



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Fakulta zdravotně sociální

Katedra ošetrovatelství a porodní asistence

Bakalářská práce

Problematika gravidity žen ve vyšším věku

Vypracovala: Anna Kuntová

Vedoucí práce: Mgr. Romana Belešová

České Budějovice 2015

Abstrakt

Bakalářská práce se věnuje problematice gravidity žen ve vyšším věku. Toto téma je v současnosti velmi aktuální a často diskutované. Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou respektive část výzkumnou. V teoretické části jsme definovali fyziologickou graviditu, obecnou problematiku gravidity ve vyšším věku a plánování rodičovství. V další kapitole jsme se zaměřili na to, jakým způsobem může věk ženy ovlivnit její prožívání těhotenství nebo plod. Dle mnoha studií je dokázáno, že ženy ve věku nad 35 let mají větší sklon k těhotenským komplikacím. Pro příklad, jsou více ohroženy předčasným porodem, samovolným potratem, mimoděložním a vícečetným těhotenstvím, diabetem mellitus, hypertenzí až preeklampsii, peripartálními či placentárními komplikacemi. Významnou problematikou je také plodnost, která po 30. roku života ženy nápadně klesá. Dále je zmíněna prenatální péče, psychika a potřeby žen ve vyšším věku.

Cíle této bakalářské práce byly dva. Prvním cílem jsme chtěli zjistit, jakým způsobem ovlivňuje věk ženy průběh gravidity. Druhý cíl byl zvolen ke sledování nejčastějších důvodů vedoucí ženy k otěhotnění ve vyšším věku. K těmto cílům bylo zvoleno pět výzkumných otázek: Jakým způsobem vyšší věk žen ovlivňuje průběh gravidity? Jak hodnotí ženy vícerodičky graviditu před 35. rokem a po něm? Jakým způsobem porodní asistentky edukují těhotné ženy ve vyšším věku a jak na ně pohlíží? Jaká je informovanost žen o rizicích těhotenství ve vyšším věku? Z jakých důvodů se ženy rozhodly pro graviditu ve vyšším věku?

Výzkumné šetření bylo prováděno kvalitativní metodou za pomoci individualizovaných polostrukturovaných rozhovorů. Rozhovory byly provedeny s deseti ženami ve věku 35 let a více (které byly rozděleny na pět prvorodiček a pět vícerodiček) a třemi porodními asistentkami. Výzkum probíhal v ordinacích praktických gynekologů na základě jejich souhlasu s výzkumem. Respondentky a porodní asistentky byly předem osloveny, požádány o souhlas ke spolupráci, a na základě toho podepsaly dokument „Žádost o spolupráci“, který jim zaručuje anonymitu a zacházení se získanými informacemi dle etických norem. Pomocí rozhovorů byla od respondentek získávána data popisující jejich graviditu, přičemž

z jejich popisu byl vyhledáván vliv vyššího věku. Dále byla zkoumána informovanost žen, zda jsou edukovány ze strany zdravotnického personálu, jak graviditu vnímaly psychicky a další. Materiál získaný od porodních asistentek vyobrazuje jejich názory a postoje ke graviditě ve vyšším věku ženy, jejich edukaci a psychickou podporu žen. Rozhovory byly nahrávány na audio záznam, který byl poté přepsán do písemné podoby. Na základě získaného výzkumného materiálu byly následně pomocí barvení textu vytvořeny kategorie a podkategorie. Cílem těchto kategorií a podkategorií bylo analyzování odpovědí respondentek a porodních asistentek za účelem hledání shodných reakcí a zkušeností.

U prvního výzkumného souboru, konkrétně u žen ve věku 35 let a více, bylo zvoleno šest kategorií, které byly dále rozvinuty třinácti podkategoriemi. První kategorie se zabývala plánováním rodičovství a důvody pro otěhotnění po 35. roku života ženy. Druhá kategorie byla věnována informovanosti žen. Třetí kategorie sledovala komplikace žen, jak před otěhotněním, tak v graviditě a jejich případnou hospitalizaci. Čtvrtá kategorie analyzovala problémy s otěhotněním či neschopnost donošení plodu ženy po 35. roce. Pátá kategorie studovala psychiku těchto žen a poslední šestá zkoumala rozdíly mezi graviditou před a po 35. roku, které byly popisovány vícerodičkami.

U druhého výzkumného souboru, tedy třech porodních asistentek, byly odpovědi shromážděny do tří kategorií, které charakterizovalo deset podkategorií. První kategorie se zabývala postojem a názory porodních asistentek na graviditu po 35. roce, druhá kategorie edukací žen a třetí jejich psychickou podporou.

Výsledky této práce poukázaly na problematiku gravidity ženy starší 35 let. Bylo zjištěno a tudíž v některých případech potvrzeno, že věk může mít negativní vliv na graviditu po 35. roce života ženy. U respondentek se vyskytla například těhotenská hypertenze, nízko nasedající lůžko nebo také riziko v podobě amniocentézy. Nelze ale říci, že každá gravidní žena ve vyšším věku bude sužována komplikacemi. Rizikovost gravidity ve vyšším věku byla v některých případech vyvrácena, protože se dá říci, že tři respondentky z deseti prožily svou graviditu bezproblémově. Co se týká důvodů, které ženy vedly k rozhodnutí mít v tomto věku potomka, velkou roli sehrává partner

ženy. Vyskytly se případy, kdy se žena vdala za nového partnera, či že na vhodného partnera pro rodinu dlouho čekala. Dále za tím stojí i fakt, že ženy dítě prostě chtějí a nad svým věkem nijak zvláště nepřemýšlejí. Jiným důvodem může být i upřednostnění kariéry nebo koníčků ženy před mateřstvím a také neplánovaná gravidita.

Bakalářská práce poukázala na možná rizika pro gravidní ženy ve věku nad 35 let. Měla by sloužit jako informační zdroj nikoliv však jako plán, který tyto ženy zaručeně čeká, pokud otěhotní nad 35 let. Zjištěné důvody žen pro otěhotnění mají ukázat současnou situaci a smýšlení žen. Výsledky jsou obrazem dnešní doby, protože věk pro otěhotnění ženy je, dá se říci, na vzestupu, a je dobré vědět, proč se tomu tak děje. Dalo by se polemizovat nad problematikou informovanosti a edukace žen. Měly by dopředu vědět rizika pro otěhotnění nad 35 let, či je nevědomost v této problematice pozitivní faktor? Každá žena je osobnost, má jiné chápání a jiné psychické rozpoložení. Je potřeba ženu vnímat holisticky a brát v potaz její anamnézu.

Klíčová slova: věk, žena, porodní asistentka, gravidita, komplikace, edukace

Abstract

My Bachelor thesis devotes to the issue of the pregnancy of women in older age. This topic is currently very topical and frequently discussed. This work is divided into the theoretical and the practical or rather the research part. In the theoretical part we defined the physiological pregnancy, the general problems of the pregnancy in an older age and family planning. In the next chapter, we have focused on the influencing of a woman's age on her experience with pregnancy or the fetus. According to many studies, there is the evidence that women over the age of 35 years are predisposed more to the pregnancy complications. For example, they are more at risk of the premature birth, miscarriage, ectopic and multiple pregnancies, diabetes mellitus, hypertension to preeclampsia or placental peripartum complications. The important issue is also the fertility decreasing prominently after the woman's age of 30 years. The prenatal care, psyche and needs of women in old age are mentioned too.

There were two purposes of my work. The first one was the effect of the age of woman on the course of her pregnancy. The second one was monitoring of the most frequent reasons for getting pregnant in an older age. Five research questions were chosen : How does older age affect the course of pregnancy? How do multigravidas women evaluate the pregnancy before the age of 35 and after that age? How do midwives educate pregnant women in older age, and how they assess them? How is the situation about the awareness of women about the risks of pregnancy in an older age? Why did women decide for the pregnancy in an older age?

The research was based on the qualitative method with the help of personalized semistructured interviews. Interviews were conducted with ten women aged 35 years and over (they were divided into the five primiparous and five multiparous) and three midwives. The research was conducted at the practical gynecologists offices on the basis of their consent to research. The respondents and the midwives were approached in advance, asked for consent to cooperation, and based on this they signed the document „Request for cooperation", it guarantees their anonymity and manipulation with their information according to the ethical standards. Respondents data were got through interviews, describing their pregnancy, according to that the influence of age

was found out. The knowledge of women was also research, if they are educated by the medical staff, how they felt during their pregnancy mentally and more. The material from midwives describes their opinions and attitudes to the pregnancy of older women, their education and emotional support. The interviews were audio recorded and then transcribed into the written form. The categories and subcategories were formed using text colouring based on the attained research material. The aim of these categories and subcategories were the analysis of answers of respondents and midwives to search the same reactions and experiences.

The six categories were selected at the first complex of research, specifically at women aged 35 years, then they were selected into the thirteen subcategories. The first category pursued the family planning and the reasons for getting pregnant after 35 years of woman life. The second category devoted to women's knowledge. The third category studied complications of women before their pregnancy, during their pregnancy and their potential hospitalization. The fourth category analyzed the difficulties with getting pregnant or the inability maintain pregnancy of woman older 35 years. The fifth category studied the psyche of these women and the last sixth category examined the differences between pregnancy before and after the 35th year what was described by the multigravidas.

The answers of the second complex of research of three midwives were selected into the three categories, characterized by ten subcategories. The first category dealt with attitudes and opinions of midwives on pregnancy after 35 year, the second category dealt with education of women and a the third one dealt with their psychological support.

The results of this study pointed to the issues of pregnancy above the age of 35 years. It was found and in some cases confirmed, that age can really have a negative effect on the pregnancy after the 35th year of the woman's life. The pregnancy hypertension, low overlying placenta or the danger of amniocentesis appeared at respondents. We cannot say every pregnant woman will suffer from complications. The high-risk pregnancy of older age was proved in some cases, it is possible to say three out of ten respondents spent their pregnancy without problems. The reasons for decision of

women to have a child in this age are the women's partners. Sometimes woman married a new partner or she was waiting for suitable partner for a long time. Sometimes women simply want a baby and they do not think about their age. The other reason can be also career or hobbies of women or the unintended pregnancy.

My bachelor thesis pointed to possibility of risk for pregnant women aged over 35 years. It should serve as an information source but not as a plan that women can expect if they get pregnant over 35 years age. Established reasons of women to become pregnant should show the present situation and the attitudes of women. The results are a reflection of our time, because the age for women pregnancy grow. It is good to know why this is happening. We can argue against the issue of the knowledge and the education of women. They should know the risk of pregnancy over 35 years in advance. Is the ignorance in this issue the positive factor? Every woman is a personality with a different understanding and a different psychological frame of mind. It is necessary to perceive a woman holistically and to think about her anamnesis .

Keywords: age, woman, midwife, pregnancy, complications, education

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem 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 – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2015

.....

Anna Kuntová

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Romaně Belešové za ochotu, odborné vedení a cenné rady v průběhu zpracování celé bakalářské práce. Děkuji za věnovaný čas všem respondentkám a porodním asistentkám, které mi poskytly důležité informace, na základě kterých jsem mohla zpracovat tuto práci. V neposlední řadě bych ráda vyjádřila svůj dík své rodině za podporu během mého studia.

Obsah

1 Současný stav	13
1.1 Charakteristika těhotenství	13
<i>1.1.1 Problematika a faktory těhotenství ve vyšším věku</i>	14
<i>1.1.2 Plánování rodičovství</i>	17
1.2 Věk ženy a rizikové těhotenství	18
<i>1.2.1 Samovolný potrat</i>	19
<i>1.2.2 Vícečetné těhotenství a předčasný porod</i>	20
<i>1.2.3 Diabetes mellitus</i>	22
<i>1.2.4 Hypertenzní choroby a jejich komplikace</i>	24
<i>1.2.5 Rizika pro plod</i>	26
1.3 Prenatální péče v těhotenství	28
<i>1.3.1 Prenatální diagnostika a vyšetřovací metody</i>	29
1.4 Psychika a potřeby žen ve vyšším věku	30
<i>1.4.1 Edukace</i>	32
2 Cíle práce a výzkumné otázky	33
2.1 Cíle práce	33
2.2 Výzkumné otázky	33
3 Metodika	34
3.1 Metodika výzkumu	34
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	34
4 Výsledky	35
4.1 Rozhovory se ženami ve vyšším věku.....	35
4.2 Rozhovory s porodními asistentkami.....	51
5 Diskuse	60
6 Závěr	72
7 Seznam zdrojů	74
8 Seznam příloh	82

Seznam použitých zkratk

AFP	Alfafetoprotein
AMC	Amniocentéza
BMI	Body mass index
CNS	Centrální nervová soustava
CVS	Odběr vzorků choria
ČLS JEP	Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně
ČSKB	Česká společnost klinické biochemie
ČSÚ	Český statistický úřad
DIC	Diseminovaná intravaskulární koagulopatie
DM	Diabetes mellitus
DNA	Deoxyribonukleonová kyselina
GBS	Streptokok skupiny B
GDM	Gestační diabetes mellitus
HbsAg	Australský antigen
HELLP	Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelets,
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IUGR	Intrauterinní růstová retardace
IVF	In vitro fertilizace
MS–AFP	Mateřský sérový alfafetoprotein
oGTT	Orální glukózo toleranční test
PAPP–A	Plazmatický protein A
PIH	Pregnancy induced hypertension
TK	Krevní tlak
TTTS	Twin–to–twin transfusion syndrome
uE ₃	Nekonjugovaný estriol
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistik ČR
VVV	Vrozené vývojové vady
WHO	World Health Organization

Úvod

Dnešní svět ženě nabízí spoustu pracovních příležitostí, možností cestovat, studovat, mít spoustu zajímavých koníčků a věnovat se sama sobě. Důsledkem těchto pro ženu pozitivních faktorů může být jedno negativum, a to je odkládání těhotenství do vyššího věku. Vyskytnout se mohou problémy s potrácením či nezdary týkající se otěhotnění a další těhotenské komplikace. Někdy si ženy ve vyšším věku potomka jen velmi přejí a nad možnými problémy v graviditě nepřemýšlejí.

Tělo ženy má ale nejlepší podmínky pro otěhotnění okolo 20. až 24. roku života. Po 30. roku života procentuálně nápadně klesá možnost otěhotnění, za kterou často zodpovídá ovariální stárnutí. Je třeba mít také na paměti, že s vyšším věkem přicházejí nepříjemnosti v podobě chorob, které ženu mohou značně omezit v plánování těhotenství.

Touto prací jsme chtěli poukázat na gravidity žen ve vyšším věku. Jako hranici jsme si určili věk nad 35 let. Chtěli bychom nastínit, že stáří ženy může, ale i nemusí ovlivňovat graviditu negativně. Proto v této bakalářské práci uvádíme možné komplikace v graviditě, přičemž je ale důležité zdůraznit, že pro ženu tato fakta neznamenají jasný výsledek její gravidity, ale pouze zvýšené riziko uvedených případů. I pro plod má věk matky jistá rizika, například v podobě vrozených vývojových vad (zejména Morbus Down), případně i perinatální úmrtí či negativní důsledky nekompenzovaného diabetes mellitus matky a další. S tímto tématem se pojí využití prenatalní diagnostiky s využitím invazivních vyšetření a jejich rizik.

Pokud se gravidita ženy ve vyšším věku zkomplikuje, je třeba poukázat na práci porodních asistentek. Porodní asistentky v tuto chvíli sehrávají důležitou roli, a to jak profesní, tak i roli edukátorky. Významná je též psychická podpora, kterou ženě věnují.

Cíle této práce byly zvoleny dva. Stanovením prvního cíle jsme chtěli zjistit, jakým způsobem ovlivňuje vyšší věk graviditu ženy. Druhý cíl nás měl dovést ke zjištění, jaké důvody ženy vedou k otěhotnění ve vyšším věku.

Toto téma jsem si zvolila pro jeho aktuálnost, zajímavost a rozporuplnost. Zajímaly mě hlavně důvody, proč ženy těhotenství oddalují, jejich informovanost o této problematice a problémy, se kterými se kvůli jejich věku potýkají.

1 Současný stav

1.1 Charakteristika těhotenství

Těhotenství neboli gravidita vzniká oplozením ženského vajíčka mužskou spermií a končí porodem plodu. Gravidita fyziologicky trvá přibližně 40 týdnů, tzn. 284 dnů od prvního dne poslední menstruace či 270 dnů od oplodnění (Merkounová, 2008). Těhotenství je rozděleno do tří období neboli trimestrů. První trimestr je počítán do 12. týdne gravidity, druhý trimestr začíná 12. týdnem a končí 28. týdnem (tedy do 27+6) a třetí trimestr probíhá od 28. týdne do termínu porodu. Toto dělení těhotenství se používá z toho důvodu, že klinická problematika je rozdílná v různých fázích těhotenství, a dle trimestrů se lze dobře orientovat (Hájek, 2014).

Podle vývoje plodu lze těhotenství rozdělit také na tři etapy, a to na blastogenezi, embryogenezi a fetogenezi. Blastogenezi se rozumí vývoj oplodněného vejce během prvních tří týdnů od oplození. Zahrnuje tedy splynutí buněčných jader spermie a vajíčka, dělení zygoty až vytvoření gastruly. Embryogeneze začíná od 22. dne tvorbou prvosegmentů a končí 10. týdnem po oplodnění. V tomto období se vyvíjí kraniální části embrya, vzniká základ pro mozek a srdce. Poté začíná fungovat srdce, vyvíjí se končetiny, obličej. Pohlavní žlázy a zevní genitál se diferencují, orgány jsou rozlišitelné a kostra vytváří osifikační jádra. Fetogeneze je charakteristická růstem, zráním plodu a funkční diferenciací (Čech, 2006).

Těhotenství znamená pro ženu velký zásah do jejího organismu. Plod v těle ženy významně působí na celou řadu funkcí. Její tělo začne procházet značnými změnami, přičemž se některé projevují i zanedlouho po otěhotnění. Pro ženu to znamená v zásadě čtyři základní procesy, které jí graviditou provází, a to je zejména růst tkání, retence tekutin ve tkáních, relaxace hladkého svalstva a všeobecné funkční přizpůsobení (viz Příloha 1) (Hájek, 2014).

1.1.1 Problematika a faktory těhotenství ve vyšším věku

Od poloviny 90. let minulého století ženy odsouvají těhotenství a porod do vyššího věku častěji, než tomu bylo dříve. Dle ÚZIS, zprávy o rodičce pro rok 2012 v České republice, došlo k zvětšení podílu 35 letých a starších žen na celkovém počtu rodiček. Pro příklad v roce 2011 byl podíl 30 letých a starších rodiček 54,1 %, a již v následujícím roce 2012 došlo ke zvýšení na 54,6 % (ÚZIS, 2013a). Za rok 2013 se rodilo nejvíce dětí (37 841 dětí) rodičkám ve věku 30–34 let. Hned za nimi, statisticky na druhém místě, rodily ženy ve věku 25–29 let, kterým se narodilo 31 764 dětí. Jako třetí v pořadí byly ženy ve věku 35–39 let, které porodily 18 180 dětí. Zatímco se ale u prvních dvou kategorií počet dětí na rozdíl od roku 2012 snížil, ve věkové kategorii 35–39 let se počet dětí zvýšil z 17 324 na již zmíněných 18 180. Trend rostoucího průměrného věku pro otěhotnění totiž stále pokračoval a v roce 2013 bylo zjištěno, že dosahuje hranice 29,9 let (ÚZIS, 2013b; ÚZIS, 2014). Zvyšování věku těhotných žen je celosvětové téma, věkové kategorie nad 35 let jsou procentuálně zastoupeny až nad 20 %. Těchto procent dosáhly například ve Francii nebo v některých oblastech Itálie (Šípek, 2011). Dle dat ČSÚ se neustále zvyšuje průměrný věk prvorodiček pro těhotenství (viz Příloha 2) (ČSÚ, 2014a).

V České republice nastupuje reprodukční věk u dívek průměrně ve 14–16 letech. Pro otěhotnění před 20. rokem jsou tedy připraveny zejména biologicky, ale většinou nebývají na těhotenství ani na mateřství připraveny duševně (Pařízek, 2008). Obecně se uvádí, že nejlepší čas pro otěhotnění je u ženy mezi 20. až 24. rokem, hovoříme tak o vrcholu plodnosti neboli fertility. V tomto časovém období se předpokládá, že žena porodí fyziologický plod díky svému fyzickému a psychickému vyzrání (Šilhová, 2006). V posledních letech se setkáváme spíše s tím, že ženy odkládají své těhotenství. Plodnost ženy ale s věkem klesá, je jednak ohrožena například anovulačními cykly, výskytem děložních myomů či patologiemi děložní sliznice, tak i faktem, že s věkem klesá sexuální aktivita. Tyto skutečnosti vybízí k otázce, proč některé ženy chtějí graviditu oddalovat i přes výrazné snižování pravděpodobnosti otěhotnění. Velkou měrou je za to odpovědná ženská profesionální emancipace a velmi spolehlivé a široce

používané kontracepční metody. Linhart (2005) udává, že v dnešní době ženy mají tendence odkládat těhotenství jak z důvodů budování své kariéry, tak z důvodu, že chtějí bezstarostně cestovat a studovat (Linhart, 2005; Koryntová, 2006).

Výrazným negativem otěhotnění ve vyšším věku je, že někdy bývá taková gravidita spojena se zvýšeným rizikem těhotenských komplikací. Například dle studie Shrimena jde o častější výskyt předčasných porodů, hypertenze či DM. Gravidita ženy ve vyšším věku je také častěji ohrožena peripartálními komplikacemi (viz Příloha 3) jako je ukončení těhotenství císařským řezem nebo peripartální krvácení ženy, zvláště pokud se její věk začíná přibližovat k 45 rokům (Shrim, 2010). S pokročilým věkem ženy je spojeno i 1% riziko vzniku VVV u plodu. Od 40. roku se udává riziko vzniku VVV 1,8 %, a po 45. roce dokonce 6 %. Je známo, že starším ženám se častěji rodí děti s Downovým syndromem, než ženám mladším. Právě kvůli důvodům způsobených věkem matky nad 35 let mluvíme o těchto ženách jako o rizikově těhotných (Pařízek, 2008).

V souvislosti s těhotenstvím je důležité přihlížet také na věk otce. Stejně tak jako věk matek v poslední době stoupá i věk otců, a není výjimkou, že je otcům mezi 40–50 lety. Věk otce nad 40 let s sebou přináší významně nižší procento možností otěhotnění a více těhotenských komplikací. Již v roce 1955 Lionel Sharples Penrose předpokládal, že vysoký počet dělení v mužské zárodečné linii by mohlo být příčinou pravděpodobnosti spontánních mutací ve spermiích, a tím i zvýšení stavů spojených s genovými mutacemi. Z posledních let je zřejmé, že vyšší věk otců může mít negativní vliv na životnost potomstva, a také na vznik akutní lymfatické leukémie, schizofrenie a preeklampsie během těhotenství (Hašlík, 2013).

Před rozhodnutím se k otěhotnění je velice důležité znát zdravotní stav obou partnerů. Se zvyšujícím se věkem přichází i nemoci, které mohou negativně ovlivnit plod nebo vlastní stav ženy. Pokud žena trpí nějakou závažnou chorobou (hypertenze, DM, srdeční vady a podobně), vyžaduje zvláštní péči ještě před otěhotněním. Je důležité, aby žena podstoupila konzultaci jak u jejího gynekologa, tak i u lékaře specialisty. U žen, které nejsou v celkovém dobrém stavu, hrozí ve větší míře spontánní potraty. Těhotenství a zvláště pak III. trimestr má vysoké nároky na všechny tělesné

orgány a jejich funkce. Hlavně poslední týdny těhotenství a samotný porod je pro těhotnou ženu velmi náročný, a to jak fyzicky, tak i psychicky. I proto je tedy zapotřebí ještě před otěhotněním u nemocné ženy zavést prekoncepční přípravu (upravit léčbu) (Pařízek, 2008).

Cílem porodní asistentky je zhodnotit sexuální a reprodukční zdraví ženy, zjistit příčinu případných nepříjemností a aktivně vyhledat dosud nepoznaný problém. Toho lze dosáhnout rozhovorem a pozorováním gravidní ženy. Pokud je již žena těhotná, informace získáváme také vnějším vyšetřením, vnitřním vaginálním vyšetřením, zhodnocením celkového zdravotního stavu ženy, monitorací jejího stavu, ale i plodu za využití invazivních a neinvazivních vyšetřovacích metod (Urbanová, 2010). Za zvyšování hodnoty života a kvalitnější osobní mezilidské vztahy je odpovědné reprodukční zdraví, které je ale ovlivněno celou řadou faktorů. Působí na něj hlavně věk, genetika, životní styl a i celospolečenské faktory, jako je úroveň zdravotní péče nebo dostupnost metod plánovaného rodičovství (SZÚ, 2008).

V souvislosti se stoupajícím věkem dochází ke změnám na pohlavním ústrojí ženy, které mohou mít velký vliv na těhotenství a porod. Fertilní období je charakteristické tím, že je žena schopna počít a donosit dítě, a to je ohraničeno věkem zhruba 14–45 let. Této době se také říká reprodukční období (Pařízek, 2008). S problematikou vyššího věku žen souvisí i jejich eventuální neplodnost (viz Příloha 4). Do 30 let je pravděpodobnost, že žena se zdravým mužem při pravidelném pohlavním styku v jednom menstruačním cyklu otěhotní cca 20–25%. Po dosažení 35 let, dochází ke snížení pravděpodobnosti otěhotnění na 15 % a následně dochází k prudkému poklesu, až se okolo 42. roku života začne přibližovat k 0% možnosti gravidity (Řežábek, 2008). Za postupné vyhasínání fertilní funkce žen může zřejmě hlavně ovariální stárnutí. Z důvodu fyziologické dysfunkce ovariální a hypotalamo-hypofyzární osy, přichází žena do reprodukčního stáří, při kterém se jedná o snížení počtu a kvality oocytů v ovariálním kortexu. Počet zbylých oocytů je v dnešní době možno měřit nepřímo z periferní krve matky pomocí anti-Müllerian faktoru. Naproti tomu kvalitu zbylých oocytů nelze měřit, ale je známo, že nad 35 let se zvyšuje možnost genetických mutací (Hašlík, 2013). Tím, jak žena stárne, dochází také ke snižování pružnosti

děložních vazů. Na této skutečnosti má svůj podíl i počet těhotenství, která žena prodělala. V tomto případě platí, že čím více těhotenství žena prožije, tím více je pružnost snižena. V důsledku degeneračních změn může následovat pokles dělohy a zároveň i zadní a přední klenby poševní. Je důležité zmínit, že nežádoucí vliv na udržení dělohy v původním fyziologickém postavení má i nadváha, a na pohyblivost dělohy mají nepříznivý vliv zánětlivá onemocnění (Šilhová, 2006).

1.1.2 Plánování rodičovství

Plánování těhotenství je důležité proto, aby došlo ke splnutí vajíčka a spermie, a aby buněčné dělení proběhlo správně a následně se vyvinul zdravý plod (Hanáková, 2010). Jde o vědomé přistupování partnerů k reprodukci, a zahrnuje jejich sexuální chování. Pár řeší otázky typu, jestli se stát rodičem, kdy, a pokud nechce, tak jak zabránit nechtěnému početí (SZÚ, 2008). Plánování těhotenství může mít tedy jak pozitivní, tak i negativní charakter. Pokud je řeč o pozitivním plánování, myslíme tím cílenou snahu o otěhotnění ženy. Jde i o péči o neplodné manželství a opatření ze strany společnosti a státu, aby se populační vývoj zlepšil (Sák, 2010). Pokud žena graviditu plánuje, měla by znát své plodné dny (viz Příloha 5) (Pařízek, 2008). Negativní plánování zahrnuje snahu a opatření vedoucí k zabránění těhotenství, neboli antikoncepce (Sák, 2010). Když je ženě okolo 40 let, nabývá významu kombinovaná hormonální antikoncepce ve smyslu pozitivních účinků na prevenci ovariálního a endometriálního karcinomu (nádor vaječníku a endometria), osteopenie (úbytek kostní hmoty), osteoporózy (metabolická kostní choroba), a hlavně tedy zabránění otěhotnění, které může pro ženu znamenat sociální a etický problém. Těhotenství totiž není v tomto věku vyloučeno, i když plodnost cca od 35. roku ženy klesá. Čepický (2011) uvádí, že by se žena měla antikoncepčně chránit ještě jeden rok po poslední menstruaci (Čepický, 2011). V dnešním vyspělém světě jsou ženy schopné za pomoci metod antikoncepce velmi účinně těhotenství zabránit. A když už k otěhotnění dojde, v celé řadě zemí v Evropě má možnost žena podstoupit umělé přerušování těhotenství, jejich počet ale odráží nízkou úroveň sexuální výchovy (SZÚ, 2008).

