, v době těhotenství je jí 35 let. Je střední postavy, měří 160 cm a váží 86 kg. Paní H. L. je vdaná a žije s manželem v rodinném domu. Má dobré rodinné zázemí a nekouří.

Anamnéza:

RA: Matka léčena na astma bronchiále. Otec měl karcinom mozku, nyní už nežije.

OA: Prodělala běžné dětské onemocnění. Ve 3. letech byla prokázána epilepsie, před těhotenství se paní H. L. léčila, nyní v těhotenství je bez terapie. V 18 letech prodělala operaci benigního tumoru na tváři. Alergii neudává.

GA: Měsíčky má od 15 let pravidelné, nebolestivé 28/5. Hormonální antikoncepci nikdy neužívala. Paní trpí na kondylomatama na vulvě. Je sledována pro uterus myomatosus, bez terapie. Paní je II. gravidita a I. para. Těhotenství je po IVF+ET, kdy je podle transferu vypočtený termín porodu na 12. 6.2010. V roce 1994 byla provedena miniinterupce.

Léky užívané během těhotenství Sorbifer, Magnosol, Mamavit.

Nynější těhotenství: Genetické vyšetření bylo provedeno 4. 12. 2009 pro stav po IVF+ET a pro věkovou indikaci. Amniocentéza byla provedena 26. 1. 2010, kde byl zjištěn normální nález. OGTT bylo nevyšetřeno. ECHO plodu bylo provedeno 11. 2. 2010, kde byl potvrzen normální nález. Kultivace z pochvy neprovedena.

Hospitalizace: Paní H. L. byla hospitalizována od 3. 2. - 9. 2. 2010 ve FN Plzeň Lochotín pro krvácení.

NO: Přijata jako preventivní hospitalizace pro nízko nasedající lůžko a druhou ataku krvácení.

Příjem: Paní H. L. byla přijata 16. 2. 2010 ve 23+3 týdnů gravidity pro nízko nasedající lůžko a druhou ataku krvácení do FN Plzeň.

Ordinace: Magnosolv, Sorbifer, Dicynone 1 amp. á 4 hod. i.m., Sumami 500mg i.v. á 4 hod., Ascorutin, TOCO 1x denně, klid na lůžku, WC a hygiena na lůžku

Tabulka 3 – Respondentka 3

R 3	H. L.
Věk	35 let
Vzdělání	Středoškolské s maturitou
Kolikáté je toto těhotenství	Druhé
Informovanost o rizikovém těhotenství	Ano
Důvod odsunutí těhotenství do tohoto věku	Nebyl vhodný partner pro život a dítě
Problémy s otěhotněním	Ano – problémy na straně manžela – těhotenství po IVF
Vhodnost těhotenství v tomto věku	Ano – rozumově vyspělejší, finančně zajištěná
Hospitalizace na rizikovém oddělení	Dvakrát
Zdravotní potíže během těhotenství	Krvácení – nízko nasedající placenta
Zhoršení zdravotních potíží	Ne
Fyzické potíže v těhotenství	Krvácení Únava Slabost
Nejhorší potíže v těhotenství	Žádné
Psychické potíže v těhotenství	Ano
Nejhorší psychické potíže během těhotenství	Strach o plod
Jiné problémy během rizikového těhotenství	Žádné
Ošetrovatelská péče porodních asistentek během hospitalizace	Natáčení TOCO 1x denně Odběry krve a moče Měření TK, P, TT Kontrola OP a pohybů plodu Kontrola krvácení Podávání léků
Ošetrovatelská péče více u jiných pacientek	Neposoudí, jednolůžkový pokoj
Co nejvíce obtěžovalo pacientku při ošetrovatelské péči	WC na podložní míse a hygiena na lůžku
Psychicky stresující výkon	Žádný
Co by mělo být více sledováno	Neví

Třetí respondentka je ve věku 35 let, její nejvýše dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Toto těhotenství je její druhé. O skutečnosti, že těhotenství po 35. roce života je rizikové byla informována svým gynekologem. Odsunout těhotenství do tohoto věku se rozhodla z důvodu nevhodného partnera pro život a dítě.

Otěhotnění bylo zkomplikováno ze zdravotních důvodů manžela, proto je toto těhotenství po IVF. Respondentka udává, že těhotenství v tomto věku je vhodné, je více vyspělá a je finančně zajištěná.

Na rizikovém oddělení byla hospitalizována po druhé. Po první od 3. 2. - 9. 2. 2010 pro krvácení a nyní ve 23+3 týdnu gravidity pro nízkou nasedající lůžko a druhou ataku krvácení. Ze zdravotních potíží uvedla respondentka nízkou nasedající placentu a krvácení, které se nezhoršuje. Z fyzických potíží během těhotenství uvedla respondentka krvácení, únavu a slabost. Z psychických problémů uvedla strach o plod. Jiné problémy během rizikového těhotenství se nevyskytují.

Ošetrovatelská péče po dobu hospitalizace zahrnovala natáčení TOCO 1x denně, kontrolu OP a pohybů plodu, měření TK, P, TT, kontrolu krvácení, odběry krve a moče, podávání léků. Zda porodní asistentky prováděly více ošetrovatelské péče, respondentka nemůže posoudit z důvodu jednolůžkového pokoje. Jako nejvíce obtěžující výkon během hospitalizace uvedla WC na podložní míse a hygiena na lůžku. Psychicky stresující výkon nebyl pro respondentku žádný. Uvádí, že neví, zda by mělo podle jejího názoru v ošetrovatelské péči něco více sledovat.

4.2.4 Kazuistika 4

Paní K. M. je narozena roku 1969, v době těhotenství je jí 40 let. Je střední postavy, měří 165 cm a váží 80 kg. Paní K. M. je rozvedená a znovu vdaná a žije s manželem v rodinném domku. Má dobré rodinné zázemí a nekouří.

Anamnéza:

RA: Otec i matka léčeni pro hypertenzi.

OA: Prodělala běžné dětské onemocnění. Od roku 2003 se paní léčí a je sledována pro hypertenzi. Opakovaně byla prováděná LSK. Žádné úrazy neprodělala. Alergii neudává.

GA: Měsíčky má od 15 let pravidelné, nebolestivé 30/5. Hormonální antikoncepci neužívala. Poslední měsíčky byly 26. 6. 2009 a termín porodu byl vypočítán na 2. 4. 2010. Paní je III. gravidita a I. para. Paní K. M. se léčila 19 let pro sterilitu v IVF Brno, Praha, Plzeň Institut. Těhotenství je po IVF-ICSI/ED. Pacientka je sledována pro uterus myomatosus. V roce 2000 GEU I. dx. V roce 2007 prodělala abortus incompletus ve II. měsíci gravidity.

Léky užívané během těhotenství: vitamíny, Magnosolv, Agolutin od 12. týdne gravidity.

Nynější těhotenství: Genetické vyšetření bylo indikováno vzhledem k pozitivnímu screeningu v I. trimestru vzhledem k věku dárkyně oocytů a pro věkovou indikaci. Výsledkem amniocentézy byl prokázán normální nález. OGTT bylo neprovedeno. ECHO plodu bylo neprovedeno. Kultivace z pochvy byla nabrána na porodním sále a byla negativní.

Hospitalizace: Během těhotenství paní K. M. nebyla hospitalizována, až nyní.

NO: Přijata pro IUGR a patologické toky AU – nulové toky v diastole.

Příjem: Paní K. M. byla přijata 15. 2. 2010 ve 32+3 týdnů gravidity pro IUGR a patologické toky AU – nulové toky v diastole do FN Plzeň.

Ordinace: CTG 2x denně, Doppler 2x denně, Magnosolv, Secatoxin, Diphrophos, klidový režim

Tabulka 4 – Respondentka 4

R 4	K. M.
Věk	40 let
Vzdělání	Středoškolské s maturitou
Kolikáté je toto těhotenství	Třetí
Informovanost o rizikovém těhotenství	Ano
Důvod odsunutí těhotenství do tohoto věku	Problémy s otěhotněním - dlouhodobé léčení sterility
Problémy s otěhotněním	Ano – těhotenství po IVF-ICSI/ED
Vhodnost těhotenství v tomto věku	Neví – spíše ano
Hospitalizace na rizikovém oddělení	Jednou - nyní
Zdravotní potíže během těhotenství	Žádné
Zhoršení zdravotních potíží	Ne
Fyzické potíže v těhotenství	Žádné
Nejhorší potíže v těhotenství	Žádné
Psychické potíže v těhotenství	Ano
Nejhorší psychické potíže během těhotenství	Strach o plod
Jiné problémy během rizikového těhotenství	Žádné
Ošetrovatelská péče porodních asistentek během hospitalizace	Natáčení CTG 2x denně Měření TK, P, TT Kontrola OP a pohybů plodu Odběry krve a moče Podávání léků
Ošetrovatelská péče více u jiných pacientek	Ne
Co nejvíce obtěžovalo pacientku při ošetrovatelské péči	Žádný
Psychicky stresující výkon	Žádný
Co by mělo být více sledováno	Nic

Čtvrtá respondentka je ve věku 40 let, její nejvýše dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Toto těhotenství je její třetí. O skutečnosti, že těhotenství po 35. roce života je rizikové, byla informována svým gynekologem. Toto těhotenství nebylo odsunuto, respondentka se 19 let léčila pro sterilitu. Otěhotnění bylo komplikované, respondentka je po IVF-ICSI/ED. Neví, zda je těhotenství v tomto věku vhodné, ale spíše ano pro takové případy jako ona.

Na rizikovém oddělení nebyla během těhotenství hospitalizována. Prvně byla hospitalizována ve 32+3 týdnu gravidity pro IUGR a patologické toky AU – nulové

toky v diastole. Zdravotní ani fyzické potíže nepocítuje. Z psychických problémů udává strach o zdraví miminka. Jiné problémy během rizikového těhotenství neudává.

Ošetrovatelská péče po dobu hospitalizace zahrnovala natáčení CTG 2 x denně, měření TK, P, TT, kontrolu OP a pohybů plodu, odběry krve a moče, podávání léků. Respondentka uvádí, že porodní asistentky u ní neprováděly více ošetrovatelské péče, než u jiných pacientek. Žádný ošetrovatelský výkon respondentku neobtěžoval a ani žádný výkon nebyl psychicky stresující. Respondentka je s ošetrovatelskou péčí porodních asistentek spokojena a proto nevidí důvod, co by mělo být více sledováno.

