

Potermínová gravidita

Veronika Valoušková

Bakalářská práce
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

akademický rok: 2016/2017

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Veronika Valoušková**
Osobní číslo: **H14137**
Studijní program: **B5349 Porodní asistence**
Studijní obor: **Porodní asistentka**
Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Potermínová gravidita**

Zásady pro vypracování:

Vyhledávání a studium odborné literatury.

Stanovení a formulace cílů práce.

Realizace průzkumu.

Zpracování získaných dat a jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

DUŠOVÁ, Bohdana a Jana MAREČKOVÁ. Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2009. ISBN 9788073686116.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. Porodnictví 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 9788024745299.

MAGOWAN, Brian, Philip OWEN a Andrew J. THOMSON. Clinical obstetrics. Third edition. New York: Saunders/Elsevier, 2014. ISBN 07-020-5409-7.

PAŘÍZEK, Antonín. Kritické stavby v porodnictví. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-949-7.

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

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Ludmila Reslerová, Ph.D.**
Ústav zdravotnických věd

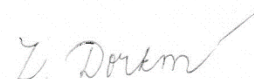
Datum zadání bakalářské práce: **9. prosince 2016**

Termín odevzdání bakalářské práce: **19. května 2017**

Ve Zlíně dne 9. prosince 2016


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Zlatica Dorková, Ph.D.
ředitelka ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

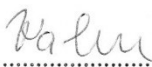
Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 21.2.2014


.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) *Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.*

(3) *Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.*

2) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:*

(3) *Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užíje-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).*

3) *zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:*

(1) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.*

3). *Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.*

(2) *Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poslat jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.*

(3) *Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.*

ABSTRAKT

Tématem této bakalářské práce je potermínová gravidita. Cílem bylo zjistit, jaká je informovanost těhotných žen a žen po porodu o této graviditě, dále jestli jsou jim dostatečně známa rizika, která hrozí po stanoveném termínu, jaký mají názor na umělé vyvolání porodu a jestli jsou jim známy přirozené metody vyvolání porodu. Práce je rozdělena na dvě části – teoretickou a praktickou, kdy teoretická obsahuje informace o tom, co to těhotenství po termínu porodu je, jaká jsou rizika a jak takové těhotenství řešit. Dále se také zabývá metodami preindukce a indukce, ať už farmakologickými, mechanickými či alternativními způsoby. Praktická část obsahuje zpracované výsledky výzkumného šetření, které bylo uskutečněno pomocí dotazníkového šetření.

Klíčová slova: těhotenství, přenášení, indukce, preindukce

ABSTRACT

The present bachelor thesis concentrates on a postterm gravidity. The aim is to find out how pregnant women and women after birth are informed about the postterm gravidity, whether they are aware of the risks that are associated with birth after a given deadline, what is their opinion on induced labor, and whether they are familiar with natural methods of labor induction. The thesis is divided into two parts - theoretical and practical, the theoretical contains information about what the postterm gravidity is, what are the possible risks and how to deal with such a pregnancy. It also describes with pre-induction and induction methods, whether pharmacological, mechanical or alternative. The practical part introduces the processed results of the research, which was carried out by means of a questionnaire survey.

Key words: pregnancy, postterm pregnancy, induction, pre-induction

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji především vedoucí této bakalářské práce Mgr. Ludmile Reslerové, Ph.D. za ochotu, odborné vedení, cenné rady i připomínky a dále děkuji i široké veřejnosti, která se podílela na realizaci výzkumné části této bakalářské práce.

Velké díky patří také mým rodičům a partnerovi, kteří mě jak psychicky tak i materiálně podporovali po celou dobu mého studia.

MOTTO

„Představte si to ticho, kdyby lidé říkali jen to, co vědí.“

Karel Čapek

ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

Ve Zlíně

.....

OBSAH

ÚVOD	6
I TEORETICKÁ ČÁST	7
1 TĚHOTENSTVÍ	8
1.1 PORUCHY DÉLKY TĚHOTENSTVÍ	8
1.1.1 Potrat	8
1.1.1.1 Potrat spontánní (abortus spontaneus)	8
1.1.1.2 Potrat indukovaný (abortus inductus)	8
1.1.2 Předčasný porod	8
2 POTERMÍNOVÁ GRAVIDITA	9
2.1 DEFINICE	9
2.1.1 Výpočet termínu porodu	9
2.2 NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY PŘENÁŠENÍ	9
2.3 RIZIKA PRODLOUŽENÉHO TĚHOTENSTVÍ	10
2.3.1 Rizika pro matku	10
2.3.2 Rizika pro plod	10
2.3.2.1 Makrosomie plodu	10
2.3.2.2 Aspirace mekonie	11
2.3.2.3 Hypoxie plodu při porodu	11
2.3.2.4 Dysmaturita plodu	11
3 SLEDOVÁNÍ TĚHOTNÉ PO PROŠLÉM PORODNÍM TERMÍNU	12
3.1 VSTUPNÍ VYŠETŘENÍ	12
3.2 SLEDOVÁNÍ POHYBŮ PLODU TĚHOTNOU	12
3.3 NON STRESS TEST	12
3.4 OXYTOCINOVÝ ZÁTĚŽOVÝ TEST	12
3.5 POSOUZENÍ AMNIÁLNÍHO INDEXU	13
3.6 BIOFYZIKÁLNÍ PROFIL	13
3.7 ULTRAZVUKOVÁ FLOWMETRIE	13
4 VEDENÍ PORODU U PRODLOUŽENÉ GRAVIDITY	14
4.1 CERVIX SKÓRE	14
4.2 INTRAPARTÁLNÍ HYPOXIE PLODU	15
4.3 DYSTOKIE RAMÉNEK	15
4.3.1 Rizikové faktory	15
4.3.2 Terapie	15
5 METODY UMĚLÉHO VYVOLÁNÍ PORODU	16
5.1 INDIKACE K PREINDUKCI A INDUKCI PORODU	16
5.1.1 Indikace lékařské	16
5.1.2 Indikace sociální	16
5.2 KONTRAINDIKACE K PREINDUKCI A INDUKCI PORODU	17
5.2.1 Absolutní kontraindikace	17
5.2.2 Relativní kontraindikace	17
6 PREINDUKCE PORODU	18

6.1	NEFARMAKOLOGICKÉ METODY PREINDUKCE	18
6.1.1	Masáž prsních bradavek	18
6.2	MECHANICKÉ METODY PREINDUKCE	18
6.2.1	Hamiltonův hmat	18
6.2.2	Hydroskopické cervikální dilatátory	18
6.2.3	Atadův dvoucestný katétr	19
6.3	FARMAKOLOGICKÉ METODY	19
6.3.1	Prostaglandiny	19
6.3.2	Oxytocin	19
6.3.3	Mifepristone	19
6.3.4	Relaxin	19
6.3.5	Estradiol	19
7	INDUKCE PORODU	20
7.1	MECHANICKÉ METODY INDUKCE	20
7.1.1	Amniotomie	20
7.2	FARMAKOLOGICKÉ METODY INDUKCE	20
7.2.1	Oxytocin	20
7.2.1.1	Perorální aplikace	21
7.2.1.2	Intramuskulární aplikace	21
7.2.1.3	Intravenózní aplikace	21
7.2.2	Prostaglandiny	21
7.2.2.1	Vaginální aplikace	21
7.2.2.2	Intracervikální aplikace	21
7.2.2.3	Extraamniální aplikace	22
7.3	ALTERNATIVNÍ ZPŮSOBY INDUKCE	22
7.3.1	Oxytocin	22
7.3.1.1	Masáž prsních bradavek	22
7.3.2	Pohlavní styk	22
7.3.3	Teplá koupel	23
7.3.4	Fyzická námaha	23
7.3.5	Lněné semínko	23
7.3.6	Maliníkový čaj	23
7.3.7	Klystýr	23
7.3.8	Akupunktura	23
7.3.9	Reflexní terapie	23
7.3.10	Aromaterapie	24
7.3.10.1	Levandule	24
7.3.10.2	Skořice	24
7.3.10.3	Růže	24
7.3.10.4	Šalvěj luční	24
7.3.10.5	Jasmín	24
7.3.10.6	Geránium	25
8	KOMPLIKACE A RIZIKA INDUKOVANÉHO PORODU	26
9	DALŠÍ MOŽNÉ ŘEŠENÍ POTERMÍNOVÉ GRAVIDITY	27
9.1	CÍSAŘSKÝ ŘEZ	27
9.1.1	Provedení císařského řezu	27
9.1.2	Komplikace po císařském řezu	27

II PRAKTICKÁ ČÁST	28
10 METODIKA PRÁCE.....	29
10.1 CÍLE PRÁCE	29
10.2 UŽITÁ METODA VÝZKUMU	29
10.3 CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	29
11 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	30
12 DISKUZE	56
12.1 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT.....	56
12.2 POROVNÁNÍ VÝSLEDKŮ	56
12.3 DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	59
ZÁVĚR	60
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	62
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	64
SEZNAM TABULEK.....	65
SEZNAM GRAFŮ	66
SEZNAM PŘÍLOH.....	67

ÚVOD

Těhotenství by mělo být jedno z nejkrásnějších období v životě každé ženy, zvláště pokud se jedná o těhotenství plánované. Ale většinou se žádné těhotenství neobejde bez nějaké komplikace, ať už jsou to nevolnosti v prvním trimestru, otoky v druhém trimestru nebo potermínová gravidita v trimestru třetím. A touto problematikou se zabývá právě tato bakalářská práce. I přes veškerou snahu lékařů ukončovat těhotenství dříve než ve 42. týdnu těhotenství se objevují takové případy, že některé ženy si umělé vyvolání porodu nepřejí a proto raději podepíší negativní reverz a čekají až si plod „sám řekne“, kdy chce jít na svět. To může způsobit nepříjemné komplikace ohrožující nejen plod, ale také rodičku.

Teoretická část této bakalářské práce se zabývá příčinami potermínové gravidity, riziky jak pro matku, tak i pro plod, sledováním těhotné po prošlém termínu, vedením takového porodu a metodami umělého vyvolání porodu.

Samotná preindukce a indukce porodu je také velice diskutované téma. Mnoho žen má o umělém vyvolání porodu zkreslené představy a nejsou o něm dostatečně informovány. Možná za to může i dnešní doba, kdy si ženy raději najdou informace na internetu, než aby se přímo zeptaly svého obvodního gynekologa. Často také mývají mylné informace od svých kamarádek a odmítají poslouchat rady lékaře a umělé vyvolání porodu.

V praktické části je zkoumáno, jaká je tedy informovanost žen o potermínové graviditě, možných rizicích, jaký je postoj žen k samotné potermínové graviditě a jestli znají alternativní metody vyvolání porodu.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚHOTENSTVÍ

Jedná se o období, trvající od početí do porodu. Fyziologické těhotenství je přibližně dlouhé 40 týdnů, počínaje od prvního dne poslední menstruace a je rozděleno do tří etap neboli trimestrů. Každý trimestr trvá 3 měsíce. Díky poruchám menstruačního cyklu některých žen může vzniknout nesprávný výpočet termínu porodu, což vede k poruchám délky trvání těhotenství, a proto je nejvhodnější provádět v časně graviditě u všech těhotných ultrazvukové vyšetření (Hájek, 2014, s. 45).

1.1 Poruchy délky těhotenství

O poruchách trvání gravidity hovoříme tehdy, skončí-li:

- předčasně (potrat, předčasný porod),
- pozdně, po termínu porodu.

1.1.1 Potrat

Za potrat označujeme vypuzení plodu z matčina těla, který neprojevuje žádné známky života a jehož porodní hmotnost nepřekračuje 500g nebo je hmotnost nezjistitelná z důvodu kratšího těhotenství než 22 týdnů.

1.1.1.1 Potrat spontánní (*abortus spontaneus*)

Dochází ke spontánnímu ukončení gravidity do 12. týdne těhotenství. Tento jev je velice častý a jeho příčinou může být defektní plodové vejce nebo mateřská příčina.

1.1.1.2 Potrat indukovaný (*abortus inductus*)

Jedná se o umělé ukončení těhotenství na přání pacientky ze sociálních důvodů nebo ze zdravotních důvodů, jak ze strany matky tak i plodu. Z genetických důvodů lze těhotenství ukončit nejpozději do 24. týdne gravidity (Hájek, 2014, s. 182).

1.1.2 Předčasný porod

Jedná se o porod plodu před ukončeným 37. týdnem gravidity. Nejčastějším důvodem předčasného porodu bývá infekce, krvácení v těhotenství, vícečetná gravidita, vyšší věk matky, kouření, drogy, toxické látky atd. (Hájek, 2014, s. 189).

2 POTERMÍNOVÁ GRAVIDITA

2.1 Definice

Jedná se o těhotenství, které trvá 249. dní a více od prvního dne poslední menstruace anebo 280. dní a více od poslední ovulace. Potermínová gravidita je tedy definována jako těhotenství pokračující za hranicí ukončeného 42. týdne těhotenství (Hájek, 2014, s. 195). V dnešní době se s těhotenstvím po termínu porodu setkáváme velmi málo díky možnosti indukovaného či programovaného porodu. Nejčastějším důvodem, proč těhotenství ukončit před 42. týdnem těhotenství, je zdravotní nebo sociální indikace (Roztočil, 2001, s. 165).

2.1.1 Výpočet termínu porodu

Obvykle délku těhotenství vypočítáme podle prvního dne poslední menstruace. Tato kalkulace je ovšem velmi nejistá a to z toho důvodu, že většina žen má nepravidelný menstruační cyklus či udá lékaři nesprávný termín poslední menstruace, a proto musíme mít na paměti, že až u 30 % žen je nesprávně vypočítaný termín porodu. Proto je pro výpočet délky těhotenství nejdůležitější ultrazvukové vyšetření na začátku prvního trimestru, kdy lékař určí podle temeno - kostrční vzdálenosti délku plodu. Pokud se stáří určené podle ultrazvuku liší od toho podle poslední menstruace více než o týden, je zapotřebí délku těhotenství a tedy i porodu korigovat a nadále používat již tento opravný termín (Hájek, 2014, s. 195).

2.2 Nejčastější příčiny přenášení

Příčiny přenášení nejsou zcela známy, z praktického hlediska se ovšem nejčastěji uplatňují tyto příčiny:

- funkční nedostatečnost placenty,
- nepravidelná menstruace,
- početí během laktace,
- početí během užívání hormonální antikoncepce,
- opožděná ovulace,
- nedostatečná prenatální péče,
- předchozí prodloužené těhotenství,
- pohlaví plodu, kdy prodloužená gravidita je častější u plodu s mužským pohlavím,
- vrozené odchylky plodu (Hájek, 2004, str. 321).

2.3 Rizika prodlouženého těhotenství

Pokud žena samovolně neporodí v předpokládaném termínu porodu, je zapotřebí volit aktivní přístup ze strany lékaře, jelikož těhotenství pokračující za hranici 42. týdne může mít za následek výrazná rizika jak pro matku, tak i pro plod (Roztočil, 2008, s. 170).

2.3.1 Rizika pro matku

Největším rizikem pro matku je rozsáhlé poranění způsobené vaginálním porodem makrosomického plodu či poranění způsobené operativním vedením porodu, což často vede ke zvýšené mateřské morbiditě.

2.3.2 Rizika pro plod

Plod není ohrožen pouze prodlouženým těhotenstvím, ale i funkční nedostatečností placenty, díky které dochází k hypoxii plodu, což má za následek vyšší perinatální úmrtnost plodu (Hájek, 2014, s. 253).

Mezi hlavní rizika pro plod po termínu porodu patří:

2.3.2.1 Makrosomie plodu

I v dnešním světě moderních technologií je porod makroskopického plodu velký porodnický problém, jelikož ultrazvukové vyšetření nám ne vždy ukáže přesnou hmotnost plodu. Někdy ji diagnostikujeme pozdě, či dokonce až po porodu plodu, kdy první doba porodní probíhá normálně, ale komplikace nastanou až ve druhé době porodní, která je obvykle déle trvající a porod může skončit za pomoci porodnických kleští či vakuumextraktoru. V takovém případě hrozí poranění jak pro matku, tak i pro plod.

Rozdělení makrosomického plodu dle velikosti:

- velký plod – váží více než 4000g,
- nadměrně velký plod – váží více než 4500g,
- obrovský plod – váží více než 5000g.

Kromě velkého plodu se objevuje i větší množství plodové vody, placenta bývá velká, vážící až 1000g, při porodu se obtížněji odlučuje a je potřeba ji manuálně oddělit. Proto těhotné s makrosomickým plodem považujeme za ohrožené při porodu a volíme raději porod císařským řezem (Pařízek, 2012, s. 136).

2.3.2.2 *Aspirace mekonia*

Zkalená plodová voda se u potěrné gravidity vyskytuje asi ve 25-30 % případů. Jedná se o projev intrauterinního dušení, kdy dítě vyloučí svou první stolici neboli smolku. Nedostatečné zásobení organismu plodu kyslíkem způsobuje dráždění dýchacího centra, které aktivuje dýchací pohyby a to vede ke vdechnutí smolkové plodové vody. Mekonium se dostane do plic, což může způsobit obstrukci dýchacích cest, pneumotorax nebo intersticiální emfyzém.

Po porodu je kůže plodu pokryta smolkou a objevuje se zrychlené, lapavé dýchání, dušnost a akrální části plodu jsou namodralé díky nedostatečnému zásobení kyslíkem. Může dojít také ke zpomalení srdeční činnosti či šoku. Pokud kardiokografický záznam naznačuje hypoxii plodu, je potřeba těhotenství okamžitě ukončit (Muntau, 2009, s. 15).

2.3.2.3 *Hypoxie plodu při porodu*

U 12-30 % rodiček se během porodu objeví patologický kardiokografický záznam. U potěrné gravidity bývá nejčastěji způsobena pupečnickovou kompresí, kdy dojde ke stlačení pupečnicku a tím se zmenšuje zpětný návrat krve k srdci nebo může dojít k výhřezu pupečnicku (Hájek, 2004, s. 324).

2.3.2.4 *Dysmaturita plodu*

Dysmaturita neboli pravé přenášení úzce souvisí s nedostatečnou funkcí placenty, na níž jsou patrné degenerativní změny. Novorozenci mají na kůži různé stupně změn, díky chybění mázku, který chrání povrch těla plodu během nitroděložního vývoje, které v roce 1954 popsal Clifford. Přenášení novorozenci mívají dlouhé nehty a smolkou zbarvené tělo, pupečník a placentu.

„Změny rozdělujeme do tří stádií:

- I. *suchá, olupující se, svraštělá kůže pergamenového vzhledu. Chybí podkožní tuk. V tomto stádiu ještě není přítomno zbarvení kůže plodu a plodových obalů,*
- II. *vše jako v I. stádiu + mekoniem zbarvená plodová voda, amniální blány a pupečník, chronická hypoxie plodu,*
- III. *jako I. a II. stadium + žlutě zbarvené nehty a kůže plodu, která se odlupuje, žlutozelený pupečník, blány a placenta (Hájek, 2014, s. 254).“*

3 SLEDOVÁNÍ TĚHOTNÉ PO PROŠLÉM PORODNÍM TERMÍNU

Po termínu porodu je nutno zajistit zvýšenou observaci a proto obvodní gynekologové posílají tyto ženy do ambulancí porodních sálů, kde jsou na tyto případy specializováni. Pokud žena nemá výrazné zdravotní problémy, není potermínová gravidita důvod k hospitalizaci. Po 40. týdnu těhotenství žena dochází na pravidelné kontroly 2× týdně a po 41. týdnu těhotenství by se mělo začít plánovat ukončení těhotenství, které by mělo být nejpozději do 42. týdne.

3.1 Vstupní vyšetření

Nejprve si musíme zkontrolovat pravost termínu porodu podle 1. ultrazvukového vyšetření. Kladenými dotazy odebereme anamnézu a zjistíme případné patologie těhotenství. Velice důležité je také vaginální vyšetření, které nám prozradí zralost porodních cest a stanovení cervix skóre, které je důležité pro případnou indukci či preindukci (Marešová, 2014, s. 185).

3.2 Sledování pohybů plodu těhotnou

Těhotná každý den kontroluje pohyby plodu. Během jedné hodiny by měla pociťovat nejméně čtyři pohyby plodu. Jako norma se uvádí 10 pohybů za 12 hodin.