Úkolem porodních asistentek v této oblasti je poskytovat informace týkající se plánování těhotenství a rodičovství s ohledem na věk rodičů, zdravotní stav, kulturu a víru (Repková, 2006).

1.2 Věk ženy a rizikové těhotenství

S pojmem rizikové těhotenství jsme se poprvé setkali na počátku 60. let minulého století. V té době bylo zjištěno, že za poškození plodu nemůže jen samotný porod, ale že to je stav způsobený řadou různých okolností, které provázely celé těhotenství a nepříznivě zapůsobily na plod (Koudelková, 2007).

Rizikové těhotenství je odhaleno s výskytem rizikových faktorů u těhotné ženy, a pokud nedojde k provedení určitých preventivních opatření, je možné, že se u ní následně rozvine závažná těhotenská patologie. Vznikem patologického stavu je těhotná žena s rizikovými faktory ohrožena z 20–30 %. Další problematikou rizikových gravidit je, že se u nich častěji setkáváme s perinatální úmrtností a perinatální morbiditou. Důležité je určit rizikové faktory již na počátku gravidity v prenatalních poradnách, a to z toho důvodu, že se většina negativních symptomů projevuje až na konci těhotenství, a není poté v moci porodníka provést preventivní opatření.

Pro stanovení rizikových faktorů je využíván všeobecný a specifický screening. Všeobecný screening je v podstatě odebrání anamnézy od těhotné ženy, jsou zjišťovány informace ohledně osobní, porodnické, gynekologické a rodinné anamnézy. Dále se provádí základní vyšetření ženy, kde se sleduje její váha, výška a vyšetření pánve. V průběhu gravidity jsou zjišťovány rizikové faktory na základě základního vyšetření, při kterém je vyšetřena moč, krevní obraz, krevní skupina, Rh faktor a sérologie. Též sem spadá rutinní ultrazvuk, TK, onkologická cytologie a případně kolposkopie. Druhým krokem prenatalní péče je specifický selektivní screening, který za pomoci náročnějších vyšetřovacích metod a specifických testů očišťuje soubor žen s rizikovým těhotenstvím o případy, které tam byly zařazeny chybně (Hájek, 2004; Hájek, 2014).

Jako významný rizikový faktor je považováno kouření ženy. Pokud žena v graviditě kouří, je dokázáno, že je to stav vedoucí někdy k perinatální úmrtnosti a k morbiditě.

Kouření zamezuje přísunu kyslíku k plodu. Dochází častěji k IUGR, k předčasnému porodu a podobně. Je podstatné, aby v těhotenství nedošlo k vystavení ženy ionizujícímu záření (rentgen) a neméně důležité je znát léky, které žena bere, z důvodu možnosti vzniku VVV plodu (Čech, 2006; Hájek, 2014). Proto by žena nikdy neměla požit lék, který nekonzultovala se svým lékařem. Pro vyvíjející se plod existuje také nebezpečí v podobě určité infekce těhotné ženy. Některé mohou vážně poškodit plod, a to zejména nemoci jako zarděnky, toxoplazmóza, chřipka, cytomegalovirus nebo syfilis (Gregora, 2011).

1.2.1 Samovolný potrat

„Plodem po potratu se rozumí plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matčina neprojevuje ani jednu ze známek života a současně jeho porodní hmotnost je nižší než 500 g, a pokud ji nelze zjistit, jestliže je těhotenství kratší než 22 týdnů. Biologickými zbytky potratu se především rozumí placenta a těhotenská sliznice“ (Zákon č. 372/2011 Sb., § 82 odst. 2).

Zhruba 10–15 % klinicky diagnostikovaných těhotenství končí potratem. Počet samovolných potratů stoupá zároveň s věkem gravidní ženy (viz Příloha 6), a proto je vyšší věk matky pro spontánní abortus již známý rizikový faktor. Odborníci se na tomto faktu shodují (Marková, 2014). Zatímco u ženy, která se nachází ve věkovém rozmezí 20–24 let je výskyt 1,6 %, u žen nad 40 let je riziko 13,6 % (Hájek, 2014). S vyšším věkem ženy se totiž zvyšuje riziko aneuploidních koncepcí, a s tím souvisí zvýšené riziko ztráty plodu (Hašlík, 2013).

K potratům obecně by bylo vhodné zmínit pár statistických údajů. Od roku 2008 celková potratovost klesá, a to tak, že v období mezi lety 2012 a 2013 došlo ke snížení na 37 687 potratů (snížení o 47 případů). Počet samovolných potratů a mimoděložních těhotenství (viz Příloha 7) se sice zvýšil, ale u počtu uměle přerušovaných těhotenství došlo ke snížení. Zatímco v roce 2012 jich bylo zaznamenáno 23 032, v roce 2013 jich proběhlo jen 22 714. Samovolné potraty v celkovém počtu potratů zaujímaly v roce 2013 36,4 %, a to je od roku 1990 nejvyšší počet. Na tomto

faktu se z velké části podílí odkládání těhotenství a rodičovství do vyššího věku. Skoro třetinu (31,5 %) samovolných potratů prodělaly ženy starší 35 let. V roce 2013 bylo 56,8 % uměle přerušovaných těhotenství provedeno ženám starších 35 let, a to ze zdravotních důvodů (Marková, 2014).

Samovolný potrat může proběhnout buď komplikovaně, nebo nekomplikovaně. Nekomplikovaný spontánní potrat probíhá nejdříve jako hrozící potrat (abortus imminens), poté počínající potrat (abortus incipiens) a nakonec jako potrat úplný (abortus completus). Komplikovaný potrat může být protražovaný (abortus protractus), neúplný (abortus incompletus), horečnatý (abortus febrilis) či zamlklý (missed abortion) (Hájek, 2014). Žena při potratu nejčastěji nejdříve krvácí, má tlaky v podbřišku a bolesti v křížové oblasti (Simočková, 2010). Při vaginálním vyšetření lékař zjišťuje otevření hrdla děložního, vyšší tonus myometria a již zmíněnou metroragii (děložní krvácení) (Roztočil, 2011). V této fázi se plodové vejce částečně oddělilo od deciduy. Následně tlaky v podbřišku přechází až v kontrakce. Potrat v této fázi již nelze zastavit, je v běhu (in cursu) (Čech, 2006).

Co se týká péče o ženu s probíhajícím spontánním abortem, porodní asistentka zaznamenává charakter a intenzitu krvácení. To, co vypadá jako tkáň, či koagulum uchovává a sleduje prosáknutí vložek krví. Poučuje ženu, že má hlásit větší odtok krve nebo z těla vyšlou tkáň, kontroluje u ženy základní životní funkce a sleduje případné známky hypovolemického šoku. Porodní asistentka též provádí u ženy odběry na indikované laboratorní testy dle ordinace lékaře. Pokud dojde ke kyretáži nebo vakuovému sání, porodní asistentka kontroluje krvácení (Leifer, 2004).

1.2.2 Vícečetné těhotenství a předčasný porod

Vyšší věk ženy může být jistou predispozicí pro vznik vícečetného těhotenství, a to zejména s vývojem dvojčat. Vícečetné těhotenství je situace, kdy se v děloze vyvíjí dva plody a více. S touto problematikou se pojí velké riziko předčasného porodu, který je v souvislosti s věkem matky nad 35 let také často spojován. Dokonce se na vzniku vícečetného těhotenství může podílet i vyšší věk otce. (Hájek, 2004). Důvody, proč

bývá častější výskyt vícečetných těhotenství u žen ve vyšším věku, mohou být dva. Jednou z příčin může být léčba neplodnosti za pomoci metod asistované reprodukce (Hašlík, 2013). Vzhledem k tomu, že se s jejich častějším využíváním zvýšil i výskyt vícečetných gravidit (Řežábek, 2008). Nebo je za to odpovědný zcela nezávislý faktor, a to právě věk sám o sobě (Hašlík, 2013).

Pokud se rozdělí již vzniklá blastocysta, vzniknou dvojčata jednovaječná, neboli monochoriální, které jsou buď monoamniální nebo biamniální (každý má svůj amniální vak). V případě, že dojde k polyovulaci (uvolnění více vajíček), vznikají dvojčata dvouvaječná (dizygotická). Oba dva plody mají svou placentu a své plodové obaly, jsou tedy bichoriální a biamniální. V druhém případě se děti po porodu liší jak vzhledem, tak i psychikou, a mohou i nemusí se lišit pohlavím (Roztočil, 2008). Rizika, která tento stav s sebou nese pro těhotnou ženu, jsou například možnost ztráty plodu, předčasný porod, a s tím spojený předčasný odtok plodové vody. Ženy častěji postihují časné gestózy (později preeklampsie), anémie (chudokrevnost), hypertenze či dechové obtíže. Někdy dochází ke krvácení způsobeným nepravidelným uložením placenty a většími nároky na placentární plochu. Větší objem dělohy způsobuje negativní působení na gastrointestinální tlak a močové cesty a ženu může postihnout i tvorba varixů. Ženy bývají často hospitalizované pro zmíněné komplikace a jejich porod se nejčastěji ukončí císařským řezem. Vyskytuje se u nich častěji poporodní krvácení. Pro plody může vícečetné těhotenství znamenat perinatální úmrtnost (syndrom mizejícího dvojčete, syndrom mrtvého plodu), přičemž jsou ztráty až 5krát častější u monochoriálních dvojčat než u bichoriálních. Porody monochoriálních dvojčat končí zhruba 2krát častěji předčasně. Dále se může vyskytnout IUGR u jednoho z plodů či TTTS (Hájek, 2014).

Dle WHO je stanoveno, že předčasný porod (partus praematurus), je porod probíhající ve 22. až 37. týdnu gravidity, při kterém se narodí živý plod (tzn. mající alespoň jednu ze známek života) při hmotnosti 500–2499 g. Pokud nastane situace schylující se k předčasnému porodu, následují jistá opatření. Žena se hospitalizuje a následně je porodní asistentkou edukována o potřebě klidového režimu, který zahrnuje leh nejlépe v Trendelenburgově poloze. Porodní asistentka podává dle ordinace lékaře antibiotickou léčbu, která eliminuje možné infekce. Zahajuje se léčba kortikoidy

k urychlení vyžívání plic plodu a tím k prevenci neonatálního respiračního distress syndromu. Tato léčba se indikuje v období od 24. do 34. týdne gravidity. Dále jsou ženě podávána tokolytika k zastavení děložní činnosti. Pokud je žena v období mezi 16. až 26. týdnem gravidity, je možno provést cerkláž. Taková režimová opatření jsou kontraindikovaná v případě předčasného odtoku plodové vody, krvácení, infekce nebo pravidelných kontrakcí (Simočková, 2011).

1.2.3 Diabetes mellitus

Ženy starší 30 let jsou více ohroženy vznikem GDM. Ženy v tomto věku a výše zastupují více jak polovinu gravidních žen s DM v těhotenství. Diabetes v graviditě dělíme na diagnostikovaný před těhotenstvím, neboli pregestační (kterým může být DM 1. typu, DM 2. typu, MODY, případně jiné typy), a nebo gestační DM. Pokud trpí žena pregestačním diabetem, je u jejího plodu riziko perinatální mortality a morbidit vyšší, než u matek bez této komplikace. Je důležité, aby tato nemoc byla v graviditě dobře kompenzována. Díky dobré kompenzaci, může být dosaženo nižšího výskytu VVV či zlepšení průběhu gravidity i vývoje plodu. A to je hlavním cílem komplexní péče o těhotnou ženu s DM (Čechurová, 2014).

GDM je forma diabetu, která vzniká a rozvíjí se až během těhotenství. Jde o onemocnění, které je charakterizováno tím, že organismus není schopen zpracovávat glukózu a udržovat její hladinu ve fyziologických hodnotách v důsledku absolutního či relativního nedostatku hormonu inzulínu. Z tohoto faktu vyplývá, že hlavním projevem je zvýšená hladina glukózy v krvi. Léčba gestačního diabetu není odlišná od léčby ostatních forem diabetu. Již od samotného začátku těhotenství by měla být žena diabetička přísněji kontrolována lékařem a docházet do prenatální poradny na prohlídky každé 3 týdny. Od 35. do 36. týdne gravidity jsou ženy diabetičky hospitalizované za účelem udržování hladiny glykémie v mezích normy, z důvodu monitorace stavu plodu za účelem případného zachycení a zaznamenání změn v graviditě před porodem (Šilhová, 2006). Pokud je GDM neléčený, znamená to pro matku i plod velké riziko krátkodobých i dlouhodobých komplikací. Pro ženu to

může mít za následek vyšší riziko předčasného porodu, porodu per sectio cesarea (císařským řezem), preeklampsie a navíc je žena vysoce ohrožena vznikem DM v budoucnu. Pro plod to může znamenat makrosomii (zvětšení celého těla či orgánů), hypoglykémii (patologický pokles glykémie), hyperbilirubinémii (zvýšení hladiny sérového bilirubinu), dystokii ramének či nutnou intenzivní neonatální péči. Do budoucna si děti diabetiček odnáší dlouhodobé riziko obezity, riziko DM 2. typu, metabolického syndromu či intelektuálního poškození (Čechurová, 2014). K rizikovým faktorům vzniku GDM patří hlavně obezita, pozitivní rodinná anamnéza týkající se DM, kardiovaskulární či cerebrovaskulární onemocnění. Dále je rizikovým faktorem preeklampsie, GDM nebo porod mrtvého plodu a plodu nad 4 kg v minulé graviditě, habituální potrácení ženy, IUGR a glykosurie v I. trimestru těhotenství (Peschout, 2013).

Pokud žena vstupuje do těhotenství s pregestačním DM 1. typu, je nutná intenzivní prekoncepční péče, která zahrnuje snahu, aby byl DM ženy metabolicky co nejlépe kompenzován. Pacientka, zvláště ta, která se potýká s touto nemocí už více jak 5 let, by měla podstoupit vyšetření očního pozadí, renálních funkcí a mít sledovaný TK. Žena s DM 2. typu má prekoncepční přípravu založenou na převádění na inzulínoterapii, je u ní sledován BMI, protože nadváha představuje určitý rizikový faktor. Žena by měla být edukována o všech komplikacích DM v těhotenství i před, a také o jeho správné kompenzaci před otěhotněním i v těhotenství. V graviditě jsou k léčbě využívány humánní inzulíny či inzulínová analoga. DM nebo GDM se diagnostikuje na základě dvou pozitivních nálezů dle glykémie na lačno, která se ženě odebírá na počátku těhotenství. Ve 24. až 28. týdnu gravidity je u všech gravidních žen, kromě žen s diagnostikovaným DM, proveden oGTT (viz Příloha 8) (Čechurová, 2014).

Péče porodní asistentky v této oblasti spočívá ve správné edukaci ženy, a to o nutnosti dodržování dietního režimu, aplikaci inzulínu (či jiných léků snižující obsah cukru v krvi) dle ordinace lékaře a o pohybové aktivitě (Šilhová, 2006). Pro ženu bývá život s touto nemocí velmi náročná životní situace, která jí způsobuje strach jak o sebe, tak i o dítě, a proto by jí měla být poskytnuta dostatečná emoční podpora. Pro ženu je důležité, aby měla dostatek informací ohledně onemocnění, léčby a aby byla dostatečně

edukována o selfmonitoringu (sebekontrola) zejména týkajícího se měření glykosurie (glukózy v moči), glykémie (koncentraci glukózy v krvi) a tělesné váhy (Simočková, 2011). Porodní asistentka poučuje ženu a rodinného příslušníka o příznacích hypoglykémie a hyperglykémie. Je to důležité proto, aby žena dokázala včas na nefyziologickou situaci reagovat, a v případě, že by byla její reakce vzniklým stavem ovlivněna, aby dokázal zasáhnout někdo z jejích blízkých (Leifer, 2004).

1.2.4 Hypertenzní choroby a jejich komplikace

S hypertenzí související s těhotenstvím (PIH) se můžeme setkat u žen poměrně často ve druhé polovině těhotenství. Vyskytuje se zhruba u 5–7 % těhotných žen. K projevům této komplikace někdy patří proteinurie (bílkovina v moči), edémy (otoky), arteriální (tepenná) hypertenze, dále bolesti hlavy, poruchy vizu a další. Tyto symptomy mohou vyústit až v preeklampsii a eklampsii. Vyvinout se může i tzv. syndrom HELLP, který se projeví u 4–12 % žen s těmito problémy (Simočková, 2011). Setkáváme se také s chronickou preexistující hypertenzí, která je někdy spojena s věkem ženy nad 40 let, protože tento věk začíná být pro hypertenzi zvýšeně rizikový. Žena musí být za určitých podmínek hospitalizována (TK nad 160/110 mmHg, přítomnost aktivace základního onemocnění ženy, při těžké IUGR či výskytu proteinurie) a zahajuje se antihypertenzní léčba (Hájek, 2014).

Co se týká péče o ženu s hypertenzí, porodní asistentka v první řadě ženu seznámí s postupem, jakým o ni bude pečovat. Porodní asistentka postupuje dle ordinací lékaře, které bývají stanoveny následovně. Žena je porodní asistentkou uložena do pokoje s klidnou atmosférou a je poučena o udržování klidového režimu. Je jí zavedena intravenózní kanyla. V pravidelných intervalech (3krát až 5krát denně) porodní asistentka měří ženě TK. Za použití indikačních papírků ženě vyšetřuje moč na proteinurii a sleduje její celkový stav, který by mohl začít vykazovat i příznaky preeklampsie. Porodní asistentka sleduje stav plodu a jeho pohyby. Dále kontroluje diurézu za 24 hodin (někdy se provádí sběr moče na proteinurii), váhu pacientky, vznik edémů, a účinky léků podaných dle ordinace lékaře. Žena je porodní asistentkou

edukována o vhodnosti polohy lehu na levém boku, o stravování a přijímaných tekutinách. Porodní asistentka provádí odběry biologického materiálu a následně výsledky hlásí lékaři. Někdy si lékař vyžádá vyšetření očního pozadí. Další jeho ordinací může být ultrazvuk plodu a velocimetrie. Veškeré údaje porodní asistentka zapisuje do dokumentace a změny ve zdravotním stavu ženy oznamuje lékaři (Sák, 2009).

„Preeklampsie je definována jako těhotenstvím podmíněná hypertenze s proteinurií a případně edémy po 20. týdnu gravidity“ (Šimonová, 2014, s. 25). Příčiny vzniku preeklampsie nejsou známy, jsou známy jen některé teorie (jako jsou abnormální trofoblastická invaze, hemodynamické změny, imunologický defekt, genetické predispozice a další). Následky této komplikace mohou být poškození placenty, jater, ledvin, mozku, ale i jiných orgánů. Procentuálně se s tímto jevem můžeme setkat u 10–14 % primipar a 5–7 % multipar. Jsou známy, ale určité predispozice, které mohou ukazovat na možný vznik preeklampsie. Jde o věk ženy nad 35 let, nebo pod 20 let. Dalšími určujícími znaky jsou nízký sociokulturní status, nebo také žena trpící chronickým renálním selháváním, s léčenou chronickou hypertenzí či s diagnózou DM. Jistým ukazatelem je, pokud se preeklampsie vyskytla v rodině (například u matky nebo sestry) nebo se projevila u ženy v minulé graviditě. Predispozicemi jsou také non-imunní hydrops, mola hydatidóza (zásněť hroznová), obezita, vícečetné těhotenství, migrény, nízká tělesná hmotnost ženy, nebo primigravidita (Hájek, 2014; Čech, 2006). Klinickými příznaky jsou hypertenze, proteinurie, edémy, bolest v epigastriu převážně v podžebří vpravo, cefalea (bolest hlavy), někdy poruchy vize, mohou být změny na očním pozadí a nauzea až zvracení. Ženy mívají zvýšené hodnoty jaterních testů, kreatininu v séru, kyselinu močovou v séru, mají hypoalbuminémii (málo albuminu), hyperurikémii (zvýšenou hladinu kyseliny močové v krvi), elevaci aminotransferáz. Je potřeba věnovat se také počtu trombocytů, které sehrávají roli při vzniku HELLP syndromu. Je možno se při preeklampsii setkat s komplikacemi jako jsou abrupce placenty (viz Příloha 9), kardiomyopatie, encefalopatie, hepatopatie, nefropatie (onemocnění týkající se srdce, mozku, jater a ledvin) nebo poruchy hemostázy (zástavy krvácení) jako jsou DIC nebo tromboembolická nemoc. Léčba spočívá v léčbě

hypertenze (za podmínky, že je zjištěna dobrá placentární perfúze), ve vyrovnávání bilance tekutin, v prevenci křečí a případně v časném ukončení gravidity (Šimonová, 2014). Ženy s diagnózou preeklampsie bývají často hospitalizované. Žena je edukována o klidovém režimu v poloze laterální na levém boku na lůžku. Porodní asistentka kontroluje ženě TK a edémy. Pomocí diagnostických testovacích proužků může hodnotit přítomnost a množství bílkoviny v moči. Je nezbytné sledování ostatních projevů a příznaků preeklampsie zmíněných výše a odběr biologického materiálu, kterými bývá biochemické vyšetření krve (sleduje se kreatinin, kyselina močová, jaterní testy...), hematologické vyšetření krve (zjišťuje se krevní obraz, hemokoagulační faktory a počet trombocytů) či moč (bílkoviny, močový kreatinin, sediment). Porodní asistentka podává léky dle ordinace lékaře (Jeklová, 2004). Ženě je zajištěn pokoj v klidném prostředí. Dle ordinace lékaře porodní asistentka zavede ženě intravenózní kanylu (případně dvě) či permanentní močový katétr. Porodní asistentka edukuje ženu, aby hlásila změny vizu, bolesti či tlaky v epigastriu a bolesti hlavy. Je důležité sledovat vědomí ženy a případné křeče, pohyby plodu, ozvy plodu a kontrakce. Porodní asistentka vše zaznamenává do dokumentace a veškeré změny hlásí lékaři (Sák, 2009).

Vyskytne-li se u ženy preeklampsie v době, kdy je již plod zralý, je většinou vhodné po individuální rozvaze přistoupit k indukci vaginálního porodu. Žena s preeklampií, by ale nikdy neměla přenášet plod, ani pokud má hodnoty TK kompenzované. Je důležité u ženy sledovat epigastrickou bolest, zvláště pokud je ve druhé polovině gravidity. Znamená to vždy riziko rozvíjejícího HELLP syndromu. Nastanou-li těžké případy, žena je stabilizována a její gravidita je ukončena bez ohledu na zralost plodu (Měchurová, 2013).

1.2.5 Rizika pro plod

Ženy ve věku nad 30 let mají již 30 % aneuploidních oocytů a ženy nad 40 let dokonce 55 %, tudíž je u žen ve vyšším věku vyšší riziko vzniku VVV u plodu než u žen mladších. Kvůli vysokému riziku VVV, a to zejména chromozomální aberací, by ženy starší nad 35 let měly navštívit genetickou poradnu ještě před otěhotněním

(Králičková, 2009). Další příčiny vzniku VVV mohou být exogenní a genetické. Z exogenních příčin jsou to například infekce, ionizační záření, chemikálie a léky, nedostatek ve výživě nebo mechanické poruchy. Z genetických příčin lze zmínit genopatie, gametopatie, blastopatie, embryopatie či fetopatie. VVV jsou dle klinických ohledů děleny na hereditární monogenně dědičné vady, chromozómní aberace a multifaktoriální polygenně dědičné vady. Co se týká hereditárních vad, se rozlišuje dominantní a recesivní dědičnost, která určuje, z kolika procent bude choroba přenesena na potomka. Někdy hraje roli pohlaví plodu. U recesivní dědičnosti se vyskytuje také tzv. přenašečství. Chromozómní aberace jsou charakterizovány změnami počtu chromozomů nebo odchylkami v jejich strukturách. Nejčastější numerické chromozómní aberace (označované jako aneuploidie) jsou Downův syndrom (trizomie 21. chromozomu) (viz Příloha 10), Edwardsův syndrom (trisomie 18. chromozomu) či Patauův syndrom (trisomie 13. chromozomu). Pokud dojde k abnormalitám u pohlavních chromozomů, jde o syndromy jako Super male (47 XYY), Super female (47 XXX), Turnerův syndrom (45 X) či Klinefelterův syndrom (47 XXY). Příklad strukturální změny chromozomu je syndrom cri-du-chat. Příklady multifaktoriální dědičné vady jsou rozštěpy rtu a patra, defekty neurální trubice, diafragmatická hernie, pylorostenóza, vrozené srdeční vady, vrozené luxace kyčlí nebo omfalokéla a jiné (Hájek, 2014). Jako prevenci před vznikem VVV plodu by se partneři snažili se o početí měli vyhnout mutagenům, jejichž působením by se mohla poškodit informace pohlavních buněk. Jde například o chemikálie a vystavení se záření. V době těhotenství by měla žena myslet na to, aby se co nejvíce vyvarovala stresu, únavě, fyzické a psychické zátěži, které mohou mít teratogenní charakter. V každém případě je důležité, aby žena navštěvovala během gravidity prenatalní poradnu a svůj životní styl upravila a přizpůsobila graviditě (Králičková, 2009).

Shrim (2010) ve studii zabývající se mimo jiné vlivem pokročilého věku na plod uvádí, že u žen ve vyšším věku (konkrétně nad 40 let) se vyskytuje častěji syndrom respirační tísně, menší váha vzhledem ke gestačnímu stáří plodu a také perinatální a neonatální úmrtnost (Shrim, 2010). Je také dokázáno, že ženy starší 35 let mají vyšší

riziko nitroděložního odúmrťí plodu, a to i zcela nezávisle bez souvislosti s maternálním onemocněním (Huang, 2008).

1.3 Prenatální péče v těhotenství

„Prenatální zdravotní péče je komplexní, kontinuální, léčebně-preventivní péče o duševní a fyzické zdraví ženy a její rodiny, které podle svých možností zabezpečuje porodní asistentka a lékař při prvním kontaktu“ (Eliášová, 2008, s. 32). Cílem takové péče o ženu je, aby se co nejrychleji rozpoznaly nepravidelnosti plodu, aby se případné komplikace odstranily. Porodní asistentka by měla podat ženě co nejvíce informací o potřebách a o změnách organismu v těhotenství. Žena by měla být poučena o tom, jak se vyrovnat se změnami v oblasti bio-psycho-sociální, a aby je uměla na sobě pozorovat a definovat. Úkolem porodní asistentky je upozornit ženu na symptomy ukazující na určitý problém, eventuální komplikace a poučit ji o nich. Porodní asistentka edukuje ženu, jak změnit svůj dosavadní životní styl a přizpůsobit ho bio-psycho-sociálním změnám v těhotenství. Cílem je, aby se žena naučila akceptovat změnu své životní role, aby absolvovala tento proces vedoucí k pozitivnímu vztahu s jejím dítětem. Úlohou prenatální péče je cíleně těhotné ženy informovat, připravovat je na těhotenství a porod, učit je brát tento stav jako přirozený, udržovat ženy v tělesné i duševní pohodě, dispenzarizovat ženy rizikové, diagnostikovat případné problémy a léčit patologické stavy matky a plodu (Eliášová, 2008).

Na základě odebrané anamnézy se všechny těhotné ženy rozdělují do tří základních skupin dle rozsahu těhotenského rizika. První skupinu tvoří ženy s malým rizikem. Prožívají tedy fyziologické těhotenství, bez rizikových faktorů v anamnéze, výsledky screeningů a vyšetření mají v pořádku. Dochází ke gynekologovi na pravidelná a nepravidelná vyšetření (viz Příloha 11). Druhou skupinu tvoří těhotné ženy se středním rizikem. Jde o ženy prožívající rizikové těhotenství a jejich anamnéza je zatížena rizikovými faktory (jako je i vyšší věk matky). Výsledky vyšetření jsou sice v normě, ale je potřeba vyšetření opakovat. Frekvence návštěv u ošetřujícího gynekologa závisí na aktuálním vývoji zdravotního stavu těhotné ženy. Pokud některé

vyšetření vyjde ženě mimo hranice fyziologických výsledků, je ihned zařazena do třetí skupiny těhotných žen, kdy třetí skupinu zastupují ženy s vysokým rizikem. Jedná se o patologické těhotenství. Klinické a laboratorní výsledky vyšetření jsou patologické a ukazují na určité riziko. Návštěvy u gynekologa jsou individuální (Unzeitig, 2012).