4.2.5 *Kazuistika 5*

Paní S. L. je narozena roku 1975, v době těhotenství je jí 35 let. Je střední postavy, měří 165 cm a váží 92 kg. Paní S. L. je vdaná a žije s manželem a dcerou v panelovém bytě. Má dobré rodinné zázemí. Kouřila před těhotenstvím cca 5-6 cigaret denně, nyní během těhotenství nekouří.

Anamnéza:

RA: Otec je léčen na hypertenzi a babička se léčí s DM na dietě.

OA: Prodělala běžné dětské onemocnění. Ve 13 letech prodělala stenózu močové trubice, byla provedena dilatace, je sledována na nefrologii. V roce 2000 fraktura levé horní končetiny, byl použit štěp z pánevní kosti. Alergii neudává.

GA: Měsíčky má od 12 let pravidelné, nebolestivé 25/7. Poslední měsíčky byly 24. 7.2009 a termín porodu byl vypočítán na 7. 4. 2010. Paní je II. gravidita a II. para. Paní S. L. je po IVF/ET v Pronatal Praha pro andrologický faktor manžela.

Léky užívané během těhotenství Sorbifer.

Nynější těhotenství: Bylo provedeno genetické vyšetření pro věkovou indikaci. Amniocentézou byl prokázán normální nález. OGTT byl prokázán od 25. týdne gravidity, gestační diabetes mellitus na dietě. ECHO plodu nebylo provedeno. Kultivace neprovedena.

Hospitalizace: V prvním trimestru byla paní S. L. hospitalizována v nemocnici Pelhřimov pro krvácení.

NO: Přijata jako překlad z nemocnice Pelhřimov pro bolest v podbřišku a p. p. imminens.

Příjem: Paní S. L. byla přijata jako překlad z nemocnice Pelhřimov 19. 2. 2010 v 29+6 týdnů gravidity do nemocnice České Budějovice a.s.

Ordinace: Gynipral á 3hod., Lokren, Magnosolv 1 sáček denně, Dopegyt á 8 hod., Quajacuran, CTG 1x denně, TK 3x denně, přísný klid, dieta 9, Novorapid 4j. – 0j. – 0j. s.c..

Tabulka 5 – Respondentka 5

R 5	S. L.
Věk	35 let
Vzdělání	Učební obor
Kolikáté je toto těhotenství	Druhé
Informovanost o rizikovém těhotenství	Ano
Důvod odsunutí těhotenství do tohoto věku	Problémy s otěhotněním - na straně manžela
Problémy s otěhotněním	Ano – problémy na straně manžela - těhotenství po IVF/ET
Vhodnost těhotenství v tomto věku	Ano
Hospitalizace na rizikovém oddělení	Dvakrát
Zdravotní potíže během těhotenství	Vysoký krevní tlak, GDM, opakované výtoky
Zhoršení zdravotních potíží	Mírně
Fyzické potíže v těhotenství	Krvácení Bolesti v podbřišku Únava
Nejhorší potíže v těhotenství	Krvácení Bolesti v podbřišku
Psychické potíže v těhotenství	Ano
Nejhorší psychické potíže během těhotenství	Odloučení a strach o dceru v době její operace
Jiné problémy během rizikového těhotenství	Žádné
Ošetrovatelská péče porodních asistentek během hospitalizace	Odběr glykemického profilu 1x za 14 dní Natáčení CTG 1x denně Měření TK (3x denně), P, TT Kontrola OP a pohybů plodu Kontrola krvácení Kontrola bolest v podbřišku Kontrola moči indikačním papírkem Odběry krve a moče Podávání léků
Ošetrovatelská péče více u jiných pacientek	Ne
Co nejvíce obtěžovalo pacientku při ošetrovatelské péči	Infuzní terapie, odběr krve
Psychicky stresující výkon	Infuzní terapie, odběr krve
Co by mělo být více sledováno	Vše

Pátá respondentka je ve věku 35 let, její nejvyšší dosažené vzdělání je učební obor. Toto těhotenství je její druhé. O skutečnosti, že těhotenství po 35. roce života je rizikové, byla informována svým gynekologem. Toto těhotenství bylo odsunuto pro problémy s otěhotněním a pro zdravotní problémy na straně manžela. Otěhotnění bylo komplikované, podstoupila druhé těhotenství po IVF/ET. Těhotenství v tomto věku považuje za vhodné.

Na rizikovém oddělení byla během těhotenství hospitalizována dvakrát. Po prvé v prvním trimestru v nemocnici Pelhřimov pro krvácení a nyní jako překlad z Pelhřimova opět pro krvácení.

Ze zdravotních potíží uvedla respondentka vysoký krevní tlak, GDM a časté výtoky během těhotenství. Její zdravotní potíže se mírně zhoršují. Mezi fyzické potíže zařadila krvácení, bolesti v podbřišku, únavu. Jako nejhorší potíže během těhotenství pociťuje respondentka krvácení a bolesti v podbřišku. Z psychických problémů udává odloučení a strach o dceru v době její operace. Jiné problémy během rizikového těhotenství neudává.

Ošetrovatelská péče po dobu hospitalizace zahrnovala odběr glykemického profilu 1x za 14 dní, natáčení CTG 1 x denně, kontrolu OP a pohybů plodu, měření TK (3x denně), P, TT, kontrola krvácení a bolesti v podbřišku, kontrola moči indikačním papírkem, odběry krve a moče, podávání léků. Respondentka uvádí, že porodní asistentky u ní neprováděly více ošetrovatelské péče, než u jiných pacientek. Psychicky stresující výkony byly pro respondentku infuzní terapie a odběry krve. Respondentka uvádí, že v ošetrovatelské péči by mělo být více sledováno vše.

4.2.6 *Kazuistika 6*

Paní P. P je narozena roku 1974, v době těhotenství je jí 35 let. Je střední postavy, měří 169cm a váží 72 kg. Paní P. P. je vdaná a žije s manželem a synem v rodinném domku. Má dobré rodinné zázemí a je nekuřačka.

Anamnéza:

RA: Babička paní P. P. léčena na karcinom prsu. Děda karcinom prostaty a léčen s DM na inzulinu, úmrtí na IM.

OA: Prodělala běžné dětské onemocnění. Na ZŠ byla sledována pro bušení srdce, nyní bez sledování. Jinak prodělala běžné dětské nemoci. V roce 1998 byla provedena laparoskopie. V roce 1999 byla provedena salpingectomia l. sin. pro mimoděložní těhotenství (GEU) tubární. V roce 2007 a 2008 provedena revisio cavi uteri instrumentalis pro missed abortus. V roce 2009 indukce abortu s RCUI pro morbus Down ve II. trimestru. Alergie na náplast.

GA: Měsíčky má od 12 let pravidelné, nebolestivé 24/5. Hormonální antikoncepci neužívala. Poslední měsíčky byly 27. 7.2009 a termín porodu byl vypočítán na 5. 4. 2010. Paní je VI. gravidita a II. para. Paní P. P. v roce 2004 porodila spontánně chlapce. V roce 1996 GEU po IVF, bez komplikací. V roce 2007 a 2008 prodělala 2x spontánní aborty. V roce 2009 UPT v 19. týdnu gravidity z genetické indikace pro Downův syndrom plodu.

Léky užívané během těhotenství: Utrogestan, Indometacin, Cefazolin, Mg, Acidum folicum.

Nynější těhotenství: Bylo provedeno genetické vyšetření pro věkovou indikaci. Amniocentézou byl prokázán normální nález. OGTT proveden 27. 1. 2010 hraniční nález. ECHO plodu nebylo provedeno. Vzhledem k nepříznivé porodnické anamnéze je sledován glykemický profil a navrhnout dietní režim.

Hospitalizace: Paní P. P. byla od 20. 11. 2009 do 7. 1. 2010 hospitalizována v nemocnici Tábor pro bolesti v podbříšku v 17. týdnu gravidity a abortus imminens.

8. 12. 2009 ve 20. týdnu gravidity byla v nemocnici Tábor provedena Cerclage Mc. Donald. Od 4. 1. a 5. 1. 2010 zahájena maturace Diprophosem v Táboře.

NO: Přijata jako překlad z nemocnice Tábor vzhledem k blížící hranici viability plodu a porodnímu nálezu a pro oligohydramnion.

Příjem: Paní P. P. byla přijata 7. 1. 2010 jako překlad z nemocnice Tábor ve 23+2 týdnu gravidity do nemocnice České Budějovice a.s.

Ordinace: Magnosolv, Acidum folicum, Gynipral á 6 hod., Lokren, Utrogestan, Duphalac sirup, Regulax dle potřeby, CTG 1x denně, přísný klid, dieta 9.

Tabulka 6 – Respondentka 6

R 6	P. P.
Věk	35 let
Vzdělání	Středoškolské s maturitou
Kolikáté je toto těhotenství	Sedmé
Informovanost o rizikovém těhotenství	Ano
Důvod odsunutí těhotenství do tohoto věku	Nezdařená těhotenství
Problémy s otěhotněním	Ne
Vhodnost těhotenství v tomto věku	Ano
Hospitalizace na rizikovém oddělení	Dvakrát - dlouhodobé
Zdravotní potíže během těhotenství	Ano – GDM
Zhoršení zdravotních potíží	Střídavé
Fyzické potíže v těhotenství	Únava
Nejhorší potíže v těhotenství	Zácpa
Psychické potíže v těhotenství	Ano
Nejhorší psychické potíže během těhotenství	Dlouhodobé odloučení od rodiny
Jiné problémy během rizikového těhotenství	Žádné
Ošetrovatelská péče porodních asistentek během hospitalizace	Natáčení CTG 1x denně Odběr glykemického profilu 1x za 14dní Měření TK, P, TT Kontrola OP a pohybů plodu Kontrola moči indikačním papírkem Odběry krve a moče Podávání léků
Ošetrovatelská péče více u jiných pacientek	Ne
Co nejvíce obtěžovalo pacientku při ošetrovatelské péči	Odběr krve, infuzní terapie, odběr glykemických profilů
Psychicky stresující výkon	Odběr krve, infuzní terapie, odběr glykemických profilů, Cerclage
Co by mělo být více sledováno	Neví, nerozumí tomu

Šestá respondentka je ve věku 35 let, její nejvyšší dosažené vzdělání je středoškolské s maturitou. Toto těhotenství je její sedmé. O skutečnosti, že těhotenství po 35. roce života je rizikové, byla informována svým gynekologem. Toto těhotenství nebylo odsunuto. Do tohoto věku se posunulo pro opakovaná nezdařená těhotenství. Otěhotněla v tomto věku bez problémů. Těhotenství v tomto věku považuje za vhodné.

