

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Management potermínové gravidity

bakalářská práce

Autor práce: Hana Zemanová
Studijní program: Porodní asistence
Studijní obor: Porodní asistentka

Vedoucí práce: MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 6. 5. 2013

Abstrakt

Při výběru tématu bakalářské práce jsem vycházela z praktických zkušeností práce porodní asistentky na porodním sále. S potermínovou graviditou – těhotenstvím po termínu se na porodním sále setkávám velice často. I přes to, že žijeme v době neomezeného přístupu k informacím, ne vždy jsou ženy dostatečně informované o rizicích souvisejících s tímto stavem. Domnívám se, že žena by proto měla znát a být dostatečně informována o postupu vedení porodu, v tomto případě. Je jedno, zda se jedná o prvoroďičku či víceroďičku. Toto je třeba brát v úvahu při managementu potermínové gravidity.

Teoretická východiska práce

Teoretická část práce je zaměřena nejprve všeobecně na těhotenství, jeho diagnostiku, trvání a výpočet termínu porodu. V dnešní době se za nejpřesnější způsob výpočtu termínu porodu považuje výpočet termínu porodu podle ultrazvukového vyšetření plodu. Provádí se v prvním trimestru těhotenství, tedy do ukončeného 12. týdne. Umožňuje tak nejpřesnější stanovení skutečného stáří těhotenství a je nejpřesnější metodou k výpočtu termínu porodu. Pomocí ultrazvuku se dá snížit množství falešných posmaturit. Nemáme-li u těhotné spolehlivý záchyťový UZ je velmi těžké provádět adekvátní management potermínové gravidity.

Následně, se blíže zabývám potermínovou graviditou těhotných. O potermínové graviditě hovoříme tehdy, neporodí-li žena do termínu porodu, tedy do konce 40. týdne těhotenství. Za prodloužené těhotenství je označováno takové, kdy jeho délka přesáhne 42 týdnů či 294 dní od prvního dne poslední menstruace anebo také 280 dní od ovulace. Výskyt prodlouženého těhotenství kolísá mezi 3-10 %. Ke stanovení diagnózy prodloužené gravidity je důležité, zda se výpočet termínu porodu opírá o ultrazvukovou biometrii v začátcích gravidity nebo byl termín porodu změněn až během těhotenství na základě chybného výpočtu. Obecně není příčina přenášení zcela objasněna. Mezi největší riziko pro matku patří vysoký počet operačně vedených a ukončených porodů.

Nejvíce je plod při porodu ohrožen traumatem z důvodu makrosomie plodu, aspirací zkalené plodové vody s následnými plicními komplikacemi. Podle doporučení České gynekologicko-porodnické společnosti se odesílá těhotná nejpozději na počátku 41. týdne k dalšímu předporodnímu sledování do zařízení, kde se žena rozhodla родit. Po 41. týdnu by měly být podnikány kroky vedoucí k ukončení těhotenství. Těhotenství by tak mělo být ukončeno nejpozději v termínu 42+0.

Umělé vyvolání děložní činnosti – indukce vedoucí k vaginálnímu porodu, se řadí k metodám preventivním. Porod se indukuje v případě, že pokračování těhotenství zvyšuje riziko poškození matky, plodu nebo obou. Potermínová gravidita 7 – 14 dní po verifikovaném termínu porodu je indikací k indukci porodu. Práce porodní asistentky je zde zmiňována jak před porodem v poradnách pro těhotné, kdy je zvláště zaměřena na správný výpočet termínu porodu, který je důležitý při stanovení dalšího postupu u potermínové gravidity, tak při hospitalizaci na gynekologickém oddělení a během vedení porodu na porodním sále. V době hospitalizace těhotné s potermínovou graviditou je porodní asistentka se ženou v neustálém kontaktu. Snaží se vytvořit co nejvíce kladných vlivů v léčebném prostředí. Porodní asistentka chápe ženu holisticky a přistupuje k ní jako k individuální bytosti.

Cíl práce

Cílem práce je, zjistit, zda těhotné ženy znají rizika spojená s potermínovou graviditou, důvody a postup při indukci porodu a zda se ve mnou sledovaném souboru vyskytují častěji prvorodičky či vícero dičky. Na základě cílů byly stanoveny hypotézy, které je měly potvrdit.

Metodika práce

V praktické části práce bylo využito kvantitativního výzkumného šetření s technikou sběru dat – dotazník. Výzkumný soubor tvořily ženy s potermínovou graviditou hospitalizované na GPK FN Plzeň.

Výsledky práce

Po konzultaci se statistikem nebylo doporučeno data získaná pro potvrzení hypotéz statisticky analyzovat, a proto byla zvolena jen statistika deskriptivní.

V souvislosti s hypotézou č. 1 bylo zjištěno, že 45 % těhotných žen zná rizika spojená s potermínovou graviditou a 55 % žen tato rizika nezná. U hypotézy č. 2 bylo zjištěno, že 64 % těhotných s potermínovou graviditou zná důvody a postup při indukci porodu a 68 % těchto žen slyšelo o prostředcích používaných k indukci a preindukci porodu. V souvislosti s hypotézou č. 3 odpovědělo 59 % žen, že bude rodit poprvé.

Závěr

Na základě výsledků výzkumu bakalářské práce, byl zpracován informační leták o ošetřovatelských postupech a vedení porodu u žen s potermínovou graviditou. Protože došlo ke schválení vedením GPK FN Plzeň, budou letáky k dispozici na CTG poradnách a gynekologicko - porodnických ambulancích GPK FN Plzeň.

Klíčová slova

Těhotenství, potermínová gravidita, porodní asistentka,

Abstract

The choice of the topic of thesis has been based on my practical experience gained from working as a midwife in the delivery room. The post-term pregnancy, i.e. pregnancy after the expected date of delivery, could be encountered in the delivery room very often. Despite the fact that we live in a time of unrestricted access to information, women are not always well informed about the risks associated with the above mentioned condition. I believe that in such a case women should know and be sufficiently informed on the labour conduct process, without distinction between primiparous and multiparous women. This fact should be taken into account in the post-term pregnancy management.

Introduction

The theoretical part of the thesis is primarily focused on the pregnancy, its diagnosis, duration and the date of delivery calculation. Nowadays, the most accurate method for calculating the date of delivery is considered to be the calculation of the date of delivery by the foetal ultrasound, which is performed in the first trimester of pregnancy, until completed 12th week. This allows for the most accurate determination of the actual age of pregnancy and is the most reliable method for calculating the date of delivery. The ultrasound can reduce the number of false post maturities. Without having a reliable screening ultrasound examination it is very difficult to perform an adequate post-term pregnancy management.

Subsequently, I will deal with the post-term pregnancy of pregnant women. We can talk about the post-term pregnancy in case the woman does not give birth until the expected date of delivery, i.e. until the 40th week of pregnancy. Prolonged pregnancy means a pregnancy that has extended beyond 42 weeks, or 294 days from the first day of the last menstrual period, or 280 days from ovulation. The incidence of prolonged pregnancy varies between 3-10%. For the diagnosis of prolonged pregnancy

it is important whether the calculation of the date of delivery is based on the ultrasound biometry in the early stage of pregnancy, or whether the date of delivery was changed only during the pregnancy due to an erroneous calculation. The cause of post-term pregnancy is generally not fully explained. One of the biggest risks for the mother may be a high number of deliveries conducted and completed by a surgery. The greatest risks for the foetus which might occur during delivery are represented by a trauma due to the foetal macrosomia and amniotic fluid aspiration with subsequent pulmonary complications. According to the Czech Gynaecological and Obstetrical Society's recommendations, the pregnant woman is sent no later than at the beginning of the 41st week for further prenatal monitoring to the facilities where the woman has decided to give birth. Beyond the 41st week all necessary steps should be taken to end the pregnancy. Thus, the pregnancy should be end no later than within the term 42 +0.

Artificial stimulation of the uterus – induction leading to the vaginal delivery - is one of the preventive methods. The delivery is induced when the continuation of pregnancy increases the risk of damage to the mother, foetus, or both. Post-term pregnancy in duration of 7-14 days after the verified date of delivery represents the indication for labour induction. The work of midwife is being mentioned here both in the pre-natal counselling for pregnant women, particularly focused on the correct calculation of the date of delivery, which is important in determining the further procedure in case of the post-term pregnancy, and during hospitalization at the gynaecology department and finally during the labour conduct in the delivery room. Throughout the hospitalization of a pregnant woman with the post-term pregnancy the midwives stay in constant contact with the pregnant woman. They try to create the most positive influences in a medical environment. Midwife understands the holistic nature of the pregnant woman and treats her like an individual being.

Aim

The aim of my thesis is to determine whether pregnant women are aware of all risks associated with the post-term pregnancy, reasons and procedures for the labour induction and whether the study group includes more primiparous or multiparous

women. On the basis of the objectives various hypotheses have been established, which should have confirmed the objectives.

Methods

In the practical part I have used quantitative research techniques to collect the necessary data - questionnaire. The study group is made up of a statistically significant number of women with the post-term pregnancy, hospitalized at the Gynaecological and Obstetrical clinic of the University Hospital in Plzeň.

Results

After the consultation with the statistician I was recommended not to analyze the data obtained for the confirmation of the hypothesis statistically. In accordance with this the descriptive statistics has been chosen. Relating to the hypothesis no 1-was found out that 45% of pregnant women know the risks associated with the post-term pregnancy and 55% of women know nothing about the risks. Relating to the hypothesis no 2- 64% of pregnant women with the post-term pregnancy know the reasons and the procedures for the labour induction and 68% of these women have heard about the methods of treatment used in labour induction and preinduction. Relating to the hypothesis no 3- 59% of women will be labouring for the first time.

Conclusion

The research results of my thesis have led to the preparation of a leaflet about nursing practice and labour conduct in women with the post-term pregnancy. The leaflets will be, with the approval of the Board of the Gynaecological and Obstetrical clinic of the University Hospital in Plzeň, available at CTG counselling centres and gynaecological and obstetrical outpatient departments of the Gynaecological and obstetrical clinic of the University Hospital in Plzeň.

Key words

Pregnancy, Pregnancy post-term, Midwife,

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2013

.....

Hana Zemanová

Poděkování

Ráda bych poděkovala svému vedoucímu práce MUDr. Miloši Velemínskému, Ph.D. za jeho podnětné rady, doporučení, neobyčejnou trpělivost a za vstřícný přístup při psaní bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat paní Mgr. Mileně Eckertové za její rady a za čas, který mně a mé práci věnovala. Poděkování patří také členům mé rodiny.

Obsah

ÚVOD	13
1 SOUČASNÝ STAV	14
1.1 Těhotenství	14
1.1.1 Diagnostika těhotenství	15
1.1.2 Průkaz těhotenství dle hladiny choriového gonadotropinu.....	16
1.1.3 Průkaz těhotenství pomocí ultrazvukového vyšetření	17
1.1.4 Průkaz těhotenství podle srdečních ozev plodu	18
1.1.5 Průkaz těhotenství pomocí pohybů plodu	19
1.1.6 Průkaz těhotenství pohmatově (palpací) a vaginálním vyšetřením	19
1.1.7 Průkaz těhotenství dle těhotenských testů	19
1.2 Výpočet termínu porodu	20
1.3 Trvání těhotenství	21
1.4 Potermínová gravidita	22
1.4.1 Výskyt prodlouženého těhotenství	22
1.4.2 Nejčastější příčiny prodlouženého těhotenství	22
1.4.3 Rizika prodlouženého těhotenství	23
1.4.4 Prenatální péče u prodlouženého těhotenství	23
1.4.5 Role porodní asistentky v prenatální péči	25
1.5 Hospitalizace těhotné s potermínovou graviditou	27
1.6 Preindukce porodu u žen s potermínovou graviditou	28
1.6.1 Mechanické metody preindukce	29
1.6.2 Medikamentózní metody preindukce	30
1.7 Indukce porodu u žen s potermínovou graviditou	31
1.7.1 Kontraindikace k indukci porodu	31
1.7.2 Mechanické metody indukce porodu	32
1.7.3 Farmakologické metody indukce porodu	33
1.7.4 Rizika indukce porodu	34
1.7.5 Role porodní asistentky při preindukci a indukci porodu	34
1.8 Právě přenášení – dysmaturita plodu	36

1.9	Vedení porodu u prodloužené gravidity	37
1.9.1	Péče porodní asistentky při vedení porodu prodloužené gravidity	38
1.9.2	Ošetrovatelské diagnózy	40
2	CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	41
2.1	Cíle práce	41
2.2	Hypotézy práce	41
3	METODIKA A CHARAKTER VÝZKUMNÉHO SOUBORU	42
3.1	Metodika	42
3.2	Charakteristika výzkumného souboru	42
4	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	44
5	DISKUSE	60
6	ZÁVĚR	68
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	70
8	PŘÍLOHY	73

Seznam použitých zkratk

AFI	- amniotic fluid index
BPD	- biparietal diameter
BWR	- Bordetova – Wassermannova reakce
CRL	- crown-rump length
CS	- cervix scóre
CTG	- kardiokografie
FpO2	- fetální pulsní oxymetr
GBS	- Group B Streptococcus
GPk FN	- Gynekologicko – porodnická klinika Fakultní nemocnice
HC	- head circumference
hCG	- lidský choriiový gonadotropin
HIV	- human immunodeficiency virus
ID	- identifikační štítek
IVF+ET-	- mimotělní oplodnění + transfer embrya
KO	- krevní obraz
KS	- krevní skupina
OGTT	- orální glukózový toleranční test
OP	- ozvy plodu
OZT	- oxytocinový zátěžový test
PG	- prostaglandiny
PM	- poslední menstruace
RDS	- respiratory distress syndrome
S – F	- spona, fundus
STAN	- analýza úseku ST EKG křivky plodu
SÚKL	- Státní ústav pro kontrolu léčiv
TK	- tlak krve
TP	- termín porodu
TT	- tělesná teplota
UZ	- ultrazvuk

Úvod

Při výběru tématu bakalářské práce jsem vycházela z praktických zkušeností práce porodní asistentky na porodním sále. S potermínovou graviditou – těhotenstvím po termínu se na porodním sále setkávám velice často. I přesto, že žijeme v době neomezeného přístupu k informacím, ne vždy jsou ženy dostatečně informované o rizicích souvisejících s tímto stavem. Domnívám se, že v tomto případě by žena měla být vždy předem dostatečně informována o postupu vedení porodu. Je jedno zda se jedná o prvorodičku, či vícero-dičku. Toto je třeba brát v úvahu při managementu potermínové gravidity.

Těhotenství je lidově nazýváno jako „jiný stav“, adaptace na tento stav je různá a probíhá u každé ženy jinak. Se změnou těla a zvyšujícími nároky organismu, vzrůstá i touha žen po malém jedinci. S blížícím se termínem porodu se zvyšuje napětí i strach z porodu. Pokud daný okamžik nepřichází a termín porodu je již dávno pryč, nastává čas pro informace o dalším postupu. Na lékařích a porodních asistentkách je toto zajistit. Každé těhotenství jednou skončí, jde o to jak a za jakých okolností.

Moderní porodnictví nevidí úspěšné ukončení těhotenství v předání zdravého porozeného novorozence matce, ale klade si za cíl vytvořit z mimořádné události v životě ženy, kterou porození dítěte bezesporu je, období, které zůstane krásnou vzpomínkou nejen pro rodičku, ale i pro její blízké.

Cílem práce je zjistit zda těhotné ženy znají rizika spojená s potermínovou graviditou, důvody a postup při indukci porodu a zda se ve sledovaném souboru vyskytují častěji prvorodičky či vícero-dičky.

Práce porodní asistentky je zde zmiňována jak před porodem, tak během vedení porodu. Porodní asistentka napomáhá ženě při tom jak změnit porod a těhotenství z období strachu a utrpení na radostně očekávanou událost (Roztočil, 1996).

V praktické části práce je využito kvantitativního výzkumného šetření s technikou sběru dat – dotazník. Výzkumný soubor je tvořen ženami s potermínovou graviditou hospitalizovaných na GPK FN Plzeň.

1 SOUČASNÝ STAV

Prenatální péče o těhotné je v našem současném zdravotním systému rozdělena podle stupně porodnického rizika. Je velmi dobře propracována. Jejím smyslem je všestranné zabezpečení těhotné ženy, hlavně důsledná prevence všech chorobných stavů. V ČR je uplatňován třístupňový diferencovaný systém péče o těhotné. Jedná se o těhotné s fyziologickým, rizikovým a patologickým těhotenstvím. Péče je poskytována ve třech stupních odbornosti, počínaje porodnickými zařízeními poskytující základní péči, přes intermediální pracoviště a perinatologická centra. U žen s potermínovou graviditou – pokračování těhotenství nad 294 dní nebo 42 týdnů od prvního dne poslední menstruace, postupují lékaři a porodní asistentky dle platných předpisů a doporučení. Správná edukace a psychická podpora těhotných je nedílnou součástí jejich práce. Těhotné tak získávají cenné informace týkající se těhotenství po termínu (Čech, 2006).

1.1 Těhotenství

Za těhotenství je označováno období ženy, kdy v jejím těle dochází k vývoji plodu. Dané období trvá v průměru 10 lunárních měsíců po 28 dnech, což je 280 dní. Těhotenství se nazývá též gravidita nebo gestace. Začíná splnutím mužské a ženské pohlavní buňky a je ukončeno porodem plodu. Pokud je žena těhotná, říká se, že je gravidní. Při porodu se z plodu stává novorozenec (Roztočil, 2001).