1.3.1 Prenatální diagnostika a vyšetřovací metody

Cílem prenatální diagnostiky je vyhledávat a diagnostikovat VVV ještě u nenarozeného dítěte. Taková diagnostika se provádí na pracovištích, která jsou pro to specializovaná, a vyžaduje mezioborový přístup. V případě včasného záchytu patologie plodu je možnost zahájit fetální terapii a přijmout specifická opatření nebo ukončit těhotenství. Metody prenatální diagnostiky se dělí na neinvazivní neboli screeningové a invazivní (Nedomová, 2013). Abychom dokázali nalézt ženy s vysokým rizikem chromozomální aberace plodu, slouží k tomu právě screening. Screeningem chceme dosáhnout odhalení postižení plodu při co nejmenší falešné pozitivitě (Roztočil, 2008). Mezi standardní screeningová vyšetření patří biochemický triple test v 16. týdnu gravidity, ultrazvukové vyšetření ve 20. a 30. týdnu gravidity, a někdy je vyšetřována i Nuchální translucence v 11. až 13. týdnu. V naší populaci se udává riziko, že bude plod poškozen nějakou VVV 3–5 % (Gregor, 2011). Pokud chceme diagnostikovat chromozomální vady plodu, je to možné buď invazivními metodami, a nebo pomocí vyšetření zvané prenatal (Nedomová, 2013; Prenascan, 2012).

Co se týká invazivních metod (viz Příloha 12), nelze je aplikovat u všech žen. Negativní stránkou těchto metod je, že s sebou přináší riziko poškození nebo dokonce ztráty zdravého plodu, a to z 0,5–1 %. Druhým negativním faktem je, že diagnostická metoda, která je použita u žen s nízkým rizikem má také nízkou senzitivitu, je často nákladná a v praxi i těžko realizovatelná. Proto jsou invazivní metody určeny zejména pro ženy s vysokým rizikem. Je na zvážení lékaře, zda riziko invazivního výkonu nebude vyšší než riziko narození postiženého dítěte. Jeho dalším důležitým úkolem je seznámit ženu a případně i jejího partnera s komplikacemi výkonu a seznámit ji s jeho průběhem. Je potřebné respektovat přání rodičů nenarozeného dítěte, kteří si invazivní

vyšetření nemusí přát. Významná je úloha porodní asistentky v situaci, kdy se žena hodlá invazivní vyšetření podstoupit (viz Příloha 12) (Nedomová, 2013).

Asociace Center lékařské genetiky ČR spolu se společností BGI Health Europe zavádí do klinické praxe projekt Prenascan. Jde o neinvazivní prenatalní test trizomie chromozomů číslo 21 (Downův syndrom), 18 (Edwardsův syndrom) a 13 (Patauův syndrom). Navíc lze tímto testem stanovit další chromozomální vady, i vady chromozomů pohlavních. Jde o vyšetření volné DNA plodu (cff DNA) z krve matky. Prenascan se provádí po 10. týdnu gravidity a jen z určité indikace po absolvování genetické konzultace. Indikací může být věk nad 35 let, těhotenství vzniklé po asistované reprodukci, určené vyšší riziko trizomií po biochemickém screeningu nebo výsledku, který je netypický s hraničním rizikem. Indikací může být i fakt, pokud má žena obavy o osud její gravidity. Nejde o test univerzální, z mnoha příčin může být po tomto testu indikováno další invazivní prenatalní vyšetření. Co se týká diagnostické senzitivity (99 % a více), je to metoda srovnatelná s metodami invazivními. Specifická tohoto testu je rovněž vysoká, a to okolo 99 %. Je možné setkat se s falešnou negativitou a pozitivitou testu, i když jde o riziko nízké. A proto se někdy v případě pozitivitu testu přistupuje ještě k invazivnímu vyšetření, a to k AMC nebo k CVS (Prenascan, 2012).

1.4 Psychika a potřeby žen ve vyšším věku

„Souhrnně lze říci, že potřeba je stav organismu, který je charakterizován dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní“ (Šamánková, 2006, s. 53).

Každá žena má své potřeby. A v rámci poskytované péče porodní asistentkou je snaha je uspokojovat. V případě, že není daná potřeba uspokojena, vyvolá to reakci organismu, která má vést k obnově tzv. bio-psycho-sociálně-spirituální rovnováhy v rámci holistického přístupu (Tóthová, 2014).

Pokud je žena po 35. roku života těhotná poprvé, většinou ji provází stres a obavy z těhotenství. Ženy bývají úzkostnější z představ, že těhotenství nemusí být úspěšné.

Většinou se setkáme s tím, že podstupují AMC, která je pro ně velkou zátěží hlavně v době čekání na výsledek. Jinak jsou starší ženy většinou již životem posílené, více sebevědomé, s ustáleným žebříčkem hodnot, a proto také kladou větší nároky na uspokojení svých potřeb. Můžeme se setkat s tím, že se dostanou do vzájemného konfliktu potřeby ženy a potřeby dítěte, protože některé ženy ve vyšším věku mají tendence dokazovat si svou hodnotu. Přejí si ostatním v okolí ukázat, že jsou plnohodnotné ženy, i když jsou ve věku vyšším (Ratislavová, 2008).

I fyziologické těhotenství pro ženu znamená velké změny. Tím spíše je rizikové těhotenství náročná životní situace a samozřejmě působí na celou rodinu. Každá komplikace v graviditě s sebou přináší nejistotu. Pro ženu bývají nejnáročnější situace jako je hrozící potrat nebo předčasný porod (Ratislavová, 2008). Rizikově těhotné ženy většinou tráví svou graviditu v domácím prostředí na lůžku nebo jsou přímo hospitalizované ve zdravotnickém zařízení. Z tohoto důvodu ztrácejí své role, které zastávaly doposud jako matky, manželky, dcery a podobně (Leifer, 2004). Hospitalizace na oddělení rizikového těhotenství působí na jejich psychiku, zdraví, sociální podmínky, a to někdy velmi negativně. V této situaci sehrává důležitou roli jednak individualita ženy, tak i skutečnost, jak je novým situacím žena přizpůsobivá (Koudelková, 2007). Dlouhodobá hospitalizace může rozvinout psychické změny. Takový stav se nazývá hospitalismus, který může vyvolat depresi, pláč, apatii, regresi či agresi. U těchto žen jsou silně ohroženy potřeby jistoty a budoucnosti. Často se lze setkat u žen rizikově těhotných s anticipační úzkostí, kterou můžeme charakterizovat jako strach ze strachu, z toho, co bude. V moci porodní asistentky je ženě zajistit ústavní režim pokud možno co nejvíce podobný životu v domácím prostředí nebo umožnit návštěvy rodiny a známých (Ratislavová, 2008). Porodní asistentka by měla v této situaci připomínat ženě, že jde jen o dočasný dyskomfort a pomoci jí najít dočasná řešení takovéto složité situace. V tomto období se mohou objevit i finanční problémy, žena nemůže pracovat, a tím pádem rodina ztrácí své příjmy a s případnou hospitalizací ženy spíše rostou náklady (Leifer, 2004).

Jak již bylo zmíněno, ženy ve vyšším věku jsou ohroženy spontánním potratem. Po spontánním potratu žena většinou cítí silnou lítost, zklamání, pocity prázdna,

nespravedlnost a také obavu z dalšího otěhotnění. V tomto případě se porodní asistentka stará o to, aby měla žena dostatek soukromí. Pomáhá jí vyjádřit pocity, které ji tíží, komunikuje s ní otevřeně, chápavě, a při tom sleduje její psychický a emoční stav. Porodní asistentka se snaží svým chováním a komunikací chránit ženu před sebeobviňováním. Rozhovor mezi nimi by měl proběhnout do jednoho týdne od potratu (Ratislavová, 2008).

1.4.1 Edukace

„Pojem edukace je odvozen z latinského slova *educare*, což znamená vést vpřed, vychovávat. Pojem edukace lze definovat jako proces soustavného ovlivňování chování a jednání jedince s cílem navodit pozitivní změny v jeho vědomostech, postojích, návycích a dovednostech. Edukace znamená výchovu a vzdělání jedince“ (Juřeníková, 2010, s. 9). Při výkonu práce porodní asistentky se účastníme tzv. edukačního procesu, kde sehráváme roli edukátorky. Žena je pro porodní asistentku edukantem. A úkolem pro porodní asistentku je ji správně edukovat v informačních oblastech, které jsou v naší kompetenci předávat. Edukace je velmi významná v předcházení, navrácení zdraví nebo ke zkvalitnění života ženy. Tím pádem je velmi potřebná v rámci primární, sekundární i terciární prevence. Provádíme buď základní edukaci, kdy předáváme vědomosti a dovednosti nové. Nebo aplikujeme reedukaci, kdy navazujeme na vědomosti a dovednosti předané už v minulosti, a tímto způsobem je prohlubujeme. Nebo použijeme komplexní edukaci, kdy předáváme ucelené vědomosti v etapách. Tyto vědomosti pak vedou ke zlepšení zdraví, případně k jeho udržení (Juřeníková, 2010).

Vzdělávání žen a jejich efektivní výchova s sebou přináší nižší náklady na zdravotní péči, neboť žena, která je správně edukovaná má většinou aktivní přístup k léčebnému režimu, a lze tedy předpokládat, že léčba bude úspěšnější a rekonvalescence se nebude zbytečně prodlužovat. Důležitá je motivace ženy, která vede ke změně jejího naučeného chování, a to je klíčové pro proces edukace (Svěráková, 2012).

2 Cíle práce a výzkumné otázky

2.1 Cíle práce

Cíl 1: Zjistit, jakým způsobem ovlivňuje věk žen průběh gravidity.

Cíl 2: Zjistit, jaké jsou nejčastější důvody žen k otěhotnění ve vyšším věku.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jakým způsobem ovlivňuje vyšší věk žen průběh gravidity?
2. Jak hodnotí ženy vícerodičky graviditu před 35. rokem a po něm?
3. Jakým způsobem porodní asistentky edukují těhotné ženy ve vyšším věku a jak na ně pohlíží?
4. Jaká je informovanost žen o rizicích těhotenství ve vyšším věku?
5. Z jakých důvodů se rozhodly ženy pro graviditu ve vyšším věku?

3 Metodika

3.1 Metodika výzkumu

K výzkumu byla zvolena metoda kvalitativního šetření formou polostrukturovaných rozhovorů. Výzkum probíhal v prenatalních poradnách po předchozím souhlasu lékaře gynekologa za pomoci porodní asistentky (viz Příloha 13). Všichni výše jmenovaní byli předem seznámeni s tématem bakalářské práce, důvodem výzkumného šetření, formou výzkumu a se seznamem otázek pro rozhovor.

Rozhovor se ženami ve vyšším věku (viz Příloha 14) se skládal z 8 otevřených otázek, které byly dále doplňovány dotazováním. Otázky byly zaměřeny na graviditu ve vyšším věku, na důvody, možné komplikace, edukaci ze strany zdravotnického personálu či vnímání žen gravidity nad 35 let. Rozhovor s porodními asistentkami (viz Příloha 15) obsahoval 7 otevřených otázek, které byly opět rozvinuty dalším tázáním. Otázky se vztahovaly na postoje a názory na graviditu ve vyšším věku, edukaci či psychickou podporu žen. Dle návodu jak uvádí Švaříček (2014) byly rozhovory následně pomocí metody barvení textu vyhodnocovány (Švaříček, 2014). Dle analýzy dat byly vytvořeny hlavní významové kategorie a jejich podkategorie.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 10 žen, které porodily či byly těhotné ve věku nad 35 let a 3 porodní asistentky pracující v prenatalní poradně. Ve výzkumném vzorku žen bylo 5 prvorodiček (primipar), a dalších 5 vícerodiček (multipar). Kritérii pro jejich výběr bylo prožité těhotenství ve věku vyšším 35 let, a ochota k zodpovězení otázek. Kritéria výběru porodních asistentek byla doba jejich praxe více než 1 rok a opět již zmiňovaná ochota k zodpovězení otázek. Všechny respondentky souhlasily s nahráváním rozhovorů na audio záznam.

4 Výsledky

4.1 Rozhovory se ženami ve vyšším věku

Rozhovory byly uskutečněny se ženami ve věku 35 let a více, přičemž 5 z nich bylo multipar a dalších 5 primipar.

Tabulka 1 uvádí identifikační údaje týkající se těchto žen, ve které včetně věku, parity a počtu gravidit se zabýváme také povoláním, životním prostředím, kouřením a tělesnou aktivitou žen před těhotenstvím.

Tabulka 1 Identifikační údaje a základní charakteristika

	<i>Věk (let)</i>	<i>Parita</i>	<i>Grav.</i>	<i>Povolání</i>	<i>Životní prostředí</i>	<i>Kuřačka</i>	<i>Tělesná aktivita před grav.</i>
R1	38	2	3	Dělnice u linky	Město	Ne	Ne
R2	36	3	5	Pracovnice v sociálních službách	Město	Ne	Ne
R3	37	2	2	Managerka v reklamní agentuře	Město	Ne	Ano
R4	44	3	3	Účetní	Vesnice	Ne	Ano
R5	41	3	4	Pečovatelka v domově důchodců	Město	Ne	Ne
R6	36	1	1	Sekretářka	Město	Ne	Ano
R7	38	1	1	Fitness trenérka	Město	Ne	Ano
R8	36	1	4	BPS trenér, manažerka	Město	Dříve ano	Ano
R9	37	1	1	Vedoucí pozice ve firmě	Město	Ne	Ne
R10	35	1	2	Učitelka	Město	Ne	Ano

R= respondentka, grav.= gravidita

Zdroj: vlastní

Z Tabulky 1 je zřejmé, že v souboru jsou respondentky ve věkovém rozmezí 35–44 let, z toho je pět primipar (R6, R7, R8, R9, R10), dvě sekundipary (R1 a R3) a tři terciipary (R2, R4 a R5). Ve výzkumném vzorku multipar sledujeme, že ne vždy počet gravidit odpovídá počtu porodů. Pouze u dvou z nich (R3 a R4) odpovídají gravidity paritě ženy, u ostatních (R1, R2 a R5) nikoliv. V souboru primipar parita odpovídá graviditám u třech žen (R6, R7 a R9). Zbylé dvě respondentky (R8 a R10) již mají za sebou gravidity nezdárně ukončené.

Povolání respondentek bylo různorodé. Pět z deseti respondentek mají povolání zaměřené spíše ekonomickým či manažerským směrem (R3, R4, R6, R8, R9). Dvě respondentky pracují v odvětví zdravotně sociálním (R2, R5). Jedna respondentka (R7) se zabývá trenérstvím fitness. Jedna respondentka pracuje ve školství (R10), a poslední respondentka (R1) je zaměstnána v dělnické profesi.

Devět respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9, R10) žije ve městě. Pouze jedna respondentka (R4) uvedla, že bydlí na vesnici.

Všechny respondentky v bezprostředním období před těhotenstvím nekouřily. Pouze jedna respondentka (R8) bývala dříve kuřáčkou.

Šest respondentek (R3, R4, R6, R7, R8, R10) před graviditou pravidelně vykonávalo nějakou tělesnou aktivitu. Dvě respondentky (R3, R7) sportovaly i v těhotenství. Čtyři respondentky (R1, R2, R5, R9) dříve necvičily, ani nevykonávaly fyzicky náročnější aktivity.

Na základě výsledků rozhovorů se ženami ve vyšším věku a analýzy získaných dat byly vytvořeny hlavní kategorie a jejich podkategorie, které jsou znázorněny v Tabulce 2. Jedná se celkem o šest kategorií zabývajících se plánováním gravidity, znalostmi žen, komplikacemi, problémy s otěhotněním či donošením plodu, psychikou gravidní ženy starší 35 let a rozdíly mezi těhotenstvím před a po 35. roce věku ženy. Tyto kategorie jsou následně rozvinuty třinácti podkategoriemi, které dále více specifikují danou problematiku.

Tabulka 2 Kategorizace výsledků

KATEGORIE	PODKATEGORIE
Plánování gravidity	<i>Důvody a plánování gravidity</i>
Znalosti žen	<i>Znalosti žen před graviditou</i>
	<i>Informační zdroje</i>
	<i>Edukace</i>
Komplikace	<i>Nemoci a poruchy zjištěné před těhotenstvím</i>
	<i>Komplikace vzniklé v těhotenství</i>
	<i>Hospitalizace</i>
Problémy s otěhotněním nebo s donošením plodu	<i>Problémy s otěhotněním</i>
	<i>Problematika donošení plodu</i>
	<i>Léčba neplodnosti</i>
Psychika gravidní ženy starší 35 let	<i>Vnímání těhotenství</i>
	<i>Pohled na problematiku staršího rodičovství</i>
Rozdíly mezi těhotenstvím před a po 35. roce	<i>Porovnání těhotenství multiparami</i>

Zdroj: vlastní

Kategorie Plánování gravidity

Kategorie Plánování gravidity se zabývá otázkami, proč ženy otěhotněly ve věku nad 35 let, jaké je k tomu vedly důvody či životní skutečnosti. Bylo zjišťováno, zda ženy graviditu plánovaly, či k početí došlo zcela náhodou.

Podkategorie Důvody a plánování gravidity

Důvodů, proč respondentky otěhotněly až po dosažení 35 let, bylo více. Jedna respondentka (R1) sdělila, že se o dítě dlouhodobě s manželem snažili, ale nedařilo se. Další respondentka (R2) si další dítě prostě jen přála. Měla doma s manželem již dvě dcery a doufali ještě v chlapce. Vyskytla se i odpověď, že k otěhotnění došlo spontánně, neplánovaně, ale o dítě oba partneři stáli, toto uvedla R3.

Zjistilo se, že poměrně častou příčinou je partner ženy ve smyslu iniciátora gravidity. Partner alespoň jako jeden z důvodů se objevil v odpovědích pěti

respondentek (R4, R5, R7, R8 a R10). Dvě respondentky, kde sehrál svou roli partner (R4 a R5) měly podobný příběh. Obě se znovu vdaly, změnily tedy partnera a chtěly si s ním pořídit potomka. Respondentka R5 uvedla: *„Potřetí jsem se vdala, a s manželem jsme se rozhodli mít dítě. On měl jedno dítě z prvního manželství, se kterým se dřív vídal pravidelně. Ale protože se jeho bývalá žena s dítětem odstěhovala daleko, tak se méně stýkali. Takže taky proto jsme dítě chtěli.“* R4 si s partnerem dítě sice přála, ale hlavním iniciátorem byl partner. Ponechali otěhotnění spíše náhodě, protože věk R4 byl 44 let. Odpověděla: *„...ponechali jsme to přírodě. Přestala jsem brát antikoncepci a nechala jsem to být. Říkala jsem si, že v mém věku už možná ani nebudeme mít šanci mít dítě.“* R7 odpověděla, že neotěhotněla dříve, protože tomu tak nechtěla životní situace, a neměla stálého partnera. Když se vhodný muž objevil, rozhodli se spolu pro graviditu. R8 uvedla: *„Dlouho jsem nemohla najít vhodného partnera. Dítě jsem vždycky chtěla, nic jsem záměrně neposouvala, ale bylo pro mě důležité najít správného muže pro rodinu, a žádný nebyl moc vhodný. Když jsem se těsně před třicítkou potkala s manželem, tak jsem začala těhotenství plánovat. Pak ale začaly potíže s potrácením a já se dítěte dočkala až teď.“* Respondentku R10 po prvním nepodařeném těhotenství opustil manžel. Trvalo tedy nějaký čas, než se znovu vdala a otěhotněla s novým partnerem.

Pouze jedna respondentka (R9) uvedla jako důvod kariéru. Ona i její manžel nad dítětem nepřemýšleli a cítili se plně uspokojeni z pracovního nasazení. K dítěti se odhodlali až ve chvíli, kdy potřeboval jejich vztah změnu a jakýsi posun vpřed.

Ani R6 na dítě nechvátala, potomka si nepřála pro své sportovní vyžití. Když začala o dítěti uvažovat, bylo jí doporučeno oddálit oplodnění kvůli potížím se zády. Z toho důvodu se nejdříve rozhodli s manželem zrekonstruovat byt, a tím došlo k dalšímu časovému posunu.

Šest respondentek (R2, R5, R6, R7, R9, a R10) své těhotenství plánovalo. Nejpozději došlo k otěhotnění u respondentky R6, která otěhotněla až za rok a půl po vysazení antikoncepce. Nejrychleji otěhotněla R5, která byla gravidní za pouhý jeden měsíc. Jedna respondentka (R3) otěhotněla neplánovaně. Jedna respondentka (R4) si dítě přála i vysadila antikoncepci. Spíše ale s těhotenstvím nepočítala, z důvodu svého

pokročilého věku pro graviditu. U dvou respondentek (R1 a R8) byla situace složitější kvůli jejich gynekologicko-porodnickým potížím. R1 uvedla: „*Dítě jsme plánovali celé roky, ale otěhotněla jsem až ve chvíli, kdy jsem s tím nepočítala. Manžel šel na vyšetření spermogramu, protože jsme se tedy chystali podstoupit vyšetření, které se týká neplodnosti. Mezitím jsem ale otěhotněla, a bohužel jsem toto dítě porodila mrtvé v 6. měsíci. Snažili jsme se tedy dál, ale přestala jsem plánovat. A za necelé dva roky jsem opět otěhotněla.*“ U R1 trvalo čekání na potomka 12 let. R8 odpověděla: „*Plánovala jsem předchozí těhotenství, které skončily potratem. Když jsem potřetí potratila, tak jsem se na to přestala soustředit. Koupili jsme si pejska, se kterým jsme plánovali, jak budeme chodit na výstavy, jeli na dovolenou... Za rok poté jsem otěhotněla, dá se říct spíše neplánovaně.*“

Kategorie Znalosti žen

Kategorie Znalosti žen se zabývá tím, jaké je povědomí žen ve vyšším věku o problematice pozdní gravidity. Odkud získávají informace, či zda jsou kvalitně a dostatečně edukovány od zdravotnického personálu.

Podkategorie Znalosti žen před graviditou

Z otázek zabývajících se znalostmi žen před graviditou, šetření ukázalo, že šest respondentek (R2, R3, R4, R8, R9, R10) vědělo již před otěhotněním, že těhotenství ve vyšším věku může jak pro ně, tak pro plod představovat možné riziko. Celkově je mezi ženami povědomí hlavně o vyšším riziku vzniku Downova syndromu a genetických vad, dále o vyšší pravděpodobnosti předčasného porodu, potratu, vzniku těhotenské hypertenze či neschopnosti otěhotnět.

Dvě respondentky (R1 a R6) o rizicích týkajících se gravidity ve vyšším věku před otěhotněním nevěděly. R6 uvedla: „*O ničem jsem nevěděla, a popravdě jsem po tom ani nepátrala.*“

Dvě respondentky (R3 a R5) se odkazovaly na své předchozí bezproblémové těhotenství, necitřovaly tedy obavy ani z těhotenství dalšího. R5 měla i zkušenost s těhotenstvím své matky ve vyšším věku, neviděla tedy v graviditě nad 35 let problém,

uvedla: „*Nepřemýšlela jsem nad riziky. Protože jsem nikdy žádné problémy neměla, tak jsem se tím nezabývala. A hlavně, moje matka také rodila třetí dítě ve 41 letech, takže mi to nepřišlo nikterak zvláštní.*“

Bylo zjištěno, že čtyři respondentky (R3, R5, R7 a R10) si rizika nepřipouští nebo nad nimi nepřemýšlí. R3 uvedla: „*Slyšívá to člověk, že může s věkem přijít nějaká komplikace, ale myslím si, že je to velmi individuální, zvláště když člověk nemá problémy... je to také o psychice.*“ Respondentka R7 uvedla: „*Nějaká rizika jsem si vůbec nepřipouštěla. Dokonce mi můj gynekolog řekl, že na těhotenství není pozdě.*“

Podkategorie Informační zdroje

Od respondentek bylo zjišťováno, odkud získávaly znalosti jak před otěhotněním, tak v těhotenství. Byla zahrnuta jejich aktivní činnost ke sběru informací a i pasivní informovanost žen ze stran druhých.

Šest respondentek (R1, R2, R3, R4, R6 a R9) uvedlo, že jejich informačním zdrojem byl jejich gynekolog.

Na druhém místě se v odpovědích vyskytovala literatura, kterou uvedly čtyři respondentky (R2, R5, R6 a R8). R8 uvedla: „*Já jsem hodně četla v knížkách, jaké případy mohou nastat. Možná jsem se i strašila, ale chtěla jsem se připravit na všechno možné.*“

Internet byl jako informační zdroj pro ženy na třetím místě, zmínily se o něm tři respondentky (R2, R3 a R4).

Pro respondentku R3 byla také informačním zdrojem nástěnka u gynekologa, kde si našla spoustu informací.

Respondentka R4 získávala znalosti od manžela, který studoval v literatuře a vyhledával právě možné komplikace týkající se gravidity ve vyšším věku.

Dvě respondentky (R7 a R10) o ničem ohledně problematiky vyššího věku informovány nebyly. R7 uvedla: „*O ničem jsem informovaná nebyla. Dneska jsou těhotné ženy do té čtyřicítky běžné a prvorodičky po třicítce také. Takže si myslím, že by mi třeba gynekolog něco řekl, až když by špatně vyšly testy. Dneska už se to tak neřeší.*“

R10 odpověděla: *„Nikdo mi nic neříkal, a já jsem taky nic aktivně nevyhledávala. Tak mě 35 let ještě nepřijde tak moc, tak mě ani nenapadlo se na to třeba ptát.“*

Ani jedna respondentka neuvedla jako zdroj informací porodní asistentku.

Podkategorie Edukace

Z výzkumného šetření vyplývá, že edukace ohledně těhotenství ve vyšším věku byla dle odpovědí žen velmi rozdílná, a to hlavně z toho důvodu, že anamnézy žen ve vyšším věku byly rozdílné. Některé ženy prošly těhotenství bezproblémově a některé zažívaly různé komplikace.

Všechny respondentky byly edukovány ze strany gynekologa o amniocentéze (o průběhu zákroku, jestli je pro ně vhodná). Dvěma respondentkám (R1 a R8) nebyla amniocentéza doporučena z důvodu nepříznivé gynekologicko – porodnické anamnézy. R1 porodila ve 36 letech mrtvý plod a respondentka R8 prodělala tři potraty. Jedna respondentka (R4) se rozhodla pro Prenascan (viz. teoretická část) místo amniocentézy. Uvedla: *„Využila jsem Prenascanu, za prvé kvůli času, a za druhé se amniocentézy bojím.“* Pět respondentek (R2, R5, R7, R9, R10) amniocentézu podstoupilo. R2 měla pozitivní screening ve druhém trimestru a zbylé čtyři respondentky z této skupiny (R5, R7, R9 a R10) podstoupily amniocentézu z indikace jejich věku. Dvě respondentky (R3 a R6) amniocentézu nepodstoupily. R3 odpověděla: *„Tak ony mi všechny testy vyšly dobře, takže já jsem ani na amniocentézu nemusela.“*

Co se týká obecně edukace probíhající v prenatalních poradnách, tři respondentky (R1, R9 a R10) byly edukovány lékařem i porodní asistentkou. Ostatní respondentky (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8) konzultovaly svůj stav a další edukaci v prenatalní poradně pouze s lékařem. Odpověď R4 zněla: *„Lékař mi všechno řekne, sestřička se mnou vůbec nemluví. Podle mě je to tak zařízené a nastavené v té ordinaci. Možná, že kdyby sestra pacientkám něco vysvětlovala, a řekla to jinak než lékař, tak by vznikaly nepříjemné situace. Takže je to asi dobře, že všechno říká on.“* Respondentku R1 porodní asistentka edukovala o problematice pálení žáhy a o vhodných potravinách z důvodu stálého zvracení. R9 byla edukována porodní asistentkou o selfmonitoringu krevního tlaku spolu s kontrolou bílkoviny v moči. Odpověděla: *„Vím, že mi doktor*

i porodní asistentka říkali, jak si mám měřit doma tlak, a kontrolovat moč přes papírky, jestli tam nemám bílkovinu. Informace jsem měla kompletní.“ R10 se dostávalo psychické podpory a edukace ze strany porodní asistentky ohledně klidového režimu v těhotenství, protože měla za sebou spontánní potrat.