3.3 Non stress test

Tento test se provádí 2× týdně, kdy je žena kontrolována na kardiokografu minimálně 20 minut. Za fyziologický se považuje ten test, který má bazální linii mezi 10 – 15 tepy za minutu a nejsou přítomny decelerace, ale jsou přítomny akcelerace, které mají 15 tepů nad bazální frekvencí trvající déle než 15 sekund. Pokud k tomuto jevu nedojde, prodloužíme záznam na 40 minut (Hájek, 2014, s. 254). Jestliže je kardiokografický záznam suspektní, objevují se decelerace či úzké oscilace je potřeba záznam po šesti hodinách zopakovat, případně provést ultrazvukové vyšetření či flowmetrii (Binder, 2009, s. 31).

3.4 Oxytocinový zátěžový test

Tento zátěžový test se provádí 1× týdně, kdy je ženě intravenózně aplikována 500 ml infuze fyziologického roztoku se dvěma IU oxytocinu. Tento test u těhotné vyvolává simulaci děložních kontrakcí, což může, ale také nemusí u plodu vyvolat depresi. Současně je žena

napojena na kardiokotografickém záznamu. Pokud se na záznamu objeví decelerace nebo je silentní, je nutné těhotenství okamžitě ukončit císařským řezem (Hájek, 2004, s. 322).

3.5 Posouzení amniálního indexu

Jelikož je potermínová gravidita často doprovázená funkční nedostatečností placenty a sníženým množstvím plodové vody, musíme tyto dva faktory kontrolovat za pomoci ultrazvukové techniky 2× týdně. Hodnocení udáváme v amniálním indexu, kdy index menší než 5 je abnormální a index menší než 2 je patologický. Změny amniálního indexu jsou také doprovázeny hypoxií plodu, větším výskytem pupečnickových komplikací a smolkou zbarvenou plodovou vodou.

3.6 Biofyzikální profil

Tento profil se provádí 2× týdně a posuzuje pohyblivost, tonus a dýchací pohyby plodu. Každý tento jev se hodnotí 0 – 2 body, kdy 8 – 10 bodů je známka, že plod je v dobré kondici. Jeli bodů 6, doporučuje se vyšetření provést znovu s odstupem 4 až 6 hodin. Pokud je skóre nižší, než 4 body je potřeba uvažovat o ukončení těhotenství (Hájek, 2004, s. 323).

3.7 Ultrazvuková flowmetrie

Provádí se 1× týdně a patří mezi významná vyšetření k odhalení vysokého rizika pro plod. Zvýšený odpor v pupečnickových tepnách nebo v ledvinných tepnách určuje zvýšené riziko perinatálních komplikací pro plod:

- hypoxie plodu,
- otok mozku,
- intrauterinní retardace růstu plodu,
- patologické změny v placentě (Hájek, 2014. s. 144 – 147).

Pokud se v těhotenství neobjevují žádné patologie, měla by se sama žena rozhodnout, zda chce či nechce těhotenství ukončit před 41. týdnem. Díky modernosti přirozených porodů některé ženy nechtějí porod vyvolávat ani po ukončeném 42. týdnem těhotenství. V takovém případě je ovšem potřeba sepsat negativní revers (Malý, 2002, s. 15).

4 VEDENÍ PORODU U PRODLOUŽENÉ GRAVIDITY

Jak již bylo zmíněno, žena je po termínu porodu sledována 2× týdně ambulantně a pokud spontánně neporodí je obvykle 10. – 14. den po termínu porodu hospitalizována. Ani potermínová gravidita bez komplikací by neměla přesáhnout 42 týdnů a proto je nutné plánovat ukončení porodu nejpozději v období 41 + 5 – 6 dnů. Dle vyhodnocení cervix skóre lékař rozhodne, zda postačí porod pouze indukovat nebo je potřeba zahájit i preindukci, po které poté následuje samotná indukce porodu. Indukci je možno provádět maximálně dvakrát, dva dny po sobě a při neúspěchu se volí porod císařským řezem (Hájek, 2004, s. 323).

4.1 Cervix skóre

Úspěšná indukce se podaří pouze tehdy, je-li pozitivní vaginální nález. Připravenost děložního hrdla hodnotí cervix skóre, které sleduje délku, dilataci hrdla, jeho konzistenci, a pozici. Každý tento parametr se hodnotí 0 – 2 body a podle výsledku se lékař rozhodne, zda volit či nevolit preindukci (Koterová, 2009, s. 5).

Pokud je hodnota cervix skóre vyšší než 7, můžeme přistoupit k indukci porodu. Hrdlo připraveno k indukci je měkké, zkrácené, prostupné a umístěné na vedoucí část plodu. Pokud je cervix skóre menší než 5 bodů je potřeba před indukci volit ještě preindukci, která má za následek změknutí, dozrání, prostupnost a usnadnění celého průběhu porodu. Preindukce na rozdíl od indukce nevyvolává děložní kontrakce (Špálová, 2009, s. 25).

Jelikož je u těhotné po prošlém termínu porodu vyšší pravděpodobnost ukončení těhotenství císařským řezem, je vhodné zajistit předoperační vyšetření. Na začátku porodu provedeme vstupní KTG, které pravidelně opakujeme i během samotného porodu (Hájek, 2004, s. 323). Dále je porod veden spontánně za asistence lékaře či porodní asistentky. Objeví-li se jakákoliv patologie, lékař je schopen ukončit porod za pomoci vaginální operace jako je VEX či porodnické kleště. Porod je samozřejmě také možné ukončit císařským řezem (Koterová, 2009, s. 5). Velmi častý porodnický problém během porodu u gravidity po termínu je:

4.2 Intrapartální hypoxie plodu

Asi u 12 – 30 % prodloužených gravidit se vyskytuje během porodu suspektní KTG záznam. Nejčastější příčinou této komplikace je komprese pupečníku, nedostatečná funkce nebo předčasné odlučování placenty. Proto je nutné každý porod pravidelně monitorovat.

4.3 Dystokie ramének

Jedná se o problém, kdy se po porodu hlavičky rodí obtížně raménka, dochází totiž k jejich zaklínění. Hlavička se porodí, ale porod dále nepostupuje, nedochází k zevní rotaci. Příčinou je nevstupování ramének do malé pánve nebo mohou být vstouplá, ale nedochází k jejich vnitřní rotaci. Pokud tento jev není včas indikován, může dojít k poranění jak plodu, tak i rodičky (Doležal, 2007, s. 45 – 50). Dystokii můžeme předejít pomocí ultrazvuku, kdy se odhaduje váhová hmotnost plodu, ale bohužel ne vždy je váhový odhad určen správně a ne každý porodník ho provádí těsně před porodem (Hájek, 2004, s. 324).

4.3.1 Rizikové faktory

Mezi rizikové faktory patří:

- plod vážící více než 4000g,
- obvod hrudníku více než 37 cm,
- nekompenzovaný diabetes,
- váhový přírůstek více jak 20 kg během těhotenství,
- prodloužené těhotenství,
- obezita z matčiny strany (Doležal, 2007, s. 45).

4.3.2 Terapie

V první řadě se provede prodloužená episiotomie asi 6 - 7 cm. Dále se pokusíme o posunutí se předního raménka za stydkou sponu, tlakem na symfýzu. Poté provedeme rotaci ramének, nejprve zkusíme digitálně, pokud nejsme úspěšní, použijeme na rotaci speciální kleště. Někdy je potřeba provést zlomení klíční kosti.

Jestliže odhadujeme za pomocí ultrazvuku vyšší porodní hmotnost než 4000g je potřeba zvážit, zda nebude lepší volit porod císařským řezem, jak kvůli bezpečnosti rodičky, tak i plodu (Hájek, 2004, s. 324).

5 METODY UMĚLÉHO VYVOLÁNÍ PORODU

Jedná se o metody preindukce a indukce, které se užívají za účelem ukončení těhotenství. Nejedná se o metody, které by odstraňovaly rizika či patologický stav matky nebo plodu, ale jedná se o metody preventivní.

5.1 Indikace k preindukci a indukci porodu

Hlavním znakem, který vede k ukončení těhotenství je určitá patologie, jak ze strany matky, tak i ze strany plodu.

5.1.1 Indikace lékařské:

- těhotenství po ukončeném 41. týdnu těhotenství,
- předčasný odtok plodové vody,
- diabetes mellitus – kvůli makrosomii plodu nesmí u diabetiček docházet k přenášení,
- hypertenze, preeklampsie,
- překotný porod v anamnéze,
- podezření na nitroděložní růstovou retardaci plodu,
- gemini v 38. týdnu těhotenství, pokud je první dvojče v poloze podélné hlavičkou,
- velký plod,
- mrtvý plod,
- abnormality v množství plodové vody (Hájek, 2014, s. 204 - 205).

5.1.2 Indikace sociální

Tyto indikace postrádají medicínský důvod k ukončení těhotenství:

- geografická indikace,
- indikace psychologicko – sociální,
- lingvistická indikace,
- bezpečnostní indikace (Hájek, 2004, s. 352).

5.2 Kontraindikace k preindukci a indukci porodu

5.2.1 Absolutní kontraindikace

Pokud je kontraindikace absolutní znamená to, že preindukce a indukce je zcela nevhodná.

Patří zde:

- kefalopelvický nepoměr či jiné překážky v pánevní oblasti,
- vývojové vady dělohy,
- herpes na genitálu matky,
- placenta praevia,
- abrupce placenty,
- hypoxie plodu,
- příčná poloha plodu,
- vyhřeznutí pupečníku.

5.2.2 Relativní kontraindikace

Indukci a preindukci porodu lze provést, ale pouze za přesně stanovených podmínek.

- **Infekce porodních cest** – před prováděnou indukci nebo preindukcí je nutné odebrat kultivaci hrdla děložního a z pochvy. Pokud výsledek vyjde pozitivně, je nutné infekci nejprve vyléčit a až poté přistoupit k samotné indukci či preindukci. Zabráníme tak přechodu infekce na novorozence.
- **Jizva na děloze** – nepatří vždy mezi kontraindikace, i žena po císařském řezu může родit spontánně. Neplatí to ovšem v případě, kdy má žena bolesti v oblasti jizvy či cítí uvolňování nebo pnutí jizvy.
- **Přecitlivělost na přípravky obsahující prostaglandiny.**
- **Nezralé děložní hrdlo** – na základě cervix skóre zhodnotíme, zda je možné přistoupit k samotné indukci. Pokud je skóre nižší než 5 bodů musíme před samotnou indukci přistoupit k preindukci porodu a nepříznivý nálezn změnit.
- **Poloha koncem pánevním** (Hájek, 2014, s. 205).
- **Rh – izoimunizace** – v tomto případě není vhodná aplikace oxytocinu, protože u pacientek s hypertenzním a renálním onemocněním může dojít, pro jeho antidiuretický účinek, ke vzniku žloutenky u novorozence (Hájek, 2004, s. 352 – 353).

6 PREINDUKCE PORODU

Jedná se o soubor farmakologických a nefarmakologických metod, které připravují nezralé děložní hrdlo k indukci porodu. Cílem preindukce je dozrání děložního hrdla ve smyslu jeho prosáknutí, zkrácení a prostupnosti, čímž se zlepšuje účinnost přípravků používaných k indukci porodu. Pokud při preindukci nastoupí pravidelná děložní činnost, hodnotíme ji jako negativní vedlejší účinek (Roztočil, 2011, s. 12 – 13).

6.1 Nefarmakologické metody preindukce

6.1.1 Masáž prsních bradavek

Jedná se o metodu, kdy při masáži prsních bradavek dochází ke stimulaci neurohypofýzy, která vede k vylučování oxytocinu, což má za následek dozrávání děložního hrdla (Leifer, 2004, s. 202).

6.2 Mechanické metody preindukce

6.2.1 Hamiltonův hmat

Tento hmat provádí lékař při vaginálním vyšetření ženy. Pro použití tohoto hmatu je potřeba alespoň částečně prostupné hrdlo, kdy se lékař snaží pomocí prstu vsunutým hluboce v pochvě uvolnit krouživým pohybem vak blan od děložní stěny, přičemž druhou rukou tlačí na břišní stěnu. Díky tomu dochází k uvolňování prostaglandinů, což vede k urychlení zraticích procesů hrdla děložního. Účinek tohoto hmatu ovšem není stoprocentní, ale závisí na připravenosti organismu k porodu, kdy může způsobit pouze špinění nebo poslíčky. Nevýhodou tohoto hmatu může být protržení vaku blan nebo zanesení infekce (Roztočil, 2007, s. 104).

6.2.2 Hydroskopické cervikální dilatátory

Tyto hydrofilní tyčinky se zavádí intracervikálně a fungují na principu vstřebávání okolní tekutiny z cervikálního kanálu, čímž zvětšují svůj objem a tím rozšiřují děložní hrdlo. Tyčinky se zavádí večer, následující ráno dochází k jejich vyjmutí, kdy se může pokračovat k indukci. Pokud se ovšem kdykoliv během jejich aplikace objeví kontrakce, musí se ihned vyjmout (Murray, 2009, s. 183).

6.2.3 Atadův dvoucestný katétr

Jedná se o cévku, která se přes děložní hrdlo zavádí do extraamniálního prostoru, kde za pomoci stimulace vyvolává tvorbu prostaglandinů (Hájek, 2004, s. 353).

6.3 Farmakologické metody

Tato metoda je založena na principu zracích účinků, kdy se dané léky užívají per os, intravenózně, zavedením do zadní poševní klenby či intracervikálně.

6.3.1 Prostaglandiny

Tyto látky způsobují dozrávání děložního hrdla a působením na dělohu vyvolávají také kontrakce. Nejvíce je využíván PGE₂ (Dinoproston), ve formě gelu, tablet nebo pesaru do zadní klenby poševní. Při podání prostaglandinů se vedlejší účinky objevují minimálně (nevolnost, zvracení, průjem, palpitace). Po podání těchto preparátů je nutná kardiografická kontrola plodu.

6.3.2 Oxytocin

Aplikuje se intravenózně a má stejně jako prostaglandiny zrací efekt na děložní hrdlo (Hájek, 2014, s. 206).

6.3.3 Mifepristone

Jedná se o látku, u které byly prokázány zrací účinky děložního hrdla, diskutuje se ovšem o nepříznivých účincích na matku i plod.

6.3.4 Relaxin

Jde o hormon, který je vylučován vaječníky, děložní sliznicí a vnějším plodovým obalem a předpokládá se, že má zrací efekt.

6.3.5 Estradiol

Aplikuje se lokálně, má ovšem minimální vliv na děložní hrdlo (Veverková, 2012, s. 17).

7 INDUKCE PORODU

Indukce porodu je metoda, kdy dochází k umělému vyvolání děložní činnosti z důvodu ukončení těhotenství, jehož pokračování by mělo špatný vliv na matku, plod nebo oba dva. Podmínkou indukce je normotonická děložní svalovina bez přítomnosti děložních kontrakcí, zachovalý vak blan, připravené děložní hrdlo, které je měkké, zkrácené a prostupné (Hájek, 2014, s. 204).

Pravidla indukce porodu

Indukce porodu by se měla provádět v ranních hodinách, kdy těhotné bývají nejvíce odpočaté. Rodička je přijata na porodní sál, kde se zvolí nejvhodnější metoda indukce, nejčastěji se ovšem volí metoda prostaglandinů v tabletách. Pokud se po první tabletě nedostaví žádný efekt, aplikuje se po dvou hodinách znovu. V průběhu indukce porodu je nutná kardiokografická kontrola plodu. Pokud se indukce nezdaří, je možné ji opakovat ještě následující den. Pokud nedojde k nástupu pravidelné děložní činnosti ani tehdy, přistupujeme ještě k aplikaci infuze s oxytocinem. Jestliže pravidelné děložní kontrakce nenastoupí ani tehdy, je to indikace k ukončení těhotenství císařským řezem (Roztočil, 2008, s. 287).

Mezi metody indukce patří:

7.1 Mechanické metody indukce

7.1.1 Amniotomie

Do mechanických metod indukce řadíme amniotomii neboli umělé protržení vaku blan. Tento zákrok provádí lékař během vaginálního vyšetření, kdy se pomocí zavedeného dirruptoru snaží protrhnout plodové obaly. Cílem dirrupce je nástup pravidelných děložních kontrakcí, pokud k nim ovšem nedojde do dvou hodin od protržení vaku blan, přejdeme k aplikaci farmakologických metod. Komplikací amniotomie může být výhřez pupečníku nebo zavlečení infekce (Zwinger, 2004, s. 295).

7.2 Farmakologické metody indukce

7.2.1 Oxytocin

Patří mezi nejčastěji využívanou metodu k provokaci děložních kontrakcí. K této metodě se využívá synteticky vyrobený oxytocin, který se podává v různých aplikačních formách.

7.2.1.1 Perorální aplikace

Tento způsob aplikace má nejnižší účinnost a je také těžké sledovat jeho vstřebávání. Pro matku je ovšem tato aplikace nejvýhodnější, protože není připoutána na lůžko a nevyvolává tak dyskomfort. V české republice však není tato aplikace oxytocinu registrována a tudíž se nepoužívá.

7.2.1.2 Intramuskulární aplikace

Tato aplikace je zcela nevhodná, protože vyvolává zdlouhavý nástup kontrakcí nebo dojde k celkovému ztuhnutí svalů dělohy, což negativně ovlivňuje jak matku, tak i plod.

7.2.1.3 Intravenózní aplikace

Jedná se o nejčastěji využívanou aplikaci oxytocinu, protože v tomto podání je velice účinný a bez výrazných vedlejších účinků. Nejčastěji se aplikuje v infuzích řízených infuzní pumpou, kde rychlost dávkování určuje lékař.

Nevýhodou aplikace oxytocinu může být vyšší poporodní krvácení, nevolnost, zvracení, hypertenze nebo hypotenze, retence tekutin.

7.2.2 Prostaglandiny

Jedná se o tkáňové mediátory, které mají dvojitý účinek. Jednak působí na dozrávání děložního hrdla, ale také vyvolávají děložní kontrakce. Nejčastěji se používají preparáty obsahující PGE₂, které mají vysoký účinek.

7.2.2.1 Vaginální aplikace

Vyrábí se ve formě tablet, kdy se jedna tableta zavede do zadní poševní klenby. Pokud nedojde k dostatečnému účinku, může se aplikace opakovat po 6 - 8 hodinách. Dále je ve formě gelu, který se také aplikuje do zadní poševní klenby a případně se aplikace může opakovat po 6 hodinách.

7.2.2.2 Intracervikální aplikace

PG se aplikují do děložního hrdla v šestihodinovém intervalu.

7.2.2.3 *Extraamniální aplikace*

Tyto PG se aplikují podle nálezu na děložním hrdle. Při velmi zralém hrdle se aplikuje dávka 0,5 mg a při zralém 1,0 mg PG za oblast vnitřní branky. Pokud je účinek nedosta- tečný, může se po 2 hodinách opakovat.

Mezi rizika aplikace PG patří nauzea, zvracení, průjmy, horečka (Hájek, 2004, s. 355 – 356).

7.3 Alternativní způsoby indukce

Tyto metody slouží hlavně pro ženy, které nechtějí uměle vyvolávat porod, protože jim to přijde jako nešetrný zásah do těhotenství. V dnešní době má totiž většina žen přání porodit co nejvíce přirozeně.

7.3.1 Oxytocin

Oxytocin neboli hormon lásky hraje velkou roli při vyvolávání porodu, jelikož má velký vliv na činnost děložních kontrakcí a tím i na dilataci děložního hrdla. Oxytocin se nejvíce vylučuje během pohlavního orgasmu nebo za pomoci stimulace prsních bradavek u žen.

7.3.1.1 *Masáž prsních bradavek*

Tato masáž spočívá v tření bradavek po dobu jedné minuty, po kterém následuje dvoumi- nutová přestávka, po které se masáž opět opakuje. Díky stimulaci dochází k vylučování oxytocinu, který by měl do půl hodiny vyvolat děložní kontrakce, pokud je na porod dělo- ha připravená (Stadelmann, 2009, s. 185).

7.3.2 Pohlavní styk

Jedná se o nejpřirozenější a nejpříjemnější metodu, která slouží k nefarmakologickému vyvolání porodu. Během pohlavního styku dochází k uvolňování prostaglandinů, díky dráždění děložního čípku penisem. Ještě k většímu uvolňování prostaglandinů dochází, pokud je těhotná silně vzrušena. Pohlavní styk by měl být nechráněný, jelikož mužské sperma obsahuje přirozené prostaglandiny, které napomáhají ke změkčování a uvolňování děložního hrdla (Stadelmann, 2009, s. 186).