Ve starověku žila žena přirozeně. Neznala pojem čas, řídila se podle ročních období nebo jiných biologických rytmů. Dostatek času trávila pohybem na čerstvém vzduchu. Její strava byla zdravá. Žila tak i v době těhotenství. Považovala ho za věc samozřejmou, i když intimní. Když přišel její čas, uchýlila se do ústraní nebo přímo na místo slehnutí neboli místo porodu. Bez jakékoli instruktáže sama instinktivně odvedla porod. Fyzicky i psychicky byla schopná se krátce po porodu vrátit i s dítětem ke svým povinnostem. Což znamená, že tehdejší žena nebyla tak choulostivá jako my. Příroda

tak vládla zákonem přirozeného výběru. V případě komplikací dovolovala přežít jen nejsilnějším. Tato přirozenost se pak začala někde narušovat. Život si vynutil přijetí nových zvyků. Porody se postupem staletí začaly stávat čím dál těžšími. Dnes již velká část žen vyspělého světa dosáhla životního standardu. Nejrůznější vymoženosti pokroku nás zbavily přílišné námahy, ale na straně druhé nás rostoucí nároky společnosti více zatěžují psychicky. Ne jinak je tomu i v těhotenství. Připisuje se to na vrub životnímu stylu a prostředí kolem nás. Žena ani její muž mnohdy nemohou ovlivnit okolní svět. Nejen od porodu, ale již od samého početí vytváří žena pro svůj plod vnitřní prostředí, kde se bude plod vyvíjet. Dítě od této chvíle sdílí s matkou její zkušenosti a stavy, které zažívá. Ty ho budou v podstatě ovlivňovat po celý život (Makedonová, 1991).

Správně žít, je dnes umění i věda zároveň. V dnešní době obzvláště. Musíme se tomu učit a zdokonalovat po celý život. Jen tak má žena větší šanci donosit a porodit zdravé dítě.

1.1.1 Diagnostika těhotenství

Dříve než byl zaveden laboratorní a ultrazvukový průkaz těhotenství, opíralo se stanovení gravidity o známky těhotenství. Jde o známky nejisté, pravděpodobné a jisté.

Změnami v neurovegetativním systému jsou vyvolávány *nejisté známky těhotenství*. U *pravděpodobných známek těhotenství* jde vesměs o příznaky projevující se na rodidlech (Macků, 1998). Dnes v době UZ nemají pro dataci těhotenství a prenatalní péči skoro žádný význam.

Jako *jistá známka těhotenství* je považována akce srdeční, vyhmátání obrysů plodu, pohyby plodu, zobrazení plodu pomocí UZ přístroje spolu s prokázáním těhotenství díky hladině lidského choriového gonadotropinu (hCG) v krvi a moči (Zwinger, 2004).

1.1.2 Průkaz těhotenství dle hladiny lidského choriového gonadotropinu

Nejpřesnější a nejčastější metodou prokázání těhotenství je průkaz lidského choriového gonadotropinu (hCG) v krvi a moči. Choriogonadotropin je produkován Langhansovými buňkami syncytiotrofoblastu lidského choria. Jeho tvorba je vázána téměř výhradně na tyto buňky. Je vytvářen trofoblastem vyskytující se v těhotenství. Jeho výskyt je v těhotenství nezávislý na umístění gravidity. Od 3. – 4. týdne těhotenství je produkován placentou. hCG je po chemické stránce glykoprotein, skládající se ze dvou podjednotek – identické s hormony FSH, LH a TSH a specifické podjednotky (Roztočil 2001).

Průkaz hCG v moči slouží v dnešní době pouze jako orientační zkouška na průkaz těhotenství. V domácím prostředí je k tomu využíváno „baby – testů“ zakoupených v lékárně. Pokud se použijí v nemocnici, jedná se o orientační vyšetření. Slouží k rychlému vyloučení gravidity u žen s podezřením na mimoděložní těhotenství. Celý test je velice jednoduchý. Provádí se pomocí indikačního papírku, namočeného v moči ženy. Při pozitivitě testu se na diagnostických prouzcích objeví v kontrolní zóně dva proužky, při negativním výsledku se objeví proužek jen jeden. Špatná kvalita testu nebo nedostatek vyšetřované moče mohou mít za následek, že se v kontrolní zóně neobjeví žádný proužek. Citlivost testů je dnes již od 10 IU hCG/l (Roztočil 2001).

Diagnostika těhotenství pomocí průkazu hCG ze séra ženy je jednou z hlavních metod. Provádí se pomocí radioimunologických metod RIA a ELISA. O těhotenství se jedná při hodnotě hCG více než 200 IU. Při diskriminační hodnotě hCG – 1000 IU lze s velkou pravděpodobností intrauterinní graviditu prokázat UZ. Stanovení hladiny hCG v séru slouží nejen k diagnostice těhotenství, ale i k diagnostice mimoděložního a odumřelého těhotenství. Jestliže vzestup hodnot v dalších dnech nenastává nebo se zpožďuje, může se jednat o mimoděložní těhotenství. Klesající hodnoty hCG naopak signalizují potrat (Roztočil, 2001).

1.1.3 Průkaz těhotenství pomocí ultrazvukového vyšetření

Ultrazvukové vyšetření je jednou z hlavních vyšetřovacích metod v porodnictví, sloužící k přesné diagnostice těhotenství pomocí ultrazvukového přístroje. Výsledky jsou někdy ovlivněny metodou postupu a druhem použitého přístroje. Při diagnostice akce srdeční plodu nám znázorňuje obsah děložní dutiny a plodové vejce od 5. – 7. týdne po oplození. UZ se během těhotenství provádí transabdominálně, transvestibulárně a transvaginálně (Martius, 1996, Kobilková, 2005).

Díky dobré zobrazovací a rozlišovací schopnosti se v prvních měsících gravidity provádí vaginální UZ vyšetření. Je velmi přínosné při diferenciální diagnostice extrauterinní gravidity. Od 5. týdnu těhotenství zachycuje UZ fetální pól a od 6. týdne je možno sledovat akci srdeční. V době tohoto vyšetření není nutný plný močový měchýř. Jsou kladeny zvýšené nároky na hygienu. Během těhotenství se pomocí této neinvazivní metody posuzuje tvar a délka děložního hrdla, popřípadě inkompetence děložního hrdla.

Abdominální UZ vyšetření se provádí v době, kdy již není děloha uložena v malé pánvi, ale přesáhne sponu stydkou. Abdominální sonda má oproti vaginální sondě větší záběr zobrazeného pole. Ženy vyšetření lépe tolerují, poprvé tak mají možnost vidět své ještě nenarozené dítě. Měření jednotlivých vzdáleností struktur plodu (biometrie) mezi 10. – 12. týdnem těhotenství se dá přesně stanovit stáří gravidity a termín porodu. V porodnictví se využívá jen některých parametrů. Korigují délku těhotenství a stáří gravidity. K určení stáří gravidity se používají následující míry.

Temeno-kostrční délka plodu (CRL, zkratka je z anglického crown-rump length) je nejdůležitější a nejspolehlivější parametr pro určení délky těhotenství. Biparietální průměr hlavičky (BPD – biparietal diameter) je nejčastěji a nejvíce měřený v průběhu těhotenství. Obvod hlavičky (HC – head circumference) má dnes přínos k určení termínu porodu. Obvod břicha (AC – abdominal circumference) se v kombinaci s BPD a HC osvědčuje při diagnostice disproporce plodu. Délka femuru (FL – femur – length) nachází uplatnění v obecné biometrii. Souhrně UZ vyšetřením v těhotenství lze určit velikost plodu, jeho růst, proporcionalitu, délku těhotenství, hmotnost plodu, vývoj

plodu, souběžné srovnání růstu plodu s dalšími složkami plodového vejce, což jsou placenta a plodová voda a sledování vývoje jednotlivých struktur plodového vejce (Čech, 2006).

Abdominální UZ sondou je možno provést dopplerovskou flowmetrii, při které se zjišťuje průtok krve pupečnickovou artérií. Poskytuje klinicky použitelnou informaci o nitroděložním stavu plodu. K zlepšení některých diagnóz pak slouží barevná dopplerovská flowmetrie.

Na žádost těhotné nebo v případě nejasností se provádí 3D a 4D ultrazvukové vyšetření. Počítačově se vyhotoví a zobrazí 3D obraz v místě ultrazvukem vyšetřované oblasti. Plastický trojrozměrný obraz ještě pohyblivý se zobrazí v případě 4D zobrazení. Zdravotní pojišťovnou nejsou tato vyšetření hrazena, jestliže neslouží k diagnostickým účelům (Čech, 2006).

1.1.4 Průkaz těhotenství podle srdečních ozev plodu

Srdeční ozvy plodu jsou projevem srdeční činnosti plodu. Zjišťují se akusticky, fonokardiograficky, ultrazvukovým vyšetřením a elektrokardiografem. Od 16. až 18. týdne podle tloušťky břišní stěny jsou stetoskopem slyšitelné nad břichem těhotné. Srdeční ozvy plodu nejsou synchronní s pulzem těhotné. Jsou to dvoudobé pravidelné rytmické frekvence 120 až 150/min. Až do konce 7. lunárního měsíce je třeba místo slyšitelnosti hledat. Teprve po zaujmutí definitivní polohy a postavení plodu v děloze zůstávají na stejném místě. Jejich frekvence se může měnit při pohybech plodu nebo děložních kontrakcích. Ozvy plodu slyšitelné v rozdílných frekvencích na různých místech signalizují výskyt vícečetného těhotenství.

Při použití přístrojů je možno zachytit ozvy plodu již dříve. Po celou dobu těhotenství jsou pečlivě sledovány. Do zdravotnické dokumentace se zapisují pod symbolem OP s udáním jejich frekvence za 1 minutu. Ozvy plodu je třeba odlišit od jiných akustických fenoménů slyšitelných nad břišní stěnou (Macků, 1998).

1.1.5 Průkaz těhotenství pomocí pohybů plodu

Při pohledu na břišní stěnu těhotné je možno pozorovat pohyby plodu. Prvorodička je zaznamenává obvykle od 20. týdne, vícero dička od 18. týdne. Přiložením ruky pohmatově na břišní stěnu těhotné je lze také zjistit. Jejich frekvence se během dne mění. V některých časových obdobích je žena nezaznamenává, v té době plod odpočívá, spí. Zvýšená frekvence pohybů nebo jejich ustání je reakcí na změny v sycení krve kyslíkem v závislosti na aktivitě těhotné. Při UZ vyšetření lze pohyby plodu pozorovat již dlouho předtím, než je pocítí žena. Průkaz těhotenství pomocí pohybů plodu se používal dříve, dnes slouží spíše k diagnostice poruch placentárních funkcí sledováním frekvence pohybů plodu (Macků, 1998).

1.1.6 Průkaz těhotenství pohmatově (palpací) a vaginálním vyšetřením

Od konce 4. lunárního měsíce je možné při vyšetření pochvou (bimanuální gynekologické vyšetření) hmatat přední poševní klenbou naléhající část plodu a vyvolat příznak balotování. Vlivem zvýšené produkce estrogenů v pochvě dochází k její změně barvy do fialova je celkově prosáklá a prodloužená. Přes břišní stěnu těhotné lze plod nahmatat od 6. měsíce. Jednotlivé části plodu se dají pozorovat později (Macků, 1998).

1.1.7 Průkaz těhotenství dle těhotenských testů

Diagnostika těhotenství se zlepšila objevem těhotenských hormonů v moči těhotné ženy. Používají se k tomu imunologické testy *in vitro*. Trofoblast produkuje lidský placentární laktogen, který lze zjistit v krvi ženy od 5. týdne těhotenství. Během prvního a druhého trimestru jeho hodnoty rostou a koncentrace je přímo úměrná velikosti placenty (Kobilková, 2005).

1.2 Výpočet termínu porodu

Přesné trvání těhotenství lze u žen určit pouze vyjímečně. K jeho výpočtu se pracuje s údaji, které jsou zatíženy velkou chybovostí. Ženy si často nepamatují datum poslední menstruace a první pohyby plodu se dají snadno zaměnit se střevní peristaltikou. Opačná situace je při stanovení termínu porodu u ženy po IVF+ET, kdy se termín porodu dá určit zcela přesně. Již při první návštěvě těhotné v těhotenské poradně se termín porodu vypočítává. K výpočtu slouží několik metod s různou přesností. Nejčastěji je v praxi používán výpočet TP podle poslední menstruace, prvních pohybů, oplodňující soulože, prvních pohybů plodu, vnímaných těhotnou a mezi nejpřesnější metodu patří určení TP díky ultrazvukovému vyšetření těhotné v prvním trimestru.

K výpočtu termínu porodu podle prvního dne poslední menstruace se používá pravidlo výpočtu dle Naegeleho. K datu prvního dne poslední menstruace se přičte 280 dní což je 40 týdnů nebo 10 lunárních měsíců. V praxi to znamená, že od data prvního dne poslední menstruace se odečtou 3 měsíce a přičte se 7 dnů a 1 rok. Má-li žena prodloužený nebo zkrácený menstruační cyklus, musí se počet dní, o které je cyklus delší nebo kratší, připočítat nebo odečíst (Trapl, 1951, Pont'uch, 1987).

Snadněji je možné vypočítat termín porodu pomocí gravidometru. Je to soustava k sobě středem připevněných dvou kruhů. Vnější větší kruh má na obvodu rozepsaný kalendář a vnitřní menší kruh obsahuje šipku s názvem „poslední menstruace“, „první pohyby“ a „termín porodu“. Vše je v náležitých odstupech. Při zjištění informace o datu poslední menstruace můžeme posunout vnitřním menším kruhem na uvedený den v měsíci, poté nastavíme šipku s názvem „termín porodu“ a přečteme si datum, na které tato šipka ukazuje.

Výpočet termínu porodu dle oplodňující soulože. Datum oplodňující soulože zná jen malé procento žen. Pokud je známo, pak se k tomuto datu přičítá 38 týdnů nebo 267 dnů. Tuto metodu lze použít tam, kde jsme si datem oplození zcela jisti, jako je tomu u asistované reprodukce (Roztočil, 2008).

Výpočet termínu porodu podle prvních pohybů plodu, vnímaných těhotnou ženou.

U primipar neboli prvorodiček přičteme k tomuto dni 4,5 kalendářních měsíců, u vícerodiček pocitujících pohyby plodu již v předchozím těhotenství a vnímajících pohyby plodu dříve, přičteme 5 kalendářních měsíců. Tyto údaje jsou značně nepřesné, závislé na subjektivních zkušenostech a vjemech těhotné ženy. Jedná se tak o metodu pouze orientační, s malým procentem přesnosti v dnešní době (Čech, 2006).

Výpočet termínu porodu podle ultrazvukového vyšetření plodu se provádí v prvním trimestru těhotenství, tedy do ukončeného 12. týdne. Umožňuje tak nejpřesnější stanovení skutečného stáří těhotenství a je nejpřesnější metodou k výpočtu termínu porodu. Jedná se o neinvazivní metodu, při které se na základě velikosti plodu ve srovnání s vypočítanou délkou těhotenství určuje stáří gravidity. Pomocí ultrazvuku se snižuje množství falešných posmaturit. Nemáme-li spolehlivý záchytový UZ je velmi těžké provádět adekvátní management potermínové gravidity.

Dnes je prakticky přípustné určování termínu porodu jen podle UZ na konci prvního trimestru a podle poslední menstruace. Ostatní výše zmiňované metody se v dnešní době již nepoužívají.

1.3 Trvání těhotenství

Těhotenství ženy trvá průměrně 280 dní od prvního dne poslední menstruace (PM). U žen s nepravidelnou menstruací nebo s rozdíly v ovulaci může být v rozmezí od 266 do 294 dnů. Jestliže se narodí dítě ve 38. až 42. týdnu jedná se o porod v termínu - partus maturus. O předčasném porodu – partus praematurus hovoříme před dokončeným 37. týdnem. Porod po ukončeném 42. týdnu těhotenství je nazýván jako opožděný porod – partus serotinus (Zwinger, 2004).

1.4 Potermínová gravidita

O potermínové graviditě hovoříme tehdy, neporodí-li žena do termínu porodu, tedy do konce 40. týdne těhotenství. Za prodloužené těhotenství je označováno takové, kdy jeho délka přesáhne 42 týdnů či 294 dní od prvního dne poslední menstruace anebo také 280 dní od ovulace. Záleží na tom, zda má žena 28 denní menstruační cyklus a ovulace u ní nastane přibližně 14. den cyklu., jinak je tento výpočet velmi nejistý. Hájek upozorňuje na to že: „*Přibližně u 15-30 % žen je nejistý termín porodu (TP) z důvodu nepravidelné menstruace před těhotenstvím nebo z důvodu nesprávně udaného termínu PM*“ (Hájek 2004, 321 s.).

1.4.1 Výskyt prodlouženého těhotenství

Výskyt prodlouženého těhotenství kolísá mezi 3-10 %. Ke stanovení diagnózy prodloužené gravidity je důležité, zda se výpočet termínu porodu opírá o ultrazvukovou biometrii v začátcích gravidity nebo byl termín porodu změněn až během těhotenství na základě chybného výpočtu. Prodloužená gravidita se opakuje ve 30-40 %, jestliže ženy jednou či vícekrát porodily dítě ve 42. týdnu těhotenství. Výskyt prodlouženého těhotenství je nižší než 5 % v případě, že je u těhotné v prvním trimestru v prenatální poradně provedena ultrazvuková biometrie plodu (Hájek, 2004).

1.4.2 Nejčastější příčiny prodlouženého těhotenství

Obecně není příčina přenášení zcela objasněna. Senzitivita děložní svaloviny, placenta, hypofýza a nadledvinky plodu se uplatňují při začátku porodu. Někdy může být prodlouženo u těhotných s placentární nedostatečností, u plodů s anencefalií, hypoplázií nebo aplázií nadledvin (Hájek, 2004).