Na rizikovém oddělení byla během těhotenství hospitalizována dvakrát. Po prvé v nemocnici Tábor pro bolesti v podbřišku v 17. týdnu gravidity. Nyní jako překlad z nemocnice Tábor ve 23+2 týdnu gravidity vzhledem k blížící hranici viability plodu, porodnímu nálezu a pro oligohydramnion.

Ze zdravotních potíží uvedla respondentka GDM. Zdravotní potíže během těhotenství jsou střídavé, jednou lepší jindy horší. Z fyzických potíží pociťuje únavu. Mezi nejhorší potíže během těhotenství udává zácpu. Z psychických problémů udává dlouhodobé odloučení od rodiny. Jiné problémy během rizikového těhotenství neudává.

Ošetrovatelská péče po dobu hospitalizace zahrnovala odběr glykemického profilu 1x za 14 dní, natáčení CTG 1 x denně, měření TK, P, TT, kontrola moči indikačním papírkem, kontrola OP a pohybů plodu, odběr krve a moče, podávání léků. Uvádí, že porodní asistentky u ní neprováděly více ošetrovatelské péče, než u jiných pacientek. Psychicky stresující výkony byly pro respondentku odběry krve, infuzní terapie, odběry glykemických profilů a Cerclage. Respondentka nerozumí ošetrovatelské péči, proto důvěřuje porodním asistentkám a je s ní spokojena.

4.2.7 *Kazuistika 7*

Paní S. I. je narozena roku 1971, v době těhotenství je jí 38 let. Je střední postavy, měří 175cm a váží 74 kg. Paní S. I. je vdaná a žije s manželem a dcerou v rodinném domku. Má dobré rodinné zázemí a je nekuřačka.

Anamnéza:

RA: Matka se léčí s DM na PAD. Otec zemřel na IM.

OA: Provdělala běžné dětské onemocnění. V pozdějším věku žádné vážné onemocnění neprodělala. Žádné operace ani úrazy neudává. Alergii neudává.

GA: Měsíčky má od 13 let pravidelné, nebolestivé 29/5. Poslední měsíčky byly 16. 8. 2009 a termín porodu byl vypočítán na 23. 5. 2010. Paní je II. gravidita a II. para. V roce 1994 partus preamaturus in gravidita 36 týdnů, děvče je zdrávo. Paní S. I. je léčena 10 let pro sekundární sterilitu. V roce 2005 Lysis adhesiones neostomia tubae bilat. V roce 2006 LS – salpingectomy l. sin. – hydrosalpinx.

Léky užívané během těhotenství: Acidum folicum, Mega Brusinky, Macmiror Komplex 500 - vag.tbl.

Nynější těhotenství: Bylo provedeno genetické vyšetření pro věkovou indikaci. Amniocentézou byl prokázán normální nález. OGTT byl proveden, ale nejsou známy výsledky. ECHO plodu nebylo provedeno. Kultivace s pochvy neprovedena.

Hospitalizace: Jiná hospitalizace v době těhotenství nebyla.

NO: Přijata na doporučení Dr. Řičáka pro inkompetenci hrdla děložního ve 25. týdnu gravidity.

Příjem: Paní S. I. byla přijata 8. 2. 2010 pro inkompetenci hrdla děložního ve 25. týdnu gravidity do nemocnice České Budějovice a.s.

Ordinace: Acidum folicum, Magnosolv, TOCO 1x, přísný klid, dieta 3 P.

Tabulka 7 – Respondentka 7

R 7	S. I.
Věk	38 let
Vzdělání	Základní škola
Kolikáté je toto těhotenství	Druhé
Informovanost o rizikovém těhotenství	Ano
Důvod odsunutí těhotenství do tohoto věku	Problémy s otěhotněním 10 let – léčena sekundární sterilita
Problémy s otěhotněním	Ano, po dvou IVF, nečekaně otěhotněla spontánně
Vhodnost těhotenství v tomto věku	Ano
Hospitalizace na rizikovém oddělení	Jednou - nyní
Zdravotní potíže během těhotenství	Ano – otevírání děložního hrdla
Zhoršení zdravotních potíží	Ano - nepatrné
Fyzické potíže v těhotenství	Žádné
Nejhorší potíže v těhotenství	Žádné
Psychické potíže v těhotenství	Ano
Nejhorší psychické potíže během těhotenství	Odloučení od rodiny
Jiné problémy během rizikového těhotenství	Žádný
Ošetrovatelská péče porodních asistentek během hospitalizace	Natáčení TOCO 1x denně Měření TK, P, TT Kontrola OP a pohybů plodu Odběry krve a moče Podávání léků
Ošetrovatelská péče více u jiných pacientek	Neposoudí – jednolůžkový pokoj
Co nejvíce obtěžovalo pacientku při ošetrovatelské péči	Žádný
Psychicky stresující výkon	Žádné
Co by mělo být více sledováno	Neví

Sedmá respondentka je ve věku 38 let, její nejvýše dosažené vzdělání je základní škola. Toto těhotenství je její druhé. O skutečnosti, že těhotenství po 35. roce života je rizikové, byla informována svým gynekologem. Toto těhotenství nebylo odsunuto, 10 let se léčila pro sekundární sterilitu. Otěhotnění bylo problémové, po dvou nezdařených IVF otěhotněla respondentka nečekaně spontánně. Těhotenství v tomto věku považuje za vhodné.

Na rizikovém oddělení byla během těhotenství hospitalizována až nyní pro inkompetenci hrdla děložního ve 25. týdnu gravidity.

Ze zdravotních potíží uvedla respondentka otevírání děložního hrdla, které se během těhotenství nepatrně zhoršují. Žádné fyzické potíže nepociťuje a pro zatím nemá žádné nejhorší problémy v těhotenství. Z psychických problémů udává odloučení od rodiny. Jiné problémy během rizikového těhotenství neudává.

Ošetrovatelská péče po dobu hospitalizace zahrnovala natáčení TOCO 1x denně, měření TK, P, TT, kontrola OP a pohybů plodu, odběry krve a moče, podávání léků. Zda porodní asistentky prováděly více ošetrovatelské péče, nemůže posoudit z důvodu jednolůžkového pokoje. Žádný nejvíce obtěžující výkon během hospitalizace ani psychicky stresující výkon respondentka nevedla. Respondentka uvádí, že neví, zda by mělo podle jejího názoru v ošetrovatelské péči něco více sledovat.

4.2.8 *Kazuistika 8*

Paní K. H. je narozena roku 1971, v době těhotenství je jí 39 let. Je menší postavy, měří 159cm a váží 76 kg. Paní K. H. je vdaná a žije s manželem, dcerou a 2 syny v rodinném domku. Má dobré rodinné zázemí a je nekuřačka.

Anamnéza:

RA: Matka VVV srdce a je léčena pro duševní onemocnění. Otec léčen s DM na inzulínu.

OA: Prodělala běžné dětské onemocnění. Od 17 let léčena pro epilepsii, nyní bez terapie, ale dochází na kontroly. V 15 letech APPE. Od 36 let Revmatoidní artritida.

GA: Měsíčky má od 13 let pravidelné, bolestivé 25/5. Hormonální antikoncepci užívala od roku 2008. Poslední měsíčky byly 14. 7.2009 a termín porodu byl vypočítán na 30. 4. 2010. Paní je V. gravidita a IV. para. V roce 1995, 1998, 2000 spontánní porody, bez problémů. V roce 2007 indukce abortu 24. – 25. týden gravidity pro VVV plodu – rozštěp páteře.

Léky užívané během těhotenství: Aktiferin.

Nynější těhotenství: Bylo provedeno genetické vyšetření pro věkovou indikaci. Amniocentéza 9. 11. 2009 prokázán normální nález. OGTT pozitivní od 32. týdne gravidity – GDM III. Kultivace negativní.

NO: Přijata na doporučení Dr. Soběslavské pro GDM III. na inzulínu.

Příjem: Paní K. H. byla přijata 1. 3. 2010 na doporučení pro GDM III. ve 33+0 týdnů gravidity do nemocnice České Budějovice a.s.

Ordinace: Novorapid 10j. – 8j. – 8j., Aktiferin, CTG 1x denně, klid na lůžku, dieta 9.

Tabulka 8 – Respondentka 8

R 8	H. K.
Věk	39 let
Vzdělání	Učební obor
Kolikáté je toto těhotenství	Páté
Informovanost o rizikovém těhotenství	Ano
Důvod odsunutí těhotenství do tohoto věku	Neplánované - selhala antikoncepce (perorální)
Problémy s otěhotněním	Ne
Vhodnost těhotenství v tomto věku	Ano
Hospitalizace na rizikovém oddělení	Jednou - nyní
Zdravotní potíže během těhotenství	Ano – GDM
Zhoršení zdravotních potíží	Mírně
Fyzické potíže v těhotenství	Únava Pnutí v podbřišku
Nejhorší potíže v těhotenství	GDM Pnutí v podbřišku
Psychické potíže v těhotenství	Žádné
Nejhorší psychické potíže během těhotenství	Žádné
Jiné problémy během rizikového těhotenství	Žádné
Ošetrovatelská péče porodních asistentek během hospitalizace	Natáčení CTG 1x denně Odběr glykemického profilu 1x za 14 dní Kontrola OP a pohybů plodu Kontrola moči indikačním papírkem Odběry krve a moče Podávání léků
Ošetrovatelská péče více u jiných pacientek	Ne
Co nejvíce obtěžovalo pacientku při ošetrovatelské péči	Žádný
Psychicky stresující výkon	Žádný
Co by mělo být více sledováno	Nic

Osmá respondentka je ve věku 39 let, její nejvýše dosažené vzdělání je učební obor. Toto těhotenství je její páté. O skutečnosti, že těhotenství po 35. roce života je rizikové, byla informována svým gynekologem. Toto těhotenství bylo neplánované kvůli selhání perorální antikoncepce. Otěhotněla v tomto věku bez problémů. Těhotenství v tomto věku považuje za vhodné.

Na rizikovém oddělení byla během těhotenství hospitalizována až nyní pro GDM.

Ze zdravotních potíží uvedla respondentka GDM. Zdravotní potíže během těhotenství se mírně zhoršují. Za fyzické potíže během těhotenství udává únavu. Mezi nejhorší potíže během těhotenství respondentka uvádí GDM a pnutí v podbřišku. Psychické problémy a ani jiné problémy během rizikového těhotenství neudává.