7.3.3 Teplá koupel

Jestliže je děloha na porod připravená, teplá voda by ji měla prohřát, uvolnit a tím započít porod. Teplota vody by měla být co nejvyšší a může přesáhnout až 40°C. Pokud rodičce nevyhovuje teplá koupel, měla by využít alespoň sprchy, kde se doporučuje krouživými pohyby sprchovat podbříšek.

7.3.4 Fyzická námaha

Doporučují se dlouhé procházky či chůze do schodů, kdy dojde k unavení svalstva dolního segmentu, což vede k vyvolání děložních kontrakcí (Celostní medicína, 2008).

7.3.5 Lněné semínko

Konzumace lněného semínka podporuje nástup děložních kontrakcí, proto se doporučuje ho užívat až kolem 37. týdne těhotenství. Díky schopnosti lněného semínka uvolňovat hladkou svalovinu dochází k otevírání hrdla děložního a také porodních cest.

7.3.6 Maliníkový čaj

Maliník je doporučován již dlouhá léta pro svou schopnost změkčovat porodní cesty. Těhotná žena by ho však měla začít užívat až kolem 37. týdne těhotenství pro svůj účinek vyvolávat silné a intenzivní děložní kontrakce (Malúšková, 2011, s. 17).

7.3.7 Klystýr

Klystýr patří k účinným metodám vyvolání porodu. Teplý klystýr podpoří střevní peristaltiku a tím u většiny žen nastanou spontánní děložní stahy (Stadelmann, 2009, s. 185-186).

7.3.8 Akupunktura

Jedná se o metodu vpichování drobných jehliček do akupunkturálních bodů. Díky akupunktuře by mělo docházet k vylučování prostaglandinů a oxytocinu, které mají za následek stahy svaloviny děložní (Trojková, 2013, s. 13).

7.3.9 Reflexní terapie

V určitých případech dojde k nástupu děložních kontrakcí po provedení reflexní masáže plosek nohou za pomoci éterických olejů (Stadelmann, 2009, s. 187).

7.3.10 Aromaterapie

Díky stresu se uvolňují hormony, které brání porodu, proto používáme takové éterické oleje, které rodičku jak uklidní, tak porod pomůžou vyvolat. Aromaterapii můžeme aplikovat ve formě éterických olejů do teplé koupele, k inhalaci do aromalampy nebo použít k masáži břicha, podbřišku a křížové oblasti. Jedinou podmínkou k využití aromaterapie je, že poloha dítěte i děložní hrdlo jsou připraveny k porodu. Mezi nejužívanější éterické oleje patří:

7.3.10.1 Levandule

Patří mezi nejvíce využívaným éterickým olejem během porodu. Má velice uklidňující účinky, urychluje porod ve smyslu otevírání porodních cest a podporuje děložní činnost.

7.3.10.2 Skořice

Skořice je velice známá pro svou schopnost vyvolat porodní bolesti, proto by se mu ženy v prvním a druhém trimestru měly vyhýbat, jelikož může způsobit i potrat. Můžeme ji využít ve formě éterického oleje na masáž podbřišku nebo přidat mletou skořici do jídla.

7.3.10.3 Růže

Pomáhá ve smyslu uvolnění vazů pánve a její rozšíření. Má analgetické účinky a je schopna zbavit rodičku negativních emocí.

7.3.10.4 Šalvěj luční

Tento éterický olej napomáhá činnosti svalstva děložního, čímž usnadňuje porod. Působí také na nervovou soustavu a zlepšuje dýchání, dále se využívá jako mírné analgetikum.

7.3.10.5 Jasmín

Kromě analgetického účinku působí proti křečím, posiluje a uklidňuje a zlepšuje rodičce náladu.

7.3.10.6 Geranium

Tento éterický olej prospívá děloze a děložní sliznici, má vysoké kontrakční účinky a působí jako antidepresivum (Worwood, 2009).

8 KOMPLIKACE A RIZIKA INDUKOVANÉHO PORODU

I přes to, že indukce porodu patří k rutinním metodám v porodnictví, je potřeba o ní vždy pečlivě uvažovat, protože je spojena s řadou komplikací, jako je hypoxie plodu, děložní hypotonie, krvácení ve třetí době porodní nebo ruptura dělohy (Hájek, 2004, s. 78).

Díky nedostatečnému zásobení plodu kyslíkem během porodu, musí být novorozenci často umístěni na jednotku intenzivní péče. Kromě hypoxie se může po porodu objevit i novorozenecká žloutenka, což samozřejmě vyžaduje léčbu a tím i prodloužený pobyt v nemocnici.

Indukované porody často vyžadují kontinuální monitoring srdeční akce plodu, což vede k omezení rodičky ve smyslu připoutání na lůžko nebo jeho blízkosti. Díky tomu se rodička během kontrakcí nemůže pohybovat nebo měnit polohy dle své potřeby, čímž se může zpomalit postupování porodu (Lamaze International, 2012).

Velice důležité je také správné dávkování indukčního preparátu, kdy jeho nízké množství vede k neúspěšné indukci a naopak jeho vysoké množství vede k děložnímu hypertonusu, čímž nastává snížené prokrvení placenty a to vede k hypoxii plodu. V takovém případě je nutné porod ukončit VEXem, kleštěmi nebo zahájit akutní tokolýzu a indikovat císařský řez (Roztočil, 2004, s. 43).

Mezi nepříjemné účinky indukovaného porodu může také patřit nevolnost, zvracení, bolesti zad, průjem, ale může také dojít k horečce či imitaci intrauterinního infektu, což může vést k poškození matky či plodu (Roztočil, 2007, s. 106).

Často se také uvádí, že uměle vyvolané kontrakce mají rychlejší nástup a jsou intenzivnější delší dobu než spontánně započaté děložní stahy, což způsobuje pravděpodobnější využití farmakologických preparátů ze strany matky a tím také větší zátěž pro plod.

Vyvolávaný porod je pro rodičku těžký také z psychologického hlediska, protože si myslí, že její tělo nefunguje správně z toho důvodu, že není schopna plod vypudit spontánně (Lamaze International, 2012).

9 DALŠÍ MOŽNÉ ŘEŠENÍ POTERMÍNOVÉ GRAVIDITY

9.1 Císařský řez

Jedná se o porodnickou operaci, při níž je plod vypuzen z matčiny dělohy břišní cestou (Roztočil, 2008, s. 335).

Císařský řez se může provádět buď během těhotenství, nebo po nástupu děložních kontrakcí v průběhu porodu (Pařízek, 2012, s. 181). Jedná se tedy o císařský řez:

- **Plánovaný** – tento způsob porodu indikuje lékař z důvodu špatné polohy plodu v děloze, úzké pánve rodičky, patologického procesu v pánvi, nadměrné velikosti plodu, infekci porodních cest, nesprávné funkci a poloze placenty.
- **Akutní** – dochází k němu díky komplikacím v průběhu porodu, mezi které patří nepostupující porod, hypoxie plodu, prolaps pupečníku, předčasné odlučování placenty či ruptura dělohy (Tausen, 2003, s. 65).

9.1.1 Provedení císařského řezu

V dnešní době se císařský řez považuje za poměrně jednoduchý chirurgický výkon o délce asi 30 – 45 minut.

Samotná operace je zahájena laparotomií, dále se lékaři musí dostat přes myometrium do dutiny děložní. Poté se poruší vak blan a pomalu se porodí samotný plod, kterému se přestřihne pupeční šňůra. Dále se vybaví placenta s pomocí aplikace uterotonik a zreviduje se dutina děložní. Pokud je děložní hrdlo uzavřeno, musí jej lékař mírně dilatovat. Poté následuje samotná sutura, kdy se sešívají jednotlivé vrstvy.

9.1.2 Komplikace po císařském řezu

Nejčastěji se jedná o tyto komplikace:

- krvácení,
- embolie,
- poškození orgánů,
- infekce,
- a poškození orgánů (Hájek, 2014, s. 514 – 523).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

10 METODIKA PRÁCE

Praktická část bakalářské práce je zpracována pomocí metody kvantitativního výzkumu. Výzkumné šetření bylo prováděno na internetu pomocí elektronické formy dotazníků. Interpretace výsledků byla provedena pomocí tabulek a grafů a jejich součástí je i komentář.

10.1 Cíle práce

1. Zjistit informovanost těhotných žen a žen po porodu o potěmínové graviditě.
2. Zjistit informovanost těchto žen o možných rizicích, jak pro matku i plod, po stanoveném termínu porodu.
3. Zjistit názor těchto žen na vyvolání porodu po jeho termínu.
4. Zjistit informovanost respondentek o metodách přirozeného vyvolání porodu.

10.2 Užitá metoda výzkumu

Výzkumné šetření bylo provedeno pomocí kvantitativního sběru informací a realizováno v dubnu tohoto roku anonymními dotazníky. Vypracovaný dotazník obsahoval celkem 25 uzavřených a polouzavřených otázek. Otázky souvisely se stanovenými cíli bakalářské práce a do výzkumu se zapojilo 265 žen (100,0 %).

10.3 Charakteristika souboru

Cílovou skupinou respondentek byly těhotné ženy nebo ženy po porodu. Skupina těchto respondentek byla vybrána záměrně, aby umožnila prozkoumat cíle vztahující se k této bakalářské práci. Do výzkumu bylo zařazeno 265 respondentek, jejichž průměrný věk je 25 let.

Nejvíce dotazovaných žen, tedy 199 (75,1 %) rodilo jen jednou. Dva porody uvedlo 53 žen (20,0 %) a třikrát rodilo 8 žen (3,0 %). Čtyřikrát a více rodilo 5 žen (1,9 %).

11 PREZENTACE VÝSLEDKŮ

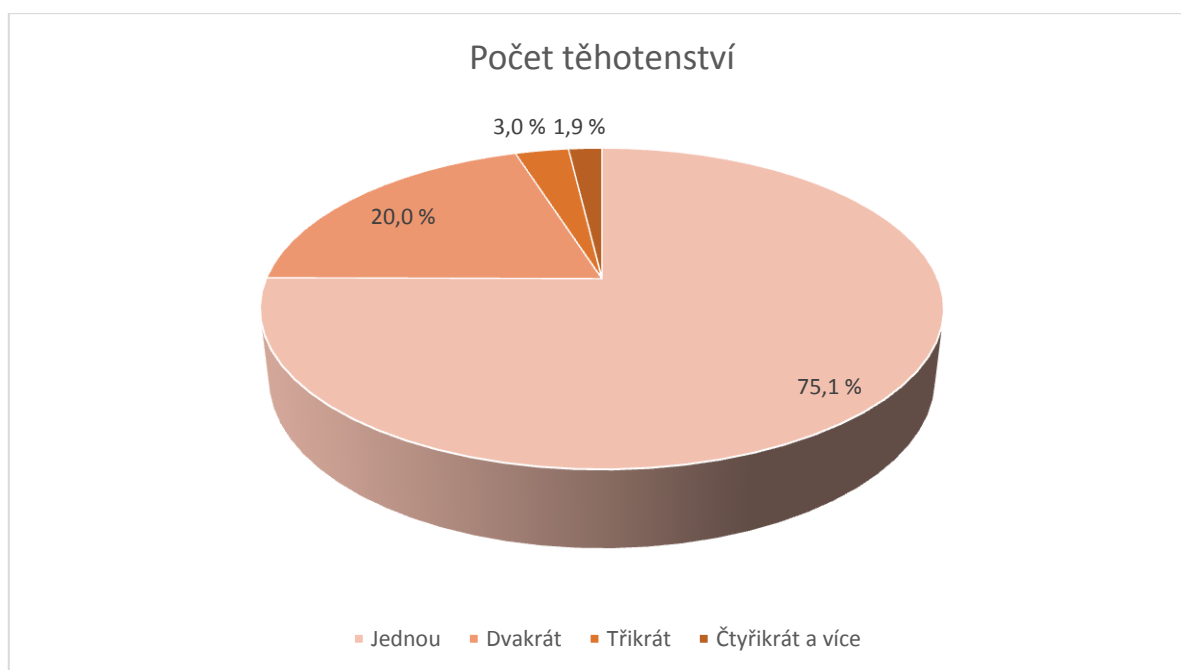
Položka 1: Kolikrát jste rodila?

Tabulka 1: Počet těhotenství.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jedenkrát	199	75,1 %
Dvakrát	53	20,0 %
Třikrát	8	3,0 %
Čtyřikrát a více	5	1,9 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 1: Počet těhotenství.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: Analýzou dat bylo zjištěno, že 75,1 % žen rodilo poprvé, 20,0 % žen je po druhém porodu, 3,0 % žen rodily třikrát a 1,9 % žen rodily již čtyřikrát a více. Celkový počet respondentek je 265.

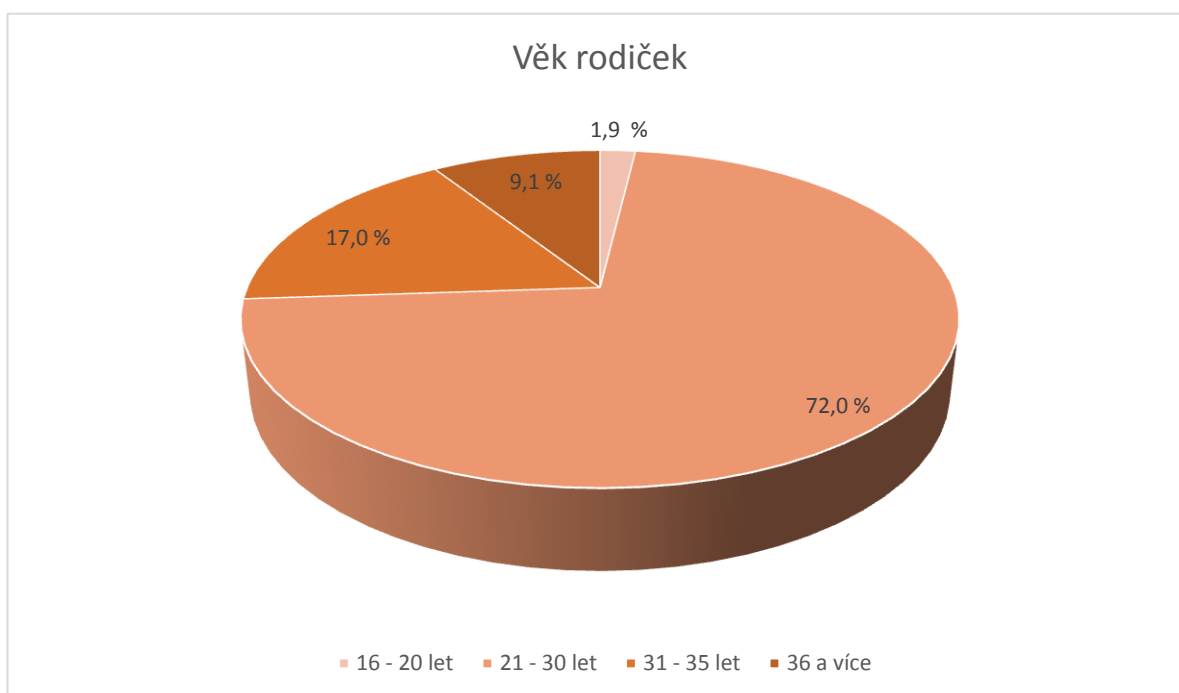
Položka 2: Kolik je Vám let?

Tabulka 2: Věk rodiček.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
16 – 20 let	5	1,9 %
21 – 30 let	191	72,0 %
31 – 35 let	45	17,0 %
36 a více let	24	9,1 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 2: Věk rodiček.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: Jednoznačně nejpočetnější skupinu 72,0 %, tvoří ženy mezi 21 – 30 rokem. Již méně početnou skupinu 17,0 % tvoří ženy mezi 31 – 35 rokem, 9,1 % žen se nachází ve věku 36 a více a pouze 1,9 % žen jsou ve věku 16 – 20 let.

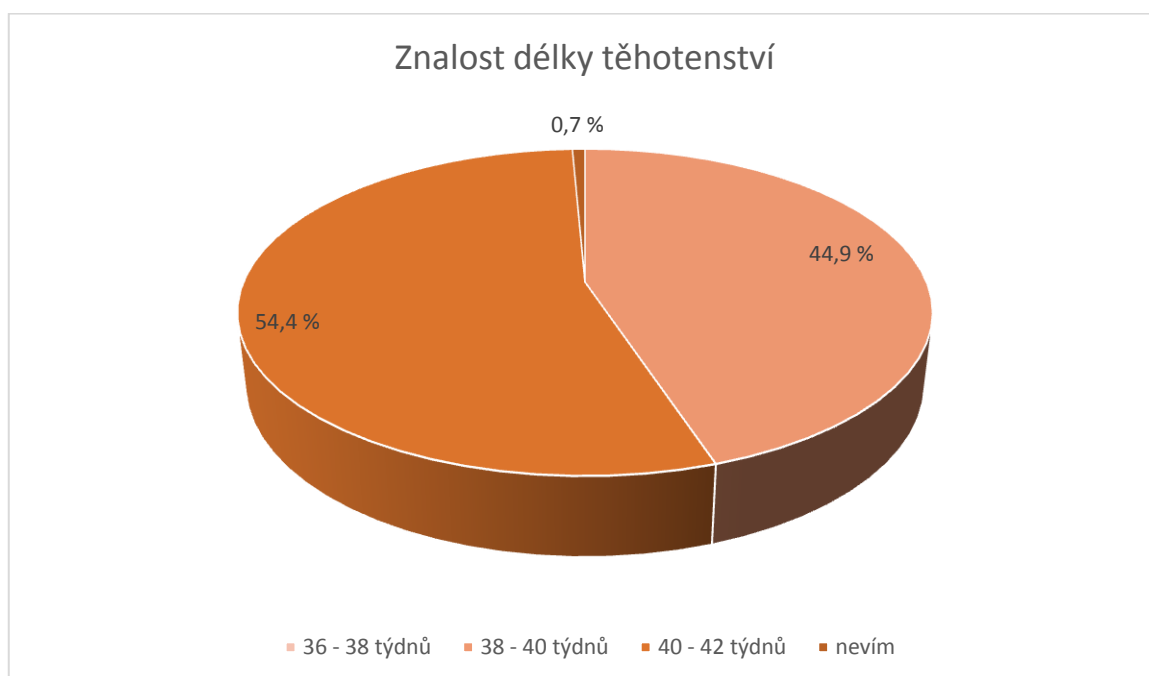
Položka 3: Znáte délku trvání fyziologického těhotenství?

Tabulka 3: Znalost délky trvání těhotenství.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
36 - 38 týdnů	0	0,0 %
38 - 40 týdnů	119	44,9 %
40 - 42 týdnů	144	54,4 %
nevím	2	0,7 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 3: Znalost délky trvání těhotenství.

*Zdroj: vlastní*

KOMENTÁŘ: Z šetření vyplynulo, že 54,4 % žen si myslí, že fyziologická délka trvání těhotenství je 40 – 42 týdnů. Velice se tomu blíží druhá polovina žen, tedy 44,9 %, které si myslí, že 38 – 40 týdnů je fyziologická délka těhotenství. 0,7 % žen nemá vůbec ponětí o délce těhotenství a žádná z oslovených respondentek si nemyslí, že těhotenství by mělo trvat 36 – 38 týdnů.