Z praktického hlediska se uplatňují nejčastěji tyto příčiny – nepravidelná menstruace, koncepce během laktace, koncepce při hormonální antikoncepci, opožděná ovulace, pozdní registrace a neadekvátní prenatální péče, předchozí prodloužené těhotenství, mužské pohlaví plodu a anomálie plodu (Hájek, 2004).

1.4.3 Rizika prodlouženého těhotenství

Při potermínové graviditě je matka zatížena určitou mírou rizika. Mezi největší riziko pro matku patří vysoký počet operačně vedených a ukončených porodů. Komplikace po císařském řezu a zvýšený počet porodních poranění při porodu makrosomického plodu mají za následek následnou mateřskou morbiditu (Hájek, 2004).

Po 42. týdnu gestace se zvyšuje riziko perinatální mortality pro plod. Riziko pro plod nastane, jestliže vedle prodlouženého těhotenství je prokázána i insuficience placenty. U těhotných s potermínovou graviditou se při porodu častěji vyskytuje hypoxie intra partum a vyšší výskyt perinatálních úmrtí plodů. Nejvíce je plod při porodu ohrožen traumatem z důvodu makrosomie plodu, aspirací zkalené plodové vody s následnými plicními komplikacemi. Častěji se v tomto případě vyskytují pupečnickové komplikace, jako je komprese a výhřez pupečníku (Hájek, 2004).

1.4.4 Prenatální péče u prodlouženého těhotenství

Prenatální poradny pro těhotné jsou dosažitelné na celém území ČR. Žena má možnost vlastního výběru této poradny. Prenatální péče zajišťuje těhotné všestranné zabezpečení. Jedná se zejména o důslednou prevenci různých chorobných stavů a včasný záchyt odchylek od normálního průběhu těhotenství. S tím souvisí i zajištění dostupných terapeutických a diagnostických opatření.

U prodlouženého těhotenství je zásadním momentem časně prenatální péče přesné určené stáří těhotenství. Do těhotenské průkazky se zapisuje stáří těhotenství podle

poslední menstruace a podle ultrazvukového vyšetření v I. trimestru. Jestliže se stáří těhotenství určené podle poslední menstruace liší od stáří určeného podle ultrazvuku o více než týden, bere se za směrodatné stáří těhotenství určené ultrazvukovým vyšetřením.

K monitoraci intrauterinního stavu plodu jsou jen omezené možnosti. Těhotná je poučena o sledování pohybové aktivity plodu a o důležitosti návštěvy lékaře při její snížené nebo jinak abnormální aktivitě. U těhotné po 38. týdnu těhotenství se natáčí kardiokografický (CTG) záznam jednou týdně. Po termínu porodu se četnost kardiokografických záznamů zvyšuje na minimální frekvenci dvakrát týdně.

Podrobněji o stavu plodu informuje biofyzikální profil plodu prováděný 2 – 3 krát týdně. Hodnotí a sledují se ultrazvukově pohyby plodu, včetně dýchacích projevů, tonus plodu a množství plodové vody v kombinaci s CTG záznamem. Všechny tyto jevy jsou hodnoceny dvěma body. O dobrém intrauterinním stavu svědčí hodnota nad 8 bodů.

Druhou nezbytnou metodou ke sledování prosperity těhotenství po termínu je ultrazvuk. Vstupní vyšetření umožňuje udat polohu a postavení plodu, uložení a zralost placenty, množství plodové vody, akci srdeční a pohybovou aktivitu. Množství plodové vody se hodnotí orientačně pohledem, pomocí měření největšího depa plodové vody v děloze nebo měřením indexu plodové vody (AFI – amniotic fluid index). Při AFI méně než 5cm nebo 2cm se jedná o abnormální hodnoty. Abnormální AFI může signalizovat větší výskyt pupečnickových komplikací, hypoxií plodu intra partum nebo zkalenou vodu plodovou mekoniem. U těhotných se zjištěnou intrauterinní růstovou retardací se využívá flowmetrie. Zvýšené riziko perinatální komplikace pro plod představuje zvýšení rezistence v arterii umbilicalis, sestupné části hrudní aorty nebo renálních artériích. Vyšetřování průtokových (dopplerovských) parametrů u plodu s normální velikostí nemá další význam. Stanovení hmotnosti plodu ultrazvukem není vždy přesné. Jestliže se jedná o odhad hmotnosti plodu nad 4500 g, je lépe volit císařský řez (Čech, 2006).

Při suspektních CTG záznamech nebo při suspektním ultrazvukovém nálezu je ordinován oxytocinový zátěžový test (OZT), spočívající v intravenózní aplikaci infúze s malou dávkou oxytocinu. Cílem je vyvolat děložní činnost, která informuje

o připravenosti dělohy k případnému vyvolání porodu nebo o schopnosti plodu vyrovnat se se stresem souvisejícím s děložní činností. Při patologickém, nereaktivním nebo s deceleracemi CTG se indikuje ukončení těhotenství. Oxytocinový zátěžový test se zpravidla provádí do 10. dne po vypočteném termínu porodu.

Průběžně je těhotná vaginálně vyšetřována, sleduje se CS - cervix scóre podle Bishopa. Jestliže jsou již splněny podmínky k indukci porodu, při CS 5 minimálně, je žena odesílána do ústavního zařízení. Kde je, po té co je žena dostatečně informována, zvolena některá z metod indukce porodu. Ambulantní indukce porodu se pro vysokou rizikovitost neprovádí. Naopak jsou-li hodnoty na konci těhotenství nedostačující, je to známka nedostatečné biologické připravenosti organismu těhotné k porodu (Čech, 2006).

Podle doporučení České gynekologicko-porodnické společnosti se odesílá těhotná nejpozději na počátku 41. týdne k dalšímu předporodnímu sledování do zařízení, kde se žena rozhodla родit. Po 40. týdnu těhotenství by měla těhotná docházet na kontroly minimálně 2x týdně. Po 41. týdnu by měly být podnikány kroky vedoucí k ukončení těhotenství. Těhotné se doporučuje hospitalizovat po 41. týdnu těhotenství. Často jsou ale odchylky podle zvyklostí jednotlivých pracovišť. Těhotenství by tak mělo být ukončeno nejpozději v termínu 42+0. Při normálně probíhající graviditě bez přidružených onemocnění matky není hospitalizace indikována. Příloha č. 1 (Roztočil, Měchurová, 2011).

1.4.5 Role porodní asistentky v prenatální péči

Porodní asistentka zastává v péči o těhotnou stěžejní úlohu. Je součástí systému komplexní ošetrovatelské péče a je plně zodpovědným zdravotnickým pracovníkem. Pracuje jako partner ženy, poskytuje jí potřebnou podporu, radu a péči. Své povolání vykonává jako regulovanou činnost, při které sleduje zdravotní stav těhotné a vývoj plodu. Spolu s lékařem tvoří ošetrovatelský tým (Macků, 1998).

Svým holistickým přístupem, individuálně podporuje a povzbuzuje těhotnou. Dodává jí sebevědomí, radu jak se starat o své zdraví během těhotenství, jak se stravovat či cvičit. Zná odpověď na to, jak napravit různé neduhy, které ženu mohou trápit během těhotenství. Psychická podpora nastávající matky porodní asistentkou má mnohdy velký vliv na průběh celého těhotenství.

První kontakt porodní asistentky se ženou nastává při její první návštěvě u obvodního gynekologa, kdy se žena sama dostaví ke zjištění těhotenství po vynechání menstruace. Porodní asistentka asistuje lékaři při vyšetřeních, která diagnostikují těhotenství. Provádí odběr krve na stanovení hladiny hCG a asistuje u ultrazvukového vyšetření. Po diagnostice těhotenství provází ženu celým těhotenstvím. Vypisuje ženě těhotenský průkaz a pečlivě ho též spolu s lékařem vede. Zvláště pečlivě dbá na zapsání data poslední menstruace, od něhož se odvíjí výpočet termínu porodu. V některých těhotenských poradnách sama odebírá od těhotné anamnézu, zapisuje ji do těhotenského průkazu a při dalších návštěvách ji postupně doplňuje (Roztočil, 1994).

Při každé návštěvě těhotné u lékaře provádí těhotenskou poradnu, kdy měří krevní tlak, puls, vyšetřuje orientačně moč na bílkovinu, cukr a ketolátky. Do těhotenského průkazu zapisuje míru ženy, výchozí váhu. Váží ženu a sleduje váhový přírůstek při každé návštěvě těhotné. V případě velkého váhového přírůstku informuje lékaře. Porodní asistentka správnou edukací těhotné o životosprávě v těhotenství často tomuto stavu předejde. Mnohdy váhový přírůstek souvisí s velkými otoky, které též porodní asistentka sleduje. Měřením vzdálenosti spona – fundus (S-F) může porodní asistentka zachytit možné poruchy růstu plodu, množství plodové vody nebo přítomnost vícečetného těhotenství. Poslech srdečních ozev plodu (OP) provádí v některých těhotenských poradnách pouze lékař, jinde je naopak dominantou porodní asistentky. Dříve se OP poslouchaly manuálně stetoskopem, v dnešní době je preferován poslech OP pomocí přístrojů jako je CTG nebo Udop. Těhotná tak může slyšet srdce svého dítěte, což má dobrý vliv na psychický stav těhotné. Ke konci těhotenství natáčí porodní asistentka CTG záznam, který je také schopna dobře popsat. Při suspektním nebo patologickém záznamu informuje ihned lékaře a je schopna učinit kroky vedoucí k jeho zlepšení. Porodní asistentka provádí u všech těhotných povinné vyšetření vzorků krve –

screening, jejich výsledky zapisuje do těhotenského průkazu a dbá na správné termíny screeningových odběrů. O výsledcích jednotlivých odběrů informuje vždy lékaře. Zvláště důležité jsou výsledky screeningu na vrozené vývojové vady, GBS pozitivitu, OGTT, KS, hladinu protilátek v krvi matky, BWR, HIV a KO. Porodní asistentka zodpovídá za správné vypsání žádanek k laboratorním vyšetřením a jejich odeslání do laboratoře. Do těhotenského průkazu jsou zapsány též pánevní rozměry, které porodní asistentka měří pomocí pelvimetru. K posouzení pravidelného zvětšování dělohy a později k určení polohy, postavení nebo držení plodu, provádí mnohdy porodní asistentka zevní porodnické vyšetření. Do těhotenského průkazu zapisuje stesky a nářky těhotné během těhotenství. Do prenatalní péče o těhotnou by měl být zahrnut i otec v celé šíři jeho potřeb a potřeb matky (Čech, 2006, Leifer, 2004).

V prenatalní péči vedou porodní asistentky kurzy psychosomatické přípravy, ve kterých ženy seznamují s problematikou průběhu těhotenství a porodu, se zásadami správné životosprávy a výživy v těhotenství. Informují těhotné o alternativních způsobech vyvolání porodní činnosti. Mezi ně patří stimulace prsních bradavek, pohlavní styk, horké koupele, čaj z maliníku, masáž hráze nebo také v přiměřené míře fyzická námaha. V rámci hodin cvičení pro těhotné mají možnost fyzické přípravy k porodu. Správnou edukací se tak těhotné zbaví strachu z neznámého a obav z porodu. Zároveň u nich dochází ke zvýšení celkové fyzické a psychické kondice. Lépe při porodu spolupracují a v některých případech se snižuje i práh vnímavosti porodních bolestí (Čech, 2006).

1.5 Hospitalizace těhotné s potermínovou graviditou

K hospitalizaci do zdravotnického zařízení přichází těhotná s potermínovou graviditou po 41. týdnu těhotenství. Hospitalizace při normálně probíhajícím těhotenství bez různých přidružených onemocnění matky není indikována, těhotné jsou hospitalizovány přímo až k zahájení indukce porodu. Ze strany lékařů jsou po vstupním vyšetření podnikány kroky vedoucí postupně k ukončení těhotenství. Zvláště se lékaři

zaměřují na subjektivní stav a stesky těhotné, stanovení cervix scóre, těhotenskou poradnu, Non – stress test. Pokud je CTG záznam 2x suspektní v intervalu 6 hodin provádí se flowmetrie popřípadě oxytocinový zátěžový test (OZT). Jestliže je CTG záznam patologický, nereaktivní nebo s deceleracemi (neterminální typ křivky) je nutné přistoupit k ukončení těhotenství (Roztočil, 2013).

Těhotné jsou k hospitalizaci přijímány ve většině případů přes gynekologicko-porodnickou ambulanci daného zařízení, jinde jsou přijímány přes porodní sál. Tam také dochází k jejich první informovanosti, co se týče dalšího postupu vedení porodu.

Po sepsání porodopisu, vstupním vyšetření lékařem, UZ vyšetření, natočení CTG záznamu a vypsání náležité dokumentace nutné k hospitalizaci v daném zařízení, je těhotná dále hospitalizována na oddělení pro riziková těhotenství nebo na oddělení, kde jsou hospitalizovány těhotné. Tam je s těhotnou sepsána ošetrovatelská dokumentace, nabrána laboratoř a v odpoledních hodinách zopakován CTG záznam. K hospitalizaci přicházejí ve většině případů těhotné ráno na lačno a podle již zmíněných vyšetření je možné provést za předpokladu splnění určitých podmínek, někdy již v ten den indukci – vyvolání porodu. Pokud nejsou splněny podmínky indukce porodu, přistupují lékaři k preindukci porodu (Hájek, 2004).

1.6 Preindukce porodu u žen s potermínovou graviditou

Preindukce je soubor léčebných metod, který se provádí u těhotných za účelem uzrání děložního hrdla, jeho zkrácení a prosáknutí. Ošetrovatelským cílem je zajištění léčebné metody za účelem uzrání hrdla děložního v souvislosti s podáním indukčního preparátu. Snahou je co nejmenší traumatizace těhotné ženy, její adekvátní informovanost s písemným souhlasem k provedení metody a veškerou nutnou dokumentací (Sák, 2008).

Metody preindukce porodu se dělí na mechanické a farmakologické. Během preindukce se v 30-60% dostavuje pravidelná děložní činnost a i bez indukce porodu se porod rozbíhá (Hájek, 2004).

1.6.1 Mechanické metody preindukce

Na zavedení cizího tělesa do kanálu hrdla děložního jsou založeny mechanické metody preindukce. Cizí tělesa mohou být inertní anebo absorpční. Tělesa inertní nemění svůj tvar, absorpční vstřebáváním tekutiny z okolních tkání bobtnají, rozšiřují svůj průměr a svojí expanzí vyvíjejí tlak na kanál hrdla děložního a tím jej rozšiřují. Dochází ke stimulaci endogenní sekrece prostaglandinů z tkání kanálu hrdla děložního, ty vyvolávají aktivaci kolagenolytických procesů ve vazivu hrdla děložního. Historicky se tyto metody používaly od druhé poloviny minulého století. V dnešní době se používají jen některé. Řada z nich prožívá renesanci, ale jejich používání je v porovnání s medikamentózními metodami preindukce malé.

Laminarie do praxe v roce 1868 zavedl Braxton Hicks. Jde o mořské řasy vysušené v alkoholovém roztoku. Zavedením do děložního hrdla absorbují tekutinu z okolních tkání a tím rozšiřují svůj průměr. Pro vysoké procento zánětlivých a septických komplikací se od jejich použití upustilo. U nás nejsou registrovány a nepoužívají se, ale ve světě jsou opět vyráběny ve sterilní úpravě.

Dilapan S jsou hydrofilní tyčinky, které se aplikují intracervikálně na 10 – 12 hodin. Zvětšují svůj objem díky vstřebávání okolní tekutiny a tím dochází k mechanické dilataci děložního hrdla. Sliznice je drážděna a v organismu dochází ke zvýšenému vyplavování prostaglandinů a ty napomáhají zrání děložního hrdla. Ženám se za účelem preindukce zavádí ve večerních hodinách 3 – 4 Dilapany S. V ranních hodinách se nasáklé tyčinky z hrdla děložního vyjmou. Pokud dojde k uzrání čípku, vyvolává se děložní činnost běžnými metodami.

Atadův dvoucestný katétr se přes hrdlo děložní zavádí do extraamniálního prostoru. Jde o plastovou cévku, kterou se do oblasti za vnitřní brankou kontinuálně aplikuje roztok s prostaglandiny. Cévkou tak stimuluje endogenní sekreci prostaglandinů.

Odloupení dolního pólu vaku blan neboli *Hamiltonův hmat*. Je jednou z metod, které se hojně v dnešní době využívá. Jde o digitální odloučení choria od decidui. V oblasti za vnitřní brankou dochází ke stimulaci endogenní sekrece prostaglandinů z buněk decidui a tak dochází k urychlení zracích procesů v dolním děložním segmentu.

Tento hmat se může provádět i několik dní po sobě, za předpokladu sledování těhotné (Hájek, 2004).

Hippokratova metoda *masáže prsních bradavek* byla používána již v minulém století. Rychlejšího zrání děložního hrdla se dosáhne třením prsních bradavek suchou látkou několikrát denně. Tím se vyvolá zvýšená sekrece oxytocinu ze zadního laloku hypofýzy.

Nechráněný pohlavní styk je také jednou z metod mechanické preindukce. Prostaglandiny obsažené v ejakulátu napomáhají při vniknutí k hrdlu děložnímu k jeho dozrávání.

1.6.2 Medikamentózní metody preindukce

Medikamentózní metody jsou založeny na zracích účincích preparátů, které jsou vpravovány zejména do zadní klenby poševní a do cervikálního kanálu.

V dnešní době se nejvíce používají preparáty obsahující *Prostaglandiny (PG)*. Způsobují svojí aktivitou a působením zrání děložního hrdla a vyvolávají děložní kontrakce. V ČR se používají preparáty obsahující PGE2 (dinoproston).