Na otázku spokojenosti s edukací v prenatalních poradnách, která má jistou souvislost s podáváním informací, odpovědělo devět respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9, R10) spíše pozitivně. Neměly pocit, že by postrádaly důležité informace, nebo že by nevěděly, co mají dělat, či co je čeká. Jedna respondentka (R6) nebyla spokojena, a uvedla: *„Celkově jsem moc edukována nebyla, já to nechci brát nijak negativně, ale myslím si, že minimum informací o tom těhotenství by mohlo být, aniž by se člověk vyptával, aby to musel hledat na internetu, nebo aby se třeba musel zbytečně plašit.“* Respondentka R5 nebyla edukována pouze od gynekologa v prenatalní poradně, ale byla i hospitalizovaná pro krvácení po amniocentéze, a proto se k edukaci vyjádřila celkově. Uvedla názor: *„Co se týká edukace od lékařů v nemocnici, tak ta byla absolutně nedostačující. Jeden pan doktor mi napsal antibiotika, pak přišel druhý doktor, zeptal se mě, proč je mám a sebral mi je, pak přišel třetí doktor, ptal se mě, proč mi je sebrali... Pro mě to bylo dost nepříjemný. Po celou tu dobu jsem nevěděla, proč jsem krvácela, nebo proč čas od času začínám trochu krvácet. Jen mi sestřičky chodily něco píchat, řekly co je to za lék, a že třeba můžu mít návaly horka apod. Ale od personálu na genetice jsem poučená byla, že mám dodržovat klid po výkonu a tak, to bylo v pořádku. Můj gynekolog mě poučoval a edukoval dobře, tam jsem byla spokojená.“*

Kategorie Komplikace

V kategorii Komplikace jsme se zaměřovali na nemoci či poruchy organismu žen, které se vyskytly před těhotenstvím. Případně, zda se gravidita a nemoc (porucha) nějak ovlivnily. Další zkoumanou problematikou byly nemoci a komplikace vzniklé v graviditě, a zda se dá považovat věk za faktor jejich vzniku. Od žen byly získávány informace týkající se případné hospitalizace z důvodu komplikace (z případného vlivu věku).

Podkategorie Nemoci a poruchy zjištěné před těhotenstvím

U šesti respondentek (R2, R4, R5, R7, R9 a R10) nebyla před otěhotněním diagnostikována žádná choroba ani porucha organismu. Sdělily, že jsou zdravé a s ničím se neléčí.

Respondentka R3 v roce 2006 prodělala boreliózu a v roce 2010 jí bylo diagnostikováno autoimunitní onemocnění erytéma nodosum, přičemž toto onemocnění nemělo na těhotenství negativní dopad a nijak se vzájemně těhotenství s onemocněním neovlivnilo. R6 uvedla, že trpí křečovými žilami na nohách, jejichž vznik přisuzuje dlouholetému užívání antikoncepce, protože ve 36 letech otěhotněla poprvé, a tudíž brala antikoncepci zhruba 17 let. R8 měla významnější anamnézu týkající se jejích opakovaných potratů, odpověděla: *„Byla mi zjištěna Leidenská mutace v době, kdy jsem podruhé potratila, tentokrát dvojčata. Při třetím otěhotnění už věděli, že mi mají dávat injekce, ale zase se nepodařilo mi je nasadit včas. V děloze se mi dělaly hematomy, asi kvůli té hustotě krve, a ty se zvětšily na takovou velikost, že vytlačily ten plod. Takže se nedařilo to uhnízdění plodu, a já tím pádem vždycky okolo 4. a 5. týdne začala krvácet a potratila. Takže jsem cíleně z vlastní iniciativy šla k imunoložce, ta mi dělala různé stěry, vyšetřila i manželovo sperma, jestli na sebe nemáme nějakou alergii...a pak nám pověděla, že je všechno v pořádku, jediné co, že mám nějakou slabší alergii na vlastní embrya, což je sice procentuálně nízké riziko k potratu, ale že by to raději pokryla Prednisonem. Jinak od 28 let mám astma.“*

Respondentka R1 ve 20 letech podstoupila miniinterrupci a zanedlouho po tomto zákroku musela podstoupit laparoskopii. Jako její důvod uvedla následující: *„...protože jsem měla dost bolestivý pohlavní styk s manželem a pan doktor mi řekl, že mám obrácenou dělohu, proto jsem musela toto podstoupit. Od té doby je to v pořádku.“*

Podkategorie Komplikace vzniklé v těhotenství

V této podkategorii bylo zjišťováno, jak gravidity žen ovlivňoval jejich věk. Zda se vyskytly určité komplikace s vyhledáváním vlivu věku. Jedna respondentka (R10) neměla žádné potíže během gravidity. Zbylých devět respondentek uvedly alespoň jednu komplikaci ať už méně či více závažnou.

U respondentky R5 došlo k vážné komplikaci v podobě krvácení po podstoupení amniocentézy. Odpověděla: „...*na genetice všechno proběhlo v pořádku a večer jsem začala hodně krváčet. Takže jsme sedli do auta a jeli jsme do nemocnice. Pan doktor mi nejdřív řekl, že to nevypadá dobře, že mi asi odchází plodová voda, pak ale sestřička zjistila, že to voda naštěstí není, takže jsem zůstala v nemocnici.*“ Vedle tohoto problému, R5 ještě odpověděla, že po celé těhotenství měla vysoký tlak, který si musela kontrolovat. Hypertenze se jako komplikace vyskytla celkem u třech respondentek (R2, zmíněné R5 a R9). Byla jim nasazena léčba v podobě užívání léků a selfmonitoringu krevního tlaku, respondentce R9 byla kontrolována i proteinurie.

U dvou respondentek (R4, R6) bylo zjištěno při vyšetření nízká nasedající lůžko. Proto respondentky zůstaly doma pro rizikové těhotenství, a byl jim doporučen klidový režim. Vedle této komplikace si R6 stěžovala na silnou únavu, kterou jako nepříjemný fakt v těhotenství sdělily též další tři respondentky (R1, R4, R8). R1 uvedla: „... *děl mi všechno trvalo, a to už od začátku těhotenství, kdy mě ještě ani břicho neomezovalo. Stačilo se jen obléknout a už jsem se zpotila, zadýchala. Dřív jsem takový problém neměla, nebyla jsem to já, a byla jsem ráda, když mi dal pan doktor neschopenku, protože bych tu práci na tři směny nezvládla.*“

R1 se svěřila ještě s dalšími nepříjemnostmi v podobě neustálého zvracení, které začalo druhým trimestrem a neodeznívalo, dále s pálením žáhy, únikem moči a křečemi, které řešila hořčíkovými tabletami dle ordinace lékaře. Uvedla také nepříjemné napínání kůže, které si sama sobě vysvětlovala tím, že v jejím věku již není kůže tak pružná, a je v ní obsaženo méně kolagenu. Zmínila ještě jednu dobu během těhotenství, kdy cítila velmi slabě pohyby plodu. Tato situace se následně vrátila k fyziologickému vnímání pohybů. Zmiňovanými křečemi v těhotenství trpěla též R7, která je řešila magneziiem dle doporučení lékaře. Navíc jí bylo v období 5. měsíce diagnostikováno zvýšené množství plodové vody. Tato situace byla jen krátkodobá, množství se opět upravilo k normálním hodnotám.

Otoky se vyskytly u dvou respondentek (R3 a R8), objevily se u nich ke konci těhotenství, a po porodu odezněly. Vznikly nezávisle na hodnotě krevního tlaku, který měly obě respondentky ve fyziologických hodnotách.

R8 uvedla včetně otoků také další nepříjemnosti, které uvedla ve své odpovědi. Odpověděla: *„Tím, jak jsem byla hodně starostlivá, tak jsem konzultovala všechno možný. V 5. měsíci mi začalo tvrdnout břicho, a to bylo asi tím, že jsem v práci hodně běhala. A cítila jsem velikou únavu, po práci jsem spala. Jak jsem přibývala na váze, tak jsem cítila bolesti v podbříšku, to bylo zřejmě tím, jak se mi rozestupovala stydká kost. V 7. měsíci jsem šla na rizikové těhotenství. Měla jsem oteklé nohy a bolely mě hodně klouby. Bolest kloubů mám do teď. Jinak výraznější problémy jsem neměla a dítě v pořádku donosila.“*

Podkategorie Hospitalizace

Výzkumným šetřením bylo zjišťováno, zda musely být z nějakého důvodu respondentky během své gravidity hospitalizovány za účelem vyhledávání vlivu věku na jejich komplikace.

Osm respondentek (R2, R3, R4, R6, R7, R8, R9, a R10) nemuselo být v průběhu své gravidity ve vyšším věku z žádných příčin hospitalizováno, ani tato situace nehrozila.

Jedna respondentka (R1) uvedla, že její gynekolog uvažoval, zda jí hospitalizovat či ne, z důvodu toho, že v určitou dobu necítila fyziologicky pohyby plodu. Nakonec po zvážení gynekologa respondentka zůstala doma v klidovém režimu, aby došlo k vyvarování se stresu z nemocničního prostředí, kde před zhruba dvěma lety porodila mrtvý plod.

Pouze jedna respondentka (R5) musela být hospitalizována, a odpověděla: *„V nemocnici jsem byla asi osm až deset dní kvůli tomu krvácení po amniocentéze. Lékař mi na konci hospitalizace řekl, že se mi zřejmě po odběru plodové vody udělal hematoma, který postupně odcházel.“*

Kategorie Problémy s otěhotněním nebo donošením plodu

Tato kategorie se věnovala problematice suspektní či diagnostikované neplodnosti žen ve vyšším věku. Naproti tomu bylo také zjišťováno, zda neměly ženy problémy s donošením plodu, protože i tato problematika se týká vyššího věku gravidních žen.

Podkategorie Problémy s otěhotněním

V této podkategorii bylo zjišťováno, zda z jakýchkoliv příčin měly respondentky nějaký problém s otěhotněním.

Devět respondentek (R2, R3, R4, R5, R6, R7, R8, R9 a R10) s otěhotněním problémy nemělo. V nejdelším časovém úseku snahy o dítě, otěhotněla R6, která přišla do jiného stavu zhruba rok a půl po vysazení antikoncepce. S partnerem o dítěti mluvili a neměli bariérovou ani hormonální antikoncepci, ale nešlo o intenzivní snažení se o dítě, ponechali oplození náhodě. V nejkratším časovém intervalu otěhotněla R5, která byla gravidní jeden měsíc poté, kdy se začali s manželem o potomka usilovat. Jedna respondentka (R1) uvedla, že se o dítě snažili s manželem asi 12 let. Neplodnost jim ale diagnostikována nebyla, ani nijak léčena. R1 uvedla: *„Zhruba 12 let jsme si dítě přáli, ale bude to asi i víc, s manželem jsme teď 20 let.“* Na otázku, co si myslí, že je příčina její neschopnosti otěhotnět, odpověděla: *„Zřejmě šlo o stres v práci, který jsem zažívala. To říká i můj gynekolog. Mívala jsem ale i pocity, že nejsem zralá na těhotenství, i když jsem jakoby to dítě chtěla. Taký jsem ve 20 letech podstoupila miniinterrupci a laparoskopii kvůli děloze, i to by mohl být asi důvod.“*

Podkategorie Problematika donošení plodu

Tato podkategorie poukazuje na riziko potratu či ztráty plodu ženy ve vyšším věku, přičemž je vyhledávána spojitost s věkem respondentky.

Pět respondentek (R3, R4, R6, R7, R9) nikdy o plod nepřišlo. Počet jejich gravidit odpovídal počtu porodů.

Jedna respondentka (R1) porodila mrtvý plod v 36 letech. Tři respondentky (R2, R8, R9) mají v anamnéze alespoň jeden spontánní potrat. U R2 došlo k abortus spontaneus do 12. týdne gravidity celkem dvakrát, u obou potratů bylo respondentce pod hranici 35 let. Respondentka 8 prodělala celkem třikrát missed abortion, které opět proběhly do 35. roku života respondentky. R9 prodělala jeden abortus spontaneus do 12. týdne gravidity, a to ve 29 letech. Tudiž problémy s donošením plodu u respondentek neměly přímou spojitost s věkem nad 35 let.

Žádná respondentka neporodila předčasně.

Podkategorie Léčba neplodnosti

S vyšším věkem ženy je spojováno snižování možnosti otěhotnění, z toho důvodu byly respondentky tázány na to, jestli se jim podařilo otěhotnět tak, jak si plánovaly (viz kategorie Plánování gravidity), a zda nemusely podstoupit léčbu neplodnosti, která je pro nás výzkumným šetřením v této podkategorii.

U žádné respondentky nebyla léčena neplodnost. Pouze u jedné respondentky (R1) podstoupil partner vyšetření spermiogramu, které dopadlo v pořádku. Další vyšetření nebyla nutná, protože v té době R1 otěhotněla. R1 sdělila: *„Manžel šel na vyšetření spermiogramu, protože jsme se chystali podstoupit vyšetření, které se týká neplodnosti. Mezitím jsem otěhotněla, to se u mě projevilo obrovskou únavou. Vzhledem k tomu, že jsme na to čekali tak dlouho, tak už jsem z toho neměla ani radost.“*

Kategorie Psychika gravidní ženy starší 35 let

V této kategorii bylo řešeno vnímání těhotenství ženami staršími 35 let, partner jako opora, zda pro ně byla gravidita v tomto věku radostí či spíše starostí, postoje žen k problematice rodičovství ve vyšším věku apod.

Podkategorie Vnímání těhotenství

V této podkategorii bylo zjišťováno, jak se respondentky cítily v graviditě nad 35 let psychicky, zda se na dítě těšily a jak se zachoval jejich partner.

Všechny respondentky uvedly, že cítily silnou podporu svého partnera. Čtyři respondentky (R2, R4, R6, R10) vnímaly svou graviditu velmi pozitivně. Tyto respondentky byly v těhotenství naprosto spokojené, na dítě se těšily, měly podporu partnera a nepocíťovaly strach z rizik, které by s sebou mohl přinést jejich vyšší věk. R10 sdělila: *„Naprosto výborně, já jsem se moc těšila. Dítě jsem si přála, takže i těhotenství jsem si užívala. A partner byl naprosto úžasný, měla jsem jeho podporu.“*

Jedna respondentka (R3) odpověděla, že se na toto dítě těšila, ale pocíťovala menší nadšení v porovnání s těhotenstvím s prvním dítětem, odpověděla: *„Na první jsem se těšila opravdu hodně a na to druhý nemůžu říct, že ne, ale už jsem věděla, co mě čeká. Člověk už je sobec. První syn už je velkej, takže už jsem pohodlná. Ale ono si to sedne*

časem. Ted' už z toho nejsem v euforii, беру to racionálně. Nejsem ze všeho tak natěšená.“

Pět respondentek (R1, R5, R7, R8, R9) pociťovalo strach o plod. R5 R8 uvedla: *„Já jsem měla celou dobu o dítě strašný strach, a až ten 6., 7., 8. měsíc jsem si trochu užívala. To už jsem začala plánovat, už jsem měla pocit, že to někam vede. Poslední měsíc byl strašný, protože jsem přibrala 23 kilo, tak jsem si přála, abych porodila trochu dřív. Jiné mámy si to užívaly daleko víc. Já jsem se hlídala, abych náhodou něco těžkého nezvedla. Byla jsem na vlnách, vždycky když se blížilo nějaké vyšetření, tak už jsem tři dny nemohla spát. A když pak řekli, že je to v pořádku, tak jsem si odnášela zase spoustu euforie. Od té doby jsem začala mít strach z doktorů, a to i ze svého obvodního lékaře, když tam jdu na běžnou prohlídku.“* Dvě respondentky (R5 a R9) měly jisté komplikace v těhotenství v podobě hypertenze, i to se odrazilo na jejich vnímání. Cítily obavy o své těhotenství. R9 uvedla: *„Užívala jsem si to, i když jsem měla při různých vyšetřeních i strach. Třeba když jsem šla na tu amniocentézu, tak mi čekání na výsledek přišlo úplně neskutečný. Ta obava, jestli to dítě nebude postižený, byla fakt obrovská, protože jsem to prostě věděla, že jsem starší máma, a že mám vyšší riziko. Kvůli tomu vysokému tlaku jsem šla na rizikový těhotenství, takže jsem byla doma, a na to já nikdy nebyla zvyklá. Musím tedy nakonec uznat, že jsem začala být úzkostlivá.“* I přesto, že R7 neměla v těhotenství žádné závažné potíže, obavy pociťovala, a odpověděla: *„Tak to je jasný, že se člověk trochu bojí. Ale já jsem starostlivější člověk, takže jsem nechtěla nic zakřiknout, radši jsem ani do 3. měsíce nikomu nic neřekla. Ale to je mojí povahou, ne věkem.“*

Jedna respondentka (R1) odpověděla, že ze začátku těhotenství z něj neměla ani moc radost, i když dítě s partnerem chtěli.

Podkategorie Pohled na problematiku staršího rodičovství

Vyšší věk s sebou přináší také problém, související spíše s dobou po porodu a poté. Jde o velký věkový rozdíl mezi potomkem a rodiči, který se následně může odrazit například ve výchově, ve vnímání dítěte apod. Respondentky byly na tuto problematiku tázány a jejich odpovědi zněly následovně.

Tři respondentky (R2, R3 a R10) uvedly hranici 40 let, přes kterou si myslí, že by se nemělo s těhotenstvím otálet. R2 uvedla: „*Myslím, že pokud matka nemá vážný zdravotní problém, tak nevidím důvod, proč nemít dítě ve vyšším věku. Jako hranici bych viděla 40. rok věku ženy.*“ R3 si také myslí, že by se toto téma mělo řešit až po dosažení 40 let. Nyní se cítí mladě. Respondentka R10 odpověděla: „*Nepřijde mi, že jsme zas tak starý. Myslím si, že můj věk je naprosto normální pro těhotenství. Ale nevím, jestli bych se pouštěla do těhotenství po čtyřicítce. To už by nemuselo být tolik fér vůči tomu dítěti.*“

Respondentka R4 zmínila také jako R10 dítě jako důvod, proč není těhotenství ve vyšším věku úplně zanedbatelná problematika, uvedla: „*To byste se museli spíš zeptat těch dětí. Můj pohled je radost, štěstí, ale mě by spíš zajímalo, co řekne to dítě, jak na to bude pohlížet později. Popravdě je to vlastně ode mě sobecký, a kdybychom neměli tak velkou rodinu, tak bych do toho asi nešla. Ale myslím, že když bude mít to dítě okolo sebe spoustu lidí, nás, sourozence a bude se cítit milovaně, tak to bude v pořádku. Říkám si, že když bude cítit tu lásku, tak to nějak ospravedlním.*“

Pět respondentek (R1, R6, R7, R8, R9) si tuto problematiku vůbec nepřipouštělo, nepřemýšlelo nad ní. R6 se zamýšlela na věkovém rozdílu mezi ní a dítětem zpočátku těhotenství, nyní nad tím nijak nepřemýšlí.

Jedna respondentka (R5) uvedla, že pro ni těhotenství v jejích 41 letech nebylo nijak nezvyklé, protože její matka též porodila v tomto věku, tudíž se nad věkovým rozdílem se svým třetím dítětem nezamýšlela.

Kategorie Rozdíly mezi těhotenstvím před a po 35. roce

Tato kategorie shrnuje získané informace od multipar, které byly vybídnuty k porovnání těhotenství do 35 let, a těhotenstvím nad 35 let.

Podkategorie Porovnání gravidit multiparami

Do této podkategorie byly zahrnuty pouze respondentky multipary tzn. R1, R2, R3, R4, a R5. Bylo zjištěno, že se určité rozdíly mezi graviditami prožitými před a po 35. roce se vyskytly. Respondentky popisovaly například větší únavu, odlišné

psychické vnímání těhotenství či otoky a těhotenské zvracení. Jedna respondentka (R5) své těhotenství strávila v klidovém režimu, převážně ležením a u jedné respondentky (R4) se vyskytl problém v podobě nízko nasedajícího lůžka, přičemž její předchozí gravidity byly naprosto bezproblémové.

Jedna respondentka (R3) nepocítovala výrazný rozdíl mezi jednotlivými těhotenstvími. R3 byla těhotná dvakrát, první těhotenství proběhlo v jejích 28 letech. Při porovnávání shledala otoky a těhotenské zvracení, které měla u druhého těhotenství nad 35 let a u prvního ne. Vcelku se dle jejích slov cítila ale velmi podobně v obou těhotenstvích a neoznačila by druhé těhotenství jako zátěžové.

Respondentka R4 byla těhotná třikrát, poprvé otěhotněla v 23 letech, podruhé ve 30 letech, nyní je jí 44 let. První těhotenství proběhlo naprosto bez komplikací, ve druhém těhotenství zažila slabé těhotenské nevolnosti, ale jinak bylo také v pořádku, v těhotenství posledním jí bylo diagnostikováno nízko nasedající lůžko, tudíž se vyskytl rozdíl v podobě komplikace.

Dvě respondentky (R1, R2) viděly hlavní rozdíl mezi graviditami ve větší unavenosti. R2 uvedla: *„Přestože jsem věděla o rizicích, víc jsem si těhotenství užívala. Určitě to bylo tím, že jsem neměla žádné vážné problémy. Jisté ale je, že člověk není tak vitální, jak devatenácti. Cítila jsem, že jsem neměla tolik energie, a musela jsem víc odpočívat. Určitě toho nelituji a šla bych do toho klidně znovu. Cítila jsem se, jako kdybych omládl.“* R1 nemohla porovnat těhotenství zcela objektivně, vzhledem k tomu, že první těhotenství bylo ukončeno miniinterrupcí a druhé těhotenství, které probíhalo ve 36 let porodem mrtvého plodu v šestém měsíci. Nicméně u posledního těhotenství cítila obrovskou únavu, která v minulém těhotenství nebyla tak výrazná a zmínila nepříjemné napínání kůže, které se dříve taky neprojevovalo.

Jedna respondentka (R5) vnímala rozdíl mezi jednotlivými graviditami zejména v psychickém vnímání, ale i z fyzického hlediska, odpověděla: *„Hlavní rozdíl je v tom, že v těch 21 letech jsem si vůbec nepřipouštěla jakékoliv problémy, potíže, že by dítě mohlo být postižené, nebo že by se mohla přihodit nějaká komplikace. To v mladším věku člověk vůbec neřeší, prostě jak to přijde, tak to bere a nezabývá se myšlenkami, že by mohlo být něco špatně. Ale ve 41 letech se od první chvíle těmito myšlenkami*

zabýváte od začátku. To jsem si přála jedině, ať přeskočí čas, ať už je po porodu. Po tom odběru plodové vody kdykoliv jsem šla čůrat, už jsem se bála, že tam bude krev. Nebo mě píchlo v břicho a už byla panika.“ Co se týká fyzické stránky, R5 až do konce těhotenství ležela, takže rozdíl byl velký od minulých těhotenství.

4.2 Rozhovory s porodními asistentkami

Výzkumný materiál byl získán pomocí rozhovorů se třemi porodními asistentkami v prenatálních poradnách. Kritéria pro jejich výběr byla minimálně jeden rok praxe v oboru porodní asistence, a jejich souhlas současně se souhlasem gynekologa, se kterým spolupracují (viz Příloha 14).

V Tabulce 3 jsou popsány identifikační údaje porodních asistentek. Byl zjišťován jejich věk a doba praxe.

Tabulka 3 Identifikační údaje

	<i>Věk</i>	<i>Doba praxe</i>
<i>PA 1</i>	58 let	38 let
<i>PA 2</i>	46 let	25 let
<i>PA 3</i>	60 let	39 let

Pozn.: PA= porodní asistentka

Zdroj: vlastní

Věk porodních asistentek byl v rozmezí 46–60 let, tudíž jejich praxe v oboru porodní asistence byla dlouholetá, 25–39 let. Všechny porodní asistentky dříve pracovaly na porodním sále, oddělení rizikového těhotenství, oddělení šestinedělí, gynekologickém oddělení a v době provádění výzkumného šetření pracovaly v prenatální poradně u praktického gynekologa.

V Tabulce 4 jsou popsány hlavní kategorie a jejich podkategorie, kde jsou shrnuty získané výsledky rozhovorů s porodními asistentkami. Kategorie se zabývají názory

a postoji porodních asistentek k těhotenství nad 35 let, edukací těchto žen a psychickou podporou, které jim věnují v prenatálních poradnách. Hlavní kategorie jsou následně rozvinuty 9 podkategoriemi.

Tabulka 4 Kategorizace výsledků

KATEGORIZACE	PODKATEGORIE
Názory a postoje porodních asistentek	<i>Názory na četnost</i>
	<i>Postoj k těhotenství</i>
	<i>Důvody</i>
	<i>Komplikace</i>
	<i>Využití IVF po 35. roku života</i>
	<i>Rozdíly mezi těhotenstvím žen ve vyšším věku a žen mladších</i>
	<i>Rozdíly mezi primiparami a multiparami ve vyšším věku</i>
Edukace žen	<i>Oblasti a efektivnost edukace</i>
Psychická podpora žen	<i>Psychická podpora</i>

Zdroj: vlastní

Kategorie Názory a postoje porodních asistentek

Kategorie názorů a postojů porodních asistentek na těhotenství ve vyšším věku zahrnuje jejich pohledy na četnost gravidit v této době a porovnání s minulostí, jaká vidí pozitiva či negativa na graviditě těchto žen, jaké vnímají důvody pro otěhotnění, co si myslí o komplikacích v těhotenství nad 35 let a neplodnosti.

Podkategorie Názory na četnost

Porodní asistentky byly tázány, jak často se s graviditami u žen starších 35 let setkávají a jestli těchto rodiček přibývá, ubývá, či je stále stejně.

Dvě porodní asistentky (PA1 a PA2) mají pocit, že gravidit nad 35 let ženy je poměrně hodně. Na otázku, jak často se s takovým těhotenstvím stýkají, PA1 sdělila:

„Musím říct, že poměrně často. Řekla bych, že je to velmi početná skupina rodiček. S těhotnými okolo 20 let se setkávám čím dál méně. A to bylo dříve jinak. Ještě zhruba před dvaceti lety, bylo úplně normální, že se rodilo okolo 20 let, a 30 letých rodiček a starších bylo pomálu. Dnes poprvé těhotné ženy nejčastěji vidám okolo třicátého roku.“ PA2 měla názor velmi podobný.

Jedna porodní asistentka (PA3) měla zkušenost s touto problematikou naprosto odlišnou, odpověděla: *„Poslední dobou ani moc ne. Před 5 lety jich bylo dost hodně, ale v poslední době jich u nás moc nevidám. Dokonce se objevuje dost těhotných okolo 25 roku, a to jsme rádi. Ale to může být v jiné poradně třeba jinak.“*

Když se měly porodní asistentky zamyslet nad tím, jestli vyzozorovaly za jejich kariéru, zda žen gravidních nad 35 let z dlouhodobého hlediska přibývá, ubývá či se jejich počet nijak nemění, dvě porodní asistentky (PA1 a PA2) rozhodně odpověděly, že těchto žen přibývá. Vedle toho jedna porodní asistentka (PA3) uvedla: *„Za poslední rok bych řekla, že ubývá, ale v minulosti jich bylo opravdu hodně.“*

Podkategorie Postoj k těhotenství

V této podkategorii byly získávány informace popisující graviditu nad 35 let porodními asistentkami. Záměrem bylo zjistit, jaký názor na tyto ženy mají, jaká vidí na takové graviditě pozitiva či negativa.

Jedna porodní asistentka (PA2) měla postoj k této problematice pozitivní, odpověděla: *„No tak samozřejmě kladný, když si žena dítě přeje a touží po něm, tak nehledám problém ve věku.“*

Dvě porodní asistentky (PA1 a PA3) zaujímaly postoj negativní, který specifikovala PA1 takto: *„Můj postoj je takový, že pokud žena rodí okolo 30 let, tak to je ještě v pořádku. Jakmile se ale ženě přehoupne věk nad 35 let, a blíží se k 40 rokům, určitě bych těhotenství nedoporučila. Začnou se objevovat etické otázky a stáří těla ženy nebývá pro těhotenství bezpečné.“*

Porodní asistentky byly tázány na pozitiva, které vidí v graviditě žen starších 35 let. PA1 vidí výhodu v tom, že partnerský vztah dostane nový impulz, neboť se žena může cítit s novorozencem mladší. PA2 vnímá výhodu spíše v psychické vyzrálosti ženy.