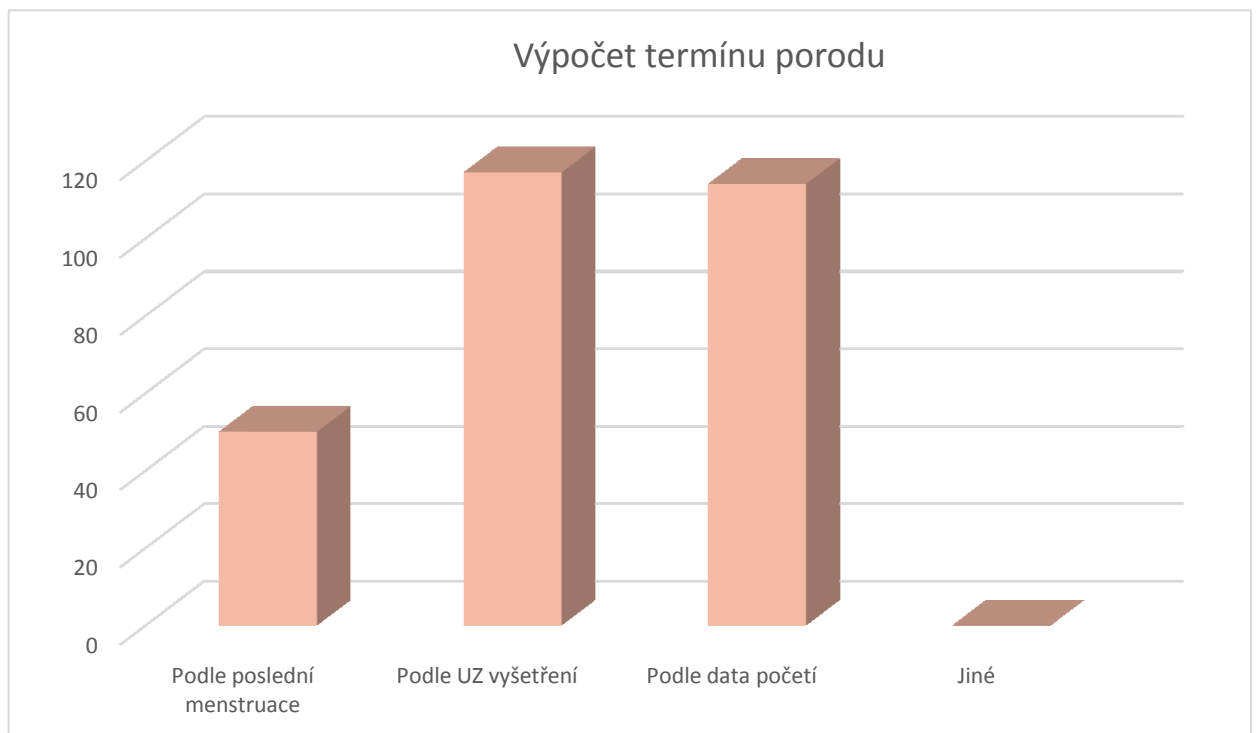
Položka 4: *Jaké znáte způsoby výpočtu porodu?*

Tabulka 4: Výpočet termínu porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Podle poslední menstruace	50	17,8 %
Podle UZ vyšetření	117	41,6 %
Podle data početí	114	40,6 %
Jiné	0	0,0 %
CELKEM	281	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 4: Výpočet termínu porodu.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: V této otázce měly respondentky možnost zvolit více odpovědí a zvolily jich 281. Nejčastější odpověď na otázku výpočtu termínu porodu bylo provedení ultrazvukového vyšetření (41,6 %). V těsné blízkosti se 40,6 % byl výpočet podle data početí. Výpočet data porodu podle poslední menstruace obdrželo 17,8 % odpovědí. Jiná možnost výpočtu termínu porodu nebyla zvolena.

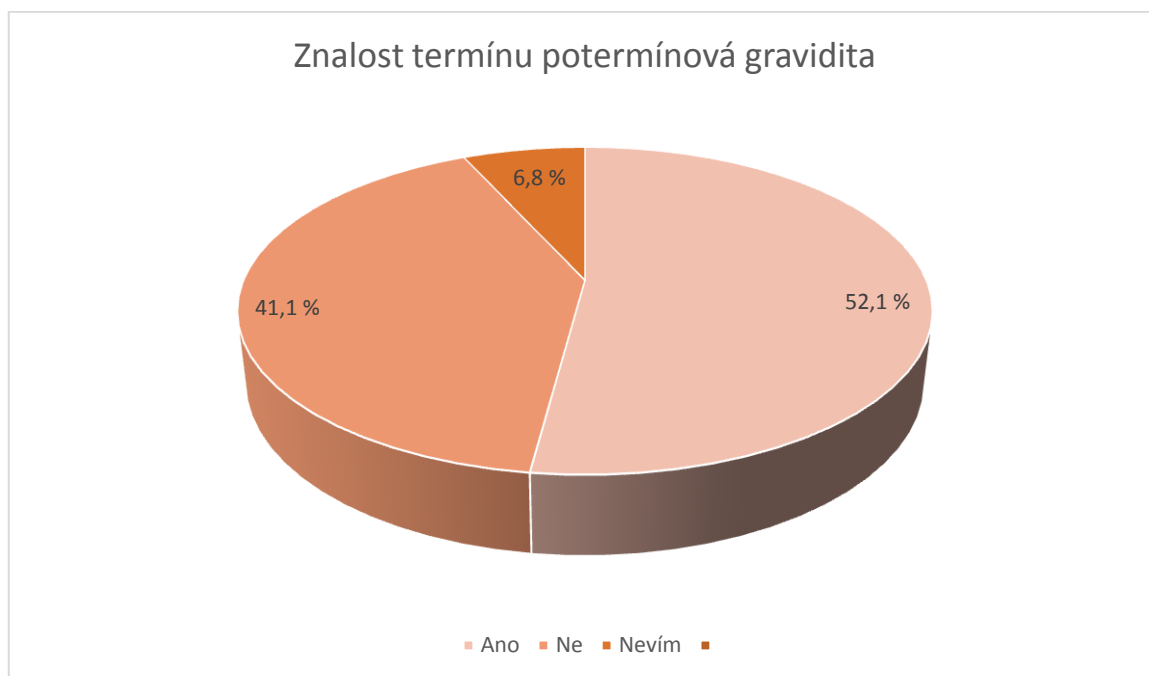
Položka 5: *Setkala jste se někdy s termínem – potermínová gravidita?*

Tabulka 5: Znalost termínu potermínová gravidita.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	138	52,1 %
Ne	109	41,1 %
Nevím	18	6,8 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 5: Znalost termínu potermínová gravidita.

*Zdroj: vlastní*

KOMENTÁŘ: 52,1 % z oslovených respondentek se již s termínem potermínová gravidita setkala. 41,1 % procent žen o tomto termínu nikdy neslyšelo a 6,8 % respondentek neví, jestli se s tímto termínem setkalo.

Položka 6: *Byl některý z vašich porodů po stanoveném termínu?*

Ta-

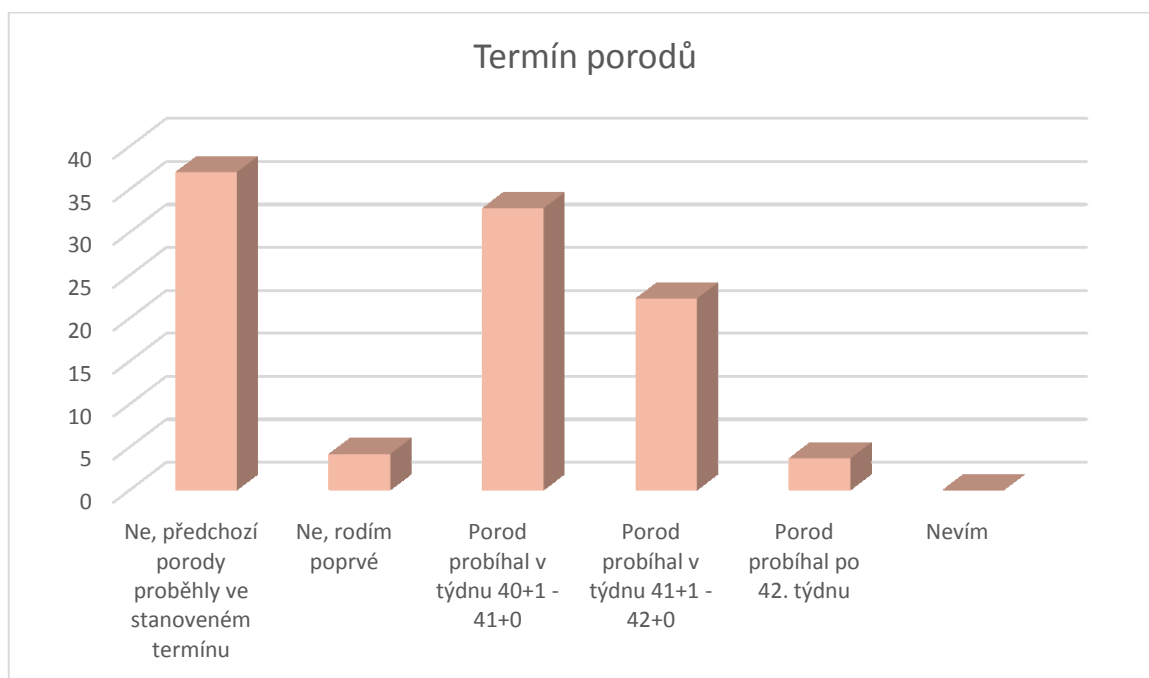
	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne, předchozí porody proběhly ve stanoveném termínu	98	37,0 %
Ne, rodím poprvé	11	4,2 %
Porod probíhal v týdnu 40+1 - 41+0	87	32,8 %
Porod probíhal v týdnu 41+1 - 42+0	59	22,3 %
Porod probíhal po 42. týdnu	10	3,7 %
Nevím	0	0
CELKEM	265	100,0 %

bul
ka
6:
Ter
mín
po-

Zdroj: vlastní

rodů.

Graf 6: Termín porodů.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: Z celkového počtu respondentek 265 porodilo 37,0 % žen ve stanoveném termínu porodu. 32,8 % žen porodilo v termínu, mezi 40. až 41. týdnem těhotenství. U 22,3 % žen probíhal porod ve 41 – 42 týdnu těhotenství. 4,2 % žen ještě nerodilo, a proto nemohly tuto otázku zodpovědět. 3,7 % žen porodilo až po 42. týdnu těhotenství a 0 % žen odpovědělo, že neví.

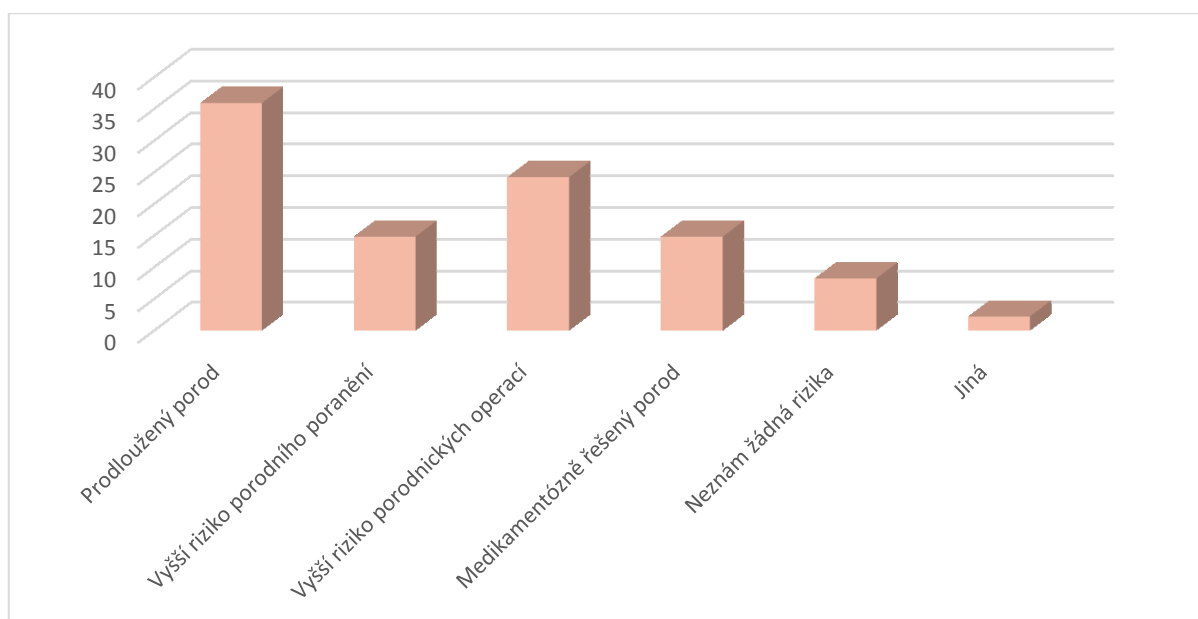
Položka 7: Znáte rizika, která jsou spojena s potermínovou graviditou pro matku?

Tabulka 7: Rizika pro matku.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Prodloužený porod	129	35,9 %
Větší riziko porodního poranění	53	14,8 %
Vyšší riziko porodnických operací	87	24,2 %
Medikamentózně řešený porod	53	14,8 %
Neznám žádná rizika	29	8,1 %
Jiná	8	2,2 %
CELKEM	359	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 7: Rizika pro matku.

*Zdroj: vlastní*

KOMENTÁŘ: V této otázce měly respondentky možnost zvolit více odpovědí. Největší počet odpovědí, tedy 35,9 % obdrželo, že jako největší riziko pro matku je prodloužený porod. 24,2 % odpovědí bylo riziko vyšších porodnických operací a po 14,8 % odpovědí bylo vyšší riziko porodního poranění a medikamentózně řešený porod. Zatímco 8,1 % odpovědí bylo, že respondentky žádná rizika spojena s potermínovou graviditou neznají, a

2,2 % odpovědí bylo, že ženy znají jiná rizika, do kterých zahrnuly možnost většího plodu, zkalenou plodovou vodu a těžší porod.

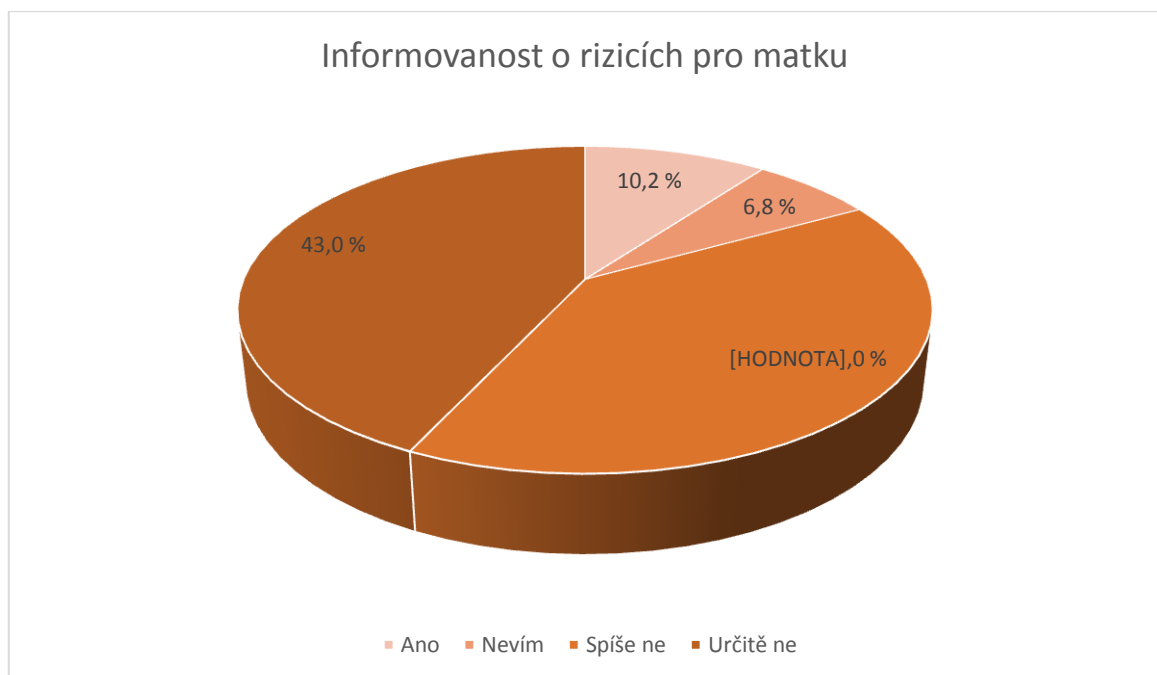
Položka 8: *Seznámil Vás někdo s těmito riziky?*

Tabulka 8: Informovanost o rizicích pro matku.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	27	10,2 %
Nevím	18	6,8 %
Spíše ne	106	40,0 %
Určitě ne	114	43,0 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 8: Informovanost o rizicích pro matku.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: Jak můžeme vidět na grafu, na tuto otázku odpověděly respondentky víceméně negativně. 43,0 % dotazovaných žen uvedlo, že nemá vůbec žádné informace a 40,0 % žen uvedlo jen minimální informace. 6,8 % žen odpovědělo, že neví, tudíž můžeme

předpokládat, že také žádné informace nemají. Pouze 10,2 % žen uvedlo, že byly dostatečně informovány.

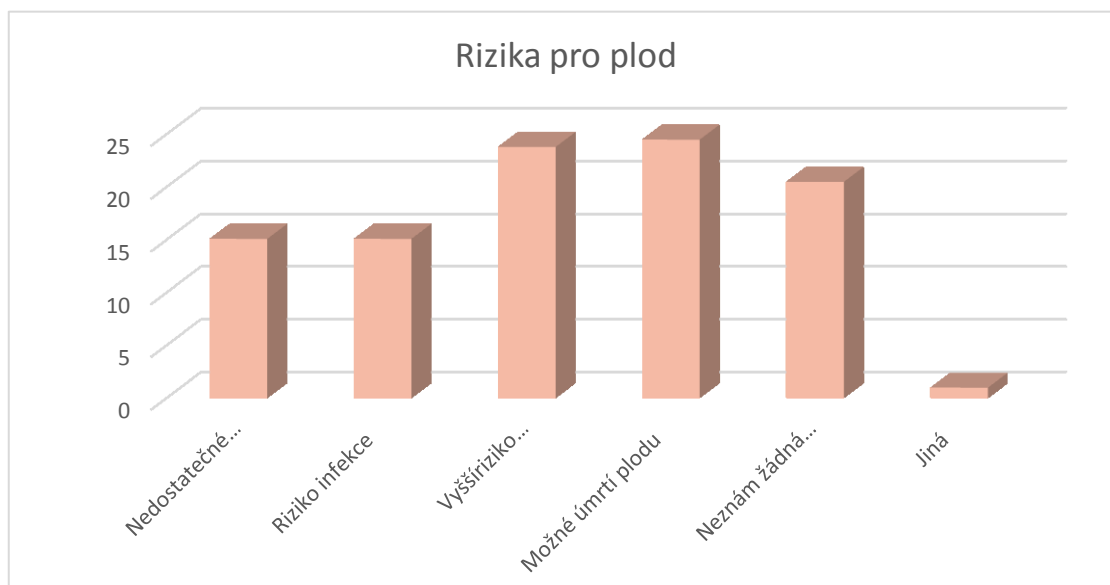
Položka 9: *Znáte rizika, která jsou spojena s potěminovou graviditou pro plod?*

Tabulka 9: Rizika pro plod.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Nedostatečné zásobení plodu kyslíkem	46	15,1 %
Riziko infekce	46	15,1 %
Vyšší riziko velkého plodu	72	23,8 %
Možné úmrtí plodu	74	24,5 %
Neznám žádná rizika	62	20,5 %
Jiná	3	1,0 %
CELKEM	303	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 9: Rizika pro plod.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: Analýzou bylo zjištěno, že nejvíce respondentek, a to 24,5 % ví o riziku možného úmrtí plodu. 23,8 % žen zná možnost rizika vyšší váhy plodu a bohužel 20,5 % žen odpovědělo, že žádná rizika pro plod po termínu porodu neznají. Nedostatečné zásobení plodu kyslíkem a riziko infekce označily respondentky po 15,1 %. 1,0 % pak odpověděly ženy, kde zahrnuly smolkovou plodovou vodu.

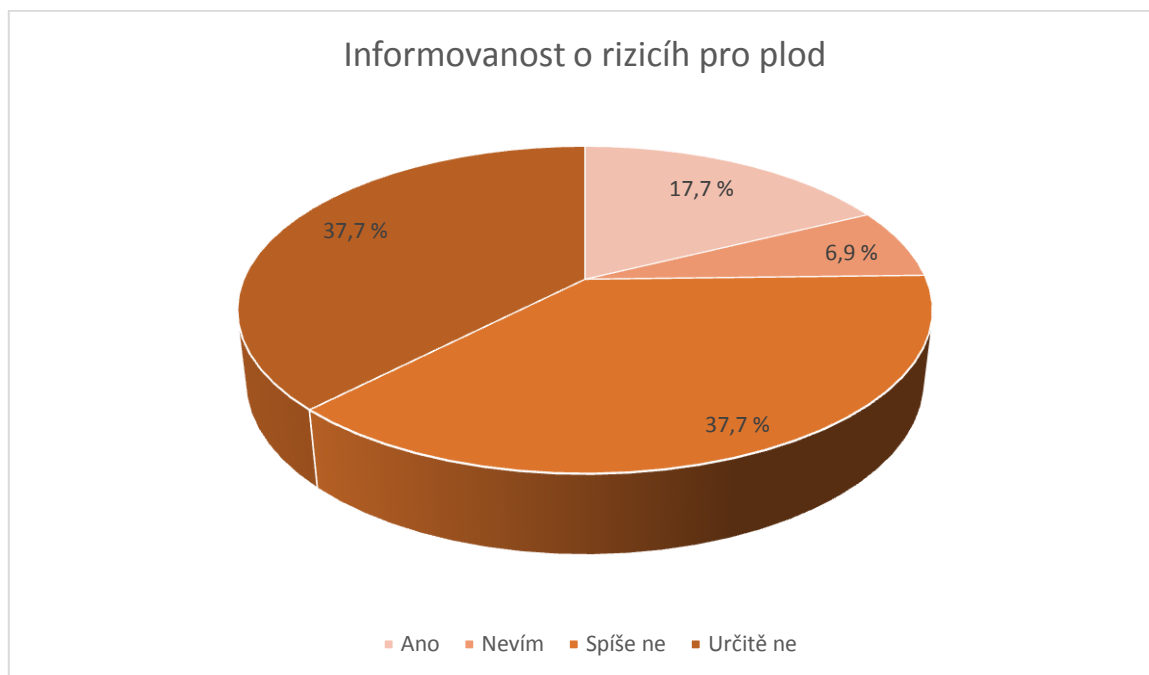
Položka 10: Seznámil Vás někdo s těmito riziky?