Lokální aplikace PGE2 se provádí intracervikální aplikací v gelu s protražovanou délkou vylučování. Stejný zrací efekt na děložní hrdlo má vaginální aplikace gelu PGE2 do zadní klenby poševní. Nověji se používá pesar z hydrogelového polymeru (Propess) s protražovaným působením dinoprostonu 8 – 12 hodin. Páska uložená v pesaru umožňuje inzerci do těsné blízkosti děložního hrdla a jeho snadné odstranění. U *oxytocinu* byl popsán stejný účinek na zrání děložního hrdla jako u gelu PGE2.

Lokální a celková aplikace PGE1 (misoprostol) má, podle četných publikací ze zahraničí, ve srovnání s PGE2 v gelovém základu stejnou účinnost s minimálními vedlejšími účinky. V ČR nejsou preparáty PGE1 registrovány a proto jejich případné oficiální použití podléhá povinnému hlášení na SÚKL (Hájek, 2004).

1.7 Indukce porodu u žen s potermínovou graviditou

Jedná se o umělé vyvolání děložní činnosti vedoucí k vaginálnímu porodu v případě, že je normotonická děložní svalovina, nejsou přítomny děložní kontrakce a vak blan je zachován. Indukce porodu se řadí k metodám preventivním a porod se indukuje v případě, že pokračování těhotenství zvyšuje riziko poškození matky, plodu nebo obou. Potermínová gravidita 7 – 14 dní po verifikovaném termínu porodu je indikací k indukci porodu (Roztočil, 2001).

Počty indukovaných porodů jsou v našich porodnicích různé. Liší se jak přístupem lékařů k vyvolání děložní činnosti, tak metodami prováděných indukcí. Velkou roli hraje osobní zkušenost lékaře a finanční náročnost dané metody. Nebylo dokázáno, že by vyšší frekvence indukcí zhoršovala perinatální výsledky, hlavně počet porodnických operací a frekvenci hypoxie plodu.

Pro provedení indukce porodu musí být splněny určité podmínky. Jedná se o zralé hrdlo děložní, kdy je cervix skóre vyšší než 5 bodů a dále pak nejsou přítomny kontraindikace k vaginálnímu vedení porodu (Hájek, 2004).

S provedením výkonu je nutný podepsaný informovaný souhlas těhotné (Roztočil, 2013).

1.7.1 Kontraindikace k indukci porodu

Indukce a preindukce porodu je zcela nepřijatelná, pokud jsou přítomny *absolutní kontraindikace*.

Mezi *absolutní kontraindikace* k indukci porodu patří absolutní kefalopelvický nepoměr, kdy rozdíl mezi conjugata vera a biparietálním průměrem hlavičky plodu je menší než 10 mm. Plod trpí akutní nebo chronickou hypoxií nebo u ženy došlo k akutnímu porodnickému krvácení. Stavby po rekonstrukčních operacích v malé pánvi, těžké získané nebo vrozené vývojové vady dělohy nebo karcinom v oblasti malé pánve. Nezralost plodu kromě případů, kdy se s nezralostí počítá je také jednou

z kontraindikací k indukci i když při potermínové graviditě k tomuto stavu dochází ojediněle. Mezi absolutní kontraindikace pak dále patří infekce porodních cest, děloha s jizvou, stavy po císařských řezech, myomektomiích, metropalstikách a rozsáhlých perforacích stěny děložní. Při nezralém hrdlu děložním, kdy desetibodové Bishopovo skóre (cervix skóre) je menší než 5 (Hájek, 2004).

O *relativních kontraindikacích* se hovoří, pokud je známa přecitlivělost na oxytocin nebo na preparáty obsahující prostaglandiny (PG). Jejich podání není doporučeno v případě kdy, žena trpí astmatem, glaukomem, tuberkulózou, ulcerózní kolitidou nebo je vysokou multiparou. Při Rh-izoimunizaci není vhodný oxytocin, může dojít ke vzniku neonatální hyperbilirubinemie. U žen s hypertenzními a renálními chorobami není vhodný pro jeho antidiuretický účinek. Za přesně stanovených podmínek lze provést indukci (Hájek, 2004).

1.7.2 Mechanické metody indukce porodu

Dirupce vaku blan (amniotomie) je jedinou klinicky používanou mechanickou metodou. Jedná se o protržení vaku blan jednou branží amerických kleští. Má dva efekty. Odtokem plodové vody se zmenší obsah dutiny děložní, což může vyvolat porodní činnost za 2 – 4 hodiny nebo vstupující hlavička Fergusonovým reflexem dráždí oblast vnitřní branky k většímu výdeji prostaglandinů. Po celou dobu porodu je nutné sledovat kvalitu a množství otékající plodové vody. Nebezpečí dirupce spočívá v možnosti výhřezu pupečníku při špatně fixované hlavičce a v adnatní infekci.

Kontraindikací dirupce je prokázaná infekce dolního genitálního ústrojí nebo konec pánevní.

Pokud kontrakce nezačnou po 2 – 4 hodinách od odtoku plodové vody, je možno podat infuzi s oxytocinem. Jestliže se objeví v plodové vodě smolka, je třeba plod pečlivě monitorovat (Zwinger, 2004).

1.7.3 Farmakologické metody indukce porodu

Za účelem farmakologické indukce porodu se používá syntetický *oxytocin* v různých lékových a aplikačních formách.

Nejčastěji se podává v infúzi v ředění 2 j. v 500 ml 5 - 10% glukózy, v počáteční pomalé frekvenci 16 – 20 kapek za minutu s možností postupného zrychlení podle reakce myometria nebo pomocí infúzní pumpy při frekvenci udávané v ml/hod. Dávkování a rychlost infúze určuje lékař. Intenzita kontrakcí děložních a ozvy plodu při současně podávaném oxytocinu v infúzi se sledují na CTG záznamu. Po předchozí amniotomii je podání oxytocinu v infúzi nejčastěji používanou metodou indukce v našich ústavech. Intramuskulárně a jednorázově intravenózně se oxytocin nepodává pro možnou tetanickou kontrakci a akutní hypoxii plodu (Zwinger 2004, Hájek 2004).

Prostaglandiny jsou tkáňové mediátory, které se v současnosti stále více používají k indukci porodu. Podávají se v lokálních aplikačních schématech za účelem zraní děložního hrdla a k vyvolání děložní činnosti.

Při vaginální aplikaci se zavádějí do zadní poševní klenby. U méně zralého hrdla děložního pokud je zachován cervikální kanál, se zavádějí intracervikálně. Jestliže je velmi zralý čípek děložní, aplikují se extraamniálně.

K vaginální aplikaci se používají vaginální tablety (3,0 mg dinoprostonu) a vaginální gel (1,0 mg dinoprostonu). U vaginálních tablet se zavádí jedna tableta do zadní poševní klenby. Po 6 - 8 hodinách se v případě nedostatečného účinku zavádí druhá tableta. Maximální denní dávka je 6 mg. Do zadní poševní klenby se aplikuje též vaginální gel v dávce 1 mg PGE₂, dávka se dá zopakovat při kontrakcích děložních s nedostatečným účinkem za 6 hodin, je možno zvýšit dávku na 2mg.

U *intracervikální aplikace* do hrdla děložního se aplikuje 0,5 mg dinoprostonu v šestihodinových intervalech.

K *extraamniální aplikaci* PGE₂ je zapotřebí 1/3 dávky podané vaginálně. Dvoudobé schéma a dávka záleží na nálezů na děložním hrdle. Jestliže je nedostatečný účinek, dávka se za 2 hodiny opakuje podle nálezů na děložním hrdle (Hájek, 2004).

1.7.4 Rizika indukce porodu

Na gastrointestinální trakt se vztahují rizika indukce porodu PG. Projevují se nauzeou, zvracením a průjmy. Někdy mohou ženy trpět horečkou. Jednoduchá aplikace PG svádí k provádění indukcí bez dostatečných znalostí indikačních schémat a k nedosažení adekvátních podmínek k indukci. To vše může vést k poškození matky, plodu nebo obou.

Někdy může vzniknout hyperkinetická až hypertonická reakce myometria, jejím následkem je vznik akutní intrauterinní hypoxie plodu s následným ukončením porodu kleštěmi, vakuumextrakcí nebo císařským řezem. Vše záleží na porodním nálezu, stavu plodu a erudici lékaře. S naléhavostí situace je žena seznámena před operačním ukončením porodu (Čech, 2006).

Pokud je indukce porodu dvakrát neúspěšná, poté je nutné důvod k indukci porodu přehodnotit, popřípadě těhotenství ukončit. Zpravidla bývá ukončeno císařským řezem (Roztočil, 2013).

1.7.5 Role porodní asistentky při preindukci a indukci porodu

V době hospitalizace těhotné s potermínovou graviditou je porodní asistentka se ženou v neustálém kontaktu. Úkolem porodní asistentky je zajistit ženě pokud možno takový režim, který by se blížil k jejím běžným životním podmínkám. Snaží se vytvořit co nejvíce kladných vlivů v léčebném prostředí. Neméně důležité jsou jednotné informace a podpora terapeutických vztahů (Ratislavová, 2008).

Ještě před zahájením preindukce a indukce porodu, porodní asistentka po svém představení spojeném s podáním ruky, seznámí těhotnou ženu s následujícími výkony.

Ošetrovatelský postup při preindukci porodu – těhotná je seznámena s průběhem ošetrovatelského procesu při preindukci porodu. Porodní asistentka provede natočení záznamu CTG, uloží těhotnou na gynekologické vyšetřovací křeslo do gynekologické polohy. Po následné dezinfekci rodidel lékařem asistuje při zavedení indukčního

preparátu. Po aplikaci indukčního preparátu lékařem do zadní poševní klenby nebo cervikálního kanálu přikládá porodní asistentka na rodidla ženy vložku a opět natáčí záznam CTG. Po celou dobu sleduje těhotnou ženu dle ordinace lékaře a psychicky ji podporuje. Edukuje těhotnou o možnosti neúspěšnosti preindukce. Svým vlídným a optimistickým chováním se tak snaží předejít zklamání, úzkosti a plačtivosti těhotné při neúspěchu preindukce. Případné vedlejší účinky jako je nauzea, zvracení, průjem, hypertonus nebo hypotenze ihned hlásí lékaři a vše pečlivě zaznamenává do ošetrovatelské dokumentace (Sák, 2008).

Ošetrovatelský postup při indukci porodu – těhotná je seznámena s průběhem ošetrovatelského procesu při indukci porodu na porodním sále. Porodní asistentka natočí u těhotné CTG záznam. Při nepřítomnosti děložních kontrakcí a při zralém hrdle – Bishopovo cervix skóre je větší než 5 bodů, uloží porodní asistentka těhotnou na gynekologické vyšetřovací křeslo do gynekologické polohy. Následně po dezinfekci zevních rodidel lékařem jeho vaginálním vyšetření a rozhodnutí jaká metoda bude použita, podá porodní asistentka vybraný indukční preparát k aplikaci. Při indukci porodu dirupcí vaku blan, podá porodní asistentka lékaři jednu branži Amerických kleští. Po dirupci přikládá porodní asistentka na rodidla ženy suchou vložku. Před indukcí porodu pomocí infúze s Oxytocinem zavádí porodní asistentka u těhotné kanylu a postupuje podle platného standardu daného zdravotnického zařízení. Samotnou aplikaci Oxytocinu v infúzi provádí porodní asistentka pomocí infúzní pumpy v dávkování ml/hod nebo podle počtu kapek za minutu dle ordinace lékaře. Následně po všech metodách indukce sleduje porodní asistentka ozvy plodu a děložní činnost pomocí CTG záznamu. Monitorace fyziologických funkcí, množství odtékající plodové vody a vaginální nález je porodní asistentkou zaznamenán do dokumentace. Rodička je poučena o nutnosti časté výměny vložek, možnosti sprchy a volného pohybu po porodním boxu. Již od počátku indukce je vhodné umožnit ženě přítomnost doprovázející osoby u porodu. Pokud si žena přeje být co nejvíce sama, respektuje zdravotnický personál její rozhodnutí s ohledem na její zdravotní stav a stav plodu. Při vzniku vedlejších účinků, hrozící hypoxii nebo nepostupující porodu informuje porodní asistentka ihned lékaře a vše zaznamenává do dokumentace (Sák, 2008).

Porodní asistentka chápe ženu holisticky a přistupuje k ní jako k individuální bytosti. Těhotná je citlivá na nejasné informace a mnohdy si zásahy do těhotenství zpracuje pro sebe jako neobvyklé a nestandardní. Znamenají nejistotu a pochybnost, zda je s jejím těhotenstvím vše v pořádku. Pro porodní asistentku je velice důležité těmto stavům předcházet svojí taktností, empatickým přístupem a svými teoretickými i praktickými znalostmi. Uspokojování potřeb těhotné má vliv na další průběh porodu (Ratislavová, 2008).

1.8 Pravé přenášení – dysmaturita plodu

Insuficience placenty a průkaz degenerativních změn je příčinou dysmaturity plodu. Což popsal Clifford v r. 1954 (Hájek, 2004).

Novorozenci, kteří byli přenošeni, mají různé stupně změn na kůži. Ty bývají způsobeny chyběním mázku, jež je ochranným obalem povrchu těla plodu v době intrauterinního vývoje. Novorozenci mají dlouhé nehty. Tělo, pupečník a placenta jsou zbarvené smolkou (Dort, 2005).

Podle *Clifforda* se změny rozdělují do tří stadií:

Stadium I.: olupující se, suchá, svráštělá kůže mající vzhled pergamenu, podkožní tuk chybí, zbarvení kůže plodu a plodových obalů v tomto stadiu ještě není přítomno.

Stadium II.: mekoniem zbarvená plodová voda, pupečník, amniální blány a vše jako ve stadiu I.

Stadium III.: žlutě zbarvené nehty a kůže plodu, ta se olupuje, žlutozelený pupečník, blány a placenta a vše jako ve stadiu I. a II.

Při průkazu dysmaturity II. stupně je vždy přítomna chronická hypoxie. Až 30 % dosahuje perinatální úmrtnost. Novorozenec je ohrožen z důvodu aspirace častějšími plicními komplikacemi, respiratory distress syndrome (RDS)(Čech, 2006).

Mezi rizika dysmaturity patří opožděný nebo žádný růst plodu po 41. týdnu těhotenství. Progresivní degenerativní změny v placentě prokázané díky UZ, zvyšující se zkalení plodové vody, hypoxie plodu a zmenšování amniálního indexu.

Při silně zkalené vodě plodové se na specializovaných pracovištích provádí ve vyjímečných případech amnioinfúze fyziologickým roztokem (Čech, 2006).

1.9 Vedení porodu u prodloužené gravidity

Povinností každého porodnického pracoviště je vytvořit pro rodičku prostředí, které v ní vyvolá maximální pocit bezpečí a důvěry v ošetřující lékaře a porodní asistentky. Jejich snahou je pomoci překonat ženě všechny negativní stránky porodního děje tak, aby si vytvořila na své dítě pozitivní silné emoční vazby. Vhodná je možnost přítomnosti otce u porodu.

Vlastní porodní péče je poskytována podle zdravotního stavu rodičky a plodu. Snahou je vést porody vaginální cestou. Je vhodné provést předoperační vyšetření pro možnost operačního ukončení gravidity, pokud její žena nemá již provedené ambulantně. Vstupní CTG záznam je nutno vždy provést na začátku porodu. Na základě vstupního vyšetření je rozhodnuto o kontinuálním nebo intermitentním monitorování plodu během porodu. Dříve se prováděla ještě amnioskopie, od té se v dnešní době ustupuje. Pokud má žena již oteklou vodu plodovou je možno při zvýšeném riziku připojit sledování FpO₂ nebo STAN. Nejčastější příčinou abnormálního CTG během porodu jsou pupečnickové komplikace. Plodová voda zkalená nebo kašovitá zvyšuje riziko hypoxie plodu intra partum. Její výskyt je asi u 6 % žen s potermínovou graviditou. Laboratorně je velmi často přítomna chorioamnitida. Zde je důležitá léčba antibiotiky. Ultrazvukem je sice běžně posuzována hmotnost plodu i přes to jsou přítomny někdy chybné výsledky. U potermínové gravidity se častěji vyskytuje fetální makrosomie a tím i větší riziko dystokie ramének. Na to je třeba brát zřetel při vedení porodu. Jestliže však k tomuto stavu dojde, je za klíčovou považována spolupráce lékaře s porodní asistentkou, která za kontrakce plošně tlačí dlaní nad sponou a druhou dlaní v ose na konec pánevní. Porodní asistentka tak pomáhá vstupu ramének (Doležal, 1998).

U žen s diabetem 1. a 2. typu a těhotných s GDM se nedoporučuje vést porod po termínu porodu. Snahou je ukončit těhotenství do 40. týdne. Důvodem je vyšší možnost ohrožení plodu syndromem náhlého intrauterinního úmrtí (Hájek, 2004).

Jestliže je ultrazvukem odhadována porodní hmotnost plodu u nediabetické těhotné nad 4500 g, u diabetičky nad 4000 g a 4000 g u rodičky, u níž se v předchozí graviditě vyskytla dystokie ramének, je v některých případech indikováno ukončení těhotenství zpravidla císařským řezem.

V případě urgentního stavu a nutnosti ukončit těhotenství jinak, než spontánním porodem plodu, rozhoduje lékař o způsobu vedení porodu na základě vaginálního vyšetření. Hodnotí vztah naléhající části plodu k pánevním rovinám. Porod je možno ukončit císařským řezem, kleštěmi nebo vakuumextrakcí, s ohledem k ohrožení života matky nebo plodu. Jejich stav je po celou dobu porodu sledován. Neonatolog je přítomen porodu v dostatečném časovém předstihu (Roztočil, 2011).