Většinou si žena dítě opravdu přeje, přičemž velice kladným faktem je, že tyto ženy bývají ekonomicky zajištěné, tudíž odpadají obavy z finanční situace. V tomto ohledu vidí pozitivum i PA3, která vnímá finanční zajištěnost také jako velké pozitivum, navíc si ale myslí, že je výhodou, že si žena udělala čas na kariéru a studium.

Co se týká negativ těhotenství u žen ve vyšším věku, dvě porodní asistentky (PA1 a PA3) poukazovaly včetně negativ ve smyslu chorob a větší unavenosti hlavně na problémy společenské. PA1 odpověděla: *„Negativ vidím ale více. S vyšším věkem je znát celkově větší unavenost. Samotné těhotenství může, ale samozřejmě nemusí, proběhnout komplikovaně. A hlavně vidím problém etický. Pokud žena porodí dítě okolo 40 let, až bude dítěti 20 let, jí bude 60 let. Dítě si rodiče neužije, brzy mu můžou odejít. A nehledě na to, že pokud chce dítě studovat, měli by ho rodiče živit do jeho 26 let, a to už můžou být v důchodu, nebo nebudou moci dítě zabezpečit.“* Dále PA1 hovořila o výchově a psychice dítěte, sdělila: *„Jeho výchova také nebývá stejná, jako když jsou rodiče mladí, většinou to sklouzne k typu výchovy prarodičů. Musí se vzít v potaz psychika dítěte, jehož rodiče jsou vlastně v poměru k ostatním rodičům jeho vrstevníků bohužel staří, tím pádem mají jiné názory a jiný pohled na svět.“* PA3 viděla problematiku těhotenství ve vyšším věku velmi podobně jako PA1, a to hlavně z pohledu na výchovu dítěte staršími rodiči. Uvedla: *„Negativum je jasné, jsou prostě staré. Nemají po porodu na východu dítěte nervy. Když je jejich dítě v pubertě, v nejkritičtější období, tak ony jsou v přechodu. A velký problém vidím v tom, že ženy mohou vstupovat do těhotenství s chorobami a mohou ohrozit jak sebe tak dítě.“* PA2 zmiňovala hlavně problémy v podobě interních onemocnění, s nimiž ženy vstupují do těhotenství, a které na něj mohou mít negativní vliv. A jako další negativum uvedla intenzivnější automatické strašení žen amniocentézou ze strany zdravotnického personálu.

Podkategorie Důvody

V této podkategorii jsme shrnuly názory porodních asistentek na to, co si myslí o tom, proč ženy volí graviditu ve vyšším věku.

Všechny porodní asistentky se shodly na důvodu, jako je kariéra a partner ženy. PA1 odpověděla: *„U prvorodiček po 35. roku je za tím většinou kariéra, ale může za tím být i partner. Někdy si ženy myslí, že si pořízením dítěte partnera udrží. Nebývá to ale záruka pevného vztahu. Nebo si dítě prostě přejí, a jdou do toho se všema riziky. Ženy si neuvědomují, že i samotným těhotenstvím, porodem a péčí o dítě vlastně trochu rychleji stárnou.“* PA2 má názor na tuto problematiku velmi podobný, avšak navíc také zmínila léčenou sterilitu, sdělila: *„Těch je více, kariéra, nový partner, někdy najdou životního partnera, se kterým chtějí založit rodinu až v tomto věku, nebo dlouho léčená sterilita.“* PA3 uvedla: *„Myslím si, že za tím stojí kariéra, nechť se vázat, přijdou si na dítě nezralé, nemůžou najít pořádného chlapa, nebo partner je na dítě nezralý a podobně.“*

Podkategorie Komplikace

Na otázku komplikací, se kterými se porodní asistentky v prenatálních poradnách setkávají u gravidních žen ve vyšším věku, byly odpovědi různorodé, ale na jedné z potíží společné pro tyto ženy se shodly, a to na hypertenzi.

Nicméně dvě porodní asistentky (PA1 a PA2) podotkly, že vyšší věk nemusí automaticky pro ženu znamenat nějaký problém. PA3 uvedla: *„Většinou u nich komplikace nejsou, ale mají jeden společný problém, a to je hypertenze. To pak hodně sledujeme otoky, aby nám to nepřerostlo v preeklampsii.“* PA1 přidala další poznatky, odpověděla: *„No tak často například s varixy v různých lokalizacích, vyšší tlaky. Někdy se vyskytne gestační diabetes mellitus. Vyšší věk nemusí znamenat pro ženu nic. Ale řekla bych, že u nich registruji celkově větší unavenost.“* PA2 doplnila odpovědi porodních asistentek ještě o názor týkající se častějšího ukončení těhotenství porodem per sectio cesarea.

Podkategorie Využití IVF u žen po 35. roce života

Porodní asistentky byly tázány ohledně využití IVF ve smyslu frekvence využívání této metody v problematice gravidity u žen ve vyšším věku. PA1 odhadla výskyt těchto žen zhruba 6–7 žen za rok. PA2 si myslí, že asi 1/3 gravidních žen po ve vyšším věku otěhotní na základě použití metody IVF. PA3 tvrdí, že se často setkávala s těmito

ženami zhruba před 5 lety, v poslední době se u nich v prenatalní poradně nevyskytuje žádná taková klientka.

Podkategorie Rozdíly mezi těhotenstvím žen ve vyšším věku a žen mladších

V této podkategorii porodní asistentky porovnávaly rozdíly v prožívání gravidity u žen vyššího věku a u žen věku mladšího. Z jejich výpovědí jasně vyplývá, že velmi záleží na důvodu, pro který se rozhodly mít dítě. Víceméně je zmiňována větší starostlivost o graviditu žen ve vyšším věku a bezstarostnost žen pod 35 let.

Dvě porodní asistentky (PA1, PA3) měly pohled na toto téma podobný. Shodly se na individualitě každé ženy, kdy velmi záleží, ve které se nacházejí životní situaci, na silnějším prožitku starších žen a bezstarostnosti žen mladších. PA1 uvedla: *„Tak rozdíl je vlastně hlavně vizuální. Ženy po 35. roku, jsou ženy vyzrálé, mívají zkušenosti. Některé se o těhotenství bojí, některé mají naopak nadhled. Hodně záleží na tom, jaký důvod předcházel otěhotnění až v tomto věku. Jestli jde o kariéristku, ženu čekající vymodlené dítě po IVF či prodělaných potratech, nebo ženu víceroďičku, co už má něco za sebou. Většinou mívají hodně načteno z knih. Ženy mladší bych řekla, že jsou bezstarostnější. Těhotenství přišlo, tak to tak berou. Řekla bych, že těhotenství méně řeší do hloubky.“* PA3 mluvila též o bezstarostnosti mladších rodiček, o jejich nadšení pro těhotenství. Starší ženy viděla jako starostlivější, rozumné, myslela si, že si graviditu chtějí co nejvíce užít se vším všudy a uvedla ještě zajímavý názor: *„...a mají ještě jednu věc rozdílnou. Starší ženy mají většinou těhotenství naplánované, a když porodí, tak kolikrát už po šestinedělí jdou do práce a pořizují si chůvu. Ženy mladé na té mateřské zůstávají, do práce nechvátají.“* I názor PA2 ve velké míře připomínal názor již zmíněných porodních asistentek, uvedla: *„Ženy nad 35 let mnohdy na dítě čekaly dlouho, prožívají někdy těhotenství o to intenzivněji, někdy ale i s většími obavami, zvláště tam, kde se jedná o primigraviditu.“*

Podkategorie Rozdíly mezi primiparami a multiparami ve vyšším věku

Tato podkategorie vyjadřuje postoje porodních asistentek ke graviditě žen ve věku nad 35 let z hlediska primiparity a multiparity.

Pohled porodních asistentek se odlišoval, i když u dvou porodních asistentek (PA3 a PA2) jsme se setkali se stanoviskem, že vícerodičky jsou v těhotenství klidnější, už ví, co gravidita obnáší. Dle názoru těchto porodních asistentek, u prvorodiček se vyskytuje větší obava a těhotenství více emočně prožívají. PA3 odpověděla: *„Prvorodičky těhotenství dost řeší, ale vícerodičky už tolik ne, protože na to nemají tolik času.“* PA2 uvedla: *„Snad jen, že žena nad 35 let, která čeká 2., 3. dítě necítí tolik ten věkový handicap, už nejméně jednou rodila, vše probíhalo normálně, považuje tedy za skoro samozřejmé, že tak to bude i ve věku nad 35 let a výše. Navíc doma už nějaké děťátko má, necítí se tak limitovaná, nemá většinou takové obavy.“*

PA1 poukázala spíše opět na životní situaci a důvody vedoucí ženu k otěhotnění, uvedla: *„Opět záleží na situaci, ve které se ženy nacházejí. Ženy těhotné po několikáté většinou otěhotní náhodou nebo je k tomu vede nějaký impulz z venčí, například ten partner, samozřejmě někdy si to dítě prostě přejí. U těch prvorodiček jde spíš o to, že čas plyne a ony si najednou vzpomenou, že to dítě vlastně chtějí a je nejvyšší čas.“*

Kategorie Edukace žen

Kategorie edukace se zabývala zejména tím, o čem jsou ženy informovány a případně čemu učeny v prenatalních poradnách porodními asistentkami. Zda vůbec nějaká edukace probíhá, či jaký má na ženy ve vyšším věku efekt.

Podkategorie Oblasti a efektivita edukace

V této podkategorii byla zjišťována témata edukace, která porodní asistentky věnují ženám ve vyšším věku.

Dvě porodní asistentky (PA1, PA3) sdělily, že v jejich prenatalní poradně je edukace spíše na lékaři gynekologovi a ony ženy nijak zvláště ohledně jejich problematiky needukují. PA1 poukázala také na poměrně krátký čas, který je možné věnovat těhotné ženě ze strany porodní asistentky. PA1 uvedla: *„Veškeré informace ohledně průběhu těhotenství, léčby apod. podává lékař. Já ženy nijak zvláště needukuji. Za prvé na to není čas, a za druhé je k tomu vysvětlování stavu a zmínění rizik*

kompetentní spíše lékař. Samozřejmě ženě vysvětlím, jak jí budu měřit tlak, nebo jak jí odeberu krev, ale to jsou situace, které nevyžadují zvláštní edukaci.“

Naproti tomu PA2 se staví k edukaci odlišně, ženy edukuje, a sdělila: *„Ženy edukuji o všech vyšetřeních, které je čekají, a kdy jsou prováděny. Zdůrazním, že jediným rozdílem u žen nad 35 let od ostatních těhotných je již zmiňovaná amniocentéza, která se nad 35 let doporučuje, sděluji i alternativy amniocentézy.“*

Na otázku, zda mají gravidní ženy ve věku nad 35 let o edukaci zájem, dvě porodní asistentky (PA1, PA3) se shodly na faktu, že ženy hledají informace spíše na internetu. Porodní asistentky zastávají názor, že tyto informace ale nebývají často pravdivé, a tím pádem dochází u ženy ke zkreslení dané situace, a jsou zbytečně strašeny. PA1 uvedla: *„Myslím si, že vesměs mají. Záleží, z jakého prostředí žena vychází, a na jejím charakteru samozřejmě. Největší problém vidím v tom, že si ženy všechno najdou na internetu, kde jsou kolikrát opravdu hlouposti, a pak vedou s lékařkou dlouhé rozhovory. A mají vlastně zbytečně strach a stres.“* PA3 sdělila: *„Ženy o informace zájem mají, ale většinou je hledají na internetu, a to je skryté zlo, protože ty chybné informace se jim tady dlouhými rozhovory snaží paní doktorka vymluvit a vysvětlit, ale ony si často vedou svojí.“* PA2 se setkává s pozitivní reakcí na její edukaci i se zájmem žen. Uvedla pouze jeden příklad, kdy žena reagovala negativně, ale šlo o klientku, která se chystala dát dítě k adopci.

Na otázku efektivnosti edukace byly zjištěny tyto informace. PA2 sdělila: *„Edukace většinou zmírní obavy. Některé ženy primárně očekávají kázání, že graviditu odkládaly.“* PA1 a PA3 se opět ve své odpovědi téměř shodovaly. PA1 uvedla: *„Myslím si, že pokud má žena o informace zájem, tak efekt má. Pokud zájem nejeví, tak musí být informace vícekrát opakovány.“*

Kategorie Psychická podpora žen

V této kategorii jsme mapovali, jakým způsobem, a zda vůbec jsou ženy ve vyšším věku v prenatalních poradnách psychicky podporovány ze stran porodních asistentek v náročných situacích během gravidity.

Podkategorie Psychická podpora

Všechny porodní asistentky (PA1, PA2, PA3) uvedly, že ženy starší 35 let, u kterých se vyskytne nějaký problém, psychicky podporují. Za účelem psychické podpory využívají jako psychoterapeutickou techniku rozhovor a empatický přístup. Jedna porodní asistentka (PA2) dokonce buduje vztah s klientkami už v době, kdy jsou bez komplikací, aby cítily důvěru a nebály se kdykoliv s problémem na porodní asistentku obrátit, sdělila: „*Snažím se je hlavně uklidnit. Můj pohled na graviditu je ten, že gravidita není nemoc. Ani u žen nad 35 let. Určitých komplikací někdy přibývá, proto radím, aby dodržovaly léčebný režim, aby chodily na doporučená vyšetření, aby i při sebemenším podezření, že není něco v pořádku, hned zavolaly nebo přišly. Buduji vztah na vzájemné důvěře, aby se nebály kdykoliv se na mě obrátit, třeba i s intimními dotazy*“. PA1 dává najevo ženám hlavně porozumění a snaží se o příjemný přístup k nim. Nicméně také zmínila, že je hlavně na lékaři, aby danou situaci ženě vysvětlil. PA3 klade důraz na rozhovor se ženami. Informovala, že se velmi často stává, že u ní ženy po vyšetření chvíli zůstávají a vedou rozhovory, porodní asistentka ženu uklidňuje a podporuje, PA3 uvedla: „*Hodně s ženami mluvím. Kolikrát vedeme dlouhé rozhovory tady u mě. Podporu u nás mají vždy.*“

5 Diskuse

V dnešní době se setkáváme s faktem, že čím dál více žen odsouvá své těhotenství do vyššího věku. Průměrný věk gravidních žen dosáhl v roce 2013 hodnoty 29,9 let. Pokud bychom se ale podívali do minulosti, zjistíme, že tato fakta nejsou nijak neobvyklá. Z dochovaných údajů víme, že v roce 1920 byl průměrný věk rodiček 30,2 let (viz Příloha 16) (Kačerová, 2014; ČSÚ, 2015). Rozdíl ale v této problematice přece jenom je, protože dnes se setkáváme se spoustou prvorodiček, které své těhotenství z nějakého důvodu odložily, přičemž se samozřejmě vyskytují i multipary. Na počátku minulého století šlo ale hlavně o vícerodičky, lidé měli více dětí, a tudíž se zvedal průměrný věk pro otěhotnění. Úhrnná plodnost na počátku minulého století byla téměř tři děti na jednu ženu, ale o 90 let později, v roce 2012, ukázala hodnoty necelého 1,5 dítěte na ženu (viz Příloha 2, 16) (Kačerová, 2014; ČSÚ, 2015). My dnes chápeme těhotenství ve vyšším věku možná i negativně, a to zřejmě z toho důvodu, že naše matky a babičky byly generace, které rodily ve věku poměrně nižším a možná také proto, že díky pokroku ve vědě již dnes mnohem více víme o možných komplikacích, které s sebou může přinést vyšší věk.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem působí věk ženy na průběh gravidity a jaké důvody vedou ženy k otěhotnění ve vyšším věku. První výzkumný soubor tvořilo deset žen ve věku nad 35 let, druhý výzkumný soubor tvořily tři porodní asistentky. Výzkumné šetření probíhalo formou polostrukturovaných rozhovorů.

Respondentky respektive ženy ve věku nad 35 let, byly tázány na identifikační údaje, které jsou pro nás velmi podstatné při vyhledávání vlivu věku na graviditu ženy. My jednotlivé identifikační údaje dále rozvádíme z toho důvodu, že vyšší věk je rizikový faktor stejně jako třeba nezdravé životní prostředí, kouření či nedostatečný pohyb v životě ženy apod. Není sice možné z těchto faktorů vyvozovat určité závěry, vzhledem k malému počtu respondentek, považujeme však za správné na ně poukázat.

V Tabulce 1 uvádíme povolání respondentek. Zaměstnání poukazuje na určité společenské zařazení těchto žen, a bylo zahrnuto z toho důvodu, že pro jisté komplikace

či nezdary v těhotenství, by nemusel být věk sám o sobě rizikový faktor. Z hlediska povolání by se dal vydedukovat určitý faktor stresu, či ekonomické a sociální podmínky ženy. V tomto výzkumném šetření sehrává povolání ženy ještě jeden důležitý aspekt, kterým lze dojít k výsledku problematiky odsouvání gravidity a rodičovství do vyššího věku. Toto potvrzuje důvod pro otěhotnění R9, pro kterou byla prioritou její kariéra. Pro faktor stresu v zaměstnání je důkazem odpověď R1, která se vyjadřovala k důvodům její neschopnosti otěhotnět, odpověděla: „Zřejmě šlo o stres v práci, který jsem zažívala. To říká i můj gynekolog. Mívala jsem ale i pocity, že nejsem zralá na těhotenství, i když jsem jakoby to dítě chtěla...“

Další dotazovanou skutečností bylo, zda ženy bydlí ve městě, či na venkově. Tato fakta poukazovala na životní prostředí, ve kterém se žena pohybuje. Smog a prašné městské prostředí by mohlo mít vliv na vznik civilizačních onemocnění, která mohou mít poté svou roli při otěhotnění ženy. Devět žen z deseti (R1, R2, R3, R5, R6, R7, R8, R9, R10) uvedlo, že žijí ve městě. Pouze jedna žena (R4) žije na vsi, ale pracuje ve městě.

Významným faktorem v tomto výzkumném šetření je kouření. Hájek (2014) uvádí, že v případě, že je žena kuřačka, roste s jejím věkem i negativní účinek cigaret. U žen kuřaček se pro příklad setkáváme s 1,4krát častějšími spontánními potraty a 1,2krát vyšší perinatální úmrtností (Hájek, 2014). Pokud by byla žena kuřačka v našem výzkumném šetření, nemusely být tedy výsledky šetření validní. Věku by mohly být přisuzovány problémy, které mohou být způsobeny též kouřením. Devět z deseti respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R6, R7, R9, R10) uvedlo, že nejsou kuřačky. Z výpovědi respondentky R8 bylo patrné, že dříve pravidelně kouřila, ale před šesti lety s kouřením přestala. Ukončila kouření v době, kdy plánovala mít dítě, poté ale následovala etapa tří spontánních abortů. Dalo by se polemizovat nad vlivem kouření, ale zřejmě to nebyl hlavní problém, protože byla ženě diagnostikována Leidenská mutace a byl zjištěn její zřejmý význam v gynekologické anamnéze ženy.

Dalším sledovaným faktorem ve výzkumném šetření, byla tělesná aktivita před těhotenstvím. Opět je zjišťován životní styl, který by mohl být případným rizikem pro těhotenství ženy zvláště ve vyšším věku. Pokud žena nevykonává žádnou tělesnou

aktivitu (ve smyslu cvičení, pohybu, udržování kondičního stavu), je u ní vyšší riziko nadváhy a s tím spojené komplikace typu hypertenze, diabetes mellitus a podobně. Přičemž uvádíme, že pro tyto komplikace je věk rizikový faktor a při jejich vzniku může mít významný vliv. Otázka fyzického stavu ženy souvisí též s ukončením těhotenstvím. Je známo, že porod je velmi fyzicky náročná událost. Pokud se porod přesouvá do věku nad hranici 35 let, zvláště pak, pokud žena není zvyklá na fyzickou zátěž, může u ní vzniknout vyšší riziko porodu per sectio cesarea nebo porodu pomocí kleští či vakuumextrakce z důvodu vyčerpání rodičky. Šest respondentek (R3, R4, R6, R7, R8, R10) bylo zvyklých před těhotenstvím pravidelně vykonávat nějaký sport či fyzicky náročnější aktivitu, přičemž dvě respondentky (R3 a R7) vykonávaly tyto aktivity i v těhotenství. Čtyři respondentky (R1, R2, R5 a R9) nijak svou kondici neudržovaly.

Ženy byly tázány na důvody jejich otěhotnění ve vyšším věku, a zda těhotenství plánovaly. Bylo zjištěno, že nejčastější důvod byl partner ženy, a to z různých příčin. Partnera uvedlo pět žen z deseti (R4, R5, R7, R8 a R10), přičemž dvě z nich (R4 a R5) byly vícerodičky a tři (R7, R8 a R10) prvorodičky. Partner se v odpovědi R4 objevil jako iniciátor gravidity. Vyskytly se ale i případy, kdy partnera respondentky (R7 a R8) delší dobu neměly, a tudíž se jejich těhotenství odsunulo do vyššího věku. R8 sdělila: *„Dlouho jsem nemohla najít vhodného partnera. Dítě jsem vždycky chtěla, nic jsem záměrně neposouvala, ale bylo pro mě důležité najít správného muže pro rodinu, a žádný nebyl moc vhodný. Když jsem se těsně před třicítkou potkala s manželem, tak jsem začala těhotenství plánovat. Pak ale začaly potíže s potrácením a já se dítěte dočkala až teď.“* U třech respondentek (R4, R5, R10) došlo ke změně partnera z důvodu rozvodu s bývalým manželem, a to tedy znamenalo impulz pro společného potomka. Dle českého statistického úřadu jsme zjistili z dat z roku 2013, že právě ve věkovém rozmezí 35–39 let ženy je největší rozvodovost. V roce 2013 proběhlo konkrétně 6 951 rozvodů v tomto věkovém rozmezí (ČSÚ, 2014b). Ačkoliv Linhart (2005) uvádí, že dnes ženy odkládají své těhotenství proto, že chtějí mít kariéru, studovat a bezstarostně cestovat (Linhart, 2005). V našem výzkumném šetření se toto tvrzení nepotvrdilo. Kariéru jako svůj důvod pro odkládání gravidity uvedla pouze jedna

respondentka (R9). V získaných odpovědích se vyskytlo jako příčina také sportovní vyžití, R6 nad těhotenstvím příliš nepřemýšlela a plně se věnovala sportu. Respondentka R1 uvedla, že se jim nedařilo dlouhá léta zplodit dítě. V tomto případě nás to vede k otázce, proč nedošlo k žádné léčbě neplodnosti? R1 nám sdělila, že až v jejích zhruba 35 letech podstoupil manžel vyšetření spermioqramu, další vyšetření ale nebyla nutná, protože poprvé otěhotněla. Vyskytl se i názor, že partneři měli již dvě dívky a přáli si ještě chlapce. Jako poslední důvod, se objevilo sdělení respondentky R3, která otěhotněla spontánně, neplánovaně, ale byla za to ráda.

Zajímavé je, že porodní asistentky viděly problematiku odkládání gravidity stejně jako Linhart (2005) také v kariéře ženy (viz výše). Tuto teorii ale respondentky nepotvrdily. Porodní asistentky se ale shodly s ženami na vlivu partnera, tudíž je tato problematika známá, a často opakovaná. PA1 uvedla: *„U prvorodiček po 35. roku je za tím většinou kariéra, ale může za tím být i partner. Někdy si ženy myslí, že si pořízením dítěte partnera udrží. Nebývá to ale záruka pevného vztahu. Nebo si dítě prostě přejí, a jdou do toho se všema riziky. Ženy si neuvědomují, že i samotným těhotenstvím, porodem a péčí o dítě vlastně trochu rychleji stárnou.“* PA3 poukázala na to, že si ženy nemohou vhodného partnera najít, což se potvrdilo u respondentky R8, která měla právě tento problém. PA3 také zmínila nezralost partnera na to mít potomka. PA2 doplnila také dlouhodobě léčenou sterilitu.

Od respondentek bylo zjišťováno, zda svou graviditu plánovaly, či nikoliv. Plánování rodičovství (těhotenství) je definováno jako snaha partnerů, aby žena otěhotněla a porodila v co nejvhodnější dobu (Sák, 2010). Na otázku plánování gravidity šest respondentek (R2, R5, R6, R7, R9 a R10) rozhodně odpovědělo, že ano, že graviditu plánovaly. Z toho nám vyplývá, že ženy z vlivu vyššího věku z průběhu gravidity nemají velké obavy, své těhotenství chtějí a plánují. Žádná respondentka neodpověděla, že by si dítě nepřála, že je nechtěné. I když R3 uvedla, že těhotenství vyloženě neplánovala, i tak ale své dítě chtěla. Z důvodu složité gynekologicko-porodnické anamnézy dvě respondentky (R1 a R8) své těhotenství neplánovaly, protože ztrácely naději, že se jim podaří potomka porodit. R1 měla problém takový, že se jí dlouhá léta nedařilo otěhotnět. Podařilo se jí to v době, kdy podstoupil její partner

vyšetření spermioqramu. Ulčová-Gallová (2013) uvádí, že ženy, které se snaží otěhotnět, bývají často velmi úzkostlivé. Striktně si hlídají své plodné dny a vyžadují pravidelný sexuální kontakt s partnerem. Jejich pravidelné menstruační krvácení je stresuje. Necítí se dobře při kontaktu s těhotnými ženami, a začnou se jim následně vyhýbat. Jedná se o neschopnost ženy otěhotnět z psychogenních příčin, která se řeší návštěvou psychologické poradny, změnou gynekologa či adopcí (Ulčová-Gallová, 2013). Respondentky R1 a R8 potvrdily, že jim nedělal dobře pohled na ženy s kočárky. U R8 ale nešlo o neschopnost otěhotnět, ale o to, že se jí nedařilo plod donosit. Odpověděla: „*Plánovala jsem předchozí těhotenství, které skončily potratem. Když jsem potřetí potratila, tak jsem se na to přestala soustředit. Koupili jsme si pejska, se kterým jsme plánovali, jak budeme chodit na výstavy, jeli na dovolenou...za rok poté jsem otěhotněla, dá se říct spíše neplánovaně.*“

Zajímali nás znalosti žen týkající se problematiky gravidity ve vyšším věku. Ženy byly tázány na to, co věděly o rizicích věku na graviditu před otěhotněním. Z výzkumného šetření vyplynulo, že šest z deseti respondentek (R2, R3, R4, R8, R9 a R10) nějaké znalosti mělo. Přičemž nejvíce je v povědomí žen riziko Downova syndromu a dalších genetických vad. Nicméně ženy zmiňovaly také vyšší riziko předčasného porodu či potratu, těhotenskou hypertenzi a neplodnost přicházející s postupujícím věkem ženy. Řežábek (2008) snižování plodnosti s věkem potvrzuje, zhruba ve věku 35 let života ženy schopnost otěhotnění značně klesá a okolo 42 let ženy se začne blížit 0 % pravděpodobnosti otěhotnění (Řežábek, 2008). Bylo ale také zjištěno, že dvě respondentky (R1 a R6) o žádných rizicích nevěděly, tudíž je nebraly v potaz. Při výzkumném šetření se ale vyskytly také případy, že si respondentky rizika vyššího věku pro graviditu nechtěly vůbec připouštět, nepřemýšlely nad nimi. Takto rizika věku vnímaly čtyři respondentky (R3, R5, R7 a R10). Z hlediska psychiky žen, je tato reakce zřejmě obranná reakce těla. Je totiž známo, že psychika ženy je pevně spjata s jejím tělem, mluvíme tedy o psychosomatice. Nováková (2011) uvádí, že jde o interakci psychického resp. duševního a fyzického zdraví. Psychosomatika duši a tělo neodděluje (Nováková, 2011). Negativní mysl ženy by mohla mít za následek vyvolání určité komplikace bez zjevné příčiny. Dvě respondentky (R3 a R5) nad žádnými

rizikovými vlivy věku pro graviditu nepřemýšlely, protože měly v minulých těhotenstvích dobré zkušenosti. R5 zažila bezproblémové těhotenství své matky také ve 41 letech, tudíž si rizika ohledně věku a gravidity před těhotenstvím nepřipouštěla. U těchto případů bychom podotkli, že reakce R3 a R5 na základě zkušeností, je zřejmě obvyklá, protože stejný názor zastávala i PA2, která se vyjadřovala k rozdílům mezi staršími a mladšími rodičkami, a uvedla: „*Snad jen, že žena nad 35 let, která čeká 2., 3. dítě necítí tolik ten věkový handicap, už nejméně jednou rodila, vše probíhalo normálně, považuje tedy za skoro samozřejmé, že tak to bude i ve věku nad 35 let a výše. Navíc doma už nějaké děťátko má, necítí se tak limitovaná, nemá většinou takové obavy.*“

Když se respondentky vyjadřovaly k informačním zdrojům ohledně rizik vyššího věku v souvislosti s graviditou, bylo zjištěno, že nejčastějším zdrojem informací je sám gynekolog. Uvedlo jej šest respondentek (R1, R2, R3, R4, R6 a R9). Literaturu užily čtyři respondentky (R2, R5, R6, R8), tudíž je druhým nejčastějším zdrojem. A na třetím místě se objevil internet, který zmínily tři respondentky (R2, R3, R4). Tento výsledek je zdá se pozitivní, protože na prvních dvou místech se objevily zdroje podávající kvalitní informace. Gynekolog dokonce přihlíží k individualitě ženy, a tím pádem je nejvhodnějším zdrojem informací. Problém nastává se zdrojem informací typu internetu. Data zde nemusejí být vždy přesná a správná. K této problematice se vyjádřily i porodní asistentky, které internet vnímají negativně. Pro příklad PA3 sdělila: „*Ženy o informace zájem mají, ale většinou je hledají na internetu, a to je skryté zlo, protože ty chybné informace se jim tady dlouhými rozhovory snaží paní doktorka vymluvit a vysvětlit, ale ony si často vedou svojí.*“ Ani v jedné odpovědi respondentek ale nebyla zmíněna porodní asistentka jako zdroj informací.