Tabulka 10: Informovanost o rizicích pro plod.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	47	17,7 %
Nevím	18	6,9 %
Spíše ne	100	37,7 %
Určitě ne	100	37,7 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 10: Informovanost o rizicích pro plod.

*Zdroj: vlastní*

KOMENTÁŘ: Na otázku, zda jsou ženy dostatečně informovány o možných rizicích po termínu porodu pro plod, odpovědělo 37,7 % žen, že určitě ne a spíše ne. Pouze 17,7 % žen odpovědělo, že jsou informovány o možných rizicích a 6,9 % žen odpovědělo, že neví.

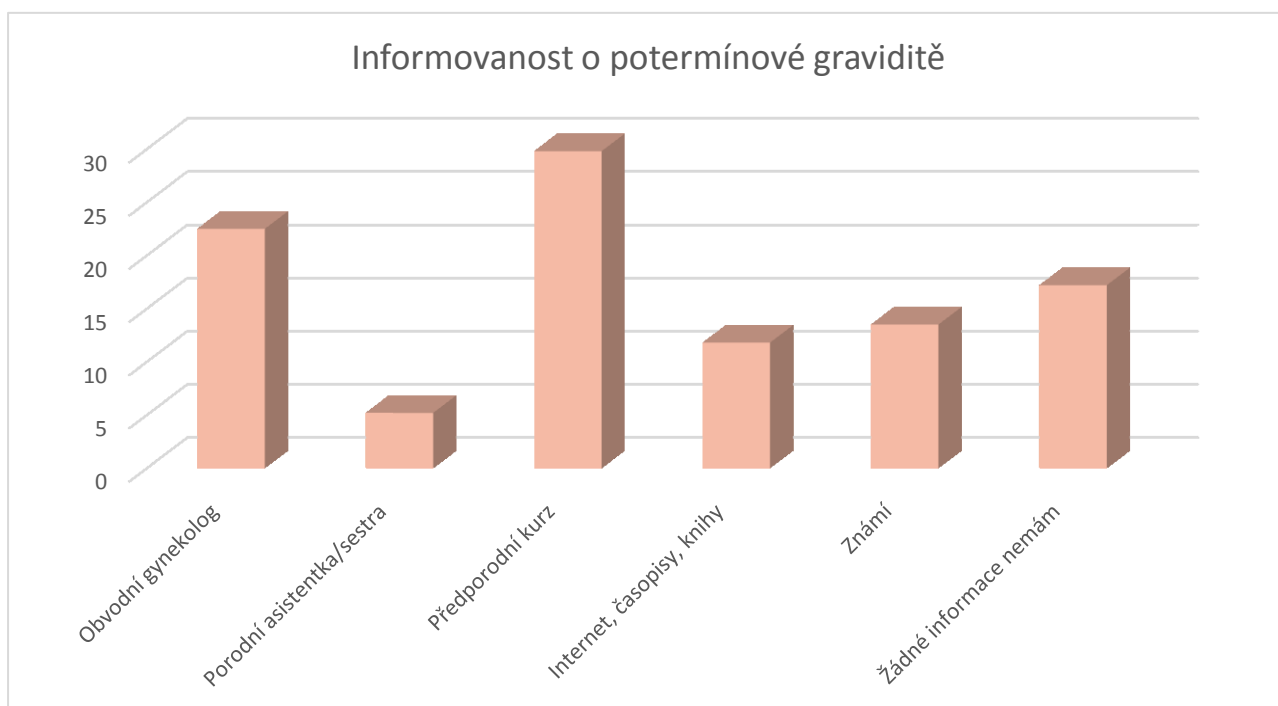
Položka 11: Odkud máte informace o potermínové graviditě?

Tabulka 11: Informovanost o potermínové graviditě.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Od obvodního gynekologa	65	22,5 %
Od porodní asistentky/sestry	15	5,2 %
Z předporodních kurzů	86	29,8 %
Z internetu, časopisu, knih	34	11,8 %
Od známých	39	13,5 %
Žádné informace nemám	50	17,2 %
CELKEM	289	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 11: Informovanost o potermínové graviditě.

*Zdroj: vlastní*

KOMENTÁŘ: Z grafu můžeme vidět, že ženy získávají informace z různých zdrojů. Nejvíce, 29,8 % respondentek se ovšem o potermínové graviditě dozvědělo na kurzech předporodní přípravy. 22,5 % žen dostalo informace od obvodního gynekologa a téměř 17,2 %

žen odpovědělo, že vůbec žádné informace nemá. 13,5 % respondentek se radilo se známou a 11,8 % žen hledalo v různých časopisech, knihách nebo na internetu. Pouze 5,2 % žen má informace od porodní asistentky nebo zdravotní sestry.

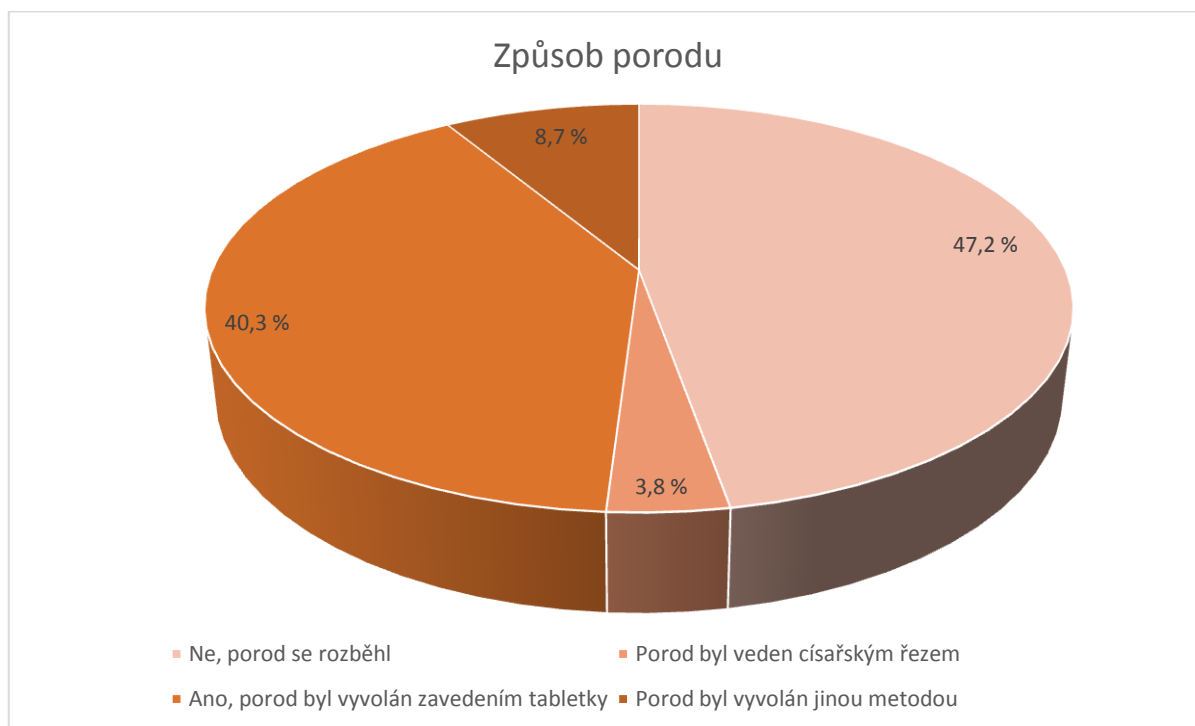
Položka 12: Měla jste některý porod vyvolávaný?

Tabulka 12: Způsob porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne, porod se rozběhl spontánně	125	47,2 %
Porod byl veden císařským řezem	10	3,8 %
Ano, porod byl vyvolán zavedením tabletky	107	40,3 %
Porod byl vyvolán jinou metodou	23	8,7 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 12: Způsob porodu.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: U 47,2 % žen se porod rozběhl spontánně, tudíž nebylo potřeba použít žádnou formu indukce. U 40,3 % respondentek byl ovšem porod vyvolán za pomoci zave-

dení tabletky. U 8,7 % žen byl porod vyvolán jinou metodou a to infuzí s oxytocinem. U 3,8 % žen byl porod veden primárním císařským řezem.

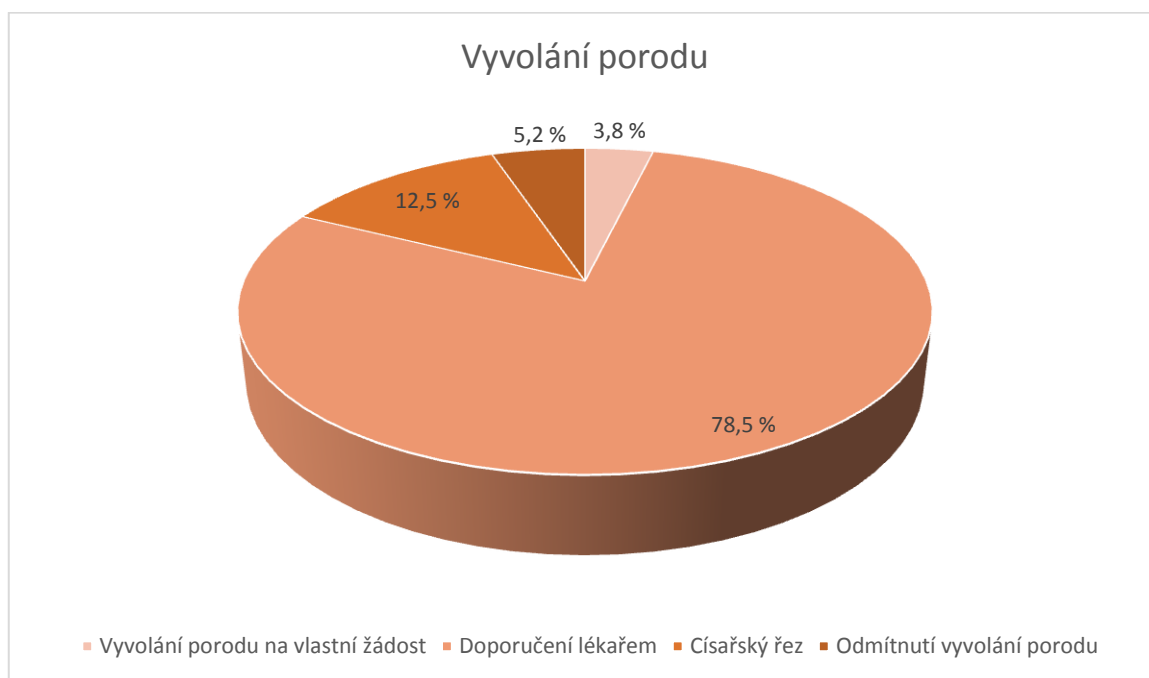
Položka 13: *Pokud byl porod vyvolávaný, bylo to na vlastní žádost nebo na doporučení lékaře?*

Tabulka 13: Vyvolání porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Porod jste si nechala vyvolat na vlastní žádost	10	3,8 %
Vyvolání porodu Vám bylo doporučeno lékařem	208	78,5 %
Porod byl veden císařským řezem	33	12,5 %
Odmítla jste vyvolání porodu	14	5,2 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 13: Vyvolání porodu.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že 78,5 % porodů bylo vyvoláno na doporučení lékaře. 12,5 % respondentek uvedlo, že jejich porod byl veden primárním cí-

sařským řezem a 5,2 % žen uvedlo, že indukci porodu odmítlo. Pouze 3,8 % porodů byly vyvolány na vlastní žádost.

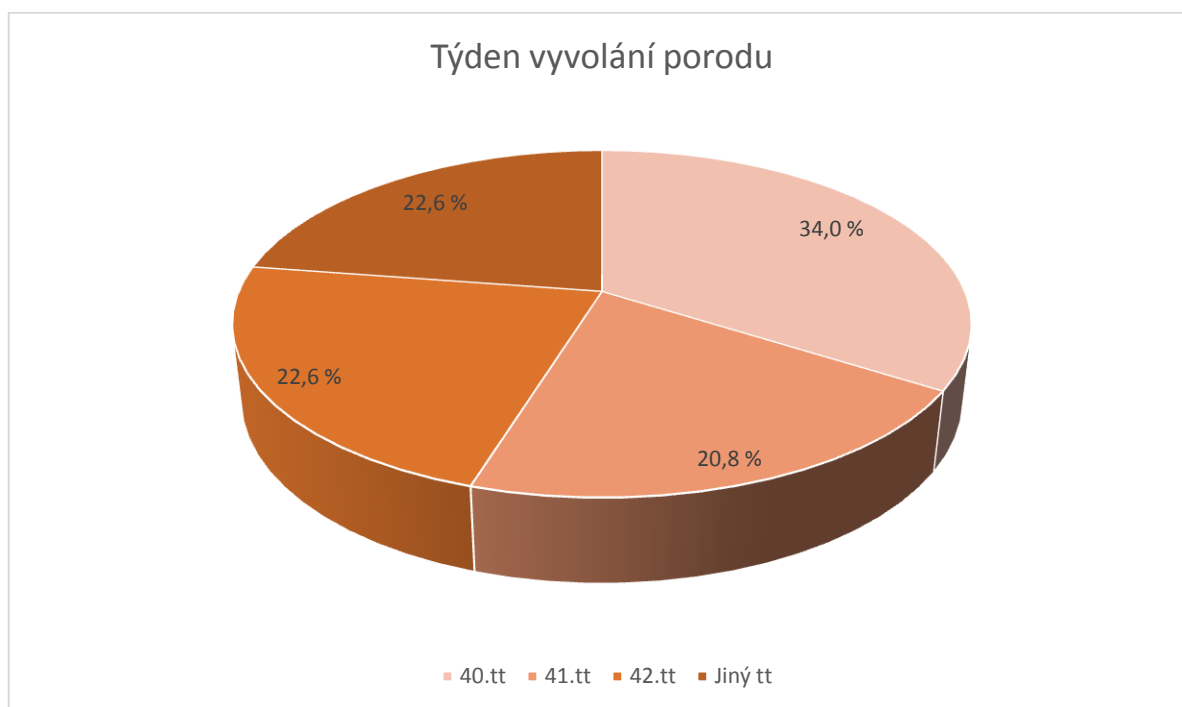
Položka 14: *Ve kterém týdnu Vám byl porod vyvolán?*

Tabulka 14: Týden vyvolání porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
40. týden těhotenství	90	34,0 %
41. týden těhotenství	55	20,8 %
42. týden těhotenství	60	22,6 %
Jiný týden těhotenství	60	22,6 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 14: Týden vyvolání porodu.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: Dle grafu může vidět, že u 34,0 % respondentek byl porod vyvolán již ve 40. týdnu těhotenství. U 22,6 % žen byl porod vyvolán ve 42. týdnu těhotenství a u stejné-

ho % respondentek byl porod vyvolán jiném týdnu těhotenství a to nejčastěji v 36., 37. a 38. týdnu těhotenství. U 20,8 % žen byl porod vyvolán ve 41. týdnu těhotenství.

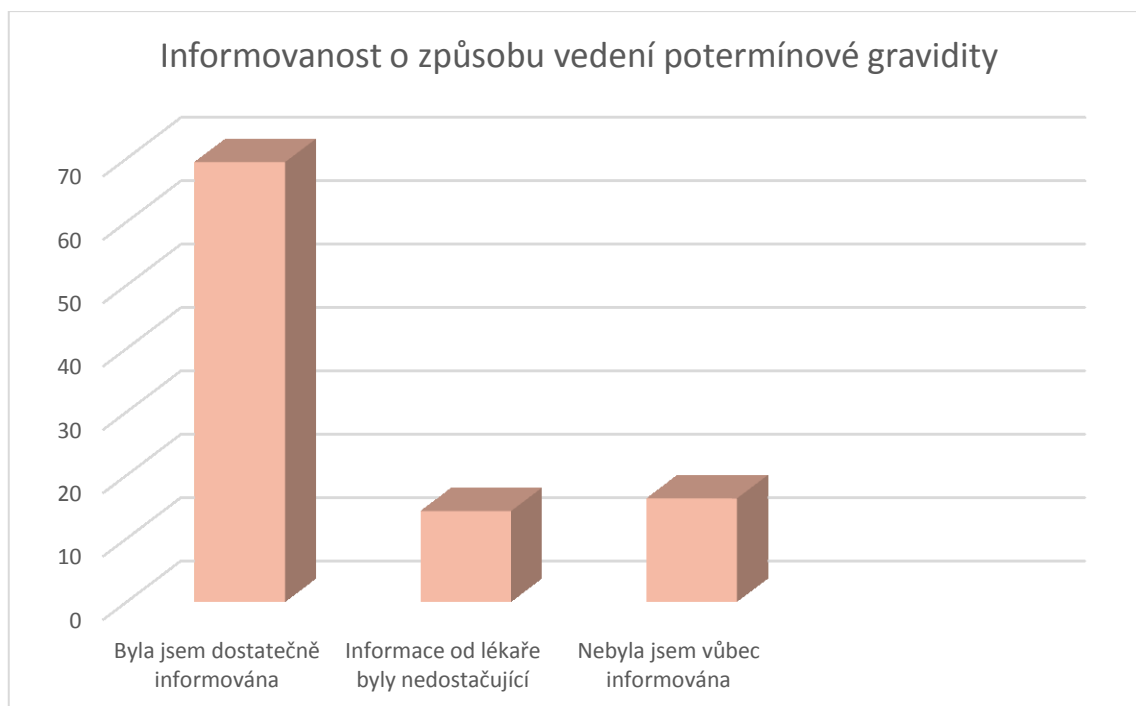
Položka 15: *Pokud Vám vyvolání porodu doporučil gynekolog, informoval Vás dostatečně o dalších postupech?*

Tabulka 15: Informovanost o způsobu vedení potermínové gravidity.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Byla jsem dostatečně informována	184	69,4 %
Informace, které mi podal lékař, byly nedostačující	38	14,3 %
Nebyla jsem vůbec informována	43	16,3 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 15: Informovanost o způsobu vedení potermínové gravidity.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: 69,4 % respondentek uvedlo, že je gynekolog dostatečně informoval o způsobu vedení potěrné gravidity. 16,3 % žen odpovědělo, že je lékař vůbec neinformoval a 14,3 % žen uvedlo, že informace od lékaře byly nedostačující.