1.9.1 Péče porodní asistentky při vedení porodu prodloužené gravidity

Péče o rodičku v průběhu porodu zahrnuje časové období od jejího přijetí na porodní sál až do převozu na oddělení šestinedělí. Je známkou profesionální a profesní zdatnosti porodních asistentek pracujících na porodním sále. Často dokáží vyhovět někdy i neobvyklým přáním a požadavkům rodiček, nicméně je třeba dodržovat vývojem potvrzené porodnické zásady a pravidla. Nedostatky v porodní péči mohou být příčinou nejen nespokojenosti rodičky, ale mohou ohrozit i její zdraví nebo zdraví jejího dítěte. Všeobecně se očekává, že porodní asistentka zvládne obsluhu moderní techniky, bude správně provádět řadu administrativních činností, v žádoucím směru bude ovlivňovat prožívání a chování rodičky a unese i fyzické nároky své práce. Rovněž se dokáže vypořádat s pracovními problémy (Jobánková a kol., 1996).

Péče porodní asistentky při vedení porodu prodloužené gravidity se ve své podstatě příliš neliší od vedení porodu v termínu. Při příjmu těhotné na porodní sál s ženou porodní asistentka sepíše porodopis založený na správném odebrání anamnézy.

Zvláště se při tom zaměří na správný výpočet termínu porodu, který je stěžejní pro další postup v případě potermínové gravidity. Neméně důležité jsou případné alergie, GBS pozitivitu, UZ vyšetření, předchozí těhotenství a způsob jejich ukončení. Dále pak napojí ženu na CTG záznam prokazující akci srdeční a děložní činnosti. Označí ženu ID štítkem. Záleží na tom, zda žena přichází k preventivní hospitalizaci nebo již s porodem. O příjmu těhotné a jejím stavu co nejdříve informuje lékaře. Asistuje mu při zevním i vaginálním vyšetření a postupuje vždy dle jeho ordinací. U žen přijímaných k preindukci nebo indukci porodu postupuje dle platných standardů porodnického oddělení. Jestliže žena přijde s porodem v běhu, zajistí porodní asistentka žilní vstup, do kterého popřípadě dle ordinace lékaře aplikuje profylakticky ATB, infúzní terapii, oxytocin nebo jiné léky. Dle potřeby odebere krev k laboratornímu vyšetření, na KS a screening protilátek nebo zajistí objednání krevních derivátů. Dbá na správné vyplnění žádanky a rychlý transport biologického materiálu do laboratoře. Porodní asistentka sleduje fyziologické funkce, TK, P, TT v intervalu dvou hodin a natáčí CTG záznam každé tři hodiny pokud lékař neordinuje jinak. Každých 15 minut sleduje OP v I. době porodní, ve II. době porodní po každé kontrakci děložní. Vše pečlivě zaznamenává do dokumentace s časem provedení, stvrzuje to svým podpisem a razítkem se jménem. Při zjištění jakékoliv patologie informuje co nejrychleji lékaře a podniká nezbytné kroky vedoucí ke stabilizaci stavu těhotné a plodu dle svých kompetencí. U těhotných s fyziologickým průběhem porodu odvádí porod samostatně s dohledem lékaře. Ženu po porodu řádně označí na PDK a ID štítek číslem podle porodní knihy, dle zvyklostí porodnického oddělení. Porodní asistentka udržuje s rodičkou stálý slovní kontakt. V případě rizikového či patologického průběhu porodu asistuje lékaři. Při indikaci náhlého ukončení porodu operativně – císařským řezem (Sectio Caesarea), kleštěmi (Per forcipem), vakuumextrakcí (VEX) připravuje ženu na operační porod a asistuje při něm. Spolu s lékařem informuje ženu o dalším postupu. Asistuje lékaři při podepisování informovaných souhlasů s daným operačním výkonem. Správnou edukací a empatickým přístupem je ženě oporou. Přítomný doprovod u porodu informuje o režimu návštěv. Po operačním ukončení porodu zajistí kontakt s porodníkem i neonatologem (Leifer, 2004).

Poporodní péče představuje zvláštní úkol a týká se minimálně dvou lidí s velmi rozdílnými potřebami – matky a jejího dítěte. Úkolem porodní asistentky je co nejlépe tyto potřeby uspokojovat. Během bezprostředního zotavení ženy po porodu měří porodní asistentka fyziologické funkce, sleduje míru krvácení, výši děložního fundu, retrakci dělohy a její celkový stav. Maminka je na porodním sále po porodu přítomna po dobu dvou hodin. Následně je převezena na oddělení šestinedělí. Po císařském řezu se převáží z operačního sálu na jednotku intenzivní péče nebo šestinedělí ihned po stabilizaci stavu ženy. (Slezáková, 2011).

1.9.2 Ošetrovatelské diagnózy – příloha č. 2

Při péči o ženu s potermínovou graviditou se porodní asistentka může setkat s řadou ošetrovatelských diagnóz, které s touto problematikou buď přímo nebo nepřímo souvisí. Tyto ošetrovatelské diagnózy vycházejí z taxonomie NANDA a jsou zahrnuty v mezinárodní klasifikaci ošetrovatelských diagnóz. Pomocí ošetrovatelských diagnóz jsou u těhotných žen analyzovány biologické, psychické, společenské a spirituální lidské potřeby v různých zdravotních situacích. Ošetrovatelský přístup k potřebám těhotných vychází z hierarchické teorie potřeb psychologa Maslowa. Porodními asistentkami jsou ošetrovatelské diagnózy zaznamenány a rozpracovány v ošetrovatelské dokumentaci příslušného zdravotnického zařízení. Snahou je co nejlepší uspokojování potřeb těhotných žen. Ošetrovatelské diagnózy jsou podkladem pro vytvoření individuálních ošetrovatelských plánů u konkrétních těhotných žen s potermínovou graviditou. Plán ošetrovatelské péče je součástí ošetrovatelského procesu. Je soustředěný na individuální péči o těhotnou. Příloha č. 3. (Marečková, 2006).

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Cíl 1.: Zjistit, zda těhotné ženy znají rizika spojená s potermínovou graviditou

Cíl 2.: Zjistit, zda těhotné s potermínovou graviditou znají důvody a postup při indukci porodu

Cíl 3.: Zjistit, zda se ve sledovaném souboru potermínová gravidita vyskytuje častěji u prvorodiček nebo vícero diček

2.2 Hypotézy práce

Hypotéza 1.: Těhotné ženy znají rizika spojená s potermínovou graviditou

Hypotéza 2.: Těhotné s potermínovou graviditou znají důvody a postup při indukci porodu

Hypotéza 3.: Potermínová gravidita se ve sledovaném souboru častěji vyskytuje u prvorodiček, než u vícero diček

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Pro zpracování daného tématu v bakalářské práci je použit kvantitativní výzkum s technikou sběru dat – dotazník. Dotazník je anonymní a obsahově se věnuje celé problematice potermínové gravidity. Pro získání potřebných informací je pokládána tato metoda za nejvhodnější. Slouží k oslovení velkého počtu respondentek. K výhodám dotazníku patří získání velkého počtu dat, finanční a časová nenáročnost. Anonymita dotazníku podněcuje respondentky k větší ochotě dotazník vyplnit a odpovídat otevřeně a pravdivě. Jedná se o soustavu předem připravených a formulovaných 25 otázek, na které se písemně odpovídá. Otázky v dotazníku jsou uzavřené, otevřené, polootevřené, filtrační, výběrové a výčtové.

Před distribucí dotazníků byla provedena pilotní studie, kdy bylo rozdáno 5 dotazníků a následně zjištěno, zda jsou otázky položeny správně a srozumitelně. Na základě výsledků ze studie byly některé otázky upraveny pro jejich lepší pochopení. Dotazníky byly respondentkám předány osobně. Výhodou byla možnost rozdat větší počet dotazníků na oddělení pro riziková těhotenství a tím sběr dat urychlit. Neúplná návratnost byla způsobena krátkým pobytem žen v porodnici. Některé nestihly dotazník vyplnit nebo zapomněly odevzdat. Odpovědi respondentek jsou v bakalářské práci zpracovány do grafů a tabulek. Dotazník – příloha č. 4.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum proběhl v prvním pololetí roku 2013 na porodním sále a oddělení pro riziková těhotenství GPK FN Plzeň. Výzkumný soubor tvořily ženy s potermínovou graviditou hospitalizované na GPK FN Plzeň. Výsledky výzkumného šetření jsou

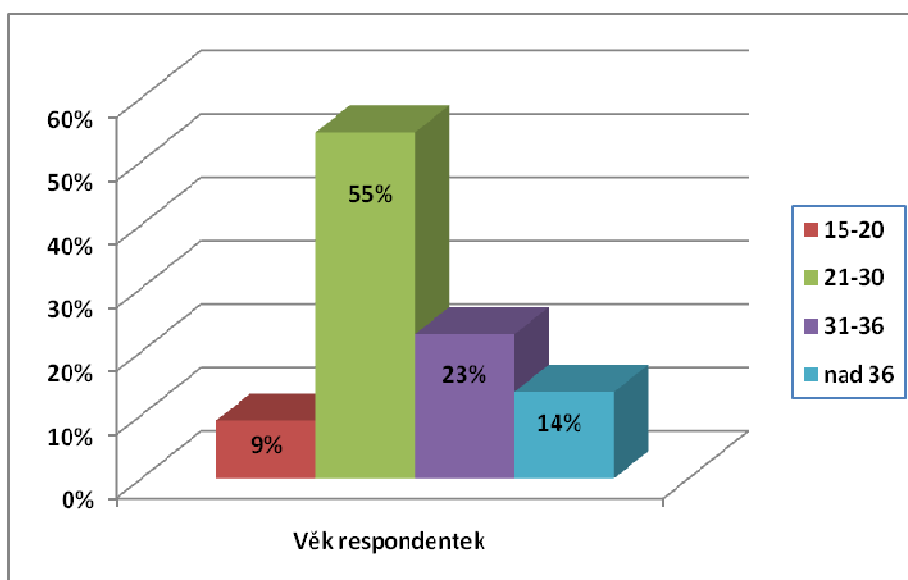
prezentovány v grafech a tabulkách. Celkový počet rozdaných dotazníků byl 125, z toho 15 dotazníků nebylo vráceno zpět. Celkový počet respondentek tak činil 110 (100%).

4 VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

4.1 Interpretace dotazníkového šetření u těhotných žen

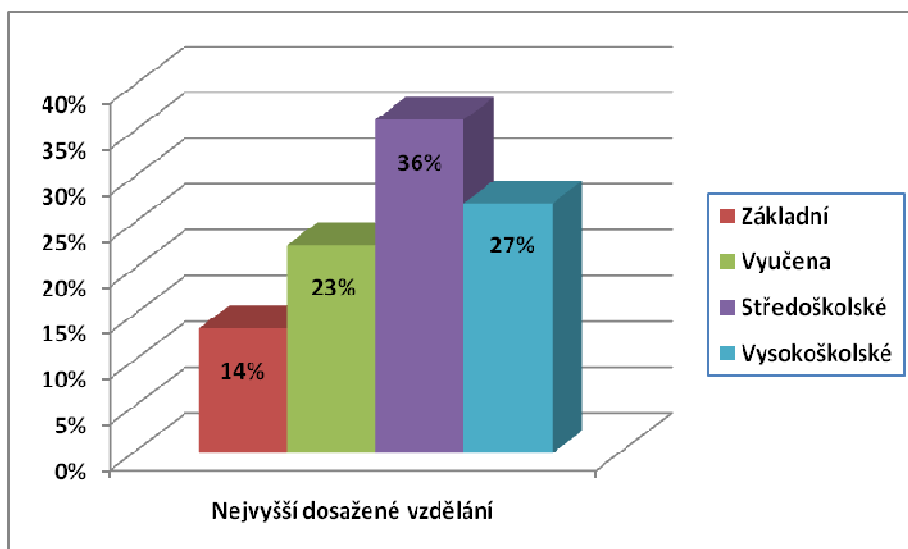
Každá otázka dotazníku je znázorněna pomocí grafu se stejným číslem. Otázky č. 6, 14 a 24 jsou doplněny o tabulky.

Graf č. 1 Věk respondentek



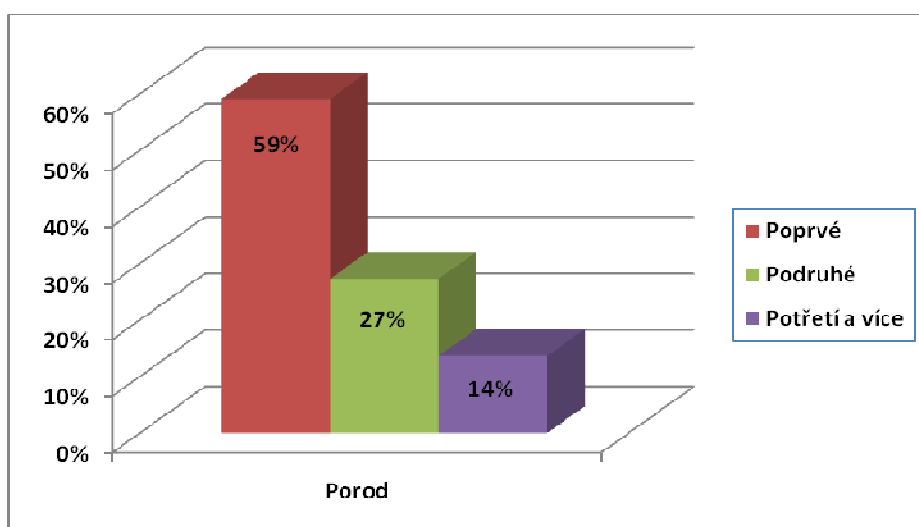
V grafu č. 1 je znázorněno, že z celkového počtu 110 (100 %) respondentek, je 10 (9 %) žen ve věku 15 – 20 let, 60 (55 %) žen ve věku 21 – 30 let, 25 (23 %) žen ve věku 31 – 36 let a 15 (14 %) žen ve věku nad 36 let.

Graf č. 2 Nejvyšší dosažené vzdělání respondentek



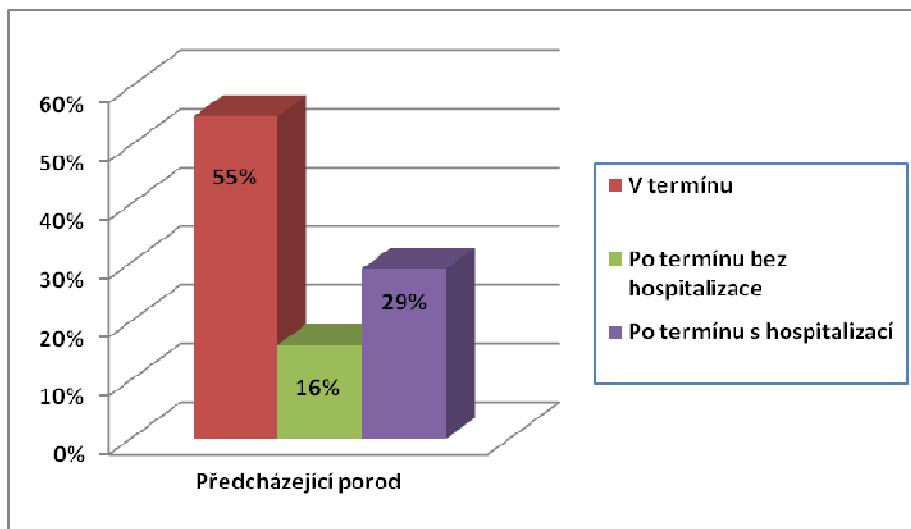
Graf č. 2 znázorňuje nejvyšší dosažené vzdělání respondentek. Z celkového počtu 110 (100 %) respondentek, mělo základní vzdělání 15 (14 %) respondentek, 25 (23 %) respondentek se vyučilo, 40 (36 %) respondentek dosáhlo středoškolského vzdělání a 30 (27 %) respondentek mělo vysokoškolské vzdělání.

Graf č. 3 Respondentka rodila



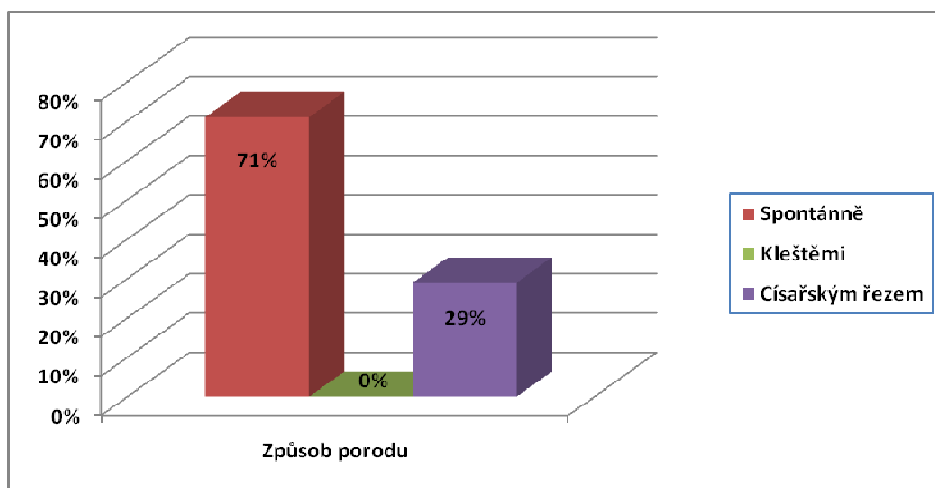
Z celkového počtu 110 (100 %) respondentek bylo 65 (59 %) žen, které ještě nerodily, 30 (27 %) žen rodilo podruhé a 15 (14 %) žen rodících potřetí.