S informacemi je pevně spjatá edukace, která by měla být v prenatalních poradnách běžně prováděným procesem. Juřeníková (2010) uvádí, že žena přicházející do prenatalní poradny zastává roli edukanta, a je nezbytné jí předat důležité informace z oblastí, ke kterým je konkrétní zdravotnický pracovník kompetentní (Juřeníková, 2010). Jsou ale ženy ve vyšším věku v prenatalních poradnách edukovány? Ze strany lékaře gynekologa ano, všechny respondentky se shodly, že byly edukovány

o amniocentéze. Respondentka R4 reagovala na otázku týkající se edukace takto: *„Lékař mi všechno řekne, sestřička se mnou vůbec nemluví. Podle mě je to tak zařízené a nastavené v té ordinaci. Možná, že kdyby sestra pacientkám něco vysvětlovala, a řekla to jinak než lékař, tak by vznikaly nepříjemné situace. Takže je to asi dobře, že všechno říká on.“* Dvě porodní asistentky (PA1 a PA3) tuto skutečnost potvrdily, a uvedly, že ony samy příliš needukují a nechávají tuto roli na gynekologovi, a to z důvodu nedostatku času a menších kompetencí porodních asistentek ke sdělování informací než má lékař. Na druhou stranu tři respondentky (R1, R9 a R10) uvedly, že je edukuje i porodní asistentka, a to v oblasti selfmonitoringu krevního tlaku, vhodných potravinách při zvracení a pálení žáhy a podobně. Přičemž k potvrzení tohoto výsledku směřuje i výpověď PA2, která sdělila, že ona ženy ve vyšším věku edukuje, odpověděla: *„Ženy edukuji o všech vyšetřeních, které je čekají, a kdy jsou prováděny. Zdůrazním, že jediným rozdílem u žen nad 35 let od ostatních těhotných je již zmiňovaná amniocentéza, která se nad 35 let doporučuje, sděluji i alternativy amniocentézy.“* Bylo tedy zjištěno, že dvě porodní asistentky ze tří v prenatálních poradnách needukují, i když k tomu určité kompetence mají.

Spokojenost s edukací v prenatální poradně verbalizovalo devět respondentek (R1, R2, R3, R4, R5, R7, R8, R9 a R10). Důležité informace nepostrádaly. Avšak R6 spokojena nebyla, odpověděla: *„Celkově jsem moc edukována nebyla, já to nechci brát nijak negativně, ale myslím si, že minimum informací o tom těhotenství by mohlo být, aniž by se člověk vyptával, aby to musel hledat na internetu, nebo aby se třeba musel zbytečně plašit.“*

S respondentkami byly následně řešeny jejich poruchy organismu a onemocnění v době před graviditou. Pařízek (2008) uvádí, že je důležité, aby v době plánování těhotenství oba partneři věděli, zda nemají nějakou nemoc, která by se mohla projevit v průběhu gravidity ženy (Pařízek, 2008). Hašlík (2013) uvádí, že spolu s vyšším věkem se dá předpokládat vznik chronického onemocnění jako je hypertenze či diabetes mellitus (Hašlík, 2013). Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že v době před graviditou šest respondentek z deseti (R2, R4, R5, R7, R9 a R10) žádnou poruchu ani nemoc diagnostikovány neměly. R1 prodělala jisté zákroky na děloze, a odpověděla:

„Ve dvaceti letech jsem podstoupila miniinterrupci a zanedlouho potom jsem musela jít na laparoskopii, protože jsem měla velmi bolestivý pohlavní styk s manželem a pan doktor mi řekl, že mám obrácenou dělohu, proto jsem musela toto podstoupit. Od té doby je to v pořádku.“ Tudíž se dá polemizovat nad následným vlivem zákroků na dlouhodobou neschopnost respondentky otěhotnět. Nicméně se dá uvažovat i nad porodem mrtvého plodu v jejích 36 letech, kde se dá tomuto faktu přisoudit i rizikovost vyššího věku. Respondentce R3 bylo diagnostikováno autoimunitní onemocnění erytéma nodosum v roce 2006, po porodu prvního dítěte. Gravidita se s onemocněním vzájemně nijak neovlivnila. Respondentce R8 po druhém potratu byla zjištěna Leidenská mutace, a v té době jí lékařka zjistila i velmi slabou alergii na vlastní embrya. Cibula (2009) uvádí, že Leidenská mutace je charakterizována jako vrozená choroba vyznačující se rezistencí k aktivovanému proteinu C, a z toho důvodu mutuje koagulační faktor 5 (Leiden faktor), který mění protrombin na trombin. Proto jsou nositelé této choroby více náchylní ke vzniku trombózy (Cibula a kol., 2009). Respondentce R8 bylo ze stran lékařů vysvětleno její potrácení vznikem hematomů vytlačujících plod z dělohy. Díky podávání injekcí Fraxiparinu se jí podařilo u čtvrtého těhotenství donosit plod až dokonce.

Pařízek (2008) uvádí, že gravidní žena po 35. roce života je někdy více ohrožena těhotenskými komplikacemi typu samovolných potratů, hypertenze, metabolických poruch, někdy špatným nitroděložním vývojem plodu a také VVV (Pařízek, 2008). Když shrneme fakta, která ženy uvedly jako komplikace či nepříjemnosti, které konzultovaly se svým gynekologem, můžeme si všimnout, že z velké části uvedly potíže, které se vyskytují i u těhotenství žen ve věku pod hranici věku 35 let. Pokud bychom hledali přímou návaznost komplikace na věk ženy, vyskytla se jedna respondentka (R5), u které bylo podezření na hrozící ztrátu plodu, a to z důvodu krvácení po podstoupení amniocentézy, kterou absolvovala z indikace věku nad 35 let. Z tohoto důvodu musela být i hospitalizována. Respondentkám R4 a R6 bylo diagnostikováno nízko nasedající lůžko, které může mít souvislost právě s vyšším věkem ženy (viz Příloha 9). Hypertenze, kterou uvádíme též jako riziko ve vyšším věku, se vyskytla celkem u tří respondentek (R2, R5 a R9). Dokonce všechny porodní

asistentky na otázku týkající se komplikací u žen ve vyšším věku hypertenzi také uvedly. Tudíž se s ní často setkávají. PA3 sdělila: „*Většinou u nich komplikace nejsou, ale mají jeden společný problém, a to je hypertenze. To pak hodně sledujeme otoky, aby nám to nepřerostlo v preeklampsii*“. Dalo by se uvažovat také nad bolestivým napínáním kůže R1, za předpokladu, že by se potvrdila její hypotéza popisující ubývající kolagen v souvislosti s věkem. Jistá komplikace by se dala vidět i v době, kdy R1 pociťovala slabě pohyby plodu. Další zmíněné obtíže žen byly spíše obecného charakteru, a mohou se vyskytnout u gravidních žen v jakémkoliv věku. Zajímavé je, že porodní asistentky uvedly, že většinou u žen ve vyšším věku vážnější komplikace neshledávají, což je pro nás impulz k tomu, abychom nenahlíželi na gravidní ženu starší 35 let jako na nemocnou.

Ačkoliv je dokázáno, že ženy s věkem ztrácí svou schopnost otěhotnět, v našem výzkumném šetření toto potvrzeno nebylo. U jediné respondentky (R1), která uvedla, že se jí nedařilo otěhotnět 12 let, jsme zjistili, že šlo o důvody jiné než byl vyšší věk. Zřejmě se na její neschopnosti otěhotnět podepsal stres a zákroky prováděné na děloze (miniinterrupce a laparoskopie ve 20 letech).

S neschopností vzniku gravidity se pojí i problematika užití IVF. Žádná respondentka takovou metodu nepodstoupila. Odpovědi porodních asistentek na otázku četnosti využití IVF po 35. roce života ženy, byly tak různorodé, že lze říci, že takové ženy se vyskytují, ale záleží na konkrétních prenatálních poradnách, a výzkumný vzorek porodních asistentek by pro objektivní informace musel být větší.

Dále jsme sledovali problematiku donošení plodu. Odborníci se shodují na přímé úměrnosti zvyšování se věku ženy a navyšujícího se počtu potratů (Marková, 2014). To platí i u předčasného porodu, zvláště pak pokud je to spojeno s problematikou vícečetného těhotenství. U žádné respondentky však nebyl zjištěn v anamnéze předčasný porod. Vyskytly se spontánní potraty, které prodělaly tři respondentky (R2, R8 a R9). Všechny respondentky je ale zažily pod hranici 35 let, tudíž nebyl shledán vliv věku.

Významnou problematikou je psychika těhotné ženy ve vyšším věku. Dle Ratislavové (2009) jsou ženy prvorodičky ve vyšším věku více úzkostlivé a pociťují

obavy o graviditu. Naopak vícerodičky popisuje jako ženy sebevědomé a životem posílené, tudíž jsou náročnější v oblasti uspokojování vlastních potřeb. Zmiňuje také amniocentézu pro psychicky náročné období čekání na výsledek (Ratislavová, 2009). Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že čtyři respondentky z deseti (R2, R4, R6 a R10) byly v graviditě naprosto spokojeny a nepocíťovaly ani úzkost ani obavy, přičemž dvě byly prvorodičky (R6 a R10) a dvě vícerodičky (R2 a R4). Naproti tomu odpověď R3 (vícerodičky) potvrzuje fakta dle Ratislavové ohledně větší osobní náročnosti. R3 uvedla: *„Na první jsem se těšila opravdu hodně a na to druhý nemůžu říct, že ne, ale už jsem věděla, co mě čeká. Člověk už je sobec. První syn už je velkej, takže už jsem pohodlná. Ale ono si to sedne časem. Teď už z toho nejsem v euforii, беру to racionálně. Nejsem ze všeho tak natěšená.“* Bylo také zjištěno, že pět respondentek (R1, R5, R7, R8 a R9) pocíťovalo o graviditu a plod strach či úzkost, přičemž tři z nich byly prvorodičky (R7, R8, R9), byla tedy opět potvrzena teorie dle Ratislavové. Lze si povšimnout také faktu, že tyto respondentky (kromě R7) se potýkaly buď před graviditou nebo v graviditě s nějakou vážnější situací týkající se potratu, porodu mrtvého plodu, či hospitalizace z důvodu krvácení po amniocentéze. Koudelková (2007) uvádí, že v situaci, kdy je gravidní žena hospitalizována, hraje velkou roli její schopnost adaptace a individualita, protože jde o náročné období v životě ženy (Koudelková, 2007). Respondentka R7 poukázala na svou úzkostnější povahu i mimo graviditu. V souvislosti s touto problematikou se porodní asistentky vyjádřily k tomu, zda a jak ženy psychicky podporují. Všechny porodní asistentky zmínily svou aktivitu při podávání psychické podpory ve chvíli, kdy se žena vyskytne ve složité situaci týkající se jejího těhotenství. Zjistili jsme, že porodní asistentky v prenatálních poradnách s takovými ženami hovoří o problému, uklidňují je a mají k nim empatický přístup. PA2 buduje vztahy s ženami i v době, kdy komplikace nemají, aby se nebály s problémem přijít.

Když byly respondentky tázány na to, co si myslí o rodičovství ve vyšším věku v souvislosti s vnímáním společnosti. Tři z nich (R2, R3, R10) odpověděly, že vidí jako hranici věk 40 let. Těhotenství pod 40 let nevnímaly jako problém, cítily se mladě. PA1 a PA3 se vyjádřily k této problematice dá se říci negativně, PA1 odpověděla: *„Samotné těhotenství může, ale samozřejmě nemusí, proběhnout komplikovaně.“*

A hlavně vidím problém etický. Pokud žena porodí dítě okolo 40 let, až bude dítěti 20 let, jí bude 60 let. Dítě si rodiče neužije, brzy mu mohou odejít. A nehledě na to, že pokud chce dítě studovat, měli by ho rodiče živit do jeho 26 let, a to už mohou být v důchodu, nebo nebudou moci dítě zabezpečit. Jeho výchova také nebývá stejná, jako když jsou rodiče mladí, většinou to sklouzne k typu výchovy prarodičů. Musí se vzít v potaz psychika dítěte, jehož rodiče jsou vlastně v poměru k ostatním rodičům jeho vrstevníků bohužel staří, tím pádem mají jiné názory a jiný pohled na svět.“ Na vnímání dítěte poukázala i Respondentka R4, která sdělila: *„To byste se museli spíš zeptat těch dětí. Můj pohled je radost, štěstí, ale mě by spíš zajímalo, co řekne to dítě, jak na to bude pohlížet později. Popravdě je to vlastně ode mě sobecký, a kdybychom neměli tak velkou rodinu, tak bych do toho asi nešla. Ale myslím, že když bude mít to dítě okolo sebe spoustu lidí, nás, sourozence a bude se cítit milovaně, tak to bude v pořádku. Říkám si, že když bude cítit tu lásku, tak to nějak ospravedlním.“* PA2 by neodpírala ženám ve vyšším věku možnost mít dítě, její postoj byl naprosto kladný. Tyto situace jsou velmi složité a rozporuplné. Ale je na každé ženě, jak zváží závažnost této problematiky. Šest respondentek (R1, R5, R6, R7, R8 a R9) si tento fakt, dá se říci, vůbec nepřipustily. Lze si povšimnout, že jde o čtyři prvorodičky z pěti, přičemž R1 je sice druhorodička, ale porodila prvního živého potomka. Tudíž si dovoluujeme utvořit výstup takový, že pokud se žena cítí mladě, nepřemýšlí nad negativním společenským náhledem, zvláště pak, pokud porodí první dítě.

Respondentky multipary (R1, R2, R3, R4, R5) byly vybídnuty, aby porovnalý graviditu nad 35 let s graviditou ve svém mladším věku. Zjistili jsme, že jedna žena z pěti nepocítovala vůbec žádný rozdíl. V odpovědích respondentek se vyskytla větší unavenost pouze dvakrát (R1, R2). Tuto odpověď jsme čekali mnohem častěji, protože se o větší unavenosti v graviditě obecně velmi často mluví. U R4 byl rozdíl v podobě nízko nasedajícího lůžka. Její minulé gravidity proběhly naprosto bezproblémově. Jedna odpověď, konkrétně R5, poukázala na rozdílnost psychického vnímání. Vzhledem k jejímu krvácení po amniocentéze se u ní vyskytl strach a úzkost, tedy odpověděla: *„Hlavní rozdíl je v tom, že v těch 21 letech jsem si vůbec nepřipouštěla jakékoliv problémy, potíže, že by dítě mohlo být postižený, nebo že by se mohla přihodit nějaká*

komplikace. To v mladším věku člověk vůbec neřeší, prostě jak to přijde, tak to bere a nezabývá se myšlenkami, že by mohlo být něco špatně. Ale ve 41 letech se od první chvíle těmito myšlenkami zabýváte od začátku. To jsem si přála jedině, ať přeskočí čas, ať už je po porodu. Po tom odběru plodové vody kdykoliv jsem šla čůrat, už jsem se bála, že tam bude krev. Nebo mě píchlo v břicho a už byla panika...Co se týká fyzické stránky, tak jsem vlastně až do konce těhotenství ležela, takže ten rozdíl byl velký od minulých těhotenství.“ Takovou reakci ženy popisuje i Ratislavová (2009), která uvádí, že hrozící ztráta plodu je pro ženu velmi stresující a psychicky náročná (Ratislavová, 2009). Porodní asistentky spíše poukázaly na individualitu každé ženy na konkrétní situaci, ve které se nacházejí. Což samozřejmě platí, protože je velký rozdíl mezi ženou, která má dítě vytoužené nebo ženou, která otěhotněla náhodou. Takový bychom z toho vyvodili závěr i my. A zároveň poukazujeme na fakt, že rozdílnost v těhotenstvích být nemusí.

6 Závěr

Bakalářské práce se zabývala problematikou gravidity žen ve vyšším věku. Pro bližší specifikaci vyššího věku byla zvolena hranice 35 let. Výzkumným šetřením nás provázeli dva cíle. Prvním cílem jsme chtěli zjistit, jak vyšší věk ženy ovlivňuje její graviditu. Druhý cíl se zaměřoval na důvody, které vedly tyto ženy k otěhotnění. Bylo zvoleno pět výzkumných otázek, které se zabývaly informovaností žen, rozdíly mezi graviditami před a po 35. roce, názory a edukací porodních asistentek, důvody pro otěhotnění žen ve vyšším věku a vlivem vyššího věku na graviditu.

Výzkumné šetření ukázalo, že vyšší věk může určitým způsobem ovlivnit graviditu ženy. U třech žen z deseti byla zjištěna hypertenze, kterou označily i porodní asistentky jako časté riziko vyššího věku, tudíž se s vysokým tlakem obvykle setkávají ve svých prenatalních poradnách. Setkali jsme se také se situací, kdy bylo ženám diagnostikováno nízko nasedající lůžko, v tomto případě je v mnoha studiích prokázán vliv vyššího věku. Dalším důležitým zjištěním pro nás byla rizikovost amniocentézy, po jejímž absolvování hrozila ztráta plodu u jedné respondentky. A ačkoliv jsou různá vysvětlení pro narození mrtvého plodu u jedné z respondentek, dal by se k tomuto problému přisoudit i věk jako rizikový faktor. Bylo tedy zjištěno, že vyšší věk se zřejmě podepsal na graviditě sedmi respondentek z deseti. Zajímaly nás také důvody, které ženy měly pro otěhotnění ve vyšším věku. Nejčastějším důvodem byl partner ženy, který stál za jejím rozhodnutím mít potomka až ve věku vyšším. Tento důvod se vyskytl u pěti respondentek. Nicméně se u žen vyskytla v odpovědích také neschopnost otěhotnět, kariéra, tužba po určitém pohlaví dítěte či sportovní vyžití a také neplánovaná gravidita. Zjistili jsme, že ženy ve vyšším věku své těhotenství plánují, a tudíž si ženy svůj věk příliš nepřipouštějí jako rizikový. Nad informovaností žen stojí otazník v podobě psychosomatického faktoru. Šest žen o rizikovosti svého věku již před graviditou vědělo. Avšak bylo zjištěno, že některé ženy informace nevyhledávají, aby nebyly stresovány. Bylo zjištěno, že ženy nebývají edukovány ze stran porodních asistentek, nýbrž od lékařů gynekologů. Bylo by dobré, aby se porodní asistentky v této

oblasti více angažovaly. Pohled porodních asistentek na gravidní ženy ve vyšším věku je spíše negativní, vidí hlavně problémy společenské, a také komplikace způsobené vyšším věkem. Avšak jedna porodní asistentka vnímá tuto problematiku pozitivně, nevidí na graviditě ve vyšším věku významné problémy.

Tato práce by měla sloužit jako informační zdroj pro ženy, které se chystají otěhotnět ve věku nad 35 let. Neměla by ženy odrazovat ale informovat. Další využití by mohlo spočívat v publikaci v odborných časopisech.

7 Seznam zdrojů

CIBULA, D. a kol. 2009. *Onkogynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-802-4726-656.

ČECH, E. a kol. 2006. *Porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1303-8.

ČECHUROVÁ, D. a K. ANDĚLOVÁ. 2014. Aktuality: Doporučený postup péče o diabetes mellitus v těhotenství. *Česká diabetologická společnost* [online]. 25. 4. 2014 [cit. 2014-12-12]. Dostupné z: <http://www.diab.cz/aktuality/doporuceny-postup-pece-o-diabetes-mellitus-v-tehotenstvi-280>

ČEPICKÝ, P. 2011. Antikoncepce po čtyřicítce. *Moderní babičtví* 20. roč. 9, č. 20, s. 45–49. ISSN 1214–5572

ČESKÉ SPOLEČNOSTI KLINICKÉ BIOCHEMIE ČLS JEP. 2010. Těhotenství. *Lab Tests Online.cz* [online]. 24. 10. 2010 [cit. 2014–10–28]. Dostupné z: http://www.labtestsonline.cz/condition/Condition_Pregnancy.html?idx=2

ČSÚ. 2014a. Průměrný věk žen při narození 1. dítěte v letech 1950–2013. *Český statistický úřad* [online]. 30. 06. 2014 [cit. 2015–04–19]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/prumerny_vek_zen_pri_narozeni_1_ditete_v letech_190_2013

ČSÚ. 2014b. Demografická příručka - 2013: Rozvody podle věku ženy v letech 1950–2013. *Český statistický úřad* [online]. 24. 11. 2014 [cit. 2015–04–19]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-prirucka-2013-hjxzns09ab>

ČSÚ. 2015. Obyvatelstvo - roční časové řady: Úhrnná plodnost a průměrný věk matek, 1920–2013. *Český statistický úřad* [online]. 19. 02. 2015 [cit. 2015–04–19]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_hu

ELIAŠOVÁ, A. 2008. *Pôrodná asistencia I: Fyziológia*. Martin: Osveta. ISBN 978–80–8063–261–8.

GREGORA, M. a M. VELEMÍNSKÝ. 2011. *Nová kniha o těhotenství a mateřství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978–80–247–3081–3.

HÁJEK, Z. a kol. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1.vyd. Praha: Grada. ISBN 80–247–0418–8.

HÁJEK, Z. a kol. 2014. *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978–802–4745–299.

HANÁKOVÁ, T. a kol. 2010. *Velká česká kniha o matce a dítěti*. 1. vyd. Brno: Computer Press. ISBN 978–80–251–2788–9.

HAŠLÍK, L. 2013. Těhotenství po čtyřicítce. *Postgraduální medicína: odborný časopis pro lékaře*. roč. 15, č. 1. ISSN 1212–4184

HUANG, L. a kol. 2008. Maternal age and risk of stillbirth: a systematic review. *Canadian Medical Association Journal*. roč. 178, č. 2, s. 165–172.

JEKLOVÁ, A. a B. TROJANOVÁ. 2004. *Ošetrovatelská péče o těhotnou, rodičku a šestinedělku s vybranými onemocněními*. 1. vyd. Brno: NCO NZO. ISBN 80–701–3411–9.

JUŘENÍKOVÁ, P. 2010. *Zásady edukace v ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4721-712.

KAČEROVÁ, E. 2014. České matky stárnou. *Statistika&My* [online]. roč. 5, č. 3 [cit. 2015–04–19]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2014/03/ceske-matky-starnou/>

KADLECOVÁ, M. 2010. Manuál ošetrovatelské péče u plánovaného císařského řezu. *Sestra*. roč. 20, č. 3, s. 82–84. ISSN 1210-0404.

KOBILKOVÁ, J. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-726-2315-X.

KORYNTOVÁ, D. 2006. Plodnost v perimenopauze, možnosti IVF. *Klimakterická medicína*. roč. 11, č. 4, s. 13–17. ISSN: 1211-4278.

KOUDELKOVÁ, V. 2007. Problematika hospitalizovaných žen s rizikovým těhotenstvím. *Moderní babičtví* 12. Praha: Levret. roč. 5, č. 12, s. 22–23. ISSN 1214 - 5572.

KRÁLÍČKOVÁ, M. 2009. Vrozené vývojové vady, spontánní potraty, předčasné porody a současný životní styl. *Lékařské listy: Příloha Zdravotnických novin*. Praha: roč. 58, č. 16, 16–18 s.

KRUGMAN a JONES. 2013. Downův syndrom. *Heal* [online]. 2013 [cit. 2015–02–12]. Dostupné z: <http://ec.cotot.com/downuv-syndrom>

LEIFER, G. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.

LINHART, P. 2005. Ženské reprodukční zdraví. In: KONEČNÁ, H. *Reprodukční zdraví 2005: co dělat, aby člověk měl děti, když a až je bude chtít mít*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 80-7040-765-4.

MARKOVÁ, J. 2014. Potraty v roce 2013. *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Praha, 18. 2. 2014 [cit. 2014-12-10]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/potraty-roce-2013>

MERKOUNOVÁ, A. a M. OREL. 2008. *Anatomie a fyziologie člověka: pro humanitní obory*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4715-216.

MĚCHUROVÁ, A. a K. ANDĚLOVÁ. 2013. Hypertenze v graviditě – doporučený postup. *Česká gynekologie*. roč. 78, č. 4, s. 45–47. ISSN 1210-7832

NEDOMOVÁ, L. 2013. Prenatální diagnostika z pohledu porodní asistentky. *Sestra: Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky*. roč. 23, č. 07/08, s. 49–51. ISSN 1210-0404.

NOVÁKOVÁ, I. 2011. *Zdravotní nauka: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3707-2.

PŘÍZEK, A. 2008. *Kniha o těhotenství a dítěti*. 3. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-594-9.

PESCHOUT, R. 2013. Diabetes mellitus a těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví: časopis pro celoživotní vzdělávání lékařů*. roč. 22, č. 2, s. 129–135. ISSN 1211-1058

PRENASCAN. 2012. Informace pro lékaře: Anotace. *Prenascan: BGI technology inside* [online]. 2012 [cit. 2015–01–12]. Dostupné z: <http://www.prenascan.eu/pro-lekare/anotace/>

PROFEMA. 2013. CVS: biopsie choriových klků placenty. *Profema: Centrum fetální medicíny* [online]. 2013 [cit. 2015–03–08]. Dostupné z: <http://www.profema.cz/index.php/poskytovane-sluzby/invazivni-vykony/cvs-odber-choriovych-klku-placenty>

RASTISLAVOVÁ, K. 2008. *Aplikovaná psychologie – porodnictví*. 1. vyd. Praha: Reklamní atelier Area s.r.o.. ISBN 978-80-254-2186-4.

REPKOVÁ, A. 2006. *Gynekologické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta. ISBN 80-806-3236-7.

ROZTOČIL, A. a kol. 2008. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1941-2.

ROZTOČIL, A a kol. 2011. *Moderní gynekologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2832-2

ŘEŽÁBEK, K. 2008. *Asistovaná reprodukce: průvodce ošetřujícího lékaře*. [1. vyd.]. Praha: Maxdorf-Jessenius. ISBN 978-807-3451-547.

SÁK, P. a kol. 2009. *Standardy ošetrovatelské péče pro porodní asistenci*. 1. vyd. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice. ISBN 978-80-254-3774-2.

SÁK, P. 2010. *Vybrané kapitoly z gynekologie pro porodní asistentky*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-235-9.

SHRIM, A. a kol. 2010. Does very advanced maternal age, with or without egg donation, really increase obstetric risk in a large tertiary center?. *Journal of Perinatal Medicine*. roč. 38, č. 6, s. 645–650. DOI: 10.1515/jpm.2010.084.

SIMOČKOVÁ, V. 2011. *Gynekologicko–pôrodnické ošetrovatel'stvo: učebnica pre fakulty ošetrovatel'stva*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-808-0633-622.

SLEZÁKOVÁ, L. a kol. 2011. *Ošetrovatel'ství v gynekologii a porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3373-9.

STAFFORD, I. 2008. Placenta accreta, increta a percreta: Část první: Týmová péče začíná již prevencí. *Medical tribune CZ: Tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. 2008 [cit. 2014–11–6]. Dostupné z: <http://www.tribune.cz/clanek/12192>

STÁTNÍ ZDRAVOTNICKÝ ÚŘAD. 2008. *Systém monitorování zdravotního stavu obyvatel'stva ČR ve vztahu k životnímu prostředí*. Praha. ISBN 978- 80-7071-300-6.