Ošetrovatelská péče po dobu hospitalizace zahrnovala odběr glykemického profilu 1x za 14 dní, natáčení CTG 1 x denně, kontrola OP a pohybů plodu, kontrola moči indikačním papírkem, odběry krve a moče, podávání léků. Uvádí, že porodní asistentky u ní neprováděly více ošetrovatelské péče, než u jiných pacientek. Psychicky stresující výkon pro ní nebyl žádný. Respondentka uvádí, že není nic, co by mělo být více sledováno z ošetrovatelské péče.

4.3 Výsledky rozhovorů respondentek

Tabulka 9 Souhrn výsledků rozhovorů respondentek

Respondentka	1	2	3	4	5	6	7	8
Věk	39 let	42 let	35 let	40 let	35 let	35 let	38 let	39 let
Vzdělání	Vysoká škola	Učební obor	Středoškol. s maturitou	Středoškol. s maturitou	Učební obor	Středoškol. s maturitou	Základní škola	Učební obor
Kolikáté je toto těhotenství	První	Šesté	Druhé	Třetí	Druhé	Sedmé	Druhé	Páté
Informovanost o rizikovém těhotenství	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano
Důvod odsunutí těhotenství do tohoto věku	Osobní důvody Zdravotní důvody Bytové důvody	Chtěla otěhotnět	Nebyl vhodný partner pro život a dítě	Problémy s otěhotněním - dlouhodobé léčení sterility	Problémy s otěhotněním (na straně manžela)	Nezdařená těhotenství	Problémy s otěhotněním 10 let – léčba sekundární sterility	Neplánované - selhala antikoncepce (perorální)
Problémy s otěhotněním	Ano – problémy na straně manžela	Ne	Ano – problémy na straně manžela – těhotenství po IVF	Ano – těhotenství po IVF-ICSI/ED	Ano – problémy na straně manžela - těhotenství po IVF/ET	Ne	Ano, po dvou IVF, nečekaně otěhotněla spontánně	Ne
Vhodnost těhotenství v tomto věku	Asi moc není vhodné	Ano	Ano – rozumově vyspělejší, finančně zajištěná	Neví – spíše ano	Ano	Ano	Ano	Ano

Respondentka	1	2	3	4	5	6	7	8
Hospitalizace na rizikovém oddělení	Jednou - nyní	Jednou - nyní	Dvakrát	Jednou - nyní	Dvakrát	Dvakrát - dlouhodobé	Jednou - nyní	Jednou - nyní
Zdravotní potíže během těhotenství	GDM	Žádné	Krvácení – nízko nasedající placenta	Žádné	Vysoký krevní tlak, GDM, opakované výtoky	Ano – GDM	Ano – otevírání děložního hrdla	Ano – GDM
Zhoršení zdravotních potíží	Mírně	Ne	Ne	Ne	Mírně	Střídavé	Ano - nepatrné	Mírně
Fyzické potíže v těhotenství	Žádné	Žádné	Krvácení Únava Slabost	Žádné	Krvácení Bolesti v podbřišku Únava	Únava	Žádné	Únava Pnutí v podbřišku
Nejhorší potíže v těhotenství	Předčasné ukončení těhotenství	Žádné	Žádné	Žádné	Krvácení Bolesti v podbřišku	Zácpa	Žádné	GDM Pnutí v podbřišku
Psychické potíže v těhotenství	Žádné	Žádné	Ano	Ano	Ano	Ano	Ano	Žádné
Nejhorší psychické potíže během těhotenství	Žádné	Žádné	Strach o plod	Strach o plod	Odloučení a strach o dceru v době její operace	Dlouhodobé odloučení od rodiny	Odloučení od rodiny	Žádné
Jiné problémy během rizikového těhotenství	Žádné	Žádné	Žádné	Žádné	Žádné	Žádné	Žádné	Žádné

Respondentka	1	2	3	4	5	6	7	8
Ošetrovatelská péče více u jiných pacientek	Neposoudí - jednolůžkový pokoj	Ne	Neposoudí, jednolůžkový pokoj	Ne	Ne	Ne	Neposoudí – jednolůžkový pokoj	Ne
Co nejvíce obtěžovalo pacientku při ošetrovatelské péči	Odběr krve	Žádný	WC na podložní míse a hygiena na lůžku	Žádný	Infuzní terapie, odběr krve	Odběr krve Infuzní terapie Odběr glykemických profilů	Žádný	Žádný
Psychicky stresující výkon	Žádný	Indukce	Žádný	Žádný	Infuzní terapie, odběr krve	Odběr krve Infuzní terapie Odběr glykemických profilů Cerclage	Žádný	Žádný
Co by mělo být více sledováno	Neví	Nic	Neví	Nic	Vše	Neví, nerozumí tomu	Neví	Nic

Věk respondentek byl v rozmezí od 35 let do 42 let. Třem bylo 35 let, jedné 38 let, dvěma 39 let, jedné 40 a jedné 42 let.

V oblasti nejvyššího dosaženého vzdělání 1 respondentka (R7) měla základní školu, 3 (R2, R5, R8) učební obor, další 3 (R3, R4, R6) středoškolské vzdělání s maturitou a 1 respondentka (R1) měla vysokoškolské vzdělání.

U 1 respondentky (R1) to bylo první těhotenství, u 3 (R3, R5, R7) bylo druhé a těhotenství třetí (R4), páté (R8), šesté (R2), sedmé (R6) bylo vždy u 1 respondentky. Všech 8 dotazovaných bylo informováno o rizikovém těhotenství po 35. roce života.

Důvod odsunutí těhotenství do věku po 35. roce života byl u 1 respondentky (R1) z důvodů osobních, zdravotních a bytových. Druhá (R2) chtěla otěhotnět, třetí (R3) respondentka neměla vhodného partnera pro život a děti. 3 respondentky měly problémy s otěhotněním (R4, R5, R7), (R4, R7) se léčily na sterilitu, z toho jedna na sekundární (R7). U R5 byly problémy s otěhotněním na straně manžela. U další (R6) nezdařená těhotenství a poslední (R8) pro selhání perorální antikoncepce.

Pět respondentek mělo problémy s otěhotněním po 35. roce života (R1, R3, R4, R5, R7) a 4 z nich využily metodu IVF (R3, R4, R5, R7) R7 po neúspěšných dvou IVF otěhotněla spontánně. Zbýlé tři (R2, R6, R8) otěhotněly bez problémů.

Šest respondentek (R2, R3, R5, R6, R7, R8) uvedlo, že je v tomto věku těhotenství vhodné, jedna (R1) ho považuje za nevhodné a jedna (R4) spíše vhodné.

Na rizikovém oddělení bylo v době těhotenství hospitalizováno pět respondentek (R1, R2, R4, R7, R8) 1x (nyní), 3 respondentky (R3, R5, R6) 2x z toho 1 dlouhodobě (R6).

Zdravotní potíže uvedlo 6 respondentek (R1 GDM, R3 krvácení, R5 vysoký krevní tlak, GDM, opakované výtoky, R6 GDM, R7 otevírání děložního hrdla, R8 GDM). 2 respondentky (R2, R4) neměly žádné zdravotní potíže. Tři (R2, R3, R4) uvedly, že se jejich zdravotní potíže v těhotenství nezhoršují, 3 (R1, R5, R8) uvádějí mírné zhoršení, 1 (R7) nepatrné a další střídavé (R6).

Čtyři respondentky (R1, R2, R4, R7) nepocítují žádné fyzické potíže. 2 respondentky (R3, R6) krvácení, 4 (R3, R5, R6, R8) pocítují únavu, po jedné vždy bolest v podbříšku (R5), pnutí v podbříšku (R8) a slabost (R3).

Za nejhorší potíže v těhotenství uvedla 1 respondentka (R1) předčasné ukončení těhotenství, 1 (R5) krvácení a bolesti v podbřišku, 1 (R8) GDM a pnutí v podbřišku a další (R6) zácpu. 4 respondentky (R2, R3, R4, R7) neudávají žádné větší potíže během těhotenství.

Psychické potíže se objevily u pěti respondentek (R3, R4, R5, R6, R7) a 3 (R1, R2, R8) žádné psychické potíže neudávají. 2 respondentky (R3, R4) uvádějí strach o plod, 1 (R5) odloučení a strach o dceru v době její operace, 2 (R6, R7) uvádějí odloučení od rodiny.

Všech 8 respondentek jiné problémy během rizikového těhotenství neuvedlo.

5 respondentek (R2, R4, R5, R6, R8) uvádí, že porodní asistentky u nich neprovádí více ošetrovatelské péče než u jiných pacientek a 3 respondentky (R1, R3, R7) to nemůžou posoudit, protože mají jednolůžkový pokoj.

4 respondentky (R2, R4, R7, R8) uvedly, že je během ošetrovatelské péče na rizikovém oddělení žádný výkon neobtěžoval. 3 respondentky (R1, R5, R6) považovaly za nejvíce obtěžující výkon odběr krve, 1 (R6) odběr glykemických profilů a 2 (R5, R6) infuzní terapii. 1 respondentka (R3) vykonávání WC na podložní míse a hygiena na lůžku.

Za psychicky stresující výkon uvedly 2 respondentky (R5, R6) odběr krve a infuzní terapii, 1 (R6) uvedla odběr glykemických profilů a Cerclage a 1 (R2) uvedla indukci. Zbýlých 5 respondentek (R1, R3, R4, R7, R8) neuvedly žádný psychicky stresující výkon.

4 respondentky (R1, R3, R6, R7) neví, co by mělo být v ošetrovatelské péči více sledováno, 3 (R2, R4, R8) udávají, že nic by nemělo být více sledováno. Jedna (R5) řekla, že by mělo být vše v ošetrovatelské péči více sledováno.