Graf č. 4 Délka předešlého těhotenství



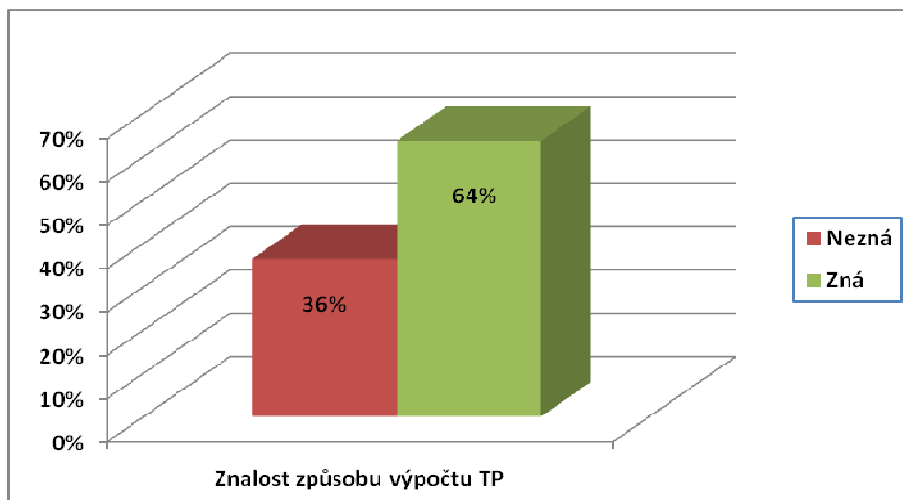
Graf č. 4 znázorňuje z celkového počtu 45 (100 %) žen již rodících, 25 (55 %) žen rodících v termínu porodu, 7 (16 %) žen rodících po termínu porodu bez hospitalizace a 13 (29 %) žen rodících po termínu porodu s hospitalizací.

Graf č. 5 Způsob předešlého porodu



V grafu č. 5 vidíme, že z celkového počtu 45 (100 %) žen již rodících, rodilo spontánně po termínu porodu 32 (71 %) žen, 0 (0 %) nerodilo kleštěmi a 13 (29 %) rodilo v předchozím těhotenství císařským řezem.

Graf č. 6 Znalost výpočtu termínu porodu



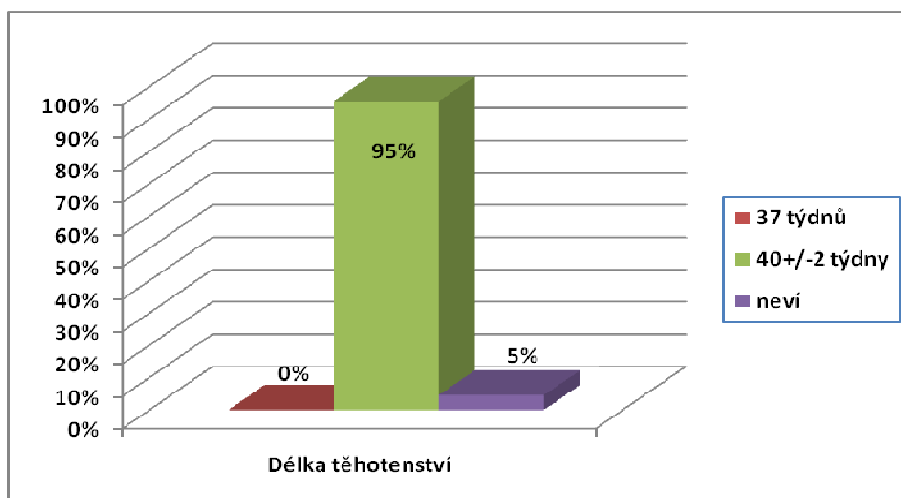
Graf č. 6 znázorňuje znalost respondentek týkající se výpočtu jejich termínu porodu. Z celkového počtu 110 (100 %) žen uvedlo překvapivě 40 (36 %) žen, že nezná způsob jejich výpočtu termínu porodu. 70 (64 %) žen znalo způsob svého termínu porodu.

Tabulka č. 1 Způsob výpočtu termínu porodu

Způsob výpočtu termínu porodu	Počet	Procenta
Podle poslední menstruace	62	89%
Podle UZ vyšetření	58	83%
Podle pohybů	26	37%
Podle IVF	10	14%

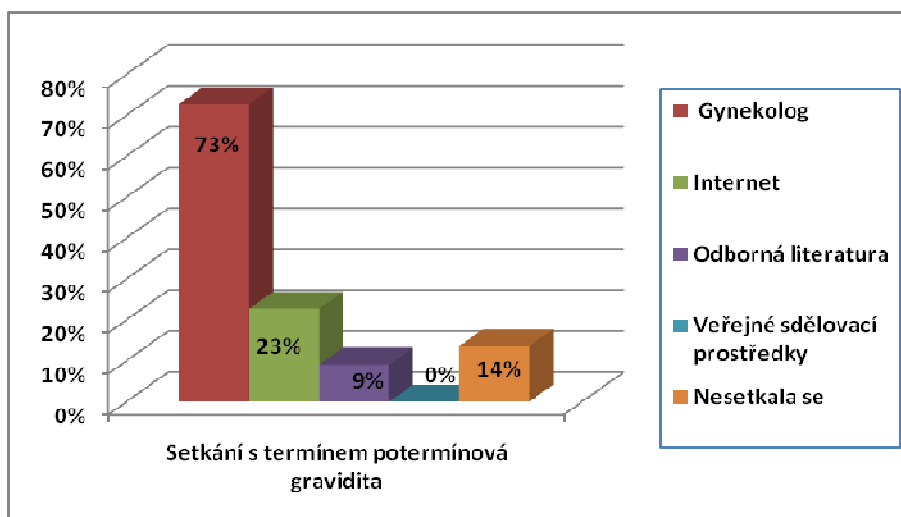
Tabulka č. 1 blíže specifikuje odpovědi respondentek, týkající se způsobu výpočtu jejich termínu porodu. Z celkového počtu 70 (100 %) žen odpověděly některé i více odpověďmi. 62 (89 %) žen uvedlo jako způsob výpočtu TP podle poslední menstruace, 58 (83 %) žen uvedlo jako možnost výpočtu TP pomocí UZ vyšetření, 26 (37 %) žen uvedlo jako způsob výpočtu TP pomocí pohybů plodu, 10 (14 %) žen poznamenalo jako výpočet TP pomocí IVF.

Graf č. 7 Trvání fyziologické délky těhotenství



Graf č. 7 Znárodnuje odpovědi respondentek týkající se fyziologické délky těhotenství. Z celkového počtu 110 (100 %) respondentek žádná neuvadla, že fyziologická délka těhotenství trvá 37 týdnů. 105 (95 %) respondentek uvedlo, že fyziologická délka těhotenství trvá 40+/-2 týdny, 5 (5 %) neznalo odpověď na otázku.

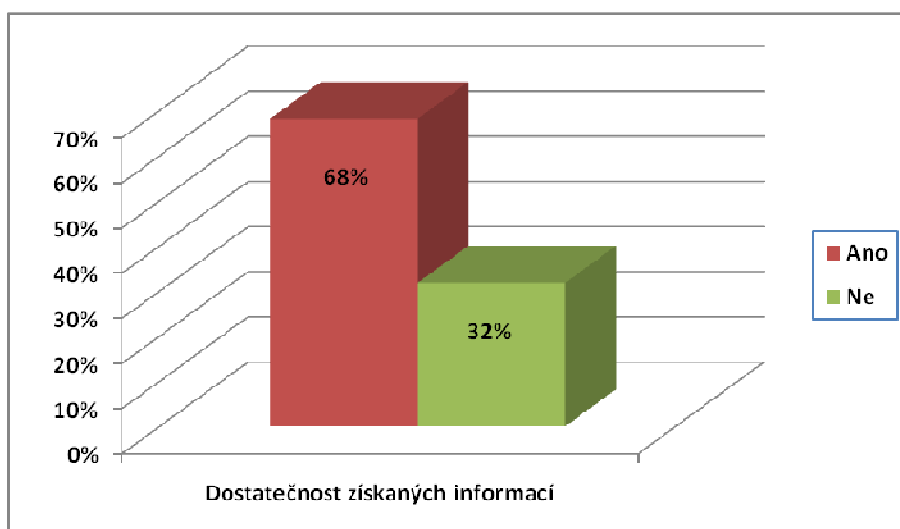
Graf č. 8 Setkání respondentky s termínem potermínová gravidita



Na grafu č. 8 můžeme vidět, do jaké míry se respondentky setkaly s termínem potermínová gravidita. Ženy měly možnost odpovědět více odpověďmi. Z celkového počtu 110 (100 %) respondentek, 80 (73 %) respondentek získalo informaci od svého

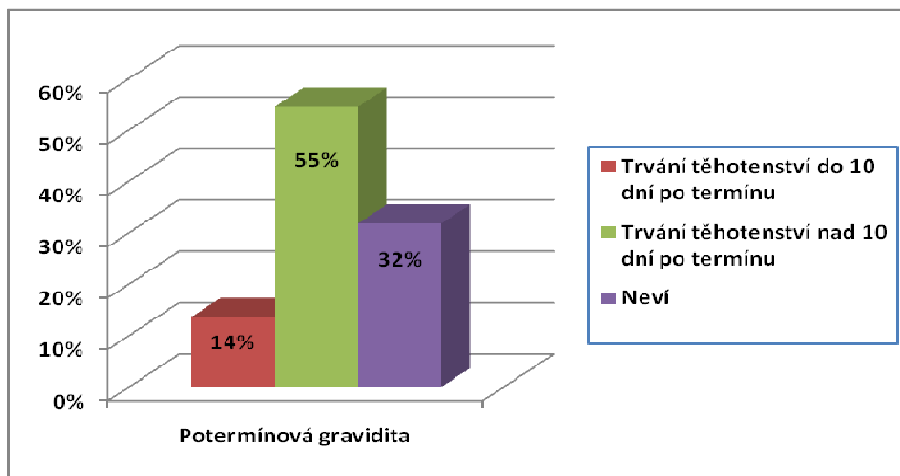
gynekologa, 25 (23 %) respondentek uvedlo jako zdroj informací internet, 10 (9 %) respondentek se o tomto termínu dočetlo v odborné literatuře, veřejné sdělovací prostředky neuvedla žádná z žen, 15 (14 %) respondentek se s tímto termínem nikdy nesešlo.

Graf č. 9 Získaným informacím rozuměla dostatečně



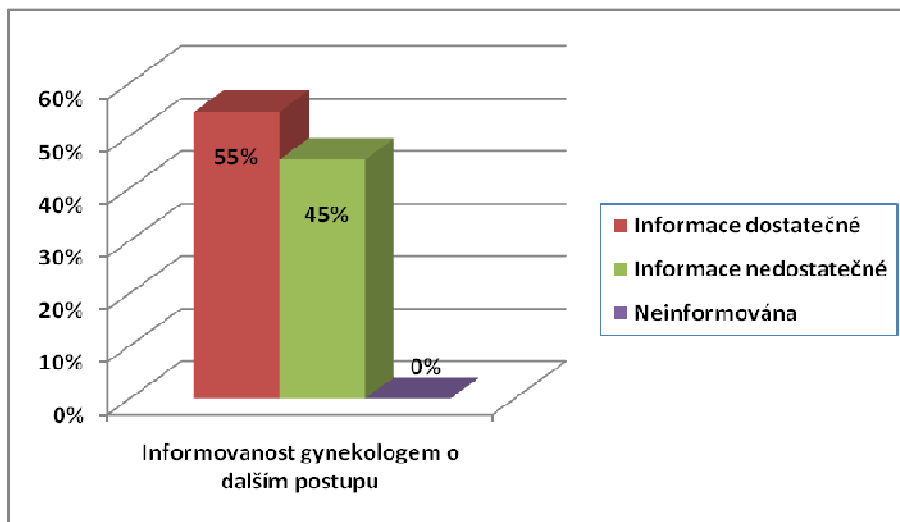
V grafu č. 9 je znázorněno, do jaké míry respondentka získaným informacím rozuměla. Z celkového počtu 110 (100 %) respondentek, 75 (68 %) respondentek rozumělo dostatečně, 35 (32 %) respondentek dostatečně nerozumělo získaným informacím.

Graf č. 10 Potermínová gravidita



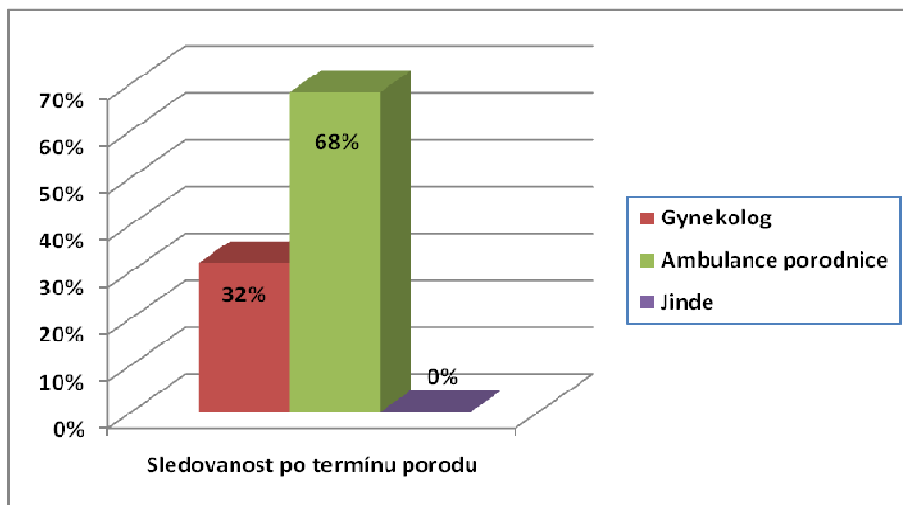
Graf č. 10 znázorňuje odpovědi respondentek, týkající se trvání těhotenství u potermínové gravidity. Z celkového počtu 110 (100 %) žen, 15 (14 %) žen uvedlo jako potermínovou graviditu trvání těhotenství do 10 dní po termínu porodu, 60 (55 %) žen uvedlo trvání těhotenství nad 10 dní po termínu, 35 (32 %) žen neznalo odpověď.

Graf č. 11 Informovanost gynekologem o dalším postupu



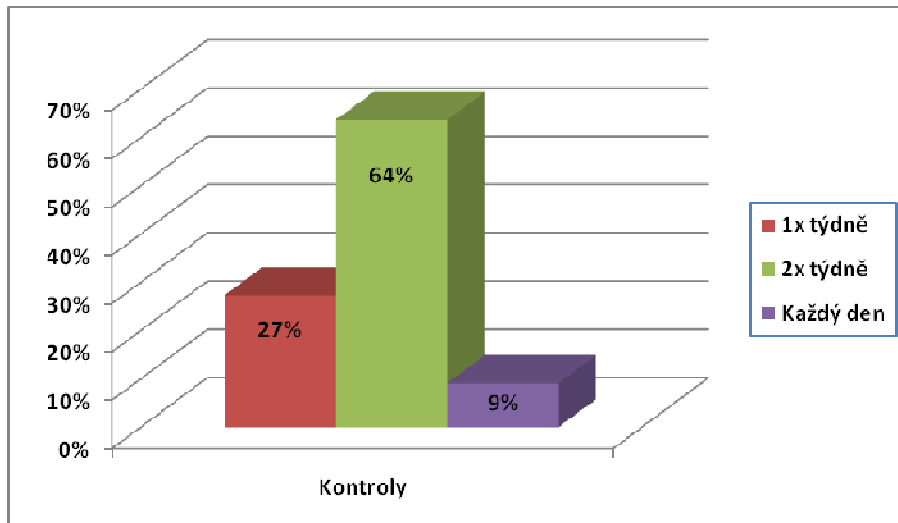
V grafu č. 11 udává 60 (55 %) respondentek z celkového počtu 110 (100 %) respondentek, že bylo dostatečně informováno svým gynekologem o dalším postupu, 50 (45 %) respondentek nebylo dostatečně informovaných a neinformována nebyla žádná respondentka.

Graf č. 12 Sledovanost respondentky po termínu porodu



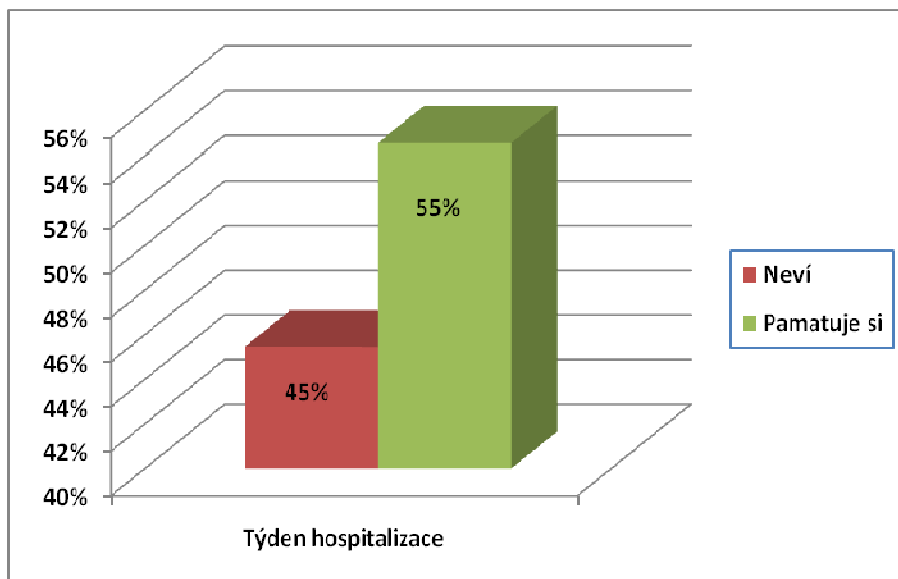
V grafu č. 12 bylo 35 (32 %) žen z celkového počtu 110 (100 %) žen sledováno po termínu porodu u svého gynekologa, 75 (68 %) žen sledováno po termínu v ambulanci porodnice, jinde nebyla sledována žádná z žen.