SVĚRÁKOVÁ, M. 2012. *Edukační činnost sestry: Úvod do problematiky*. 1. vyd. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-845-2.

ŠAMÁNKOVÁ, M. 2006. *Základy ošetrovatel'ství*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-1091-4.

ŠEBLOVÁ, J. a J. KNOR. 2013. *Urgentní medicína v klinické praxi lékaře*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4744-346.

ŠILHOVÁ, L. a J. STEJSKALOVÁ. 2006. *Matkou ve vyšším věku: Vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Brno: Computer Press. ISBN 80-251-0987-9.

ŠIMONOVÁ, J. a B. DUŠOVÁ. 2014. *Ošetrovatelská péče o ženu s preeklampsií*. Florence: Odborný časopis pro ošetrovatelství a ostatní zdravotnické profese. roč. 10, č. 5, s. 25–29. ISSN 1801-464X

ŠÍPEK, A. a kol. 2011. Pokročilý věk matky jako indikace k provedení amniocentézy – zhodnocení karyotypu u 418 vyšetřených plodů. *Česká gynekologie: časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. roč. 76, č. 3, s. 230–234. ISSN 1210-7832.

ŠVARŤÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ. 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

TÓTHOVÁ, V. a kol. 2014. *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 978-807-3877-859

UNZEITIG, V. a M. LUBUŠKÝ. 2013. Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství. Doporučené postupy v perinatologii. *Česká gynekologie*. roč. 78, č. 4, s. 8–9. ISSN 1210–7832

ÚZIS. 2013a. *Rodička a novorozenec 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-087-1.

ÚZIS. 2013b. *Zdravotnická ročenka České republiky 2012*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-083-3.

ÚZIS. 2014. *Zdravotnická ročenka České republiky 2013*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. ISBN 978-80-7472-135-9.

ULČOVÁ–GALLOVÁ, Z. a P. LOŠAN. 2013. *Neplodnost: útok imunity*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-802-4745-558.

URBANOVÁ, E. 2010. *Reprodukčné a sexuálne zdravie ženy: v dimenziách ošetrovateľstva a pôrodnej asistencie*. 1. vyd. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-343-1.

VACEK, Z. 2006. *Embryologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1267-3.

ČESKO. Zákon č. 372/2011§ 82 odst. 2 Sb., O zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování: Nakládání s odejmutými částmi lidského těla, tělem zemřelého, postup při úmrtí a pitvy. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372#cast7>

8 Seznam příloh

Příloha 1 Změny v organismu ženy v těhotenství

Příloha 2 Průměrný věk žen při narození prvního dítěte v letech 1950–2013

Příloha 3 Peripartální komplikace

Příloha 4 Neplodnost

Příloha 5 Plodné dny ženy

Příloha 6 Výskyt spontánních potratů v I. trimestru těhotenství v závislosti na věku matky

Příloha 7 Mimoděložní těhotenství

Příloha 8 Normální hodnoty glykémie v žilní plazmě během oGTT

Příloha 9 Placentární komplikace

Příloha 10 Downův syndrom

Příloha 11 Prenatální vyšetřovací metody u fyziologického těhotenství

Příloha 12 Invazivní vyšetřovací metody a úloha porodní asistentky

Příloha 13 Žádost o souhlas ke spolupráci (prenatální poradny)

Příloha 14 Rozhovor se ženami ve vyšším věku

Příloha 15 Rozhovor s porodními asistentkami

Příloha 16 Úhrnná plodnost a průměrný věk matek, 1920–2013

Příloha 1 Změny v organismu ženy v těhotenství

Pro zdravou ženu je těhotenství naprosto přirozený avšak velmi zatěžující stav (Kobilková, 2005). Ženu čeká v graviditě celá řada anatomických, fyziologických i biochemických změn, které nastávají z důvodu adaptace jejího organismu na přítomnost embrya (plodu) (Hájek, 2014).

Velké změny jsou v těhotenství znatelné na vnitřních a vnějších rodidlech. Vaječníky, neboli ovaria, začnou produkovat větší hladinu hormonu prolaktinu, a tím se potlačuje cyklická ovariální hormonální aktivita (Slezáková, 2011). Změny registrujeme též na děloze. Děloha, neboli uterus, je dutý svalový orgán tvaru předozadně oploštělé hrušky. Je velmi důležitá pro přijetí oplodněného vajíčka (zygoty), výživu a ochranu zárodku (embrya) a plodu (fetu) (Čech, 2006). Hmotnost dělohy před otěhotněním je cca 50g, během těhotenství se mnohonásobně zvětšuje, až na cca 1 kg. Tvar se také mění ze zmiňovaného oploštělého tvaru na tvar kulovitý (Kobilková, 2005). Vlivem hormonů děloha mění svoji konzistenci, stává se měkkou, prosáklou a registrujeme na ní také chabý tonus (Slezáková, 2011). Hrdlo děložní, neboli cervix uteri, se během těhotenství také mění. Jde o orgán zejména vazivového charakteru a v době gravidity si udržuje svoji délku, a to 2–3 cm. Těhotenstvím u něj vzniká hypertrofie (zvětšení), prosáknutí a překrvení. Aby se usnadnila dilatace hrdla děložního při porodu, již během gravidity ubývá kolagenu (Čech, 2006). Cervikální žlázy produkují hustý hlen vytvářející v cervikálním kanále hlenovou zátku zastávající funkci bariéry před ascendentním vstupem bakterií do dutiny děložní. Pochva je v těhotenství zvýšeně prokrvená a v důsledku toho se mění zbarvení poševní sliznice. Typické je také, že se pochva prodlužuje, její záhyby méně prominují a zvyšuje se poševní sekrece (Slezáková, 2011). Sekret mívá nízké pH, které dosahuje hodnot okolo 4,0, tudíž je kyselé a chrání tak před patogenními mikroorganismy. Negativem se stává ale fakt, že může podpořit i vznik plísní, a tím pádem se poměrně často lze setkat v těhotenství s *Candida albicans* (Hájek, 2014). Zevní rodidla v graviditě zvětšují svůj tvar. V důsledku několika příčin často dochází ke vzniku varixů zevních rodidel a hemeroidů

u konečníku. Může za to zvýšené pánevní prokrvení, rostoucí děloha a tudíž její tlak na okolí, relaxace pánevních žil nebo obezita a zácpa (obstipace).

Mléčná žláza prochází změnami již brzy poté, co žena zaregistruje vynechání menstruace. Žena začne pociťovat napětí v prsou, větší citlivost bradavek. Po 10. týdnu gravidity lze již pozorovat tvorbu kolostra, nažloutlé tekutiny, které lze z bradavky i jemně vytlačit (Slezáková, 2011).

V těhotenství je velmi zatížen kardiovaskulární a krevní systém. Srdce v těhotenství mění svou polohu, vlivem postupujícího těhotenství a zvětšováním dělohy je srdce vysunuto nahoru a doleva a navíc je srdce současně lehce rotováno kolem své podélné osy. Kvůli těmto faktům se srdce mírně zvětší a vzniká systolický šelest (Roztočil, 2008). Krevní tlak bývá u těhotných žen ovlivňován její polohou, proto je gravidním ženám přímo nedoporučován leh na zádech, při kterém tak může vzniknout syndrom duté žíly. Těhotná děloha tlačí na dolní dutou žílu a omezuje tak návrat krve k srdci. Při tomto syndromu jsou u ženy charakteristické známky jako hypotenze, blednutí, pocení a nevolnost až ztráta vědomí. Jako ideální poloha je doporučován leh na levém boku. Během gravidity postupně vzniká hypervolemie (zvětšení objemu obíhající krve) (Leifer, 2004). Krev je ale tím pádem naředěného charakteru, proto u některých žen vzniká tzv. těhotenská anémie. Množství plazmy se zvyšuje totiž výrazněji než množství krevních elementů. Pouze produkce leukocytů je zvýšená. Tento jev, který je fyziologický, se nazývá leukocytóza. Důležitým faktem týkajícím se gravidity je, že se zvyšuje srážlivost krve (Slezáková, 2011).

V respiračním systému dochází ke změnám z důvodu vzniklého stavu bránice, která je vytlačena těhotnou dělohou nahoru, a tím dochází k jejímu omezení v pohybu. To je stav vedoucí k prohloubenému bráničnímu dýchání (Hájek a kol., 2014). Toto ztížené dýchání je přirovnáváno k dýchání člověka středně až těžce pracujícího (Kobilková, 2005). Frekvence dýchání se nijak nemění, ale respirační objem se zvyšuje (Čech, 2006).

V důsledku rozšíření močového systému dochází k těhotenské hydronefróze (rozšíření pánvičky a kalichů ledviny), která je fyziologická. Tlakem těhotné dělohy dochází ke stáze moči a vezikouretrálnímu reflexu, a je tedy u žen fyziologické častější

močení, které je v prvním trimestru způsobeno zvětšující se dělohou. Ačkoliv ve druhém trimestru se močení normalizuje, ve třetím trimestru se frekvence močení zvyšuje vlivem tlaku sestouplé hlavičky plodu do malé pánve (Slezáková, 2011). Asi u 20 % gravidních žen se můžeme setkat s glykosurií (glukózou v moči), jejíž příčinou je větší propustnost glomerulů pro glukózu a laktózu, aniž by proběhla reabsorbce v tubulech. Tento stav se po porodu normalizuje (Kobilková, 2005).

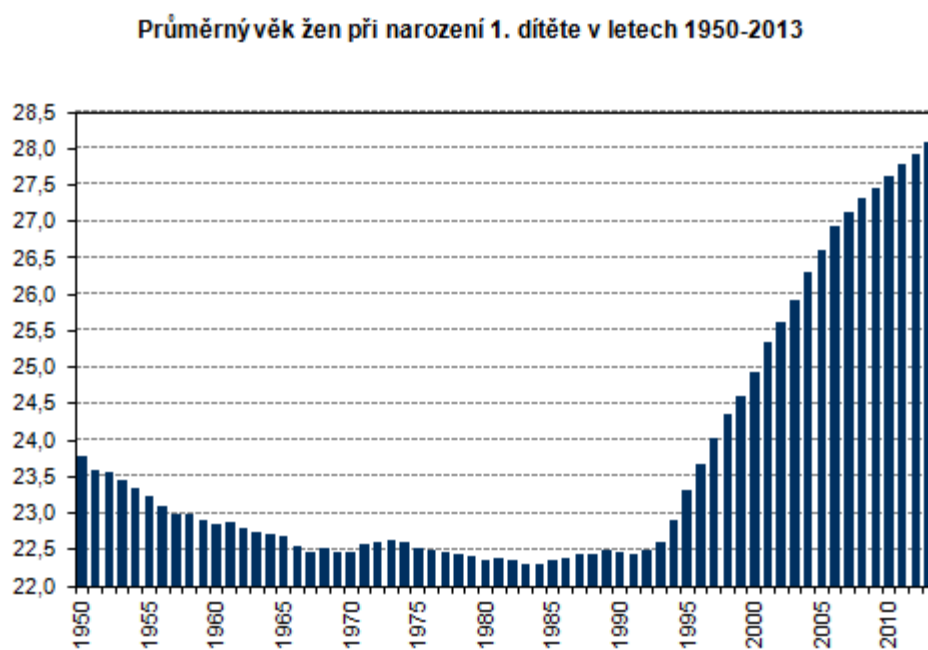
Zaměříme-li se na gastrointestinální trakt těhotné ženy, všímáme si vzhledem k větší prokrvenosti a měkkosti dásní, že jsou více náchylné k poranění. Estrogeny zapříčiňují vyšší produkci slin a objevuje se větší náchylnost k tvorbě zubního kazu, způsobené nižší kyselostí slin nebo demineralizací (Roztočil, 2008). Velká část těhotných žen trpí většinou mezi 6. až 14. týdnem gravidity těhotenskou nauzeou až zvracením. Naopak v pozdější době těhotenství se setkáváme u těhotných s pyrózou (pálením žáhy), což je zapříčiněno uvolněním svěrače kardia a zpětným vrácením žaludečního obsahu do dolní třetiny jícnu. Vzhledem k oblenění peristaltiky se žaludek hůře vyprazdňuje, a to je důležitý fakt pro anesteziology v případě nutnosti narkózy u těhotné. Snížená motilita střeva zapříčiňuje náchylnost k zácpě. Někdy se vyskytují zvláštní chutě, které dřív žena nemívala, tzv. pica syndrom (Slezáková, 2011). Důležité je, že játra jsou v těhotenství více zatížena, a může tak dojít až k jejich patologickým změnám. Mají ale naštěstí značné vyrovnávací schopnosti, a díky tomu většinou porucha jejich funkce nenastane (Kobilková, 2005). Vlivem vyšší hladiny progesteronu a estrogenů dochází k cholestáze (městnání žluči), a to může mít za následek usazování žlučových solí v kůži a následným svěděním, tzv. pruritus gravidarum (Roztočil, 2008). Co se týká metabolismu gravidních žen, bazální metabolismus se zvyšuje o 15–20 % kvůli zvýšené spotřebě kyslíku, která je závislá na růstu plodu a tkání ženy. Dále za tím stojí zvýšené nároky na krevní oběh a dýchání. Ženě se tělesná hmotnost během těhotenství postupně mění. Průměrný přírůstek na váze je 12–15 kg. Nelze se ale v tomto období řídit souvislostí mezi příjmem energie a přírůstkem hmotnosti. Těhotné přibývají na váze zejména ve druhém a třetím trimestru, k tomu ale přispívá i retence tekutin ve tkáních ženy.

Vzhledem ke zvýšení tělesné hmotnosti a změně těžiště těla se mění i postoj a chůze ženy. Bederní lordóza se zvětšuje a pletenec pánevní se uvolňuje následkem vysoké hladiny hormonů, které v těle cirkulují. Na tom má svůj podíl i zvýšená elasticita kolagenní a pojivové tkáně a z těchto příčin si gravidní ženy často stěžují na bolesti zad (Slezáková, 2011).

Vlivem vyšší hladiny estrogenů a progesteronu vznikají u těhotných žen změny na kůži a kožních adnexech, jde o tzv. hyperpigmentaci (nadbytek melaninu). Často se pigmentace více objevuje v predilekčních oblastech, jako jsou bradavky, pupek, linea alba (přecházející v linea nigra), axily, vulva a perineum. V obličejí vzniká chloasma uterinum vyskytující se na čele, horním rtu či tvářích. Po porodu dochází k útlumu těchto projevů (Roztočil, 2008). Vzhledem k rostoucí děloze a zvýšené hladině kortikosteroidů, vznikají strie na bříše (striae gravidarum). Někdy se během těhotenství i po porodu stává, že ženám začnou nadměrně vypadávat vlasy. Příčina tohoto jevu není známá, ale zřejmě jde o hormonální vlivy (Slezáková, 2011). Na druhou stranu u těhotných žen lze zaznamenat nadměrné ochlupení (hypertrichosis gravidarum), a to zvláště v podbříšku, a někdy i na tvářích. Jak vypadávání vlasů, tak i nadměrné ochlupení se po porodu většinou opět upraví (Kobilková, 2005).

Psychické změny v těhotenství bývají zcela běžné a dostávají se i u žen, které mají těhotenství chtěné či dokonce vytoužené (Roztočil, 2008). Změna v psychice souvisí s hormonálními změnami v těle ženy (Gregora, 2011). Co se týká vlivů na ženskou psychiku, nejde pouze o vlivy fyzické, ale i sociální a ekonomické. Intenzita psychických změn závisí na osobnosti těhotné ženy a na jejím okolí. Těhotenství je jedna z vývojových krizí v životě ženy. Postupně se musí naučit přijmout novou životní roli, a tím pádem i některé modely svého chování vypustit, a novým modelům se učit. Vzhledem k tomuto náročnému úkolu se stává žena nevyrovnanou, a tudíž se u ní mohou vyskytnout pocity zmatenosti či úzkosti (Roztočil, 2008). Velmi také záleží na kvalitě partnerského vztahu. Je důležité neopomínat také psychiku otce, který si může připadat odstrčený a osamocený, z důvodu uzavření se ženy do sebe a možného snížení její sexuální potřeby (Gregora, 2011).

Příloha 2 Průměrný věk žen při narození prvního dítěte v letech 1950–2013



Zdroj: ČSÚ. 2014a. Průměrný věk žen při narození 1. dítěte v letech 1950–2013. *Český statistický úřad* [online]. 30. 06. 2014 [cit. 2015–04–19]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/prumerny_vek_zen_pri_narozeni_1_ditete_v letech_1950_2013

Příloha 3 Peripartální komplikace

Těhotenství ženy v pokročilém věku bývá ukončeno císařským řezem častěji, než u žen v mladším fertilním věku, a to z důvodů těhotenských komplikací jako jsou pozdní gestózy, HELLP syndrom, poruchy placentace, diabetes mellitus, vícečetná těhotenství, stavy po císařském řezu v minulosti, nebo hemoragické komplikace. Pokročilý fertilní věk ženy má na svědomí i větší zastoupení případů mateřské mortality v souvislosti s krvácením (hemoragie) po porodu, a častější jsou i případy provedení hysterektomie právě pro peripartální komplikace (Hašík, 2013).

Pokud dojde k situaci, že je u ženy naplánován císařský řez, porodní asistentka pečuje o ženu následovně. V předoperační den porodní asistentka sleduje ozvy plodu a ptá se těhotné ženy na pohyby plodu, zda je cítí, a jak intenzivně. Dále kontroluje a zaznamenává fyzikální vyšetření. Odebere od ženy ošetřovatelskou anamnézu a zkontroluje výsledky interního předoperačního vyšetření (které nesmí být starší tři týdny), údaje v porodopisu a hlášení o narození dítěte. Dále je rodičce zaveden intravenózní katétr. Porodní asistentka odebere odběry dle ordinace lékaře a poté objedná krevní transfúze. Provede předoperační přípravu, která spočívá v aplikaci antikoagulancia dle ordinace lékaře, zajistí návštěvu anesteziologa za účelem získání ordinace k podání premedikace, oholí ochlupení v pubické části a v místě řezu. Edukuje ženu o následném pooperačním režimu a nakonec vše zaznamená do dokumentace. Většinou večer porodní asistentka aplikuje ženě očistné klyzma. Dále rodičku poučí o lačnění od půlnoci. Podá ženě premedikaci dle ordinace a v noci sleduje ozvy plodu. V den operace se opět poslouchají ozvy, zjišťují se pohyby plodu (Kadlecová, 2010).

Od této chvíle je péče stejná i v případě akutního císařského řezu. Dle Sáka (2009), standardu Nemocnice České Budějovice a.s., je nutné ženu tělesně a psychicky připravit. V první řadě porodní asistentka odebere ženě krev dle ordinace lékaře (krevní obraz, koagulaci, biochemii, krevní skupinu a Rh faktor) a následně objedná transfuzi. Operační pole důsledně oholí, zavede ženě permanentní močový katétr a zabandážuje jí dolní končetiny. Ženě jsou podávány jako prevence tromboembolické nemoci (TEN) dávky nízkomolekulárního Heparinu (Fraxiparine). Poté ženu porodní asistentka

ošperkuje, sundá brýle, vyndá jí zubní protézu a zkontroluje, zda nemá nalakované nehty, případně je odlakuje. Porodní asistentka zkontroluje ozvy plodu, vše následně zaznamená do dokumentace a doprovází ženu na operační sál (Sák, 2009).

Příloha 4 Neplodnost

Fakt, že se věk rodiček zvyšuje, má za následek zvyšování incidence subfertility a sterility. Hlavní příčina je stárnutí ovárií (vaječníků), které způsobuje úbytek a snižování kvality oocytů (vajíček) (Koryntová, 2006). Existuje ale několik příčin neplodnosti žen. „Příčiny ženské neplodnosti označujeme jako faktory a dělíme je na: ovariální faktor, tuboperitoneální faktor, endometrióza, děložní faktor, vaginální faktor, imunologický faktor, psychogenní faktor“ (Sák, 2010, s. 39).

Neplodnost je možno konkrétnímu páru diagnostikovat po 1 roce nechráněného a pravidelného pohlavního styku (Řežábek, 2008). Aby žena otěhotněla, měli by být s partnerem sexuálně aktivní alespoň 2 až 3krát týdně. Oplodnění je také podmíněno životností vajíčka uvolněného ovulací, která je ale omezena na 24 hodin (Linhart, 2005). Lhůta jednoho roku je však jen orientační, protože s vyšším věkem ženy se pro ni stává gravidita rizikovější, a proto se u žen nad 35 let mnohdy nečeká ani 1 rok a k léčbě neplodnosti se přistupuje již dříve. Je důležité také zmínit, že léčba neplodnosti má i svá rizika, kterými pro ženu mohou být mnohočetná těhotenství, ovariální hyperstimulační syndrom, mimoděložní gravidita nebo poranění ženy při odebírání oocytu z ovária (Řežábek, 2008).

Jak již bylo zmíněno, věk je velice významný aspekt v plodnosti žen, velmi negativně ovlivňuje fertilitu u žen starších 35 let, a to nejen v souvislosti se spontánním otěhotněním, ale i z hlediska výsledků metod asistované reprodukce. Stejně tak, co se týká metod umělého oplodnění, se úspěšnost snižuje s každým dalším rokem, přičemž výrazný pokles nastává po 40. roce věku (Hašlík, 2013).

V případě, že se nedaří ženě otěhotnět, je třeba zamyslet se nad problematikou neplodnosti mužů. Klesne-li počet spermií v ejakulátu pod 20 miliónů, nebo sníží-li se jejich pohyblivost, výrazně klesá možnost, že k oplodnění dojde. K této poruše významně přispívá fakt, že muž je aktivní kuřák, alkoholik nebo uživatel drog. Muži s tímto problémem někdy nosí nevhodný oděv, konkrétně úzké kalhoty, či nevhodné spodní prádlo, které vlivem tlaku zahřívá scrotum, což podporuje fakt, že muž nebude schopen zplodit potomka (Vacek, 2006). Příčiny mužské neplodnosti se rozdělují

na pretestikulární, testikulární a posttestikulární, přičemž je možno podstoupit několik vyšetření, které určitou neplodnost mohou odhalit (vyšetření spermiogramu, vyšetření protilátek proti spermiím, provedení IVF s cílem ověřit oplození či postkoitální test) (Řežábek, 2008).

Role porodní asistentky spočívá v důkladném informování páru o současných pokrocích v léčbě neplodnosti a o přirozených metodách plánování rodičovství. Je dobré je upozornit na Billingsovu ovulační a symptotermální metodu, které byly vyhodnoceny jako úspěšné kroky k početí dítěte. Případně také může porodní asistentka zmínit možnost adopce (Simočková, 2011).

Příloha 5 Plodné dny ženy

Pro vhodné naplánování otěhotnění je důležité, aby žena věděla, kdy má plodné dny, tzn. kdy je možnost oplodnění u ní nejpravděpodobnější. Není to ale jednoznačné, občas nastávají u žen situace, kdy se vajíčko z vaječníku neuvolní a pak mluvíme o anovulačním cyklu. S anovulačními cykly se častěji setkáváme u dívek, které jsou v pubertě, u žen po porodu či potratu nebo ke konci reprodukčního období. Dále k nim dochází při onemocnění, které jsou pro ženu vysilující, při hormonálních poruchách nebo ve stresových situacích. U některých žen dochází k anovulačním cyklům častěji a některé je mají dokonce trvale, a jsou tudíž neplodné (Pařízek, 2008). Chce-li žena zjistit, zda její menstruační cyklus je ovulační, lze to ověřit jednoduchou metodou měřením bazálních teplot pochvy. Za pomoci lékařského teploměru se každé ráno ve stejnou dobu měří teplota v pochvě, která se v období ovulace zvyšuje na 37,2 °C. Je známa ještě také metoda, při které analýzou slin za pomoci kapesního mikroskopu můžeme pozorovat ve slinách krystalizaci ukazující na ovulaci ženy (Hanáková, 2010).

Příloha 6 Výskyt spontánních potratů v I. trimestru těhotenství v závislosti na věku matky (podle Gilmora, 1985)

Věk matky	Potraty
< 20 let	0 – 1 %
20–24 let	1, 6 %
25–29 let	2, 1 %
30–34 let	2, 5 %
35–39 let	2, 6 %
> 40 let	13, 6 %

Zdroj: HÁJEK, Z. a kol. 2014. *Porodnictví: 3., zcela přepracované a doplněné vydání.* 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978–802–4745–299.

Příloha 7 Mimoděložní těhotenství

I na vznik mimoděložního těhotenství má vyšší věk ženy negativní vliv. Co se týká procentuálního vyjádření, v roce 2013 jich bylo zaznamenáno 3,4 % z celkového počtu potratů (Marková, 2014). Mírné zvyšování případů s mimoděložním těhotenstvím souvisí také s vyšším využíváním IVF (Šeblová, 2013). Jednou z možností mimoděložní gravidity je, že embryo nidované ve vejcovodu odumře a následně žena zakrvácí, to ale většinou zaznamená jako pozdní menstruaci. Častější je situace, kdy nidované vejce poruší cévy vejcovodu, tím vznikne krvácení do vaječného obalu, a zároveň odlučování nidovaného embrya, tzv. tubární mola. V případě kontrakčního vypuzování do břišní dutiny, jde o abortus tubarius. Klinický stav ženy závisí na síle krvácení. Krvácí-li žena slabě, dochází k usazování koagul v Douglasově prostoru. Horší stav vzniká v případě silného krvácení, žena je totiž ohrožena šokovým stavem a akutním hemoperitoneem (přítomnost krve v peritoneální dutině). Žena si stěžuje na bolesti v podbříšku a někdy také na peritoneální dráždění. Postupně dochází k poklesu krevního tlaku, pulz je zrychlený, nitkovitý. Projevuje se anémie a poté oběhové selhání. Je nutno získat anamnézu ženy, odebrat krev na hCG, provést ultrazvukové vyšetření a následně je tedy nezbytný urgentní chirurgický zákrok (Sák, 2010). Při tázání se ženy na anamnézu, je většinou zjištěno vynechání menstruace, že je žena po IVF či, že už jednou mimoděložní těhotenství prodělala (Šeblová, 2013).

Dle ordinace lékaře porodní asistentka odebere ženě biologický materiál, ze kterého je kromě jiného důležité stanovení hCG, a asistuje u ultrazvukového vyšetření (Sák, 2010). Porodní asistentka u ženy sleduje známky hypovolemického šoku a vaginální krvácení. Ve většině případů ale ženy krvácí do břišní dutiny, proto je povinností porodní asistentky hlásit lékaři větší bolestivost, na kterou se ženy dotazuje (jde zejména o bolest v oblasti ramen). Intervencemi porodní asistentky je také sledování tělesné teploty, z důvodu aktivního vyhledání případné infekce, vyhodnocení dýchacích fenoménů či zvuků střevních. Podává infuzní terapii, případně asistuje u transfúze, podává antibiotika, léky na bolest, vše dle ordinace lékaře. Porodní asistentka poučuje pacientku o nutnosti nepřijímat nic per os. Zavede jí močový katétr, který umožňuje

sledovat výdej moči, jenž je významným indikátorem tekutinové rovnováhy. Před operací porodní asistentka edukuje ženu o nutnosti klidu na lůžku. Předoperační a pooperační péče je stejná jako u břišní operace. Kromě výše uvedených intervencí, je také velmi důležitá emoční podpora poskytnutá ze strany porodní asistentky (Leifer, 2004).

Příloha 8 Normální hodnoty glykémie v žilní plazmě během oGTT po 75 g glukózy v těhotenství

Nalačno	< 5,1mmol/l
Za 1 hodinu po zátěži	< 10,0 mmol/l
Za 2 hodiny po zátěži	< 8,5mmol/l

Diagnóza GDM je stanovena, je-li alespoň jedna hodnota v testu patologická.