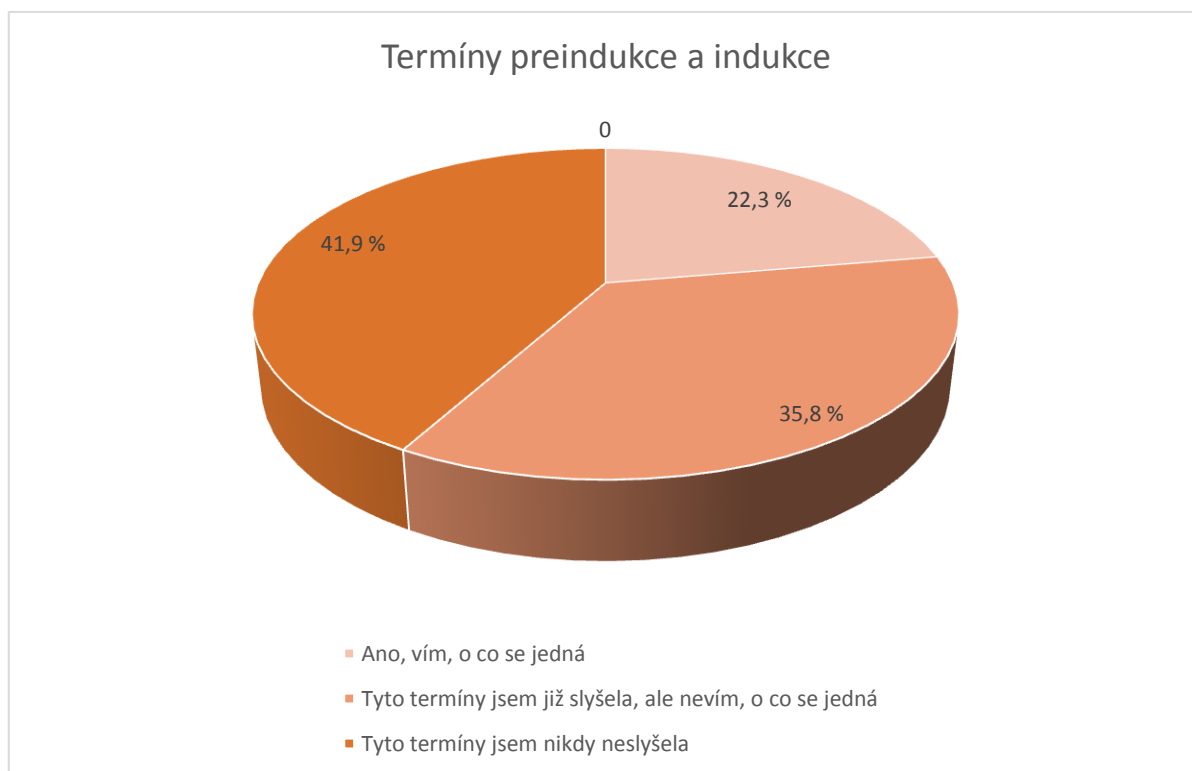
Položka 16: *Seznámil Vás někdo s termíny preindukce a indukce porodu?*

Tabulka 16: Termíny preindukce a indukce.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vím, o co se jedná	59	22,3 %
Tyto termíny jsem již slyšela, ale nevím, o co se jedná	95	35,8 %
Tyto termíny jsem nikdy neslyšela	111	41,9 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 16: Termíny preindukce a indukce.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: 41,9 % respondentek uvedlo, že termín preindukce a indukce porodu nikdy neslyšely. 35,8 % respondentek odpovědělo, že tyto termíny již slyšely, ale neví, o co se jedná a 22,3 % žen tyto termíny zná.

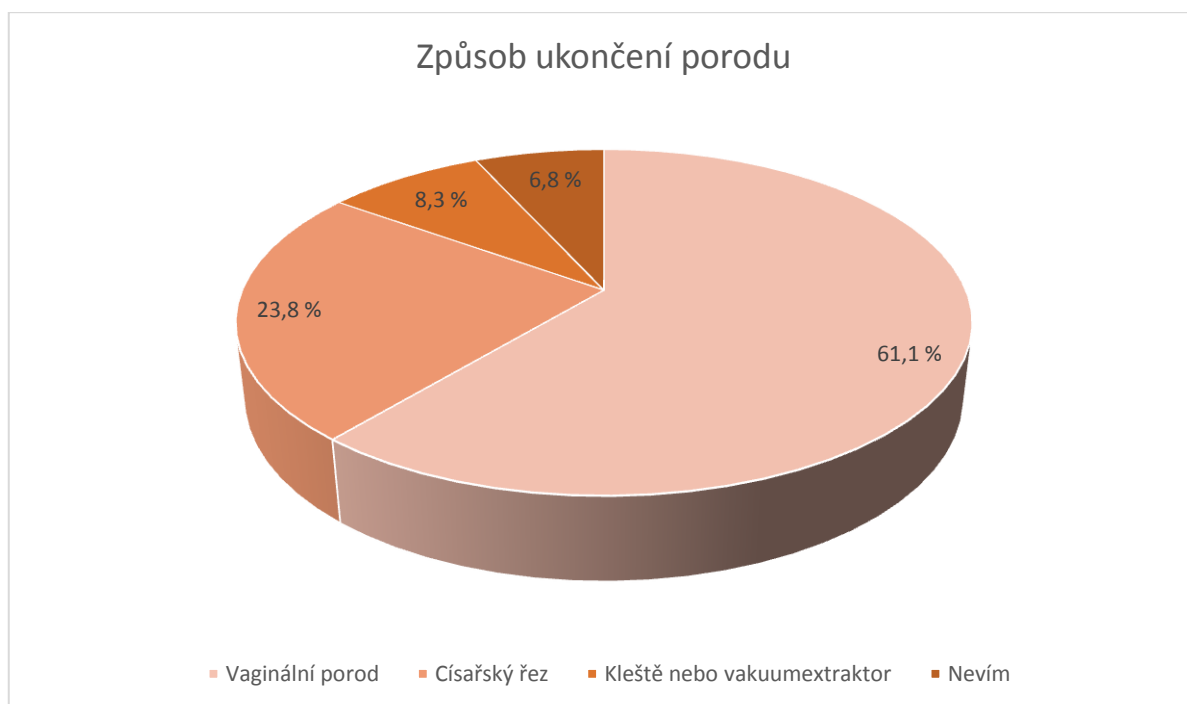
Položka 17: *Pokud Vám byl porod vyvoláván, jak dopadl?*

Tabulka 17: Způsob ukončení porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Porodila jsem vaginálně	162	61,1 %
Porodila jsem císařským řezem	63	23,8 %
Porodila jsem za pomoci kleští nebo vakuumextraktoru	22	8,3 %
Nevím	18	6,8 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 17: Způsob ukončení porodu.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: Na otázku, jak Vám dopadl porod, pokud byl vyvoláván, odpovědělo 61,1 % žen, že porodily vaginálně. U 23,8 % respondentek dopadl porod císařským řezem a u 8,3 % žen byly použity kleště, či vakuumentraktor. U 6,8 % žen byla odpověď, že nevím, jak jejich porod dopadl.

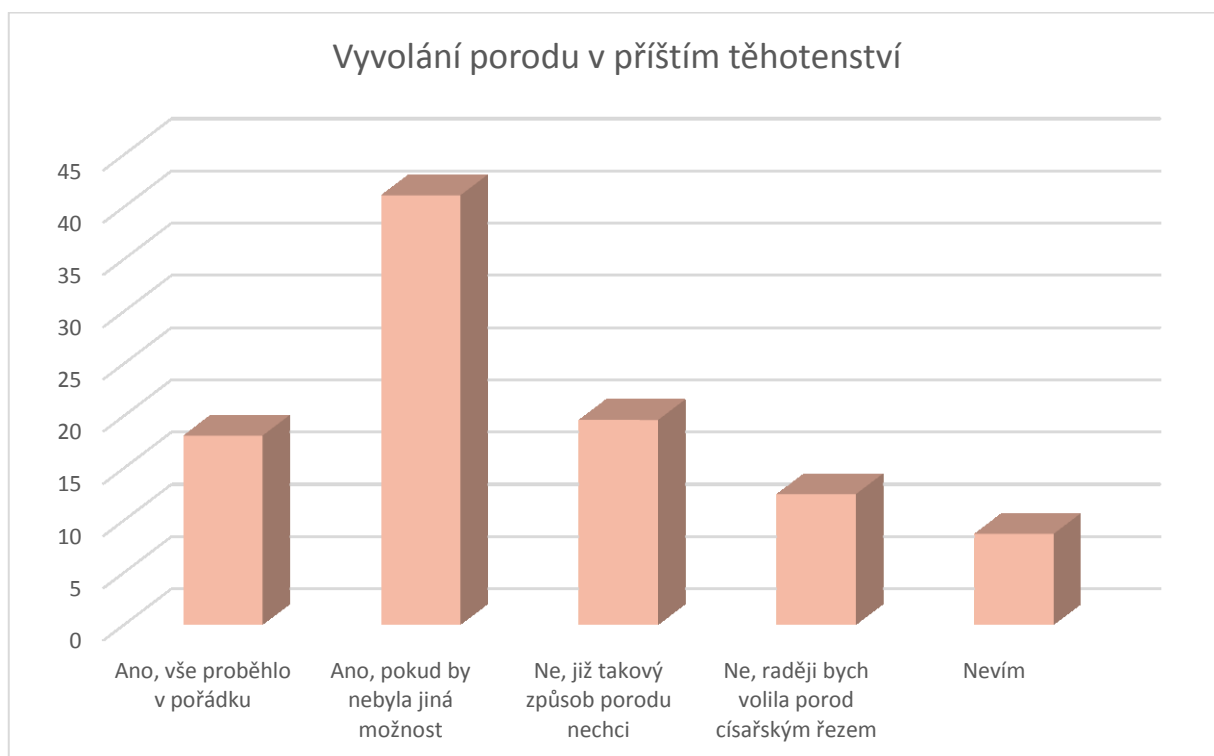
Položka 18: *Pokud jste zažila vyvolávaný porod, nechala byste si ho vyvolat znovu?*

Tabulka 18: Vyvolání porodu v příštím těhotenství.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vše proběhlo v pořádku	48	18,1 %
Ano, pokud by nebyla jiná možnost	109	41,1 %
Ne, již takový způsob porodu nechci	52	19,6 %
Ne, raději bych volila porod císařským řezem	33	12,5 %
Nevím	23	8,7 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 18: Vyvolání porodu v příštím těhotenství.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že 41,1 % žen by si nechalo porod vyvolat, pokud by nebyla jiná možnost. 19,6 % dotázaných žen již takový způsob porodu nechce zažít a 18,1 % respondentek s tímto způsobem porodu nemělo problém a nechaly by si ho vyvolat znovu. 12,5 % dotazovaných respondentek by raději zvolila porod císařským řezem, než aby jim byl znovu vyvoláván a 8,7 % žen odpovědělo, že neví.

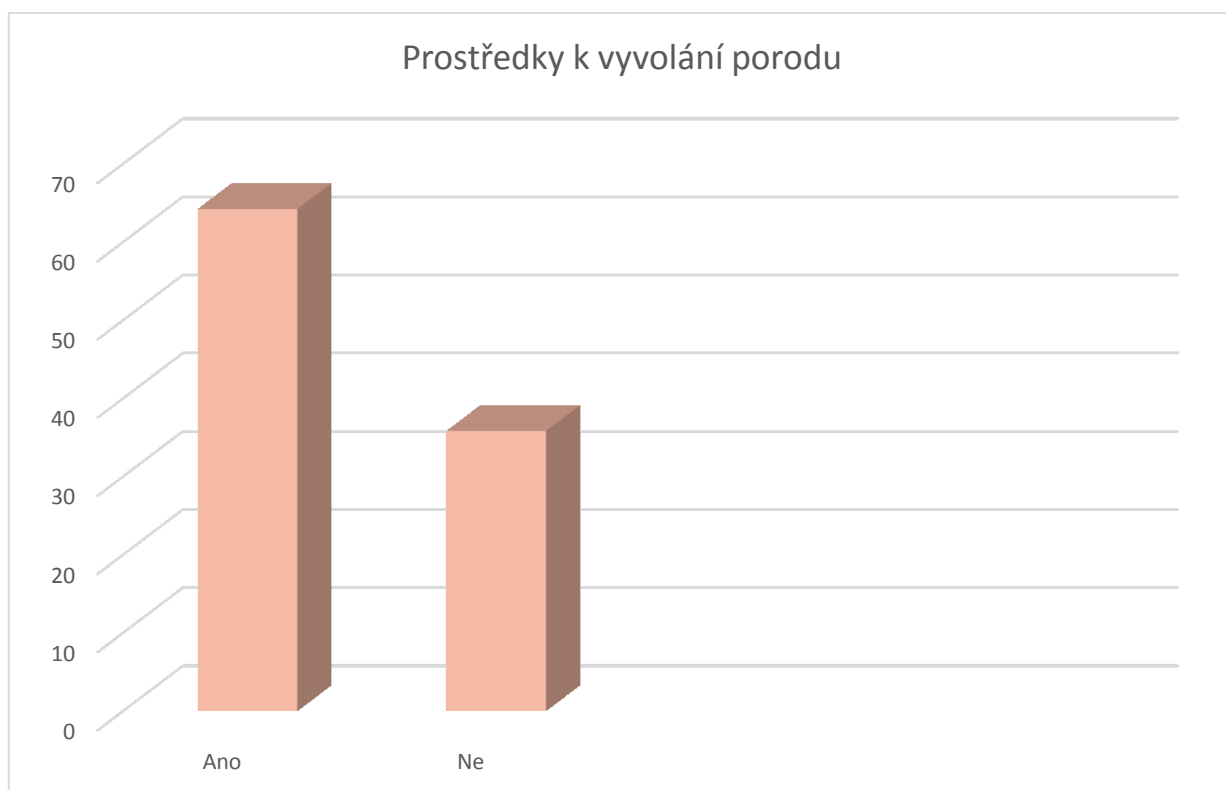
Položka 19: *Víte, jaké prostředky se využívají k vyvolání porodu?*

Tabulka 19: Prostředky k vyvolání porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	170	64,2 %
Ne	95	35,8 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 19: Prostředky k vyvolání porodu.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: 64,2 % žen uvedlo, že ví, jaké prostředky se užívají k vyvolání porodu. Nejvíce udávaly infuze s oxytocinem, zavedení tablety obsahující prostaglandiny, Hamiltonův hmat, dirrupci vaku blan a dilataci děložního hrdla. 35,8 % respondentek poté uvedlo, že žádný způsob vyvolání porodu neznají.

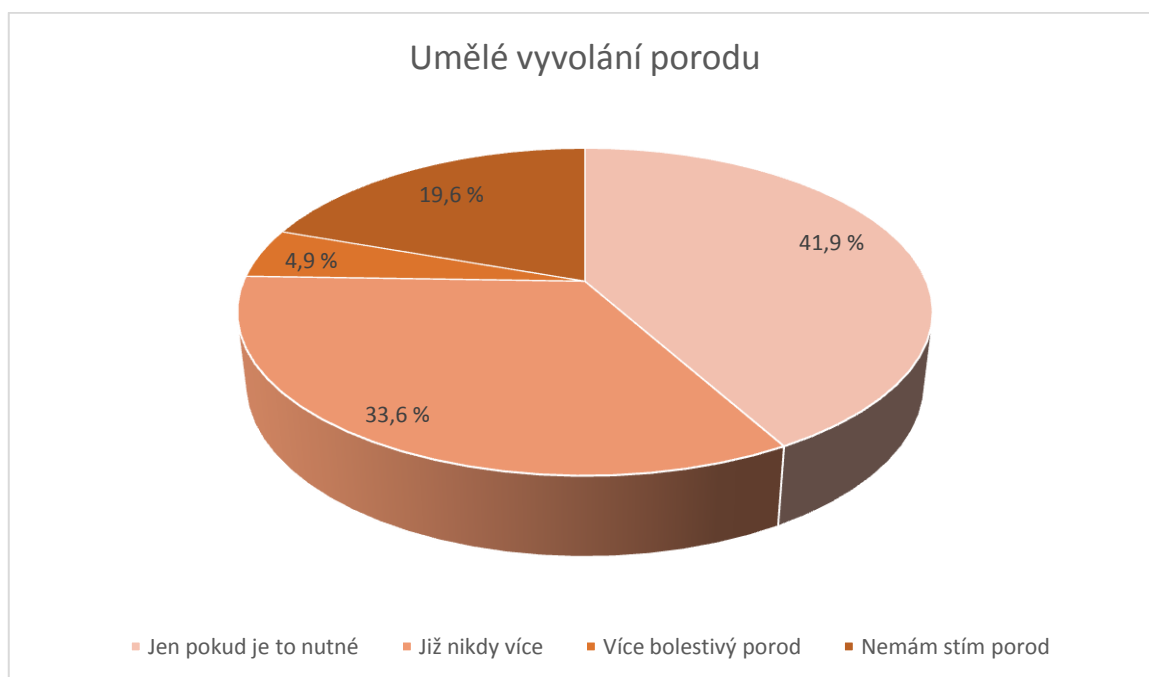
Položka 20: Jaký je Váš názor na umělé vyvolání porodu?

Tabulka 20: Umělé vyvolání porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jen pokud je to nutné	111	41,9 %
Již nikdy více	89	33,6 %
Více bolestivý porod	13	4,9 %
Nemám s tím problém	52	19,6 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 20: Umělé vyvolání porodu.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: 41,9 % oslovených respondentek uvedlo, že by vyvolání porodu podstoupily jen v případě, že by bylo ohroženo zdraví plodu nebo její. 33,6 % žen by si po předchozí zkušenosti již porod vyvolat nenechala a 19,6 % žen s takovýmto způsobem porodu nemá problém. 4,9 % respondentek uvedlo, že vyvolávaný porod bolí více, než když porodní bolesti nastoupí spontánně.

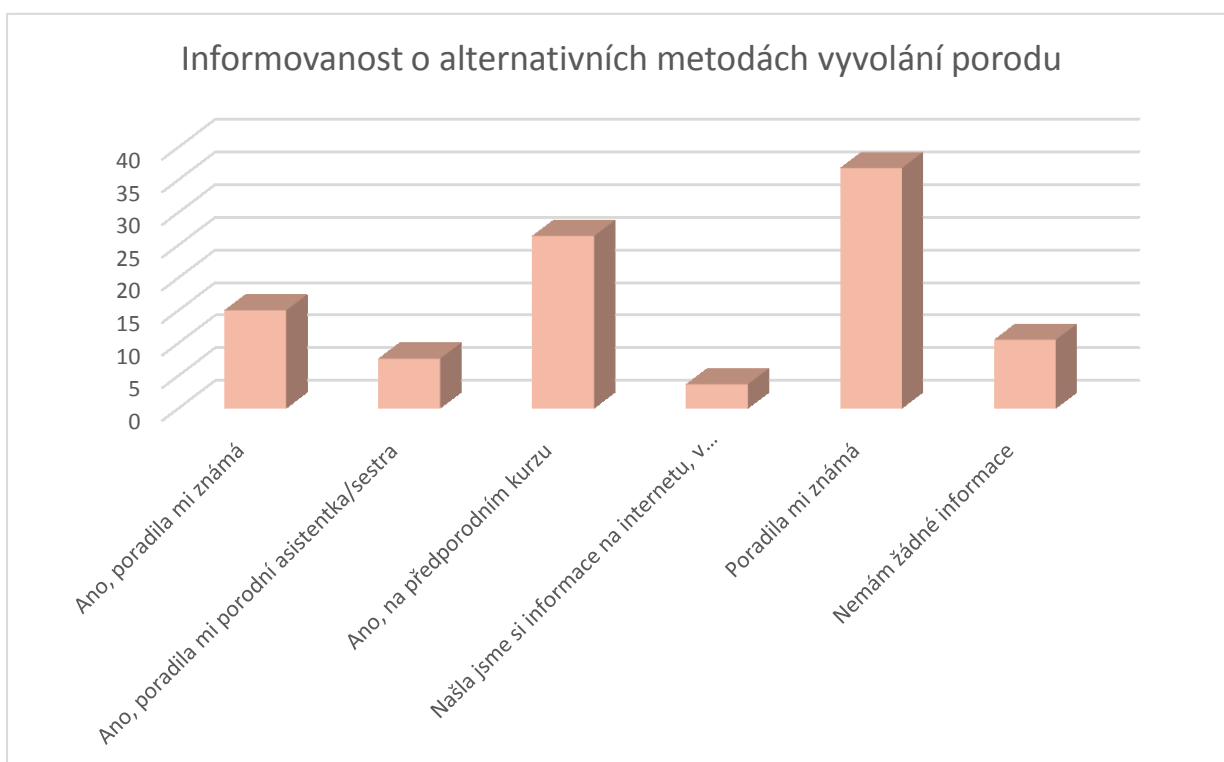
Položka 21: *Informoval Vás někdo o možnosti alternativního vyvolání porodu?*

Tabulka 21: Informovanost o alternativních metodách vyvolání porodu.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, poradil mi gynekolog	53	15,0 %
Ano, poradila mi porodní asistentka/sestra	27	7,6 %
Ano, na předporodním kurzu	93	26,4 %
Sama jsem hledala informace na internetu, v časopisech, knihách	13	3,7 %
Poradila mi známá	130	36,8 %
Nemám žádné informace	37	10,5 %
Celkem	353	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 21: Informovanost o alternativních metodách vyvolání porodu.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: U této otázky měly ženy možnost volit více odpovědí, kterých bylo dohromady 358. Nejvíce odpovědí, tedy 36,8 % bylo, že se respondentky o alternativních metodách vyvolání porodu dozvěděly od známé. 26,4 % odpovědí bylo, že se o těchto metodách dozvěděly na předporodních kurzech, 15,0 % informoval gynekolog a 7,6 % porodní asistentka nebo zdravotní sestra. 10,5 % odpovědí bylo, nemají žádné informace a 3,7 % hledaly samostatně v literaturách.