Tabulka 10 Souhrn výsledků rozhovorů respondentek - Ošetřovatelská péče porodních asistentek během hospitalizace

Respondentka	1	2	3	4	5	6	7	8
Natáčení CTG	2x denně	2x denně	ne	2x denně	1x denně	1x denně	ne	1x denně
Natáčení TOCO	ne	ne	1x denně	ne	ne	ne	1x denně	ne
Kontrola OP, pohybů plodu	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Kontrola krvácení	ne	ne	ano	ne	ano	ne	ne	ne
Kontrola bolesti v podbříšku	ne	ne	ne	ne	ano	ne	ne	ne
Kontrola moči indikačním papírkem	ne	ne	ne	ne	ano	ano	ne	ano
Měření TK, P, TT	ano	ano	ano	ano	ano (TK 3x denně)	ano	ano	ano
Sledování P + V	ano	ne	ne	ne	ne	ne	ne	ne
Odběr glykemického profilu	ne	ne	ne	ne	1x za 14 dní	1x za 14 dní	ne	1x za 14 dní
Odběr krve a moče	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano
Podávání léků	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano	ano

Ošetrovatelská péče porodních asistentek po dobu hospitalizace zahrnovala u 6 respondentek (R1, R2, R4, R5, R6, R8) bylo natáčeno CTG. Z toho u R1, R2, R4 2x denně a u R5, R6, R8 1x denně. U 2 žen (R3, R7) bylo natáčeno TOCO 1x denně. U 8 respondentek byly kontrolovány ozvy plodu (OP) a pohyby plodu. Dvěma těhotným (R3, R5) byla prováděna kontrola krvácení a u 1 (R5) kontrola bolesti v podbřišku. U všech 8 respondentek se měřily porodní asistentky TK (R5 3x denně), P, TT. Glykemický profil se sledoval u 3 respondentek (R5, R6, R8) 1x za 14 dní. U 1 (R1) se sledoval příjem a výdej tekutin. U všech 8 respondentek se prováděly odběry krve a moče a podávaly se léky. U 3 respondentek (R5, R6, R8) se kontrolovala moč indikačním papírkem (Tabulka 10).

5. DISKUZE

V dnešní moderní době, kdy je zcela normální se setkat s těhotnou ženou starší 35 let, se mi zdálo zajímavé zjistit více o této problematice. Zda ženy vědí o možných rizicích, které se k tomuto věku vztahují. Proto cílem bakalářské práce bylo proniknout do problematiky těhotenství po 35. roce života. Při zkoumání této problematiky byly osloveny těhotné ženy starší 35 let a ženy ve fertilním věku.

Výzkumné šetření bylo provedeno formou kvantitativního a kvalitativního sběru dat. Pro kvantitativní sběr dat byl použit anonymní dotazník a pro kvalitativní sběr dat forma rozhovoru a práce s dokumentací.

V kvantitativním výzkumu ukazují identifikační grafy 1 a 2 věkovou kategorii respondentek a jejich dosažené vzdělání. V nejvíce zastoupené věkové kategorii bylo 57 % žen starších 35 let, další věková skupina 19 % je ve věku 30 – 34 let. Věk 25 – 29 let byl zastoupen 16 % respondentek a 7 % ve věku 20 – 24 let. Nejmenší zastoupení respondentek (1 %) ve věkové kategorii 15 – 19 let. Dle očekávání je nejvíce zastoupena věková kategorie 35 let. Ohledně nejvyššího dosaženého vzdělání bylo nejvíce (44 %) dotazovaných se střední školou bez maturity, 31 % má střední školu s maturitou, dále 10 % mělo jen základní vzdělání. Dle mého úsudku, a to se i potvrdilo, nejméně dotazovaných tvořilo 8 % s vyšším odborným vzděláním a 7 % s vysokoškolským vzděláním.

Z grafu 3 vidíme, že 86 % dotazovaných bylo těhotných a 14 % ještě těhotných nebylo. Z 86 % dotazovaných rodilo (Graf 4) 45 % 1x. Méně dotazovaných 38 % rodilo 2x a 8 % rodilo 3x. Překvapivý byl výsledek, že 9 % dotazovaných rodilo 4x a více a to je v dnešní době pro ženu náročné.

Kladným zjištěním bylo, že většina dotazovaných (95 %) je informována o rizikovém těhotenství po 35. roce života (Graf 5). Jen 5 % nevědělo o skutečnosti, že je těhotenství v této věkové skupině rizikové. Tímto výsledkem jsem byla mile překvapena a také se potvrdil můj úsudek v informovanosti žen o tomto problému.

Graf 6 objasňuje situaci v oblasti povědomí o rizikovém těhotenství. Celých 86 % odpovědělo, že jde o riziko, jak pro plod, tak i matku. Nečekaný výsledek byl, že jen 12 % uvedlo, že jde o těhotenství, ve kterém se vyskytl problém, který před

těhotenstvím neexistoval. Domnívala jsem se, že na tuto definici odpoví více dotazovaných. 2 % odpovědělo, že jde o těhotenství s rizikem pro plod a 0 % s rizikem pro matku.

Odborné informace o rizikovém těhotenství po 35. roce života (Graf 7) v 72 % poskytl gynekolog. 5 % dotazovaných informovala porodní asistentka. Žádné informace neposkytl obvodní lékař. Znepokojivým výsledkem byl fakt, že se vyskytla situace, kdy ženy nebyly informované vůbec a to se objevilo mezi 23 %. Kde 74 % (14) dotazovaných uvádí genetiku, 5 % (1) dotazovaná zdravotní školu a 21 % (4) dotazované uvádějí, že informace neposkytl nikdo.

Graf 8 ukazuje, kde ženy samy sbíraly informace o rizikovém těhotenství po 35. roce života. Z výzkumu vyplynulo, že nejvíce informací získaly z časopisu - 63 označených odpovědí, 39 uvedlo internet, 35 odbornou literaturu, 11 dotazovaných se poučilo z letáku a 8 zaškrtnutých odpovědí označuje kamarádku. Nejméně odpovědí (3) bylo rádio, 3 se o riziko vůbec nezajímaly a 3 uvedly jiné (genetiku). Potvrdil se tímto můj úsudek, že ženy čerpají informace spíše s časopisů, než z odborné literatury.

Grafy 9, 10 se zaměřují na závažné otázky týkající se rizika těhotenství pro plod a pro ženy těhotné po 35. roce života, o kterých se zmiňuje literatura (3, 7, 9, 10, 12, 28). Většina, 78 dotazovaných, věděla o riziku vrozených vývojových vad. 34 žen vědělo o rozštěpových vadách a 32 o vrozených vývojových vadách srdce. Dále z výzkumu vyšlo, že 79 dotazovaných mělo informace o hrozícím potratu. Jak také uvádí kniha prof. Čecha Porodnictví: „Frekvence samovolných potratů opět vzrůstá s věkem těhotné, v případě 35. let je riziko samovolného potratu 2,6 % (s. 182, 7).“ 37 dotazovaných vědělo o předčasném porodu, 30 dotazovaných o krvácení v těhotenství, 25 dotazovaných o Gestačním diabetu mellitu (GDM) a 14 dotazovaných o porodu Sectio Caesarea.

Z grafu 11 vyčteme, že 67 % dotazovaných zná někoho ve svém okolí těhotného po 35. roce života a 33 % nikoho ve svém okolí nezná.

Druhá půlka dotazníku byla určena jen ženám starších 35 let. Z výzkumného šetření vyplývá (Graf 12), že problémy s otěhotněním uvádí 26 % dotazovaných a u 74 % dotazovaných se problémy nevyskytly. Šilhavá uvádí ve své publikaci Matkou ve

vyšším věku: Vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství, že: „U žen po 35. roce života klesá plodnost, zatím co plodnost u žen do 30. roku života zůstává relativně stabilní (s. 22, 33).“

V otázce o využití metody IVF k otěhotnění (Graf 13) vychází, že 78 % dotazovaných nevyužilo metodu IVF k otěhotnění a 22 % otěhotnělo pomocí metody IVF. Usuzovala jsem, že v tomto věku využije metodu IVF více žen a výsledek výzkumného šetření mě velice překvapil. Ze statistických údajů vyplývá, že umělé oplodnění pomůže otěhotnět jen polovině žen mezi 30 až 35 lety a od 35. roku se šance snižuje o 30 %, na tuto skutečnost upozorňuje ve své knize Šilhavá (s. 70, 33).

Kdo poskytl dotazovaným odborné informace o metodě IVF, vidíme v grafu 14. Gynekolog poskytl informace 86 % dotazovaným, obvodní lékař 0% dotazovaným, porodní asistentka 0 % dotazovaným. Negativním zjištěním bylo, že 14 % dotazovaných uvádí, že je nikdo neinformoval o metodě IVF, a to je závažné zjištění. Domnívala jsem se, že v současnosti je informovanost žen o této metodě více rozšířena.

Graf 15 poukazuje, kde respondentky získaly samy informace o metodě IVF. Nejvíce odpovědí (25) se vyskytlo u internetu, 23 z odborné literatury. Z časopisu se o této metodě dozvědělo 20 respondentek, 5 z letáku, 2 respondentky z rádia a 3 se vůbec nezajímaly. Překvapivé bylo, že pouze 1 dotazovaná uvedla IVF centrum. Dle mého názoru by IVF centrum mělo být zastoupeno více, protože se touto problematikou zabývá.

V grafu 16 a 17, respondentky odpovídaly, jestli pro ně bylo těhotenství po 35. roce života psychicky zatěžující a co působilo psychickou zátěž. 64 % dotazovaných uvedlo, že pro ně těhotenství po 35. roce života nebylo psychicky zatěžující a pro 36 % dotazovaných působilo těhotenství psychickou zátěž. Z 63 % (18) dotazovaných 7 uvedlo obavy a čekání na výsledky (Graf 17). Dle mého očekávání tato odpověď byla nejvíce zastoupena, protože v dnešní době se ženy účastní mnoha vyšetření, která jsou důležitá pro další vývoj plodu a tím jsou psychicky náročná.

Poslední graf 18 nám odhaluje skutečnost, že těhotenství ženy po 35. roce života působilo psychickou zátěž na partnera (34 %). Naopak 66 % uvádí, že partner nepociťoval žádnou psychickou zátěž během těhotenství po 35. roce života. Tato situace

se dle mého názoru potvrzuje, protože po celé těhotenství ženy pociťují různé změny. Změny ohledně zaměstnání, jsou více citlivé, podstupují důležitá vyšetření a pozorují na sobě spoustu změn, které k těhotenství patří.

Výzkumným kvantitativním šetřením se měly zjistit dva cíle (Cíl 1 a 2). Prvním cílem se mělo zjistit, zda jsou ženy v reprodukčním věku informované o možných rizicích těhotenství po 35. roku života. Byla stanovena hypotéza: Ženy ve fertilním věku jsou informované o možných rizicích spojených s těhotenstvím po 35. roku života. Dle výzkumného šetření se potvrdila hypotéza 1 a s radostí oznamuji, že ženy jsou informované o možných rizicích těhotenství po 35. roce života. Na tuto skutečnost poukazují grafy 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Druhý cíl měl za úkol zjistit, zda ženy ve výzkumném souboru 1 využily k otěhotnění metodu IVF. Byla stanovena hypotéza: Ženy po 35. roce života využily k těhotenství metodu IVF. V tomto případě se hypotéza 2 nepotvrdila. Z grafů 12, 13 vidíme, že problémy s otěhotnění mělo pouze 26 % dotazovaných a metodu IVF využilo jen 22 % dotazovaných.