Graf č. 13 Kontroly respondentek



Podle grafu č. 13 z celkového počtu 110 (100 %) žen, bylo 30 (27 %) žen kontrolováno po termínu 1x týdně, 70 (64 %) žen 2x týdně a 10 (9 %) žen sledováno po termínu porodu každý den.

Graf č. 14 Týden hospitalizace



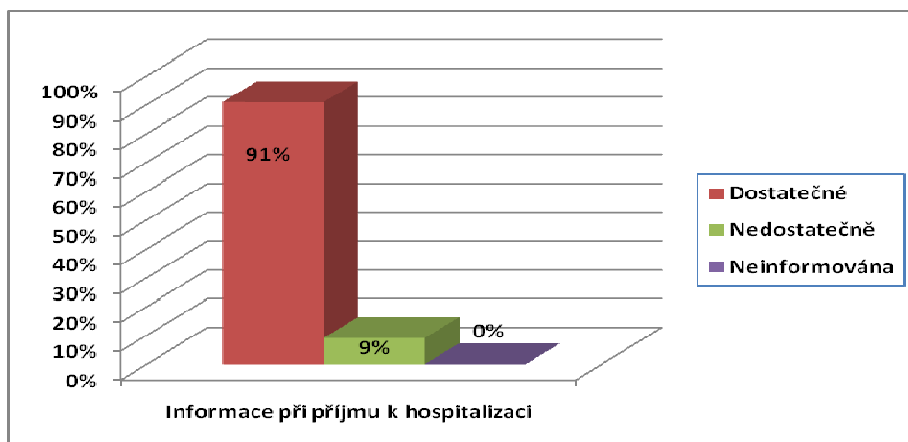
Podle grafu č. 14 z celkového počtu 110 (100 %) respondentek, 50 (45 %) respondentek nevědělo, v jakém týdnu bylo hospitalizováno, naopak 60 (55 %) respondentek si pamatovalo přesně v jakém týdnu byly přijaty k hospitalizaci.

Tabulka č. 2 Týden hospitalizace u potermínové gravidity

Týden hospitalizace u potermínové gravidity	Počet	Procenta
Po 40. týdnu gravidity	42	70%
Po 41. týdnu gravidity	18	30%
Celkem respondentek	60	100%

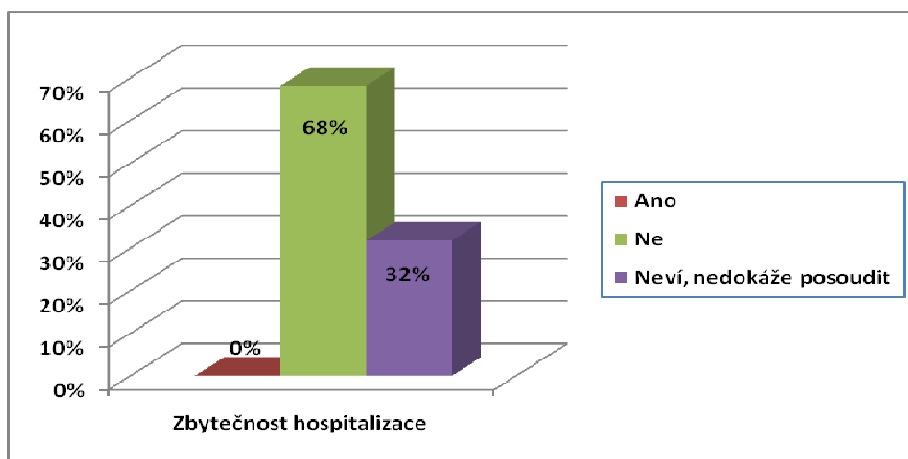
V tabulce č. 2 je blíže rozvedeno, v jakém týdnu těhotenství byly respondentky hospitalizovány. Z celkového počtu 60 (100 %) respondentek, které si pamatovaly týden svého příjmu k hospitalizaci, bylo 42 (70 %) žen hospitalizováno po 40. týdnu těhotenství, 18 (30 %) žen bylo hospitalizováno po 41. týdnu těhotenství.

Graf č. 15 Dostatečná informovanost o dalším postupu lékařem, při příjmu k hospitalizaci



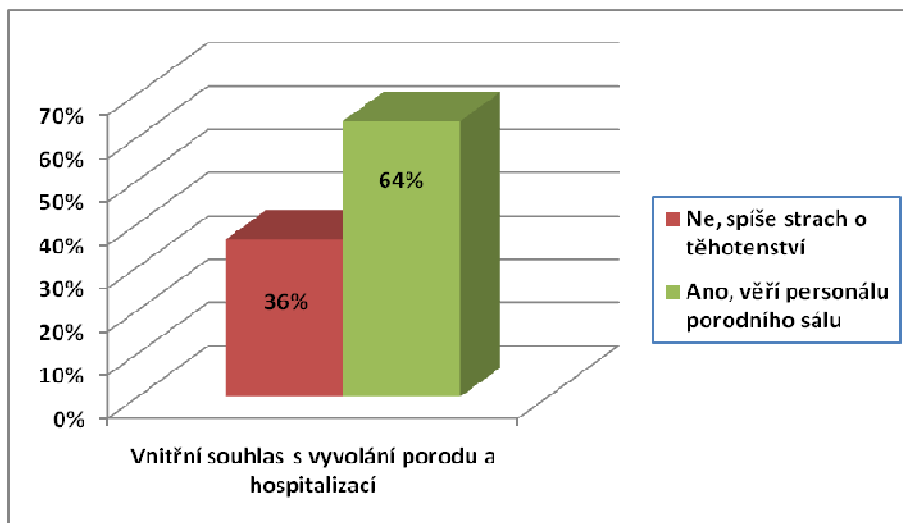
Graf č. 15 znázorňuje, do jaké míry byly respondentky dostatečně informované o dalším postupu lékařem při příjmu k hospitalizaci. Z celkového počtu 110 (100 %) respondentek bylo lékařem dostatečně informováno 100 (91 %) respondentek, 10 (9 %) respondentek nebylo dostatečně informováno a k neinformovanosti nedošlo u žádné z respondentek.

Graf č. 16 Zbytečnost hospitalizace



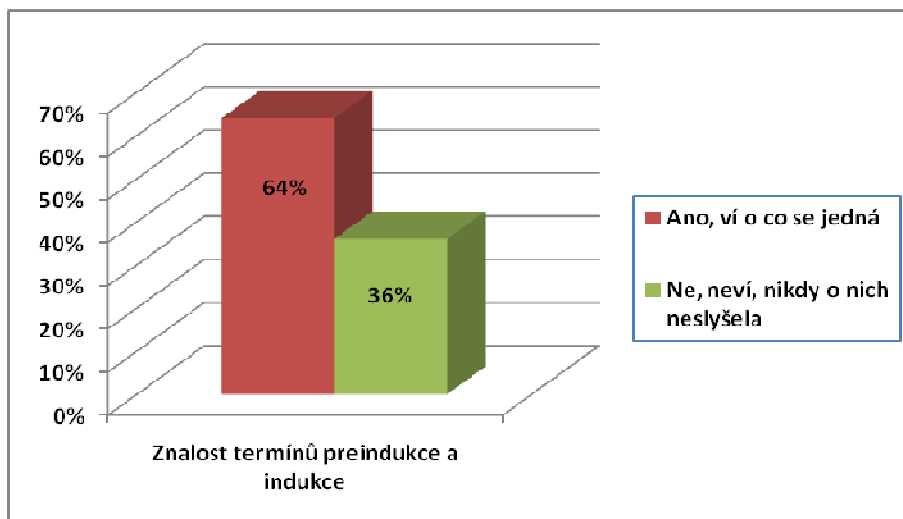
V grafu č. 16 je možno vidět, že z celkového počtu 110 (100 %) respondentek žádná z nich svoji hospitalizaci za zbytečnou nepovažuje, 75 (68 %) respondentek uvádí, že jejich hospitalizace zbytečná není a 35 (32 %) respondentek neví nebo nedokáže posoudit, zda je jejich hospitalizace zbytečná.

Graf č. 17 Vnitřní souhlas s vyvoláním porodu a hospitalizací



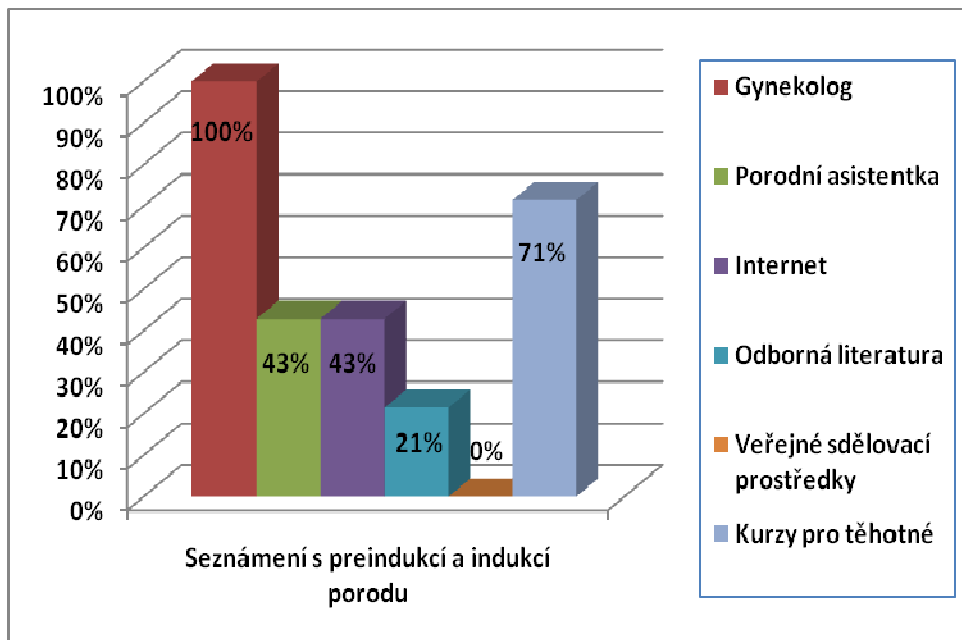
Graf č. 17 znázorňuje, že z celkového počtu 110 (100 %) respondentek, 40 (36 %) žen vnitřně nesouhlasilo s vyvoláním porodu a hospitalizací a mělo spíše strach o těhotenství. 70 (64 %) žen souhlasilo s vyvoláním porodu a hospitalizací a věřilo personálu porodního sálu.

Graf č. 18 Znalost termínů preindukce a indukce porodu



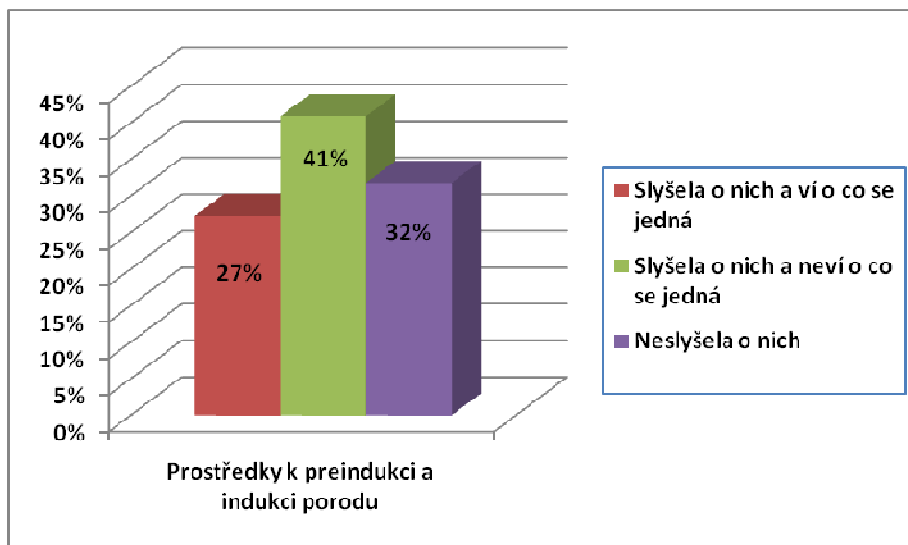
V grafu č. 18 je znázorněno, že z celkového počtu 110 (100 %) žen, 70 (64 %) žen vědělo, co znamenají termíny preindukce a indukce porodu a 40 (36 %) žen o těchto termínech nevědělo nebo o nich nikdy neslyšelo.

Graf č. 19 Seznámení s preindukcí a indukcí porodu



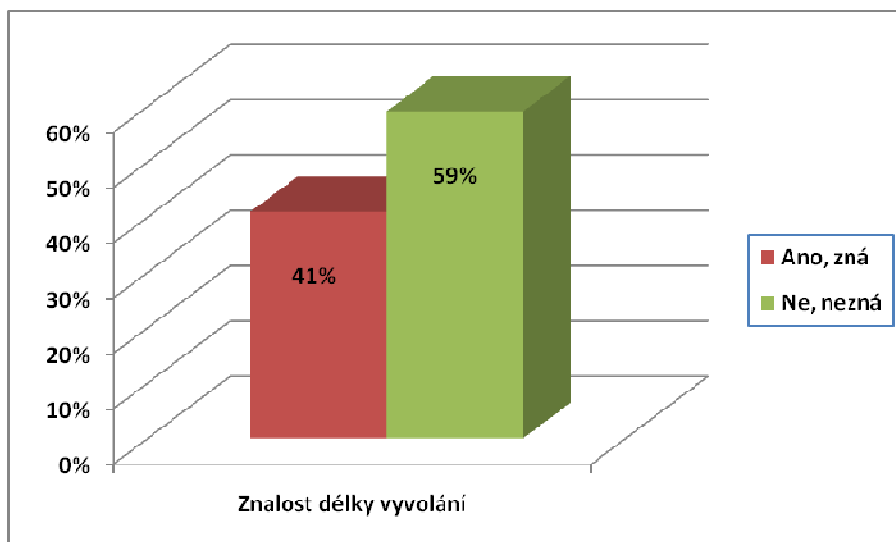
Na grafu č. 19 je možno vidět, kde se mohly respondentky seznámit s preindukcí a indukcí porodu. Měly možnost odpovědět více odpověďmi. Pak z celkového počtu 70 (100 %) respondentek informovaných o termínu indukce a preindukce porodu, odpovědělo 70 (100 %) žen, že dostalo informaci o preindukci a indukci porodu od svého gynekologa, 30 (43 %) žen uvedlo, že zdroj informací dostalo od porodní asistentky, 30 (43 %) žen se seznámilo s termíny preindukce a indukce porodu na internetu, 15 (21 %) žen se dočetlo o těchto termínech v odborné literatuře, veřejné sdělovací prostředky uvedlo jako zdroj informací 0 (0 %) žen a na kurzech pro těhotné se s termíny preindukce a indukce porodu seznámilo 50 (71 %) žen.

Graf č. 20 Prostředky k preindukci a indukci porodu



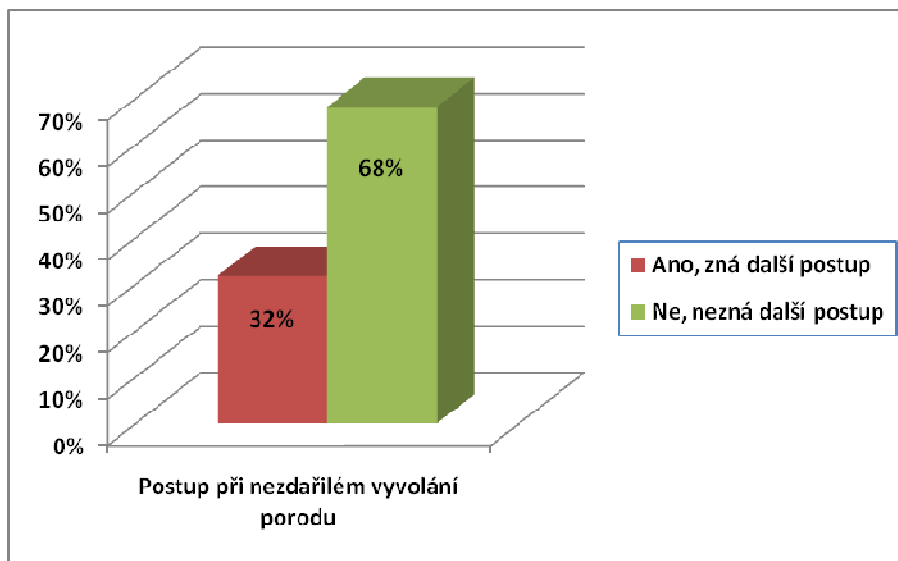
V grafu č. 20 je znázorněno, že z celkového počtu 110 (100 %) žen, 30 (27 %) respondentek slyšelo o prostředcích k preindukci a indukci porodu a také vědělo, o co se jedná, 45 (41 %) respondentek o těchto prostředcích slyšelo, ale nevědělo, o co se jedná, 35 (32 %) respondentek o prostředcích k preindukci a indukci porodu neslyšelo.