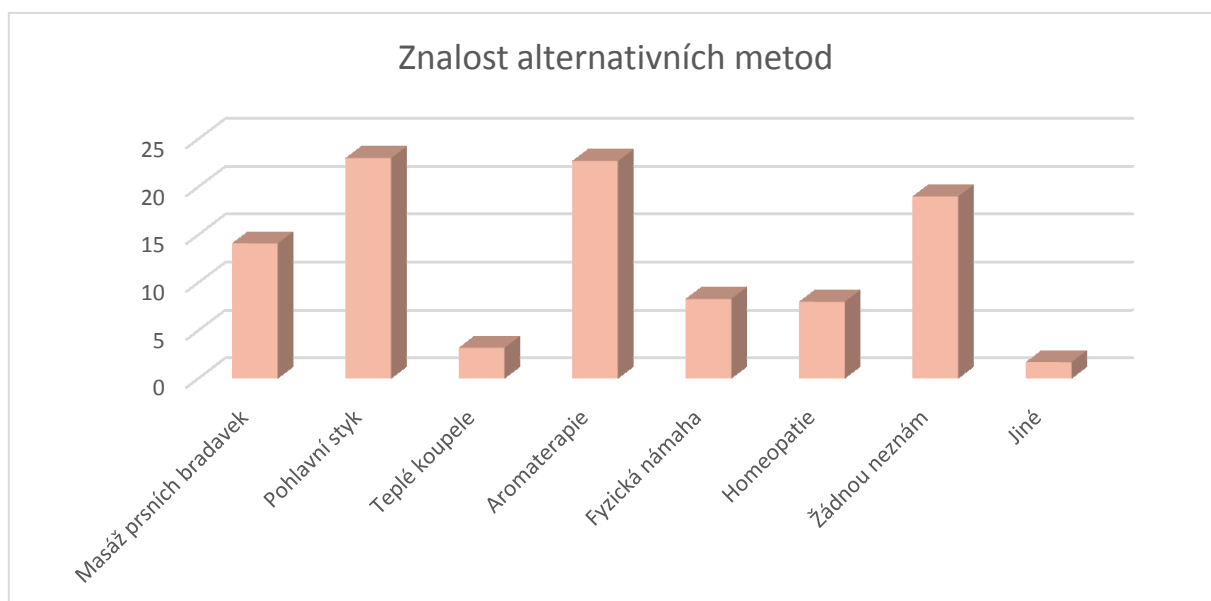
Položka 22: *Kterou z metod alternativního vyvolání porodu znáte?*

Tabulka 22: Znalost alternativních metod.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Masáž prsních bradavek	49	14,1 %
Pohlavní styk	80	23,0 %
Teplé koupele	11	3,2 %
Aromaterapie	79	22,7 %
Fyzická námaha	29	8,3 %
Homeopatie	28	8,0 %
Žádnou neznám	66	19,0 %
Jiné	6	1,7 %
CELKEM	348	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 22: Znalost alternativních metod.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: U této otázky byla opět možnost zvolit více odpovědí. Jako nejznámější metodu alternativního vyvolání porodu zvolily respondentky pohlavní styk s 23,0 %. Dále ženy znají aromaterapii (22,7 %) a masáž prsních bradavek (14,1 %). Velké procento žen, tedy 19,0 %, nezná vůbec žádnou alternativní metodu. Mezi méně známými metodami se objevila fyzická námaha (8,0 %), homeopatie (8,0 %) a teplá koupel (3,2 %). 1,7 % zvolilo jinou metodu alternativního vyvolání porodu, jako je červené víno, maliníkový čaj a rici-nový koktejl.

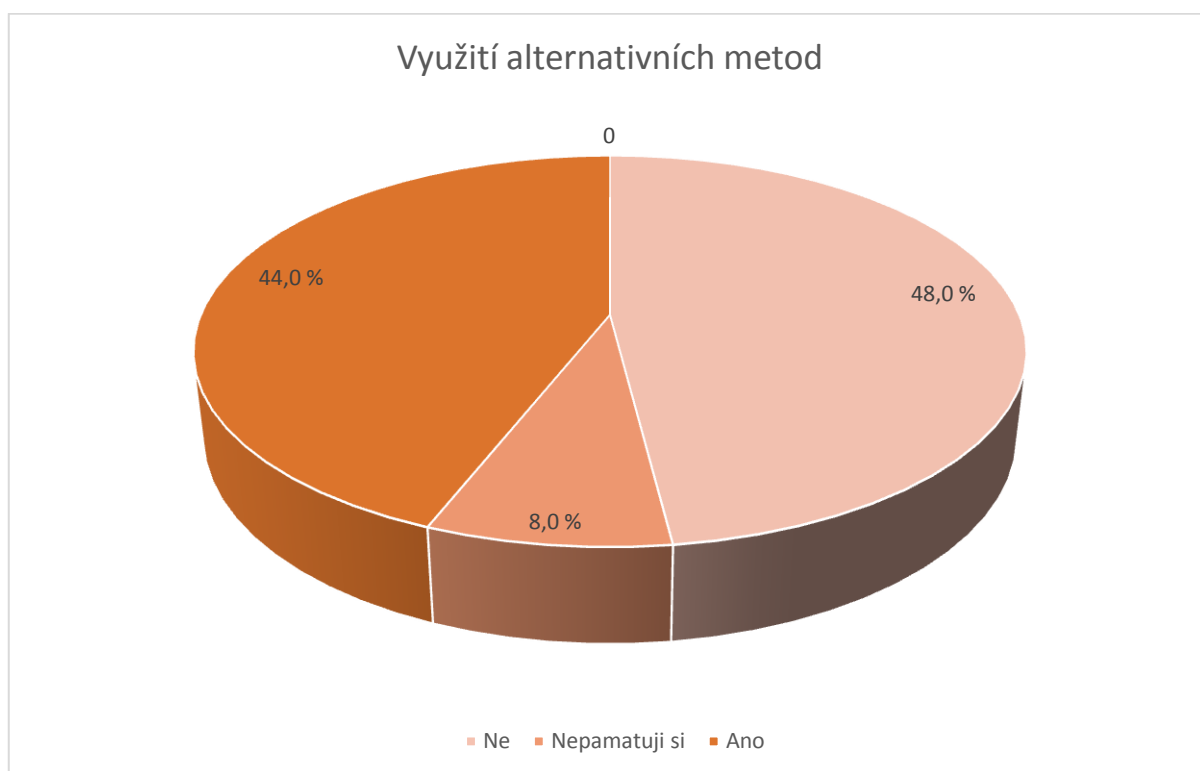
Položka 23: *Využila jste některou z těchto metod?*

Tabulka 23: Využití alternativních metod.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ne	127	48,0 %
Nepamatuji si	21	8,0 %
Ano	117	44,0 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 23: Využití alternativních metod.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: Analýzou dat bylo zjištěno, že 48,0 % respondentek nevyužilo žádnou z alternativních metod vyvolání porodu. 44,0 % žen využilo tyto metody, mezi kterými nejčastěji uváděly pohlavní styk, masáž prsních bradavek, aromaterapii, teplou koupel nebo sprchu a fyzickou námahu. 8,0 % žen si nepamatuje, jestli některou z těchto metod využila.

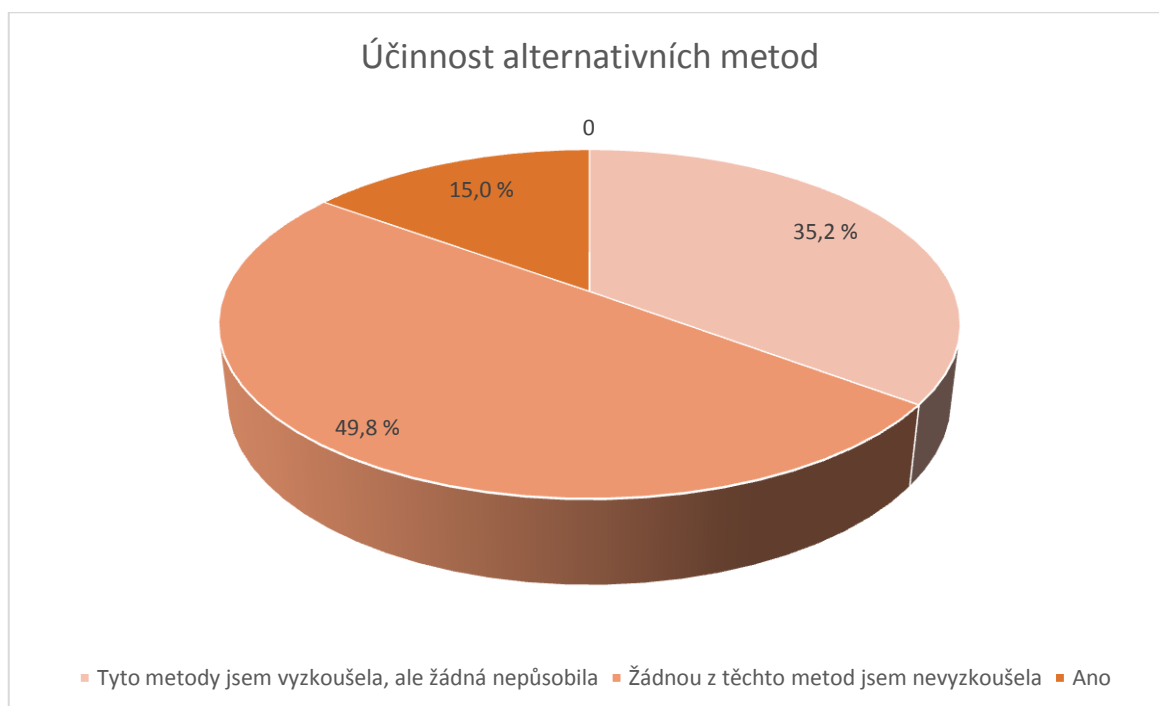
Položka 24: Pomohla Vám některá z těchto metod?

Tabulka 24: Účinnost alternativních metod.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Tyto metody jsem vyzkoušela, ale žádná nepůsobila	93	35,2 %
Žádnou z těchto metod jsem nevyzkoušela	132	49,8 %
Ano	40	15,0 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 24: Účinnost alternativních metod.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: Po provedeném výzkumném šetření bylo zjištěno, že skoro polovina oslovených žen, tedy 49,8 % nevyužilo žádnou z alternativních metod vyvolání porodu. 35,2 % žen vyzkoušelo některou z těchto metod, ale byly neúčinné. 15,0 % respondentek uvedlo, že alternativní způsob vyvolání porodu využily a zvolená metoda jim pomohla.

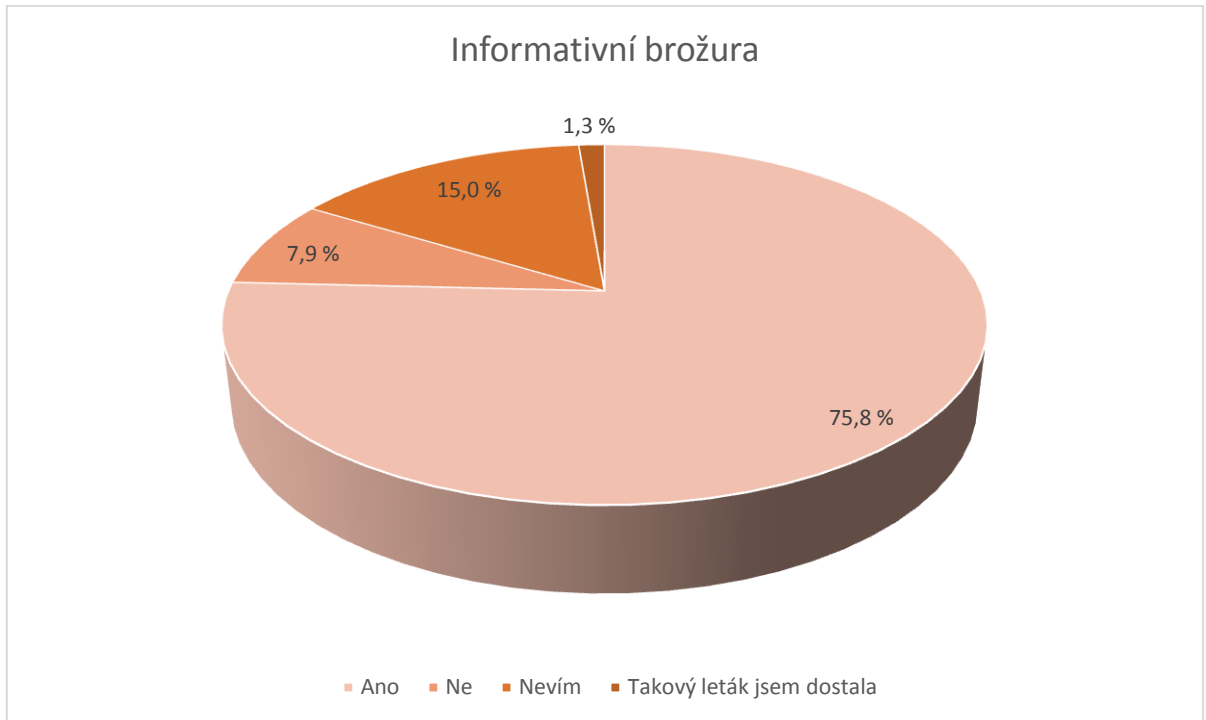
Položka 25: *Uvítala byste nějaký leták či brožuru, kde by byly obsaženy všechny informace o potermínové graviditě, včetně alternativních metod vyvolání porodu?*

Tabulka 25: Informativní brožura.

	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	201	75,8 %
Ne	21	7,9 %
Nevím	40	15,0 %
Takový leták jsem dostala	3	1,3 %
CELKEM	265	100,0 %

Zdroj: vlastní

Graf 25: Informativní brožura.



Zdroj: vlastní

KOMENTÁŘ: Ve výzkumném šetření odpovědělo 75,8 % respondentek, že by informativní brožuru o potermínové graviditě uvítala. 15,0 % žen neví, jestli by jim taková brožura k něčemu byla a 7,9 % žen o takový způsob informací nejeví vůbec zájem. 1,3 % žen takovou brožuru ve zdravotnickém zařízení obdrželo.

12 DISKUZE

12.1 Analýza získaných dat

Výsledky dotazníkového šetření byly zaneseny do tabulek a grafů, a relativní četností jsou zpracovány s přesností na jedno desetinné místo.

Jedním z nejdůležitějších zjištění tohoto výzkumu bylo, že 52,1 % oslovených respondentek se již s termínem potermínová gravidita setkala. Téměř polovina žen tento termín nikdy neslyšela nebo neví, jestli se s ním již setkala. Pokud jsou ženy o potermínové graviditě informovány, je to nejčastěji při návštěvě kurzů psychomotorické přípravy k rodičovství, které vedou porodní asistentky, u obvodního gynekologa, od kamarádek nebo ženy hledají na internetu, v knihách a časopisech.

Překvapivým zjištěním bylo, že vyvolání porodu probíhalo u 34,0 % respondentek již ve 40. týdnu těhotenství a u 22,6 % v období mezi 36. – 38. týdnem těhotenství. Ve 22,6 % probíhalo vyvolání u žen po 42. týdnu těhotenství a u 20,8 % respondentek ve 41. týdnu těhotenství.

Negativním zjištěním bylo, že pouze 1,3 % žen byla nabídnuta informativní brožura o potermínové graviditě. Přitom 75,8 % respondentek by tuto brožuru ocenilo a našlo by si v ní kvalitní informace.

12.2 Porovnání výsledků

O informovanosti těhotných žen po termínu porodu se již zabývala autorka Miroslava Šiková ve své bakalářské práci z roku 2009. Prováděla kvantitativní výzkum, kdy dotazníky rozdala na gynekologicko – porodnickém oddělení nemocnice ve Strakonících a u obvodních gynekologů ve Strakonících, Vimperku a blatné. Autorka rozdala 70 dotazníků, z čehož se jí vrátilo 60 (100 %). Jejím cílem bylo zjistit, zda ženy znají rizika potermínové gravidity, jestli ví, jak dlouho těhotenství trvá a jestli znají způsoby, jak vypočítat termín porodu.

Věková kategorie respondentek se v obou bakalářských pracích shoduje. Největší procento dotazovaných žen bylo ve věku 21 – 30 let. Autorka dále uvádí, že **největší počet dotazovaných žen** byly druhorodičky a nejmenší zastoupenou kategorií tvořily čtyři a více rodičky. V tomto bodě se bakalářské práce shodují pouze napůl, kdy v této bakalářské práci

tvořily nejvyšší procento dotazovaných žen prvorodičky a nejnižší, stejně jako u autorky Šikové, ženy, které rodily čtyřikrát a více.

Autorka dále zjišťovala, jestli respondentky znají **fyziologickou délku trvání těhotenství**. Nejvíce žen odpovědělo, že těhotenství trvá 40 týdnů, 4 ženy si myslí, že těhotenství trvá 38 týdnů, další 4 ženy tvrdí, že těhotenství trvá 42 týdnů a jedna respondentka nezná délku těhotenství. V tomto ohledu se bakalářské práce téměř shodují.

Autorka Šiková se ve své bakalářské práci dále zabývala otázkou **výpočtu termínu porodu**. V jejím dotazníkovém šetření měly ženy možnost vybrat z více odpovědí a nejvíce jich uvedlo výpočet podle poslední menstruace. Dále se ženy zmiňovaly o výpočtu podle ultrazvukového vyšetření a podle data početí. V tomto se obě bakalářské práce shodují.

Autorka se také zabývala otázkou, kdo ženy informoval o **termínu potermínová gravidita**. Dotazované ženy nejčastěji udávaly, že informace získaly od svého lékaře (29 žen), 28 žen uvedlo předporodní kurz, 25 žen internet a jedna respondentka uvedla, že žádné informace nemá. V tomto bodě se výzkumy rozcházejí. Dle odpovědí v této bakalářské práci ženy získaly nejvíce informací v předporodních kurzech (29,8 %), dále u gynekologa (22,5 %) a 17,2 % žen odpovědělo, že žádné informace nemá. Na internetu a v literatuře hledalo pouze 11,8 % žen.

Dle autorky bylo o **rizicích potermínové gravidity** informováno 80 % žen a 20 % respondentek nedostalo vůbec žádné informace. Za největší riziko uváděly nedostatek kyslíku pro plod a dále možnost rizika infekce. V tomto bodě se bakalářské práce vůbec neshodují. Ve výzkumu této bakalářské práce bylo zjištěno, že 43,0 % respondentek nemá vůbec žádné informace o rizicích potermínové gravidity a 40,0 % žen má pouze minimální informace. Pouze 10,2 % žen má dostatečné informace. Dle mého názoru se bakalářské práce neshodují proto, že ne každý gynekolog podává stejné informace.

Autorka se také zabývala **informovaností o možnosti vyvolání porodu po termínu porodu**. 80 % žen uvedlo, že má dostatečné informace a 20 % uvedlo, že žádné informace nemá. Jako způsob vyvolání porodu respondentky uváděly zavedení tablety prostaglandinu, aplikaci injekce a infuze s oxytocinem. V tomto bodě se bakalářské práce téměř shodují.

Ve své bakalářské práci se také autorka Šiková zabývala **informovaností těhotných žen o alternativních metodách vyvolání porodu**. Ve své práci uvádí, že 78 % respondentek má informace o těchto metodách a 13 % žen žádné informace nemá. Největší procento žen

uvádělo jako alternativní metodu vyvolání porodu nechráněný pohlavní styk, teplou sprchu, fyzickou námahu, masáž prsních bradavek a aromaterapii. V tomto bodě se výzkumy téměř shodují.

Autorka Hana Válková se ve své bakalářské práci z roku 2016 také zabývá informovaností těhotných žen o potermínové graviditě. Jejím cílem bylo zjistit informovanost žen o rizicích pro ni a pro plod po stanoveném termínu porodu. Zabývala se také informovaností žen o alternativních možnostech vyvolání porodu. Její výzkumné šetření probíhalo pomocí kvantitativního sběru dat na oddělení šestinedělí Krajské nemocnice Tomáše Bati. Distribuovala celkem 80 dotazníků, ale bylo jich navraceno pouze 55.

Autorka ve své bakalářské práci uvádí, že 43,1 % porodů bylo **vyvoláno na doporučení lékaře** a 12,1 % porodů bylo vyvoláno na vlastní žádost. V této bakalářské práci respondentky uvedly, že lékaři doporučily vyvolání porodu u 78,5 % z nich a pouze 3,8 % žen si nechaly porod vyvolat na vlastní žádost.