Dále proběhlo kvalitativní šetření, kde se šetření zúčastnilo 8 respondentek. Čtyři respondentky hospitalizované v nemocnici České Budějovice a.s. a čtyři respondentky z gynekologicko-porodnické kliniky FN Plzeň Lochotín. Případy respondentek byly zpracovány do kazuistik a tabulek.

Věková hranice respondentek se pohybovala v rozmezí 35 let až 42 let. Třem respondentkám bylo 35 let, jedné 38 let, dvěma respondentkám bylo 39 let, jedné 40 let a nejstarší respondentce bylo 42 let (Tabulka 9). Zde byl pro můj výzkum důležitý věk 35 let a výše.

Vzdělání žen se pohybovalo od základní školy po vysokoškolské vzdělání (Tabulka 9). Jedna respondentka má základní školu, tři respondentky mají učební obor a tři střední školu s maturitou. Jedna respondentka má vysokoškolské vzdělání. Domnívám se, že na malém zastoupení žen s vysokoškolským vzděláním se projevil náhodný výběr respondentek v kvalitativním, kde byl menší počet respondentek. V literatuře od Šilhavé se dočteme, že vzdělané matky nejčastěji posouvají mateřství do pozdějšího věku (33). Z výsledků výzkumu vyplývá opak.

Počet těhotenství respondentek bylo různé. Jedna respondentka byla těhotná poprvé, tři podruhé. Další ženy byly těhotné po třetí, po páté (Tabulka 9). Vysoký počet těhotenství, kdy byly ženy těhotné po šesté a po sedmé byl ovlivněn samovolnými potraty či miniinterrupcemi během jejich života.

Při zjištění o skutečnosti, zda byly ženy informovány o rizikovém těhotenství po 35. roce života. Všech osm respondentek bylo informováno o skutečnosti, že je těhotenství po 35. roce života rizikové (Tabulka 9). Většinou podával informace jejich gynekolog. Jedna respondentka uvedla, že se o tuto skutečnost nezajímala, ale že byla informována.

Ráda bych upozornila na důvod odsunutí těhotenství do věku po 35. roce života (Tabulka 9). Zde zjišťujeme, že jedna respondentka odsunula těhotenství kvůli osobním, zdravotním a bytovým důvodům. Jedna respondentka chtěla otěhotnět. Pro další nebyl vhodný partner pro život a dítě. Dvě respondentky měly problémy s otěhotněním, protože se léčily se sterilitou, z toho jedna respondentka se sekundární sterilitou. Další respondentka uvádí problémy s otěhotněním na straně manžela a jedna žena nezdařená těhotenství. U jedné respondentky selhala perorální antikoncepce, a to pro mě byl překvapivý argument, protože tato metoda antikoncepce bývá jednou z nejspolehlivějších. Důvody odsunutí těhotenství vyšlé z výzkumu se shodovaly s mým úsudkem. Také je můžeme nalézt v literaturách, kde se zmiňují i o studiu, cestování, budování profesního postavení a finanční zajištění (2, 11, 33).

Problémy s otěhotněním mělo pět respondentek a tři respondentky neměly žádný problém s otěhotněním. Zde mě překvapil celkem vysoký počet respondentek, které uvedly problémy s otěhotněním (Tabulka 9). Jak uvádí Christiane Biermann ve své knize Maminkou ve čtyřiceti?: „Ženy ve věku 35 let otěhotní po 7 až 8 měsících (s. 44, 2).“ Stejně jako se dočteme v knize od Šilhavé Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství u žen po 35. roce života klesá plodnost (33). Čtyři respondentky uvedly, že otěhotněly pomocí metody asistované reprodukce (IVF).

Šest respondentek odpovědělo, že v tomto věku je těhotenství vhodné, jedna uvádí, že neví (spíše ano) a jedna, že není asi vhodné. Dle mého názoru, je na každé

ženě, jak se k této situaci postaví. Každá žena je individuální, proto se na tomto rozhodnutí podílí také fyzická, psychická a zdravotní stránka.

Na otázku ohledně hospitalizace během těhotenství (Tabulka 9) uvedlo pět respondentek první hospitalizaci, tři respondentky byly hospitalizované po druhé a z toho jedna respondentka dlouhodobě (Tabulka 6).

Ze zdravotních potíží během těhotenství uvádějí čtyři respondentky GDM, jedna krvácení pro nízko nasedající lůžko, další vysoký krevní tlak a časté výtoky a jedna otevírání děložního hrdla. Tyto zdravotní problémy, které se u respondentek vyskytly, nalezneme i v literatuře: Porodnictví, Rizikové a patologické těhotenství (7, 9). Dvě respondentky nemají žádné zdravotní problémy (Tabulka 9). Tři respondentky uvádějí, že se jejich zdravotní potíže nezhoršují. Mírné zhoršení uvedly tři respondentky, nepatrné zhoršení jedna a střídavé zhoršení uvedla také jedna respondentka. Zde se domnívám, že opět záleží na samotné ženě, jak pociťuje změny v jejím zdravotním stavu, jak je citově založena a jak se dokáže adaptovat na samotnou hospitalizaci.

Čtyři respondentky odpověděly na otázku ohledně fyzických potíží, že nepociťovaly žádné potíže. Dvě uvedly krvácení, čtyři uvedly únavu, jedna bolest v podbřišku. Pnutí v podbřišku uvedla také jedna respondentka (Tabulka 9).

Jako nejhorší potíže během těhotenství uvedla jedna předčasné ukončení těhotenství, další krvácení (Tabulka 9). Jedna uvedla pnutí v podbřišku, jedna bolest v podbřišku. Další respondentka uvedla GDM, jedna označila za nejhorší potíže zácpu. Pět respondentek neuvedlo žádné větší potíže.

Na otázky ohledně psychických potíží odpovědělo pět respondentek, že psychické potíže mělo a to dvě měly strach o plod. Dvě udávají odloučení od rodiny, z toho jedna dlouhodobé. Jedna respondentka uvedla odloučení a strach o dceru v době její operace (Tabulka 9). Potvrdila se má domněnka, že ženy nejvíce vnímají strach o plod a odloučení od rodiny. Pouze tři respondentky z osmi neměly žádné psychické potíže.

Ohledně otázky, zda porodní asistentky provádějí u dotazovaných více ošetrovatelské péče než u jiných pacientek (Tabulka 9), odpovědělo pět respondentek, že neprováděly. Tři nemohly posoudit kvůli jednolůžkovému pokoji.

Pro tři respondentky byly při hospitalizaci nejvíce obtěžující v ošetrovatelské péči odběry krve. Dvě uváděly za obtěžující infuzní terapii a jedna odběr glykemických profilů. Cerclage viděla jako nejvíce obtěžující jedna respondentka. WC na podložní míse a hygiena na lůžku označila za nejvíce obtěžující jedna respondentka. Čtyřem nebylo nic obtěžující při ošetrovatelské péči (Tabulka 9). To je polovina z dotazovaných a to je dle mého úsudku vcelku uspokojivé.

Za psychicky stresující výkon označily dvě respondentky odběr krve a infuzní terapii, jedna uvedla odběr glykemických profilů a Cerclage. Indukci uvedla za psychicky stresující výkon jedna respondentka. Pro zbylých pět nebyl žádný psychicky stresující výkon (Tabulka 9). Dle mého názoru jsou prováděné výkony pro každou ženu jinak stresující, protože každá žena má jiné citění a jiný práh bolesti.

Na otázku: Co by mělo být v ošetrovatelské péči více sledováno? Čtyři uvádí, že neví, tři odpověděly, že nic a jedna, že by mělo být více sledováno vše. Myslím si, že toto posouzení plyne z individuality pacienta a odlišného přístupu porodních asistentek.

V kvalitativním šetření byly stanoveny dva cíle (Cíl 3 a 4) a dvě výzkumné otázky. Třetím cílem bylo zjistit, z jakého důvodu ženy odsunuly vznik těhotenství do věkové kategorie po 35. roku života. Pro dosažení cíle byla stanovena výzkumná otázka: Co vedlo ženy k tomu, aby se rozhodly pro těhotenství až po 35. roce života? Pro zjištění bylo použito osm kazuistik (Kazuistika 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), rozhovor (Příloha 2) a tabulka 9. Cíl tři byl splněn. U jedné respondentky byly zjištěny důvody odsunutí těhotenství osobní, zdravotní a bytové. Další respondentka uvedla nevhodného partnera pro život a dítě. Tři respondentky měly problémy otěhotnět, dvě uvedly léčbu sterility, z toho jedna sekundární. U další ženy byl problém otěhotnění na straně manžela a jedna uvedla nezdařená těhotenství. U jedné respondentky selhala perorální antikoncepce a poslední respondentka chtěla otěhotnět.

Čtvrtým cílem bylo zjistit, jaké ošetrovatelské problémy (oše. diagnózy) vznikly v souvislosti s těhotenstvím po 35. roce života. Pro dosažení cíle byla stanovena výzkumná otázka: Jaké nejčastější ošetrovatelské problémy vznikly v těhotenství u žen po 35. roce života? Pro zjištění také bylo použito osm kazuistik (Kazuistika 1, 2, 3, 4, 5,

6, 7, 8), rozhovor (Příloha 2) a tabulka 9. Z tohoto rozhovoru a z dokumentace vyplynuly následující ošetrovatelské problémy:

00011 Zápca v souvislosti s těhotenstvím projevující se ztíženým vyprazdňováním (26).

00055 Neefektivní plnění role v souvislosti s hospitalizací projevující se steskem po rodině, verbalizací (26).

00058 Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte v souvislosti s výchozím onemocněním, projevujícím se verbalizací, pláčem, obavami o chod rodiny, častými otázkami (26).

00093 Únava v souvislosti s těhotenstvím, projevující se ospalostí, zíváním, pospáváním během dne, nepohodou (26).

00108 Deficit sebepéče při koupání a hygieně v souvislosti s přísným klidem na lůžku, projevující se omezenou schopností při hygieně a nemožností provádět koupele.

00132 Akutní bolest v souvislosti s výchozím onemocněním, projevující se verbalizací, výrazem v obličeji.

00146 Úzkost v souvislosti s nástupem komplikací, projevující se plačtivostí, častými dotazy (24).