Zdroj: ČECHUROVÁ, D. a K. ANDĚLOVÁ. 2014. Aktuality: Doporučený postup péče o diabetes mellitus v těhotenství. *Česká diabetologická společnost* [online]. 25. 4. 2014 [cit. 2014–12–12]. Dostupné z: <http://www.diab.cz/aktuality/doporuceny-postup-pece-o-diabetes-mellitus-v-tehotenstvi-280>

Příloha 9 Placentární komplikace

Placenta praevia, neboli včestné lůžko je charakterizováno částečnou nebo úplnou inzercí v dolním děložním segmentu. Má čtyři stupně, které jsou klasifikovány jako insertio profunda placentae (nízko nasedající placenta), placenta praevia marginalis (okrajem zasahuje k okraji vnitřní branky), placenta praevia partialis (okrajem přesahuje vnitřní branku), placenta praevia centralis (placenta překrývá vnitřní branku). Incidence této poruchy je asi 0,4–0,8 %. Rizikovými faktory je vyšší věk ženy, vyšší parita, sectio cesarea v anamnéze, prodělaný spontánní či umělý potrat, kouření či abúsus drog. Příznakem je nebolestivé krvácení za postupného připojení Braxtonovy-Hicksovy kontrakce vedoucí k dilataci hrdla a ztenčení dolního segmentu. Někdy je vyvolavatelem nešetrný pohlavní styk. Krvácení se střídá se špiněním či s obdobím, kdy žena vůbec nekrváčí. Vzhledem k tomu, že krevní ztráta může být nakonec celkově větší, je chronické krvácení závažnější než akutní (Roztočil, 2008). Placenta praevia s sebou pro ženu přináší řadu rizik. Jednak se u žen s touto diagnózou vyskytuje poporodní krvácení, které je způsobeno neúplnou okluzí cév v dolním děložním segmentu také jsou ženy ohroženy vzduchovou embolií, poporodní sepsí, placentou accretou (až z 15 %), rizikem opakování při dalším těhotenství (4–8 %) či se mohou vyskytovat anesteziologické a chirurgické komplikace při případném provádění císařského řezu (Hájek, 2004).

Základem péče porodní asistentky je sledování vaginální krevní ztráty u ženy a její edukace. Poučuje ženu o postupu péče, o tom, že je důležité udržovat klid na lůžku a omezit pohybový režim. Hygienická péče je prováděna na lůžku. Dle ordinace lékaře porodní asistentka měří ženě krevní tlak a pulz, tělesnou teplotu a neustále sleduje její celkový stav. Dítě je monitorováno pomocí CTG a pozorují se ozvy a pohyby plodu rovněž dle ordinace lékaře. Sleduje se u pacientky dráždivost dělohy a příjem a výdej potravy i tekutin. Lékař rozhoduje o provedení ultrazvuku a velocimetrie, přičemž porodní asistentka údaje zaznamenává do dokumentace. Na základě ordinací je ženě odebrán biologický materiál, podávají se léky a kontroluje se jejich účinek. Porodní asistentka sleduje váhu ženy a zajišťuje případný elektrokardiograf a další interní

vyšetření. V případě, že se stav ženy nějakým způsobem mění, porodní asistentka hlásí takovou skutečnost okamžitě lékaři (Sák, 2009). Za účelem přísunu kyslíku k plodu porodní asistentka ženě poskytuje kyslík k inhalaci. Je nutno pamatovat na to, že porodní asistentka neprovádí vaginální vyšetření, pouze asistuje lékaři, a to je z důvodu, aby nedošlo k poruše ukotvení placenty a tím k horšímu krvácení. (Leifer, 2004).

Spolu s multiparitou, předchozími operacemi na děloze ženy, kyretáží dělohy a vzniklou placentou praeviou je vyšší věk žen velmi častým faktorem pro vznik placenty accrety. Placenta accreta je charakterizována jako prorůstání placenty ke stěně děložní. Hlavním rizikem pro plod v souvislosti s touto diagnózou je předčasný porod (Stafford, 2008), který se v 50 % vyskytuje současně s placentou praevii. Diagnózu placentu accretu zjišťujeme až ve 3. době porodní tak, že ji nelze manuálně odloučit. V tom případě se ženě ihned podají uterotonika, a je odvezena na operační sál, kde se přistupuje k pokusu vybavení placenty za použití Bummovy kyrety v celkové anestezii. V některých případech se při komplikacích musí přistoupit k hysterektomii (Hájek, 2004).

Další placentární komplikací v porodnictví může být také abrupce placenty, jde o akutní patologii, kdy se placenta odloučí částečně nebo celkově ještě před ukončením druhé doby porodní. Rizikovými faktory jsou věk nad 35 let, nebo pod 18 let, vyšší parita, kouření či abúsus drog, špatné sociální podmínky, plod mužského pohlaví, hypertenzní onemocnění matky, nitroděložní růstová retardace, chorioamnionitidy, prodloužený odtok plodové vody a nebo trombofilní stavy. Při vzniku abrupce placenty nejdříve dochází k děložnímu cévnímu spasmu, relaxaci myometria, poté následuje zvýšený přítok žilní krve, a arteriální krvácení do deciduy. Větší odloučení se projeví intenzivní bolestí břicha, nitkovitým pulzem, kolapsem až šokovým stavem. Krvácení nemusí být navenek znatelné (Roztočil, 2008). Abrupce placenty pro ženu představuje jistá rizika. Riziko mortality žen se pohybuje okolo 1 %, a to často z důvodu silného krvácení vedoucí k dalším komplikacím. Někdy tato komplikace vznikne i v dalším těhotenství, což je pro ženu dalším podstatným rizikem. Žena je dále ohrožena hypovolemickým šokem, DIC či multiorgánovým selháváním. Pokud dojde k poruše

kontraktibility dělohy, žena krvácí do myometria, a dochází tak k dalšímu riziku, a to k poporodnímu krvácení. U Rh negativních matek se spouští imunizace (Hájek, 2004).

Je důležité, aby porodní asistentka hlásila lékaři vyskytující se příznaky odloučení placenty. Jejými základními povinnostmi je sledovat počínající šokový stav, krvácení (z různých míst, nemusí jít jen o pochvu), monitorovat stav plodu a připravit ženu k případnému provedení lékařského zákroku. Pokud porodní asistentka zaznamená zvětšování dělohy, je to způsobeno vznikem hemoperitonea (hromaděním krve uvnitř). V některých případech se stává, že plod odumře v děloze, a je tedy vhodné ženě ze strany porodní asistentky poskytnout vhodné terapeutické techniky k lepšímu zvládnutí aktuálního stavu (Leifer, 2004).

Příloha 10 Downův syndrom

Ve vyšším věku bývá Downův syndrom často diskutován z důvodu jeho zvyšující se incidence se zvyšujícím se věkem. Downův syndrom poprvé popsal Longdon Down v roce 1865. Příčina tohoto onemocnění byla popsána až v roce 1959. Již od roku 1933 je známo, že výskyt tohoto onemocnění roste s věkem. Zatímco u 20 leté ženy je odhad rizika 1:1923–1340, u 35 leté už je odhad rizika 1:380–325. Po dosažení 35. roku nabírá odhad rizika výrazný spád a u 40 leté ženy je odhad rizika 1:110–94 (Roztočil, 2008).

Děti postižené Downovým syndromem mají svůj charakteristický vzhled, který se vyznačuje malou hlavou, krátkým krkem, šikmými očními štěrbinami, neobvyklými tvary uší či zploštělým obličejem. Může se u nich objevit snížený svalový tonus, nadměrná flexibilita v kloubech nebo také široké dlaně a krátké ruce. Často se u nich vyskytuje mírná až střední mentální retardace. Někdy jsou tyto děti zatíženy dalšími komplikacemi, jako jsou leukémie, srdeční vady, infekce, demence, obezita, spánková apnoe a další (Krugman, 2013).

V současné době je screening Downova syndromu založen na třech faktorech, jako jsou již zmiňovaný vyšší věk, dále pak biochemický screening a ultrazvukové vyšetření. Až poté je možný konečný odhad rizika tohoto onemocnění. Toto riziko se porovnává s výsledným rizikem invazivní diagnostické metody.

Biochemický screening je založen na několika sérologických markerech, které ukazují na zvýšení rizika Downova syndromu, a to jsou MS-AFP, lidský choriový gonadotropin, volná podjednotka lidského choriového gonadotropinu (beta hCG), PAPP-A, inhibin A, a v neposlední řadě uE₃. Markery AFP, beta-hCG a uE₃ lze použít k diagnostice v prvním i druhém trimestru. Jejich hladina je závislá na gestačním stáří (Hájek, 2014).

I když ultrazvukové markery chromozomálních aberací ukazují na určité odchylky normálního ultrazvukového nálezu, neznamenají ale ještě definitivní potvrzení aberace. Pokud jsou takové odchylky nalezeny, přehodnocuje se stanovené riziko tohoto postižení pro plod. Riziko se tedy navyšuje na základě zvyšujícího se věku a výsledků

biochemického screeningu. Příkladem takových markerů jsou šíjové projasnění, cista choroidního plexu, nuchální ztlustění nad 6mm (nalézáme ve druhém trimestru), echogenní intrakardiální fokus, echogenní střevo, rozšíření kalicho–pánvičkového systému, zkrácení femuru a humeru, porucha osifikace nosní kosti (nasal bone) (Roztočil, 2008). „Při kombinaci šíjového projasnění (Nuchal Translucency– NT), délky nosní kosti (Nasal Bone) a biochemického screeningu lze při hraniční hodnotě 1:300 a falešné pozitivitě 5 % identifikovat až 97,5 % trizomií 21. V 11–13⁺⁶ týdnu těhotenství lze také diagnostikovat většinu závažných morfologických vrozených vad plodu“ (Roztočil, 2008, s. 67).

Příloha 8 Prenatální vyšetřovací metody u fyziologického těhotenství

Komplexní prenatální vyšetření by mělo proběhnout nejpozději do týdne gravidity 14+0. Součástí tohoto vyšetření je vystavení těhotenské průkazky, přičemž se žena dozvídá další kroky, které podstoupí v rámci prenatální péče (Unzeitig, 2012). Těhotenská průkazka dále ženě slouží jako doklad, kde jsou zapsána veškerá vyšetření a průběh těhotenství (Slezáková, 2011). V první řadě od ženy získáme anamnestické údaje. Zajímá nás nejdříve anamnéza rodinná, kde se tážeme na možné endokrinní, psychické, genetické choroby, zhoubné nádory, tromboembólie, infarkt myokardu, diabetes mellitus, tuberkulózu, alergie či výskyt vícečetných těhotenství u rodičů či blízkých příbuzných gravidní ženy. Následuje anamnéza osobní, ve které jsou významná virová onemocnění, zoonózy, diabetes mellitus, operace a úrazy, tuberkulóza, epilepsie, alergie a podané transfúze. Co se týká gynekologické anamnézy, zaměřujeme se u ženy na údaje ohledně první menstruace (menarche), informace o menstruaci před otěhotněním (o její délce, charakteru, pravidelnosti a datu poslední menstruace), dále se tážeme na výtoky, záněty a gynekologické operace. U sekundigravid a multigravid se ptáme na porodnickou anamnézu, na jejich předchozí gravidity, spontánní aborty, umělá přerušování těhotenství (interrupce - počet, indikace a alespoň rok prodělání) v časové posloupnosti. Tážeme se, jak porod probíhal, hmotnost a pohlaví plodu, průběh puerperia, délka kojení a komplikace. Neměla by být opomenuta také sociální anamnéza, ve které je sledován stav a úroveň rodinného života, a také pracovní prostředí pro případné zjištění negativního vlivu na těhotenství. Následuje fyzikální vyšetření, které se provádí cefalokaudálním směrem (Urbanová, 2010). Dále se stanoví výchozí hmotnost těhotné a její výška (Slezáková, 2011). Nakonec by měl lékař ženě nabídnout screening nejčastějších chromozomálních a morfologických VVV plodu. Poskytne ženě informace o tom, jak a kde se to provádí a hradí, protože to není hrazeno veřejným zdravotním pojištěním (Unzeitig, 2012).

Pravidelná vyšetření probíhají při každé návštěvě gynekologa v prenatální poradně. Vždy se pečlivě získávají údaje ohledně anamnézy matky i otce dítěte a následně se určuje míra rizika. Kromě toho bývá žena zevně vyšetřena, pomocí váhy se určuje její

hmotnostní přírůstek. Porodní asistentka měří ženě krevní tlak, a zároveň si všímá přítomnosti otoků a varixů. Chemickou analýzou moči porodní asistentka sleduje případnou glykosurii (glukósu v moči) a proteinurii (bílkoviny v moči). Lékař provádí bimanuální vaginální vyšetření s vyhodnocením cervix skóre, které je hodnoceno dle pěti kritérií. Pokud se žena blíží ke svému termínu porodu, zvyšování cervix skóre je žádoucí. Problémem je, pokud má žena cervix skóre vyšší a je v nižším stupni těhotenství, pak hrozí předčasný porod. Od 24. týdne gravidity se detekují známky vitality plodu (průkaz srdeční akce plodu) (Unzeitik, 2012; Slezáková, 2011).

Nepravidelná vyšetření probíhají v tomto sledu. Do týdne gravidity 14+0 se určuje krevní skupina dle systému AB0 a Rh faktor (D + -). Dále se provádí screening na nepravidelné antierytrocytární protilátky. Určuje se krevní obraz, kde se zaměřujeme na hematokrit, počet erytrocytů, leukocytů a trombocytů, hladiny hemoglobinu. Následuje sérologické vyšetření viru HIV, HBsAg a protilátek proti syfilis. Vyšetřuje se glykémie nalačno (Unzeitig, 2012). V případě dostupnosti se přistupuje ke kombinovanému biochemickému a ultrazvukovému screeningu. Když tento screening neproběhne, nahrazuje jej biochemický screening VVV ve druhém trimestru (Slezáková, 2011). Pokud ale proveden je, tak se ultrazvukem stanovuje těhotenství, určuje se počet plodů, vitalita a datace těhotenství, pomocí změření temenokostrční vzdálenosti se určí gestační stáří s určením termínu porodu. Je také zaměřen na vyhledávání VVV a určení markerů chromozomálních aberací u plodu (Nedomová, 2013). V 16. týdnu přichází žena na další vyšetření. Provádí se již zmíněný screening VVV, tzv. triple test, ale pouze v případě, že nebyl vyšetřen kombinovaný biochemický a ultrazvukový screening v prvním trimestru. Žena s pozitivním nálezem dále podstupuje podrobné genetické vyšetření. Je důležité vědět, že triple test, vyjadřuje riziko VVV, nikoliv samotné onemocnění (Slezáková, 2011). V týdnu 20+0 až 22+0 se dělá genetické ultrazvukové vyšetření, které hodnotí vitalitu plodu, počet plodů, biometrii plodu a také jeho morfologii. Hodnotí se množství plodové vody, a také se určí, kde je uložena placenta. Ve 24. až 28. týdnu žena přichází na oGTT. Jde o screening glukózové tolerance v graviditě. Mezi týdny 27+1 až 32+0 se přistupuje k dalším laboratorním vyšetřením zaměřené na určení hematokritu, kolik má žena

leukocytů, trombocytů a erytrocytů. Sérologické vyšetření HbsAg, HIV a protilátek proti syfilis, se provádí jen výběrově. Ve 28. týdnu jsou gravidní ženy podrobeny screeningu nepravidelných antierytrocytárních protilátek u žen s Rh faktorem D negativních. Opět se poté vyšetřuje krevní obraz a sérologické vyšetření protilátek proti syfilis (Unzeitig, 2012). Ve 30. až 32. týdnu probíhá u gravidních žen třetí ultrazvukové vyšetření. UZ screening III. trimestru je znovu zaměřen na vyhledávání VVV, růst plodu, polohu plodu v děloze a polohu placenty (Nedomová, 2013). Ve 35. až 38. týdnu se detekuje GBS rektovaginálním výtěrem (Unzeitig, 2012). Jde o odběr na kultivaci. Pokud se stane, že výsledek vyšetření je pozitivní, je možné při použití vhodné antibiotické profylaxe zamezit přenosu nebezpečného streptokoka skupiny B na rodící se plod (Slezáková, 2011). Ve 38., 39., 40. až do konce těhotenství žena dochází do prenatální poradny na kardiotokeografický non-stress test (Unzeitig, 2012). Ve 40. až 41. týdnu je gravidní žena zvána na vyšetření minimálně dvakrát týdně. Pokud žena neporodí do stanoveného termínu porodu, lékaři postupně podnikají kroky vedoucí k ukončení těhotenství. Nicméně těhotenství by mělo být ukončeno nejpozději do dvou týdnů po stanoveném termínu porodu, tzn. do 42+0 (Slezáková, 2011).

Příloha 12 Invazivní vyšetřovací metody a úloha porodní asistentky

AMC znamená odběr vody plodové a provádí se obvykle mezi 15. až 20. týdnem gravidity. Nejde o rutinní vyšetření, přistupuje se k němu u žen jen z určitých příčin. Důvodem k AMC bývá věk ženy nad 35 let, výskyt genetického onemocnění v rodinné anamnéze, rodiče jsou přenašeči genu určitého genetického onemocnění, nebo ženě buď v prvním, nebo druhém trimestru vyšel pozitivní screening chromozomálních vad. Amniocentéza spočívá v odběru malého množství plodové vody obsahující alfafetoprotein, který produkuje plod. Testováním fetálních buněk se zjišťují genetické a chromozomální abnormality (ČSKB, 2008). Odběr amniové tekutiny se provádí pomocí punkční jehly transabdominálním vpichem za ultrazvukové kontroly. Amniová tekutina se dále odesílá na vyšetření na pracoviště lékařské genetiky. Pokud se zvolí metoda klasické kultivace buněk, bývá výsledek cca do 3 týdnů. Pokud se ale použije metoda direkt PCR (polymerázová řetězová reakce), mohou být výsledky již 4 hodiny po odběru plodové vody, ale pouze na Morbus Down. Lze zvolit ale ještě třetí metodu, a to metodu Q-PCR (kvantitativní polymerázová řetězová reakce), kdy jsou známé výsledky do 24–48 hodin. Tímto způsobem je možné odhalit 5 nejčastějších aneuploidií chromozomů 13, 18, 20, X a Y. PCR vyšetření ale není hrazeno zdravotní pojišťovnou a jak je již zmíněno výše, tato metoda s sebou přináší 1 % rizika, jako jsou ztráta těhotenství, tonizace děložní, krvácení, odtok plodové vody, infekce apod. (Nedomová, 2008). Nevýhodou vyšetření je, že není touto metodou možno detekovat všechna genetická onemocnění (ČSKB, 2008).

Odběr vzorků choria jinak řečeno biopsie choriových klků. Provádí se mezi 11. až 14. týdnem gravidity a stává se volbou v tom případě, že nastane potřeba genetického vyšetření už v prvním trimestru. Vyšetření je prováděno v lokální anestezii speciální jehlou, kterou se transabdominálně odsaje malé množství choriových klků za ultrazvukové kontroly. Pokud se na výsledky čeká za klasické kultivace, doba čekání je 5–7 dní. Lze také použít metodu Q-PCR, při které jsou výsledky známy do 48 hodin (Nedomová, 2008). Touto metodou se vyšetřují chromozomální aberace nebo nějaké genetické abnormality, které stojí za vznikem metabolických vad, jako je například

cystická fibróza (mucoviscidóza). Indikací k tomuto vyšetření je opět stáří ženy vyšší 35 let, genetické onemocnění v rodinné anamnéze či rodiče s genem dědičného onemocnění (ČSKB, 2008). Odběr vzorků choria s sebou přináší stejná rizika jako AMC a navíc riziko placentárního hematomu (Nedomová, 2008). V den výkonu se můžou u ženy vyskytnout bolesti v podbřišku nebo mírné zašpinění. Je tedy vhodné zahájit zhruba na jeden týden klidový režim. Pokud by žena začala silněji krvácet, odtekla jí plodová voda, objevily se pravidelné kontrakce nebo měla teplotu, měla by co nejdříve vyhledat pomoc gynekologa (Profema, 2013).

Punkce pupečníku, neboli kordocentéza znamená odběr malého množství krve plodu, a to z pupečnickové cévy. Provádí se transabdominálně punkční jehlou za ultrazvukové kontroly. Lze být provedena od 18. týdne gravidity až do porodu. Indikací kordocentézy jsou předchozí odběry (CVS, AMC), které selhaly, nepřinesly jednoznačné výsledky. Další indikací může časová tíseň, výsledky kordocentézy jsou totiž známy za 48–72 hodin po odběru. Krev plodu lze vyšetřit také hematologicky, biochemicky či sérologicky (pokud je podezření na zoonózy). Vpich do pupečníku je také možný dobře využít pro podání léků plodu či k intraumbilikální transfuzi. I punkce pupečníku není bez rizika, včetně rizik, která má společná s AMC je riziko ještě trombózy nebo protrahovaného krvácení z pupečníku (Nedomová, 2008)

K odběru fetálních tkání dochází jen velmi vzácně. Jde například o jaterní biopsii, biopsii kůže na elektronmikroskopickou diagnostiku genodermatóz, punkce dutiny hrudní plodu či jeho močového měchýře apod. Nejčastěji za ultrazvukové kontroly. Biopsie kůže, svalů a jater jsou indikovány z důvodu špatné analýzy DNA z biopsie choria, není informativní nebo neproveditelná (Roztočil, 2008).

Úloha porodní asistentky stojí především na edukaci těhotné ženy, která se rozhodla podstoupit invazivní výkon. Je nutno ženu seznámit s tím, kde a kdy bude vyšetření provedeno. Informuje ženu o tom, že si s sebou má přinést těhotenský průkaz s originálním dokladem o vyšetření krevní skupiny a protilátek. Dále seznámí ženu s nutností vzít si s sebou doporučení od lékaře genetika a výsledky předchozích vyšetření, a s vhodností doprovodu a následným transportem domů autem. Při příchodu ženy k výkonu jí dá podepsat informovaný souhlas s daným výkonem a připraví ženu tělesně

k výkonu. Mezitím ji neustále psychicky podporuje a odpovídá na veškeré dotazy. Poté si porodní asistentka připraví sterilní stůl a u výkonu lékaři asistuje. Vzorek, který je při výkonu odebrán je nutno správně uchovat a zajistit jeho přesun na pracoviště lékařské genetiky, případně k jinému laboratornímu vyšetření. Pokud má žena faktor Rh negativní, porodní asistentka na základě ordinace lékaře aplikuje ženě imunoglobulin, jako prevenci Rh izoimunizace plodu. Po výkonu porodní asistentka ženu kontroluje. V případě, že se žena cítí dobře, je možný odchod po 20 minutách rovnou domů, přičemž je žena informována o tom, kdy se dozví výsledky vyšetření a po dobu dalších dvou týdnů se ženě nedoporučuje zvýšená tělesná námaha (Nedomová, 2008). Samozřejmě, že hned po výkonu je ženě doporučen klidový režim, někdy je jí vystavena i pracovní neschopnost (záleží na typu zaměstnání). Žena by neměla po prodělání výkonu mít pohlavní styk a cvičit či pracovat s těžkými věcmi. Místo vpichu by měla uchovávat v čistotě (Profema, 2013).

Příloha 13 Žádost o souhlas ke spolupráci (prenatální poradny)

Žádost o souhlas ke spolupráci

Vážený pane doktore/ paní doktorko,

jmenuji se Anna Kuntová, jsem studentkou 3. ročníku oboru Porodní asistence na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s žádostí o spolupráci za účelem sběru dat pro bakalářskou práci s názvem „Problematika gravidity žen ve vyšším věku“.

Se získanými daty bude zacházeno dle platných etických norem a bude zachována jejich anonymita.

Děkuji za Váš čas a ochotu.

V Českých Budějovicích dne.....

.....

Podpis

.....

Podpis studentky

Zdroj: vlastní

Příloha 14 Rozhovor s ženami ve vyšším věku

- 1) *Jaké důvody Vás vedly k tomu, že jste otěhotněla až v tomto věku?*
- 2) *Plánovala jste své těhotenství nebo došlo k početí náhodou?*
- 3) *Než jste otěhotněla, o jakých možných rizicích v těhotenství v souvislosti s vyšším věkem jste věděla?*
- 4) *Jak a kým (čím) jste byla informována o možných nebo již vzniklých komplikacích během těhotenství?*
- 5) *Jakým způsobem jste byla edukována od zdravotnického personálu?*
- 6) *Pokud vám byla před otěhotněním diagnostikována nějaká nemoc či porucha organismu, o jakou nemoc či poruchu se jednalo?*
- 7) *Pokud se u Vás objevily během těhotenství nějaké potíže, které jste řešila se svou gynekoložkou, o jaké potíže se jednalo?*
- 8) *Jaký vidíte rozdíl mezi tím, když jste byla těhotná před 35. rokem a nyní?*
- 9) *Vy jste po prvním porodu, popište prosím stručně, jak jste své těhotenství prožívala?*

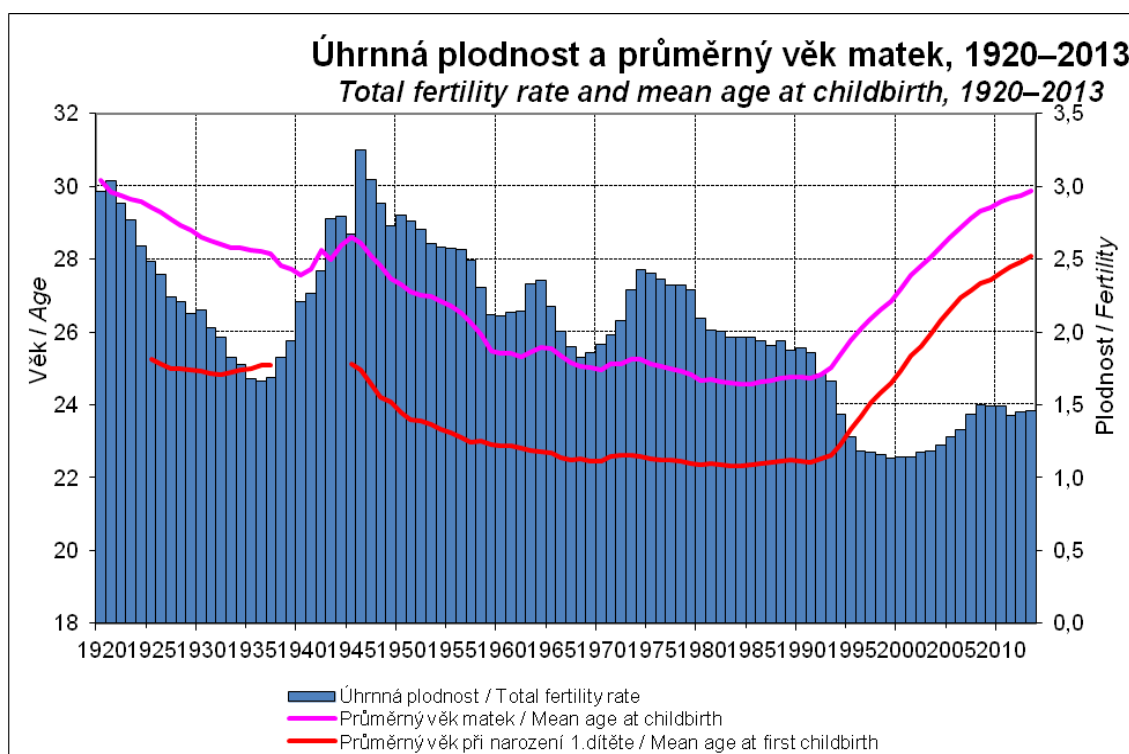
Zdroj: vlastní

Příloha 15 Rozhovor s porodními asistentkami

- 1) *Jak často se setkáváte s těhotnými ženami staršími 35 let?*
- 2) *Jaký máte postoj k těhotenství ve vyšším věku?*
- 3) *Jak a o čem edukujete ženy o rizicích těhotenství v jejich věku?*
- 4) *S jakými komplikacemi v souvislosti s těhotenstvím se nejčastěji setkáváte u žen ve vyšším věku?*
- 5) *Jak se snažíte o psychickou podporu těhotných žen ve vyšším věku, které prožívají určité komplikace spojené s těhotenstvím?*
- 6) *Jaký vidíte rozdíl v prožívání těhotenství mezi ženami ve vyšším věku a ženami mladšími?*
- 7) *Jaký vidíte rozdíl v prožívání těhotenství mezi ženami prvorodičkami ve vyšším věku a ženami těhotnými poněkoliťaté?*

Zdroj: vlastní

Příloha 16 Úhrnná plodnost a průměrný věk matek, 1920–2013



Zdroj: ČSÚ. 2015. Obyvatelstvo – roční časové řady: Úhrnná plodnost a průměrný věk matek, 1920–2013. *Český statistický úřad* [online]. 19. 02. 2015 [cit. 2015–04–19]. Dostupné z: https://www.czso.cz/csu/czso/obyvatelstvo_hu