Na uvedenou otázku, zdali by si ženy nechaly **porod opět vyvolat**, odpovědělo 56,4 %, že ano, pokud by nebyla jiná možnost. 16,4 % respondentek by raději volilo porod císařským řezem a na rozhraní 10,9 % odpověděla jedna skupina žen, že ano, protože vše proběhlo v pořádku a druhá skupina již takový porod zažít nechce. Výsledky šetření v této oblasti ukazují, že 41,1 % nemá problém si porod nechat vyvolat, pokud je to nutné. 19,6 % respondentek již takový způsob porodu zažít nechce a 18,1 % žen s tímto způsobem porodu nemá žádný problém. 12,5 % dotazovaných respondentek by raději volilo porod císařským řezem.

Autorka se také zabývala otázkou, jestli ženám **zabrala některá z alternativních metod vyvolání porodu**. 63,6 % žen uvedlo, že tyto metody vyzkoušely, ale žádná jim nezabrala. U 30,9 % žen některá z těchto metod zabrala a 5,5 % respondentek žádnou z metod nevyzkoušela. V tomto bodě výzkumu se bakalářské práce vůbec neshodují. V této bakalářské práci dotazované ženy uvedly, že žádnou z alternativních metod nevyužily (49,8 %). 35,2 % žen některou z metod vyzkoušelo, ale žádná nefungovala a 15,5 % respondentek uvedlo, že alternativní způsob vyvolání porodu využily a zvolená metoda jim pomohla. V této otázce se bakalářské práce mohou rozcházet právě proto, že oslovené ženy nedostaly úplné informace o možnosti vyvolat porod za pomoci alternativních metod. Jelikož autorka Hana Válková prováděla výzkum v Krajské nemocnici Tomáše Bati, kde v ambulanci porodního sálu doporučují jako první možnost přírodní metody, může to být právě důvod neshody.

12.3 Doporučení pro praxi

Z výzkumu vyplývá, že velice málo žen je obeznámeno s možnostmi zkusit porod vyvolat tzv. „přírodními metodami.“ Může to být následek toho, že lékaři často nebývají příznivci těchto metod a tak o nich ženám nepodávají žádné informace. Ty se poté snaží hledat informace na internetu, kde nemusí být jak pravdivé, tak ani úplné. Proto by bylo vhodné navrhnout informativní letáky o těchto alternativních způsobech vyvolání porodu a poskytnout je do gynekologických ambulancí.

ZÁVĚR

Předkládaná bakalářská práce je zaměřena na potermínovou graviditu. Cílem této práce bylo zjistit, jaká je informovanost žen o graviditě po termínu porodu, jestli znají možná rizika spojená s touto graviditou jak pro ni, tak i pro plod a také zjistit názor těchto žen na potermínovou graviditu. Dalším cílem byla zjistit informovanost o alternativních metodách vyvolání porodu. Aby bylo možno se touto problematikou zabývat, byly v teoretické části popsány informace o tom, co to je potermínová gravidita, možnosti vedení porodu po termínu a metody preindukce a indukce. V praktické části byly prezentovány výsledky výzkumného dotazníkového šetření, které zahrnovaly otázky vztahující se k cílům práce.

Prvním cílem bylo zjistit, jaká je informovanost těhotných žen a žen po porodu o potermínové graviditě. K tomuto cíli se vztahovaly dotazníkové položky č. 3, 4, 5, 11, 15, 16 a 19. S pomocí získaných dat bylo zjištěno, že ženy jsou dostatečně informovány o tom co to potermínová gravidita je. Znají fyziologickou délku těhotenství, ví jak vypočítat termín porodu a jsou dostatečně informovány o způsobu vedení této gravidity. S prostředky, které se k vyvolání porodu využívají, jsou obeznámeny, ale termíny preindukce a indukce jim nejsou dostatečně známy. Jako místo seznámení se s těmito informacemi nejčastěji uváděly předporodní kurzy, které vedou porodní asistentky.

✓ Cíl splněn

Druhým cílem bylo zjistit informovanost žen o možných rizicích nejen pro ni, ale i pro plod po stanoveném termínu porodu. Pro tento cíl byly stanoveny otázky č. 7, 8, 9 a 10. Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že ženy nejsou dostatečně seznámeny s riziky, které hrozí jim a plodu po termínu porodu.

Co se týká rizika pro matku, respondentky odpovídaly následovně: 43 % uvedlo, že je určité s těmito riziky nikdo neseznámil, 40 % respondentek uvedlo, že jejich informace jsou jen minimální a 6 % žen uvedlo, že neví, tudíž můžeme předpokládat, že také žádné informace nemají. Pouze 10 % žen uvedlo, že znají rizika, kde nejčastěji udávaly prodloužený porod, vyšší riziko porodnických operací a porodního poranění.

Ohledně rizik pro plod odpovědělo pouze 17 % žen pozitivně. Zbytek respondentek si riziky pro plod není jistá. Nejčastěji ovšem udávaly možné úmrtí plodu, makrosomii plodu a mezi méně časté rizika označovaly možnou infekci nebo nedostatečné zásobení plodu kyslíkem.

✓ Cíl splněn

Třetím cílem bylo zjistit, jaký je názor žen na umělé vyvolání porodu. K tomuto cíl byly vyhotoveny otázky č. 12, 13, 17, 18 a 20. Největší procento žen (41 %) se přiklání k tomu, že nemají problém si nechat uměle vyvolat porod, pokud je to nezbytně nutné, ať už z důvodu ohrožení jejího zdraví nebo zdraví plodu. 33 % procent respondentek by si ovšem již porod nikdy vyvolat nenechalo z důvodu špatného zážitku při předchozím porodu. Téměř 20 % žen nad touto otázkou nikdy nepřemýšlelo, a tudíž nemá s umělým vyvoláním porodu sebemenší problém.

✓ Cíl splněn

Čtvrtým cíl bylo zjistit, jaká je informovanost žen o metodách přirozeného vyvolání porodu. Otázkami k tomuto cíli se zabývají položky č. 21, 22, 23 a 24. Nejčastější odpověď na otázku, kdo je informoval o těchto metodách, byla kamarádka s 36 %, dále respondentky uváděly předporodní kurzy a samostudium. Lékař poradil pouze 53 ženám z 353 všech respondentek. Jako nejznámější metodu uváděly nechráněný pohlavní styk, aromaterapii, masáž prsních bradavek a fyzickou námahu.

✓ Cíl splněn

Závěrem lze říci, že i když ženy ví, co to potermínová gravidita je, neznamená to, že znají její následky a rizika. Proto je potřeba o tomto tématu otevřeně mluvit, jak na předporodních kurzech, tak i v gynekologických ambulancích. Gynekologové by také měli poučit ženy o možnostech přirozeného vyvolání porodu, které mohou ženy praktikovat po 40. týdnu těhotenství a pokud nezaberou, plánovat umělé vyvolání až kolem 42. týdne těhotenství. Musí to ovšem dovolovat jak stav rodičky, tak i plodu.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- 1) BINDER, Tomáš, 2009. Přistupujeme správně k potermínové graviditě? *Aktuální gynekolo-gie a porodnictví*. Červen 2009, č. 1. ISSN 1803-9588.4
- 2) Alternativní způsoby vyvolání porodu, 2008. *Celostní medicína* [online]. [cit. 2017-01-10]. Dostupné z: <https://www.celostnimediceina.cz/alternativni-zpusoby-vyvolani-porodu.htm>
- 3) DOLEŽAL, Antonín, 2007. *Porodnické operace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-0881-2.
- 4) HÁJEK, Zdeněk, 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.
- 5) HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL, 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 9788024745299.
- 6) KOTEROVÁ, Kateřina, 2009. Prodloužené těhotenství a jeho management. *Moderní babičtví*. Červen 2009, č. 17. ISSN 1214-5572.
- 7) Lamaze International: Medical Intervention, 2012. *Lamaze International* [online]. Washington DC [cit. 2017-01-10]. Dostupné z: <http://www.lamaze.org/MedicalInterventions>.
- 8) LEIFER, Gloria, 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0668-7.
- 9) MALÚŠKOVÁ, S., 2011. Indukovaný porod [online]. Olomouc [cit. 2017-01-10]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: [http://theses.cz/id/ahitio/Malusková_Simona_Indukovany_porod.pdf](http://theses.cz/id/ahitio/Malusкова_Simona_Indukovany_porod.pdf)
- 10) MALÝ, Z., et al., J., 2002. Vliv porodní hmotnosti na morbiditu novorozence a matky u expektativního přístupu k potermínové graviditě. *Česká gynekologie: Časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. Ročník 67, č. 1, s. 20-22. ISSN 1210-7832
- 11) MAREŠOVÁ, Pavlína, 2014. *Moderní postupy v gynekologii a porodnictví*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-3153-0.
- 12) MUNTAU, Ania, 2009. *Pediatric*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2525-3.
- 13) MURRAY, Michelle a Gayle HUELSMANN, 2009. *Labor and delivery nursing: a guide to evidence-based practice*. New York: Springer. ISBN 978-0-8261-1803-5.
- 14) PAŘÍZEK, Antonín, 2012. *Kritické stavy v porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-949-7.

- 15) ROZTOČIL, Aleš, 2001. *Porodnictví*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-701-3339-2.
- 16) ROZTOČIL, Aleš, 2004. Kontroverze a chyby v indukci porodu. *Moderní gynekologie a porodnictví*. Březen 2004, roč. 13, č. 1, s. 38–45. ISSN 1211–1058.
- 17) ROZTOČIL, Aleš, 2007. Indukce a provokace porodu. *Gynekolog*. Ročník 16, č. 3, s. 102–107. ISSN 1210–1133.
- 18) ROZTOČIL, Aleš, 2008. *Moderní porodnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1941-2.
- 19) ROZTOČIL, A., 2011. Preindukce a indukce porodu - doporučený postup. *Česká gynekologie: Časopis České gynekologické a porodnické společnosti*. Ročník 76, č. 1, s. 12-13. ISSN 1210-7832.
- 20) STADELMANN, Ingeborg, 2009. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přeprac. vyd. Praha: One Woman Press. ISBN 978-808-6356-501.
- 21) ŠPÁLOVÁ, Ivana, 2009. Indukce porodu u termínového těhotenství s komplikacemi: kdy, proč a jak? *Gynekologie po promoci*. Květen, roč. 9, č. 3, s. 24–26. ISSN 1213–2578 .
- 22) TEUSEN, Gertrud a Iris GOZE-HÄNEL, 2003. *Prenatální komunikace*. Praha: Portál. Průvodce výchovou v rodině. ISBN 80-717-8753-1.
- 23) TROJKOVÁ, Sabina. 2013. *Indukovaný porod* [online]. Olomouc [cit. 2017-01-11]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: <http://theses.cz/id/w09oiw/00181837-765045285.pdf>
- 24) VEVERKOVÁ, Ivana. 2012. *Indukce a preindukce porodu* [online]. Olomouc [cit. 2014-04-30]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: http://theses.cz/id/t4pich/Veverkova_Ivana_Indukce_a_preindukce_porodu.pdf
- 25) WORWOOD, Valerie Ann, 2009. *Voňavá lékárna*. Praha: One Woman Press. ISBN 978-808-6356-471.
- 26) ZWINGER, Antonín. 2004. *Porodnictví*. Praha: Galén. ISBN 80-726-2257-9.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

KTG Kardiokardigraf

VEX Vakuumextraktor

PGE₂ Dinoproston

PG Prostaglandiny

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1: Počet těhotenství	33
Tabulka č. 2: Věk rodiček	34
Tabulka č. 3: Znalost délky trvání těhotenství	35
Tabulka č. 4: Výpočet termínu porodu.....	36
Tabulka č. 5: Znalost termínu potermínová gravidita.....	37
Tabulka č. 6: Termín porodů.....	38
Tabulka č. 7: Rizika pro matku	39
Tabulka č. 8: Informovanost o rizicích pro matku	40
Tabulka č. 9: Rizika pro plod	41
Tabulka č. 10: Informovanost o rizicích pro plod.....	42
Tabulka č. 11: Informovanost o potermínové graviditě.....	43
Tabulka č. 12: Způsob porodu.....	44
Tabulka č. 13: Vyvolání porodu.....	45
Tabulka č. 14: Týden vyvolání porodu	46
Tabulka č. 15: Informovanost o způsobu vedení potermínové gravidity.....	47
Tabulka č. 16: Termíny preindukce a indukce	48
Tabulka č. 17: Způsob ukončení porodu	49
Tabulka č. 18: Vyvolání porodu v příštím těhotenství.....	50
Tabulka č. 19: Prostředky k vyvolání porodu	51
Tabulka č. 20: Umělé vyvolání porodu	52
Tabulka č. 21: Informovanost o alternativních metodách vyvolání porodu	53
Tabulka č. 22: Znalost alternativních metod	54
Tabulka č. 23: Využití alternativních metod	55
Tabulka č. 24: Účinnost alternativních metod	56
Tabulka č. 25: Informativní brožura	57

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1: Počet těhotenství.....	33
Graf č. 2: Věk rodiček	34
Graf č. 3: Znalost délky trvání těhotenství	35
Graf č. 4: Výpočet termínu porodu.....	36
Graf č. 5: Znalost termínu potermínová gravidita	37
Graf č. 6: Termín porodů	38
Graf č. 7: Rizika pro matku	39
Graf č. 8: Informovanost o rizicích pro matku	40
Graf č. 9: Rizika pro plod	41
Graf č. 10: Informovanost o rizicích pro plod	42
Graf č. 11: Informovanost o potermínové graviditě	43
Graf č. 12: Způsob porodu.....	44
Graf č. 13: Vyvolání porodu.....	45
Graf č. 14: Týden vyvolání porodu.....	46
Graf č. 15: Informovanost o způsobu vedení potermínové gravidity	47
Graf č. 16: Termíny preindukce a indukce	48
Graf č. 17: Způsob ukončení porodu	49
Graf č. 18: Vyvolání porodu v příštím těhotenství	50
Graf č. 19: Prostředky k vyvolání porodu	51
Graf č. 20: Umělé vyvolání porodu	52
Graf č. 21: Informovanost o alternativních metodách vyvolání porodu.....	53
Graf č. 22: Znalost alternativních metod	54
Graf č. 23: Využití alternativních metod	55
Graf č. 24: Účinnost alternativních metod.....	56
Graf č. 25: Informativní brožura.....	57

SEZNAM PŘÍLOH

P I: Dotazník

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK

Dotazník

Vážená maminko,

jmenuji se Veronika Valoušková a jsem studentkou 3. ročníku oboru porodní asistentka na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně. Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění tohoto anonymního dotazníku, který je součástí bakalářské práce na téma potermínová gravidita. Tímto dotazníkem bych ráda zjistila, jaká je informovanost žen o graviditě po termínu porodu.

Děkuji za Váš čas, který jste mi věnovaly vyplněním tohoto dotazníku.

1) Kolikrát jste rodila?

- a) jedenkrát
- b) dvakrát
- c) třikrát
- d) čtyřikrát a více

2) Kolik je Vám let?

- a) 16 – 21
- b) 22 – 30
- c) 31 – 35
- d) 36 a více

3) Znáte délku trvání fyziologického těhotenství?

- a) 36 – 38 týdnů
- b) 38 – 40 týdnů
- c) 40 – 42 týdnů
- d) 42 týdnů
- e) nevím

4) Jaké znáte způsoby výpočtu porodu?

- a) podle poslední menstruace
- b) podle UZ vyšetření
- c) podle data početí
- d) jiné.....

- 5) **Setkala jste se někdy s termínem - potermínová gravidita?**
- a) ano
 - b) ne
 - c) nevím
- 6) **Byl některý z Vašich porodů po stanoveném termínu?**
- a) ne, předchozí porody proběhly ve stanoveném termínu
 - b) ne, rodím poprvé
 - c) ano, porod probíhal v týdnu 40+1 – 41+0
 - d) ano, porod probíhal v týdnu 41+1 – 42+0
 - e) ano, porod probíhal 42+1 a více
 - f) nevím
- 7) **Znáte rizika, která jsou spojena s potermínovou graviditou pro matku? (více odpovědí)**
- a) prodloužený porod
 - b) větší riziko porodního poranění
 - c) vyšší riziko porodnických operací
 - d) medikamentózně řešený porod
 - e) neznám žádná rizika
 - f) jiné.....
- 8) **Seznámil Vás někdo s těmito riziky?**
- a) ano
 - b) nevím
 - c) spíše ne
 - d) určitě ne
- 9) **Znáte rizika, která jsou spojena s potermínovou graviditou pro plod? (více odpovědí)**
- a) nedostatečné zásobení plodu kyslíkem
 - b) riziko infekce
 - c) vyšší riziko velkého plodu
 - d) možné úmrtí plodu
 - e) neznám žádná rizika
 - f) jiné.....
- 10) **Seznámil Vás někdo s těmito riziky?**
- a) ano
 - b) nevím
 - c) spíše ne
 - d) určitě ne
- 11) **Odkud máte informace o potermínové graviditě? (více odpovědí)**

- a) od obvodního gynekologa
- b) od porodní asistenty/sestry
- c) z předporodních kurzů
- d) na internetu, časopisech, knihách
- e) od známých
- f) žádné informace nemám

12) Měla jste některý porod vyvolávaný?

- a) ne, porod se rozběhl spontánně
- b) ano, porod byl vyvolán zavedením tabletky
- c) porod byl veden císařským řezem
- d) porod byl vyvolán jinou metodou – případně jakou.....

13) Pokud byl porod vyvolávaný, bylo to na vlastní žádost nebo na doporučení lékaře?

- a) porod jste si nechala vyvolat na vlastní žádost
- b) vyvolání porodu Vám bylo doporučeno lékařem
- c) porod byl veden císařským řezem
- d) odmítla jste vyvolání porodu

14) Pokud Vám byl porod vyvoláván, ve kterém to bylo týdnu?

- a) 40 týden těhotenství
- b) 41 týden těhotenství
- c) 42 týden těhotenství
- d) Jiný týden, případně jaký.....

15) Pokud Vám vyvolání porodu doporučil gynekolog, informoval Vás dostatečně o dalších postupech?

- a) byla jsem dostatečně informována
- b) informace co mi lékař podal, nebyly dostačující
- c) nebyla jsem vůbec informována

16) Seznámil Vás někdo s termíny indukce a preindukce porodu?

- a) ano, vím, o co se jedná
- b) tyto termíny jsem již slyšela, ale nevím, o co se jedná
- c) tyto termíny jsem nikdy neslyšela

17) Pokud Vám byl porod vyvoláván, jak dopadl?

- a) porodila jsem vaginálně
- b) porodila jsem císařským řezem
- c) porodila jsem za pomoci kleští nebo vakkumextraktoru
- d) nevím

18) Pokud jste zažila vyvolávaný porod, nechala byste si ho znovu vyvolat?

- a) ano, vše proběhlo v pořádku
- b) ano, pokud by nebyla jiná možnost
- c) ne, již takový způsob porodu nechci
- d) ne, raději bych volila porod císařským řezem
- e) nevím

19) Víte, jaké prostředky se využívají k vyvolání porodu, případně napište, jaké znáte:

- a) ano.....
- b) ne

20) Jaký je Váš názor na umělé vyvolání porodu?

21) Informoval Vás někdo o možnosti alternativního vyvolání porodu? (více odpovědí)

- a) ano, poradil mi gynekolog
- b) ano, poradila mi porodní asistentka/sestra
- c) ano, na předporodním kurzu
- d) sama jsem hledala informace na internetu, v časopisech, knihách
- e) poradila mi známá
- f) žádné informace nemám

22) Kterou z metod alternativního vedení porodu znáte? (více odpovědí)

- a) masáž prsních bradavek
- b) pohlavní styk
- c) teplé koupele
- d) aromaterapie
- e) fyzická námaha
- f) homeopatika
- g) žádnou neznám
- h) jiné.....

23) Využila jste některou z následujících metod?

- a) ano, jakou.....
- b) ne
- c) nepamatuju si

24) Pomohla Vám některá z těchto metod porod vyvolat?

- a) ano, která metoda.....
- b) tyto metody jsem vyzkoušela, ale žádná na mě nepůsobila
- c) žádnou z těchto metod jsem nevyzkoušela

25) Uvítala byste nějaký leták, či brožuru, kde by byly obsaženy všechny informace o potermínové graviditě, včetně alternativních metod vyvolání porodu?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím
- d) takový leták jsem dostala