00148 Strach o dítě v souvislosti s průběhem rizikového těhotenství, projevující se plačtivostí, častými dotazy na stav plodu a poklesem nálady (26).

6. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce byla zaměřena na problematiku těhotenství po 35. roce života. Byly stanoveny čtyři cíle: Zjistit, zda jsou ženy v reprodukčním věku informované o možných rizicích těhotenství po 35. roku života a zda ženy ve výzkumném souboru 1 využily k otěhotnění metodu IVF. Dále z jakého důvodu ženy odsunuly vznik těhotenství do věkové kategorie po 35. roku života a jaké ošetrovatelské problémy (oše. diagnózy) vznikly v souvislosti s těhotenstvím po 35. roce života.

Ke splnění cílů, hypotéz a výzkumných otázek byla použita kombinace kvalitativního a kvantitativního výzkumu.

K první části výzkumného šetření byla použita forma kvantitativního výzkumu formou anonymních dotazníků. Na počátku kvantitativního šetření byly stanoveny dva cíle a dvě hypotézy a ty byly splněny. Jedním z nich bylo zjistit, zda jsou ženy v reprodukčním věku informované o možných rizicích těhotenství po 35. roku života. Byla potvrzena hypotéza, která uvádí, že ženy ve fertilním věku jsou informované o možných rizicích spojených s těhotenstvím po 35. roku života. Na tuto skutečnost poukazují grafy 5, 6, 7, 8, 9, 10.

Druhým cílem se mělo zjistit, zda ženy ve výzkumném souboru 1 využily k otěhotnění metodu IVF. Hypotéza, která zněla: Ženy po 35. roce života využily k těhotenství metodu IVF, v tomto případě se hypotéza nepotvrdila. Tato skutečnost je zaznamenaná v grafech 12, 13. Problémy s otěhotnění mělo pouze 26 % dotazovaných a metodu IVF využilo jen 22 % dotazovaných.

K druhé části výzkumného šetření byla použita forma kvalitativního výzkumu u vybraných těhotných během jejich hospitalizace. Ke sběru dat byly použity kazuistiky respondentek, dokumentace a forma nestandardizovaného rozhovoru.

Na počátku kvalitativního šetření byly stanoveny dva cíle a dvě výzkumné otázky, které byly splněny. Třetím cílem se mělo zjistit, z jakého důvodu ženy odsunuly vznik těhotenství do věkové kategorie po 35. roku života. Byla stanovena výzkumná otázka: Co vedlo ženy k tomu, aby se rozhodly pro těhotenství až po 35. roce života? Posledním cílem a to čtvrtým, se mělo zjistit, jaké ošetrovatelské problémy (oše. diagnózy) vznikly v souvislosti s těhotenstvím po 35. roce života. Byla stanovena

výzkumná otázka: Jaké nejčastější ošetrovatelské problémy vznikly v těhotenství u žen po 35. roce života?

Na základě výzkumných otázek a výsledků kvalitativního výzkumného šetření vyplynuly následující hypotézy: První hypotéza zní: Ženy otěhotněly po 35. roce života v důsledku problematického otěhotnění. Druhá hypotéza zní: U žen po 35. roce života je nejčastějším ošetrovatelským problémem únava. 00093 Únava v souvislosti s těhotenstvím, projevující se ospalostí, zíváním, pospáváním během dne, nepohodou.

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že ženy mají poznatky o problematice těhotenství po 35. roce života. Dokážou odhadnout rizika vyplývající z tohoto pozdního těhotenství a jsou si vědomy, do jakého komplikovaného těhotenství se mohou dostat.

Do budoucna bychom se měli ještě nad touto problematikou zamyslet a zkusit tak přijít na nové a lepší metody pro včasné odhalování rizik spojených s tímto věkem a poskytování ošetrovatelské péče.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARCHALOUSOVÁ, A. *Přehled vybraných ošetrovatelských modelů*. 1. vydání. Hradec Králové: Nucleus HK, 2003. 104 s. ISBN 80 – 86225 33 – X.
2. BIERMANN, CH., et al. *Maminkou ve čtyřiceti?*. 1. vydání. Praha: Portál, 2006. 178 s. ISBN 80 – 7367 – 075 – 5.
3. BĚLOBRÁDKOVÁ, I. *Edwardsův syndrom*. [online] [cit. 2009-12-01]. Dostupné z: <<http://www.genetikapardubice.cz/hla/d/e>>.
4. BOČÁNKOVÁ, R. *Rizikové těhotenství a těhotenské komplikace*. [online] [2009] [cit. 2009-11-18]. Dostupné z: <<http://babyweb.cz/Clanky/a1555-Rizikove-tehotenstvi-a-tehotenske-komplikace.aspx>>.
5. CITTERBART, K. et al. *Gynekologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2001. 278 s. ISBN 80 – 7262 – 094 – 0.
6. ČECH, E. et al. *Porodnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 434 s. ISBN 80 – 7169 – 355 – 3.
7. ČECH, E., HÁJEK, Z. et al. *Porodnictví*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80 – 247 – 1313 – 9.
8. ČEPICKÝ, P. *Prenatální péče o fyziologické těhotenství*. In *Moderní babičství 3*. Praha: Levret, 2004. roč. 2004. č. 3, 16 – 19 s. ISSN 1214-5572.
9. HAMPLOVÁ, D. et al. *České ženy: Vzdělání, partnerství, reprodukce a rodina*. 1. vydání. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2003. 108 s. ISBN 80 – 7330 – 040 – 0.
10. HÁJEK, Z. et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 443 s. ISBN 80 – 247 – 0418 – 8.
11. HÁJEK, Z. et al. *Základy prenatální diagnostiky*. 1. vydání. Praha: Grada, 2000. 423 s. ISBN 80 – 7169 – 391 – X.
12. HOŘÍNOVÁ – BRYŠOVÁ, V. *Downův syndrom a další chromozomální odchylky*. [online] [cit. 2009-12-01]. Dostupné z: <<http://www.ordinace.cz/clanek/downuv-syndrom-a-dalsi-chromozomalni-odchylky/>>.

13. KOBILKOVÁ, J. et al. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vydání. Praha: Galén, 2005. 368 s. ISBN 80 – 7262 – 315 – X.
14. KONEČNÁ, H. *Na cestě za dítětem*. 1. vydání. Praha: Academia, 2003. 318 s. ISBN 80 – 200 – 1055 – 6.
15. KONÍČKOVÁ, M. Rozštěpové vady obličeje. [online] [2008] [cit. 2009-11-30]. Dostupné z: <<http://mladazena.maminka.cz/scripts/detail.php?id=349360>>.
16. KOTEROVÁ, K. *Předčasný porod*. In *Moderní babičství* 15. Praha: Levret, 2008. roč. 2008. č. 15, s. 3 - 6. ISSN 1214 – 5572.
17. KOUDELKOVÁ, V. *Problematika hospitalizovaných žen s rizikovým těhotenstvím*. In *Moderní babičství* 12. Praha: Levret, 2007. roč. 2007. č. 12, s. 22 – 23. ISSN 1214 – 5572.
18. KRÁLÍČKOVÁ, M. *Vrozené vývojové vady, spontánní potraty, předčasné porody a současný životní styl*. Lékařské listy: Příloha Zdravotnických novin. Praha: 2009. č. 16, 16 – 18 s.
19. KUDELA, M. et al. *Základy gynekologie a porodnictví pro posluchače lékařské fakulty*. 2. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého, 2008. 273 s. ISBN 978 – 80 – 244 – 1975 – 6.
20. LEIFER, G. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada, 2004. 988 s. ISBN 80 – 247 – 0668 – 7.
21. LONSKÁ, J. *Rozštěpové vady z hlediska ortodencie*. [online] [cit. 2009-12-01]. Dostupné z: <<http://www.stomateam.cz/index.php?clanek=125>>.
22. MAREČKOVÁ, J. *Ošetřovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha: Grada, 2006. 264 s. ISBN 80 – 247 – 1399 – 3.
23. MEDICENTRUM. *Rozštěpy rtů*. [online]. [cit. 2009-11-18]. Dostupné z: <<http://www.porodnice.cz/node/33543>>.
24. MURKOFFOVÁ, H. et al. *Co čekat v radostném očekávání*. Přeložil J, J Kantovi. Praha: Slovart, 2004. 595 s. ISBN 80 – 7209 – 457 – 2.
25. PAŘÍZEK, A. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vydání. Praha: Galén, 2008. 685 s. ISBN 978 – 80 – 726 – 594 – 9.

26. PAVLÍKOVÁ, S. *Modely ošetrovatelství v kostce*. 1. vydání. Praha: Grada, 2005. 152 s. ISBN 80 – 247 – 1211 – 3.
27. PLAY NET a. s. [online] [cit. 2009-11-20]. Dostupné z: <<http://www.klinikazdravi.cz/slovník/fertilita/>>.
28. ROZTOČIL, A. et al. *Porodnictví*. 1. vydání. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 333 s. ISBN 80 – 7013 – 339 – 2.
29. ŘEŽÁBEK, K. *Asistovaná reprodukce: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2008. 112 s. ISBN 978 – 80 – 7345 – 154 – 7.
30. STEJSKAL, D. *Prenatální screening vrozených vad*. In *Moderní babičtví* 4. Praha: Levret, 2004. roč. 2004. č. 4, s. 14 – 15. ISSN 1214 – 5572.
31. SYDNEY IVF. *Asistovaná reprodukce*. [online] [cit. 2009-11-23]. Dostupné z: <<http://www.sanatoriumhelios.cz/index.php?lang=cs&menu=15&page=15>>
32. ŠILHAVÁ, L. et al. *Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. 1. vydání. Brno: Komputer Press, 2006. 102 s. ISBN 80 – 251 – 0987 – 9.
33. TRACHTOVÁ, E. et al. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2.vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006. 186 s. ISBN 80-7013-324-4.
34. ÚZIS. *Rodička a novorozenec 1999, 2003, 2006, 2007*. [online] [cit. 2009-11-18]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5300>.
35. ÚZIS. *Zdravotnická ročenka České republiky 1992, 1998, 2002, 2007*. [online] [cit. 2009-11-17]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5300>.
36. ZÁHUMENSKÝ, J. *Rizikové těhotenství*. [online] [cit. 2009-11-20]. Dostupné z: <<http://www.rodina.cz/clanek6833.htm>>.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Ošetrovatelská péče

Rizika pro matku

Rizikové těhotenství

Těhotenství

Vrozené vývojové vady

9. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1 Dotazník

Příloha 2 Rozhovor s respondentkami

Příloha 3 Vývoj počtu narozených podle věku matky v ČR od roku 1970 – 2008

Příloha 4 Výskyt spontánních potratů v závislosti na věku matky

Příloha 5 Výskyt Downova syndromu v závislosti na věku matky

Příloha 6 Dekurz rizikového těhotenství

Příloha 7 Záznam ošetřovatelské péče při rizikovém těhotenství

Příloha 1 **Dotazník**

Vážená respondentko,

Jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Studuji 3. ročník, obor porodní asistentka. Ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který poslouží k vypracování mé bakalářské práce na téma „**Problematika těhotenství u žen po 35. roce života**“. Dotazník je anonymní, odpovědi prosím zaškrtněte nebo doplňte.

Předem děkuji za čas a ochotu při vyplňování dotazníku.

Lucie Ledvinová

1. Kolik je Vám let?

- a) 15 – 19
- b) 20 – 24
- c) 25 – 29
- d) 30 – 34
- e) 35 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední bez maturity
- c) střední a s maturitou
- d) vyšší odborná
- e) vysokoškolské

3. Byla jste těhotná?

- a) ano
- b) ne

4. Pokud *ano*, kolikrát jste již rodila?

- a) 1x
- b) 2x
- c) 3x
- d) 4x a více

5. Víte o tom, že těhotenství po 35. roce života je rizikové?

- a) ano
- b) ne

(pokud ne, přejděte na otázku č. 11)

6. Co je podle Vašeho mínění rizikové těhotenství?

- a) těhotenství s rizikem pro plod
- b) těhotenství s rizikem pro matku
- c) těhotenství s rizikem pro oba
- d) během těhotenství se vyskytne nějaký problém, který před těhotenství u ženy nebyl

7. Kdo Vám poskytl odborné informace o riziku v těhotenství po 35. roce života?

- a) gynekolog
- b) obvodní lékař
- c) porodní asistentka
- g) jiné.....

8. Kde jste sama získala informace o rizikovém těhotenství po 35. roce života?

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) z časopisu
- b) z letáku
- c) z odborné literatury
- d) z internetu
- e) z rádia
- f) od kamarádky
- g) nezajímala jsem se
- h) jiné.....

9. O jakém riziku u plodu v těhotenství po 35. roce života jste měla informace?

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) vrozené vývojové vady (Downův sy., Patauův sy., Edwardův sy.)
- b) vrozené vývojové vady srdce
- b) rozštěpové vady (rozštěp rtu a páteře)

10. O jakém riziku pro Vás v těhotenství po 35. roce života jste měla informace?

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) hrozící potrat
- b) předčasný porod
- c) krvácení v těhotenství
- d) gestační diabetes mellitu (těhotenská cukrovka)
- e) porod Sectione Caesara

11. Znáte někoho ve Vašem okolí, kdo je/byl těhotný po 35. roce života?

- a) ano
- b) ne

Vyplňují pouze ženy starší 35. let !!!!

12. Měla jste problémy s otěhotněním po 35. roce života?

- a) ano
- b) ne

13. Využila jste k otěhotnění metodu IVF (asistovaná reprodukce)?

- a) ano
- b) ne

14. Kdo Vám poskytl odborné informace o využití metody IVF?

- a) gynekolog
- b) praktický lékař
- c) porodní asistentka
- d) jiný odborník.....

15. Kde jste sama získala informace o využití metody IVF?

(můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) z časopisu
- b) z letáku
- c) z odborné literatury
- d) z internetu
- e) z rádia
- f) nezajímala jsem se
- g) jiné.....

16. Bylo pro Vás těhotenství po 35. roce psychickou zátěží?

- a) ano
- b) ne

(pokud ano odpovězte na otázku č. 18)

17. Co pro Vás bylo psychickou zátěží během těhotenství?

.....
.....
.....
.....

18. Myslíte si, že Vaše těhotenství působilo psychickou zátěž i na Vašeho partnera?

- a) ano
- b) ne

Příloha 2 **Rozhovor s respondentkami**

Otázky pro respondentky

1. Kolik Vám je let?
2. Jaké je Vaše nejvyšší ukončené vzdělání?
3. Kolikáté je toto Vaše těhotenství?
4. Byla jste informována o tom, že Vaše těhotenství je rizikové?
5. Z jakého důvodu jste odsunula těhotenství na tento věk?
6. Otěhotněla jste v tomto věku bez problémů?
7. Myslíte si, že těhotenství v tomto věku je vhodné?
8. Kolikrát jste byla během těhotenství hospitalizována na rizikovém oddělení?
9. Máte během těhotenství nějaké zdravotní potíže?
10. Zhoršují se Vaše potíže v průběhu těhotenství?
11. Máte nějaké fyzické potíže během těhotenství?
12. Jaké potíže jsou pro Vás v těhotenství nejhorší?
13. Máte nějaké psychické potíže během těhotenství?
14. Jaké psychické potíže u Vás jsou během těhotenství nejhorší?
15. Máte během rizikového těhotenství nějaké jiné problémy?
16. Co u Vás sledují porodní asistentky během ošetrovatelské péče?
17. Přejde Vám, že u Vás prováděly porodní asistentky více ošetrovatelské péče než u jiných pacientek?
18. Existuje nějaký výkon, který Vás obtěžoval/obtěžuje při vykonávání ošetrovatelské péče na rizikovém oddělení?
19. Byl pro Vás nějaký výkon psychicky stresující? Pokud ano, jaký?
20. Mělo by být podle Vašeho názoru v ošetrovatelské péči něco více sledováno?

Příloha 3 Vývoj počtu narozených podle věku matky v ČR od roku 1970 – 2008

VĚK MATKY						
ROK	15 - 19	20 - 24	25 – 29	30 – 34	35 – 39	40 – 44
1970	20 070	74 815	37 047	11 831	4 081	973
1975	21 390	87 949	57 796	20 107	4 749	813
1980	17 807	68 976	44 704	17 897	4 574	622
1985	17 931	62 619	35 250	15 413	4 638	567
1986	17 240	62 404	33 764	15 144	4 755	605
1987	17 120	61 505	32 981	14 421	4 725	677
1988	17 782	61 374	33 863	14 874	4 630	687
1989	17 525	58 575	33 999	13 462	4 631	653
1990	18 451	58 735	35 440	13 123	4 613	697
1991	20 093	58 020	34 360	12 129	4 456	751
1992	19 764	53 779	32 512	11 227	4 055	758
1993	19 130	53 293	32 220	11 759	4 271	741
1994	14 360	47 444	28 831	11 595	3 919	720
1995	10 639	42 226	27 340	11 789	3 675	680
1996	8 147	39 230	27 017	11 998	3 650	670
1997	6 953	37 891	29 076	12 456	3 848	671
1998	6 056	35 799	31 317	12 873	4 062	702
1999	5 355	32 112	33 887	13 380	4 288	702
2000	4 464	28 967	37 567	14 550	4 848	729
2001	3 823	25 055	39 614	16 404	5 208	828
2002	3 789	22 671	41 350	18 472	5 822	894
2003	3 697	19 970	42 162	21 026	6 038	996
2004	3 664	17 990	43 131	25 134	6 835	1 121
2005	3 497	16 763	43 468	29 781	7 694	1 232
2006	3 484	15 928	42 043	34 298	8 893	1 410
2007	3 531	16 291	42 269	40 278	10 880	1 621
2008	3 610	16 337	40 993	44 098	12 898	1 835

¹ ZDROJ: ÚZIS. *Rodička a novorozenec 2008*. [online] [cit. 2010-04-04] Dostupný z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=10&mnu_id=5300>

Příloha 4 Výskyt spontánních potratů v závislosti na věku matky

Výskyt spontánních potratů v I. trimestru těhotenství v závislosti na věku matky (podle Gilmora 1985)	
Věk matky (roky)	Potraty v (%)
pod 20	0 – 1
20 – 24	1,6
25 – 29	2,1
30 – 34	2,5
35 – 39	2,6
nad 40	13,6

²

² ZDROJ: ČECH, E., HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80 – 247 – 1313 – 9.

Příloha 5 Výskyt Downova syndromu v závislosti na věku matky

Výskyt Downova syndromu v závislosti na věku matky	
Věk matky	Riziko Downova syndromu
20 – 24	1 : 1500
25 – 29	1 : 1200
30 – 34	1 : 900
35 – 39	1 : 300
40 – 44	1 : 100
45	1 : 40

3

³ ZDROJ: ČECH, E., HÁJEK, Z., et al. *Porodnictví*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing, 2006. 544 s. ISBN 80 – 247 – 1313 – 9.

RIZIKOVÉ TĚHOTENSTVÍ

DENNÍ ZÁZNAM

JMÉNO			PARA	KS	TP
DAT.	OP	TK	NÁLEZY - VÝKONY - STAV		ORDINACE
DAT.					
40°					
39°					
38°					
37°					
36°					

4

⁴ ZDROJ: Oddělení rizikové těhotenství, Nemocnice České Budějovice a.s.

Příloha 7 **Záznam ošetrovatelské péče při rizikovém těhotenství**

ŽO - RIZIKOVÉ TĚHOTENSTVÍ

PACIENT:

Datum:
Týden teh. -
Gr./Para -

Sestra: R -
O -
N -

PSYCHICKÝ STAV: klidná TK: normotenze TT: afebrilní

POHYBLIVOST: plná **ZVRACENÍ:** **BOLEST:**
 přísný/relativní klid **OTOKY:** , **KRVÁCENÍ:**

GLYKEMICKÝ PROFIL: podrobný/zkrácený/OGTT: **ODTOK PLOD. VODY:**

OZVY PLODU: OP a hod. **CTG:** dnes , , X **KONTRAKCE:**
..... **UZ:**

HYGIENA: sprcha **STOLICE:** **MOČENÍ:** wc/podl. mísa
 lůžko čípek moč:

P+V za hod. **DIURÉZA NA LEDVINOVÉ FUNKCE:**

CÉVNÍ VSTUPY: per. kanyla: PHK/LHK **INFUZNÍ TH:**
 zavedena/odst.: PHK/LHK pumpa

ATB+časové léky:

SENZIBILIZACE: **MATURACE:**

PREINDUKCE:

INDUKCE:

5

⁵ ZDROJ: Oddělení rizikové těhotenství, Nemocnice České Budějovice a.s.