Graf č. 21 Znalost délky vyvolání porodu po termínu



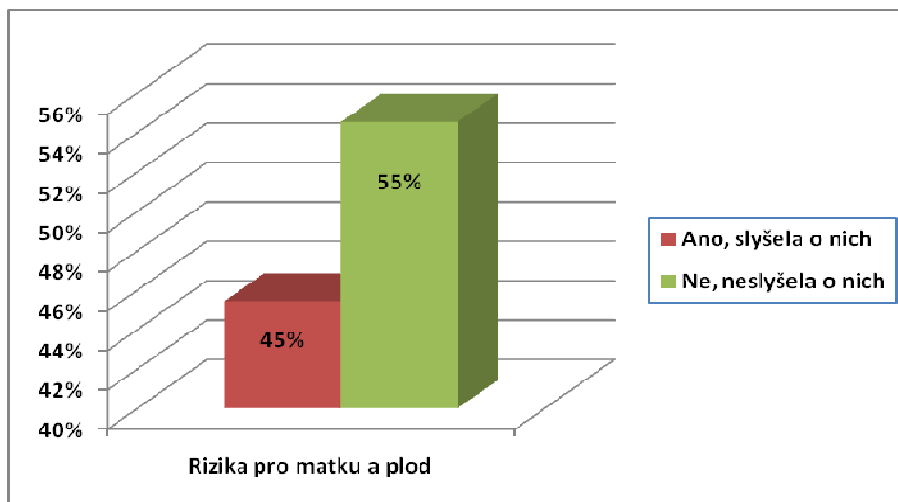
Graf č. 21 znázorňuje, že z celkového počtu 110 (100 %) žen, 45 (41 %) žen zná délku vyvolání porodu po termínu a 65 (59 %) žen nezná délku vyvolání porodu po termínu.

Graf č. 22 Postup při nezdařilém vyvolání porodu



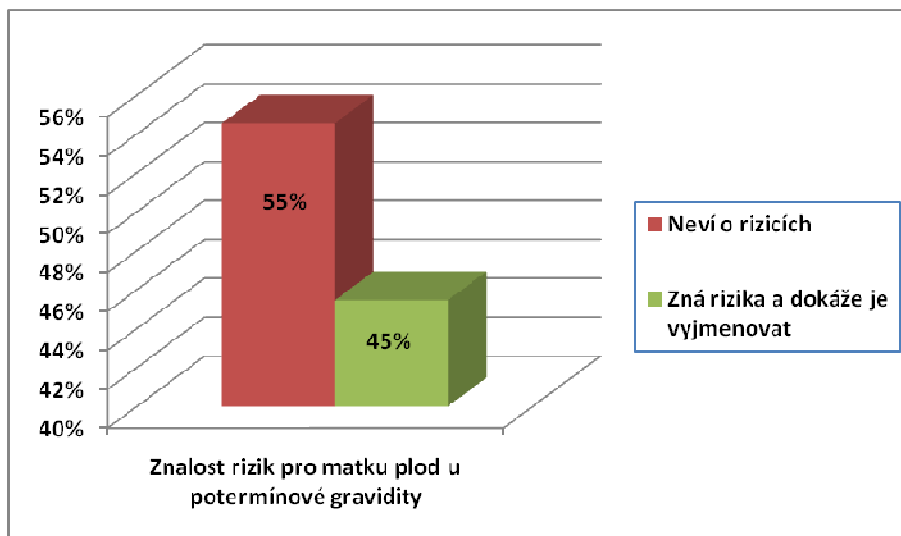
Na grafu č. 22 je možno vidět, že z celkového počtu 110 (100 %) žen, 35 (32 %) respondentek zná další postup při nezdařilém vyvolání porodu a 75 (68 %) respondentek nezná další postup při nezdařilém vyvolání porodu.

Graf č. 23 Znalost rizik pro matku a plod spojených s potermínovou graviditou



Graf č. 23 znázorňuje, že z celkového počtu 110 (100 %) žen, 50 (45 %) žen zná a slyšelo o rizicích pro matku a plod spojených s potermínovou graviditou a 60 (55 %) žen tato rizika nezná a nikdy o nich také neslyšelo.

Graf č. 24 Rizika pro matku a plod u potermínové gravidity



Na grafu č. 24 je možno vidět do jaké míry respondentky věděly o rizicích pro matku a plod u potermínové gravidity. Z celkového počtu 110 (100 %) respondentek, 60 (55 %) respondentek nevědělo, jaká jsou rizika pro matku a plod u potermínové gravidity, 50 (45 %) respondentek tato rizika znalo a dokázalo je vyjmenovat.

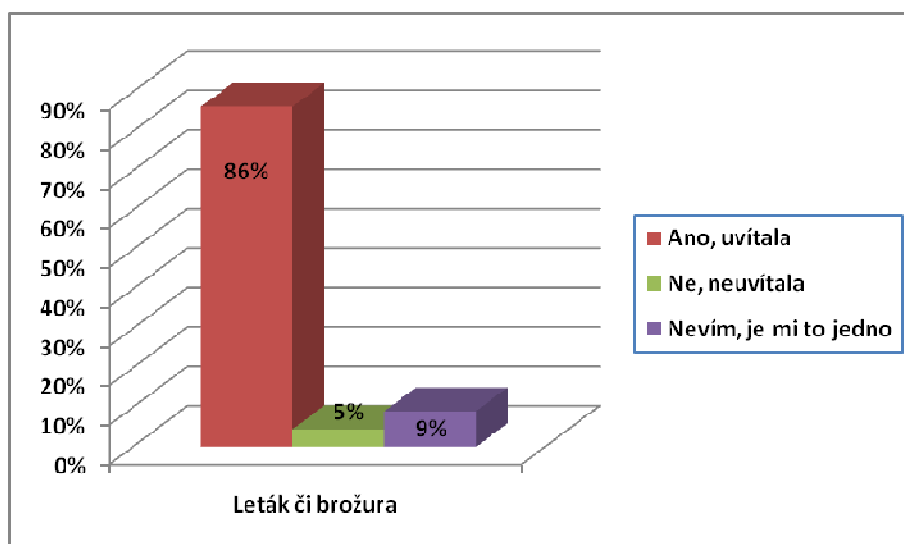
Tabulka č. 3 Rizika pro matku a plod u potermínové gravidity

Rizika pro matku a plod u potermínové gravidity	Počet	Procenta
Velký plod	6	12%
Velké porodní poranění	4	8%
Zkalená voda plodová	17	34%
Neprospívání plodu	7	14%
Horší funkce placenty	4	8%
Špatné ozvy	12	24%
Celkem respondentek	50	100%

Tabulka č. 3 podrobně znázorňuje, jaká rizika uvedly respondentky. Z celkového počtu 50 (100 %) respondentek znajících rizika potermínové gravidity, uvedlo 6 (12 %) žen jako riziko velký plod, 4 (8 %) žen poznamenalo velké porodní poranění, 17 (34%)

žen uvedlo zkalenou plodovou vodu, 7 (14 %) žen uvedlo neprospívání plodu, 4 (8 %) ženy napsaly horší funkci placenty, 12 (24 %) žen vyzdvihlo špatné ozvy plodu.

Graf č. 25 Uvítání letáku či brožury, shrnující postup a vedení porodu při potermínové graviditě



Graf č. 25 znázorňuje, že z celkového počtu 110 (100 %) respondentek, by 95 (86 %) z nich uvítalo leták či brožuru, shrnující postup a vedení porodu při potermínové graviditě, 5 (5 %) respondentek by toto neuvítalo a 10 (9 %) respondentek nevědělo a bylo jim to jedno.

5 DISKUSE

Bakalářská práce se zabývá problematikou „managementu potermínové gravidity“. Na začátku práce jsem si stanovila tři cíle, které postupně dostávaly reálnou podobu. Cíl 1. Zjistit, zda těhotné ženy znají rizika spojená s potermínovou graviditou. Cíl 2. Zjistit, zda těhotné s potermínovou graviditou znají důvody a postup při indukci porodu. Cíl 3. Zjistit, zda se ve sledovaném souboru potermínová gravidita vyskytuje častěji u prvorodiček nebo vícerodiček.

V praktické části bylo zvoleno kvantitativní výzkumné šetření s technikou sběru dat – dotazník. Výzkumným souborem byl počet těhotných žen s potermínovou graviditou = 110 (100 %), hospitalizovaných na oddělení pro riziková těhotenství GPK FN Plzeň. Výsledky výzkumného šetření jsou prezentovány v grafech, které jsou ve třech případech rozvedeny blíže v tabulkách.

V dotazníku jsou nejdříve pokládány všeobecné otázky, týkající se věku a vzdělání těhotné s potermínovou graviditou. Nebyly pokládány jen tak nahodile, ale z těchto otázek se dá zjistit určitá míra informovanosti o této problematice. Charakteristika výzkumného souboru tvoří úvod, byl soustředěn na věkové kategorie u 110 (100 %) žen (graf 1). Nejvíce zastoupenou byla kategorie 21 – 30 let 60 (50 %) respondentek. Druhým parametrem charakteristiky výzkumného souboru bylo vzdělání (graf 2). Nejvíce zastoupenou kategorií byly respondentky, které dosáhly středoškolského vzdělání s maturitou. Jak bylo předpokládáno, se stoupajícím počtem žen studujících na vysokých školách, byly druhou nejvíce zastoupenou kategorií respondentky s vysokoškolským vzděláním.

Leifer uvádí, že ze sociologického hlediska můžeme sledovat v dnešní době menší rodiny s jedním nebo dvěma dětmi. Ženy zato od zkušenosti s porodem očekávají mnohem více. Porodní asistentka může podpořit vytvoření dobré zkušenosti s porodem. Do své péče začlení co nejvíce z těchto očekávání (Leifer, 2004). To se také ukázalo na počtu prvorodiček, kterých bylo ve výzkumném souboru více než polovina (graf 3). Ženy těhotenství stále častěji odkládají na pozdější dobu. Je to charakteristické pro ženy

preferující profesi před mateřstvím nebo pro ženy úzkostlivé a nesnadno se přizpůsobujícím obtížím, včetně porodu píše Zwinger (Zwinger, 2004).

Z celkového počtu 45 (100 %) již v minulosti rodících respondentek, rodilo 25 (55 %) respondentek v termínu porodu. Po termínu porodu rodilo bez hospitalizace 7 (16 %) respondentek a 13 (29 %) respondentek bylo po termínu porodu hospitalizováno. V souvislosti s tímto zjištěním, že u 20 (45 %) žen se vyskytla potermínová gravidita (graf 4), což je skoro polovina, se došlo k závěru, že potermínová gravidita v předchozím těhotenství může mít vliv na délku trvání dalšího těhotenství. Jak také uvádí Hájek, jednou z příčin potermínové gravidity je potermínová gravidita v předcházejícím těhotenství (Hájek, 2004).

Na grafu 5 je možné vidět, že 32 (71 %) respondentek sice po termínu porodu porodilo v předchozím těhotenství po termínu spontánně, ale u 13 (29 %) žen z celkového počtu 45 (100 %), byl porod ukončen císařským řezem. Zde je možno vidět, že u potermínové gravidity k největším rizikům pro matku patří vysoký počet operačně vedených a ukončených porodů, jak tvrdí Hájek (Hájek, 2004). Samozřejmě chybná volba nesprávného postupu nebo pozdní rozhodnutí ohrožují matku i plod. Může být tak zbytečnou zátěží pro oba s rizikem pozdějších komplikací, které operační porod přináší, uvádí Čech (Čech, 2006).

Podle grafu 6 je až zarážející, že 40 (36 %) z dotázaných respondentek neznalo způsob výpočtu svého termínu porodu. Dá se tak také předpokládat nižší informovanost těchto žen o těhotenství a potermínové graviditě. Do určité míry může mít toto zjištění souvislost se vzděláním. Jak bylo již dříve uvedeno, dosáhlo základního vzdělání 15 (14 %) respondentek a vyučilo se 25 (23 %) respondentek, což je stejný počet, jako počet žen neznajících způsob výpočtu svého termínu porodu. 70 (64 %) respondentek znalo způsob výpočtu svého termínu porodu a dokázalo vyjmenovat i několik způsobů. Od správného výpočtu termínu porodu se odvíjí celý management potermínové gravidity. Nejrozšířenější způsob výpočtu termínu porodu podle poslední menstruace potvrdilo 62 (89 %) respondentek. Je velice potěšující, že ze 70 (64 %) respondentek znajících způsob výpočtu termínu porodu 58 (83 %) respondentek, uvedlo výpočet podle UZ, který umožňuje nejpřesnější stanovení skutečného stáří těhotenství a je

nejpřesnější metodou k výpočtu termínu porodu, jak uvádí Hájek (Hájek, 2004). Výpočet termínu porodu podle prvních pohybů uvedlo 26 (37 %) respondentek. Literatura tuto metodu uvádí, ale v dnešní době již byla překonána. Čech říká: „*Údaj je značně nepřesný, závislý na subjektivních zkušenostech a vjemech těhotné ženy*“ (Čech 2004, 105 s.). Nejméně byl zastoupen způsob výpočtu termínu porodu podle IVF 10 (14 %) respondentek. Hypoteticky je možné, že takto nízké procento je dáno nízkým počtem těhotných žen po IVF ve sledovaném souboru žen s potermínovou graviditou. Ty by také o výpočtu termínu porodu pomocí IVF měly více informací, oproti ženám, které se s IVF nikdy nesetkaly (tabulka 1).

Velice potěšující bylo zjištění v grafu 7, že 105 (95 %) respondentek znalo fyziologickou délku trvání těhotenství, které jak uvádí Zwinger, trvá průměrně 280 dnů od prvního dne poslední menstruace s variací od 266 do 294 dnů. Odchylna pak zahrnuje individuální rozdíly v délce cyklu a nepravidelnosti ovulace (Zwinger, 2004). Jen 5 (5 %) respondentek toto nevědělo.

S termínem potermínová gravidita měly respondentky nejčastěji možnost setkat se v ordinaci svého gynekologa, to svědčí o velmi dobré informovanosti žen ze strany gynekologů. Překvapivé bylo zjištění, že v dnešní době počítačů se s termínem potermínová gravidita na internetu setkalo jen málo respondentek. V odborné literatuře se o tomto tématu dočetlo také málo respondentek. Nedalo se předpokládat, že ve veřejných sdělovacích prostředcích se s tímto tématem nesetká dokonce žádná z respondentek (graf 8). Získané informace z uvedených zdrojů stačily a rozumělo jim dostatečně 75 (68 %) respondentek. Naopak více informací by uvítalo 35 (32 %) respondentek (graf 9), což je skoro polovina dotazovaných. Zde nás to utvrdilo v tom, že je třeba pro těhotné vypracovat informační leták o potermínové graviditě, který jim bude k dispozici na CTG poradnách a v gynekologicko-porodnických ambulancích GPK FN Plzeň.

Literatura uvádí, že o potermínové graviditě hovoříme tehdy, neporodí-li žena do termínu porodu, tedy do konce 40. týdne těhotenství. Jak bylo zjištěno, skoro polovina respondentek toto nevěděla, i přes to, že byly od svého gynekologa nejvíce informovány

o potermínové graviditě a dalším postupu. Otázkou zůstává, do jaké míry byly informace dostačující. Skoro polovina těhotných žen by uvítala více informací (graf 10 a graf 11).

Podle platných doporučených postupů České gynekologicko-porodnické společnosti J. E. Purkyně z roku 2013 – Potermínová gravidita, by měly být těhotné nejpozději na počátku 41. týdne těhotenství odeslány k dalšímu předporodnímu ambulantnímu sledování do zdravotnického zařízení, kde se těhotná rozhodla родit (Roztočil, Měchurová, 2013). To bylo také prokázáno v grafu 12, kdy 75 (68 %) respondentek bylo po termínu sledováno v ambulanci porodnice a jen 35 (32 %) respondentek bylo sledováno u svého gynekologa. Po 40. týdnu by měly těhotné docházet na kontroly 2x týdně (Roztočil, Měchurová 2013). To potvrdily kontroly u 70 (64 %) respondentek, 1x týdně docházelo na kontroly 30 (27 %) respondentek, a dokonce 10 (9 %) respondentek docházelo na kontroly každý den. Na grafu 13 je vidět, že u 80 (73 %) dotazovaných respondentek byla dodržována platná doporučení České gynekologicko - porodnické společnosti J E. Purkyně.

Na otázku v kolikátém týdnu jste byla hospitalizována? Odpovědělo, že neví 50 (45 %) respondentek. Týden hospitalizace si pamatovalo 60 (55 %) respondentek (graf 14). Ty pak blíže uvedly týden své hospitalizace. Po 40. týdnu těhotenství bylo hospitalizováno 42 (70 %) respondentek, 18 (30 %) respondentek nastoupilo k hospitalizaci ve 41. týdnu (tabulka 3). Z výsledků šetření bylo zjištěno, že u všech žen, které si pamatovaly týden své hospitalizace, lékaři postupovali podle platných doporučení České gynekologicko – porodnické společnosti J. E. Purkyně. 100 (91 %) respondentek bylo na GPK ambulanci FN Plzeň lékařem dostatečně informováno při příjmu o dalším postupu. To svědčí o jejich dobré práci. Každá těhotná má právo na informace, týkající se jejího zdravotního stavu. Komunikace je základem vztahu mezi zdravotníkem a těhotnou. Není důležité, zda je dobrá či špatná, ale je-li právě efektivní. Významnou součástí je tzv. empatie – schopnost vcítit se do situace těhotné. Předmětem zájmu lékařů a porodních asistentek musí být těhotná žena, nikoli jeho potíže. (graf 15).

Vnitřní souhlas k vyvolání porodu a k hospitalizaci vyslovalo a plně věřilo personálu porodnického oddělení dokonce 70 (64 %) respondentek. Tento výsledek je považován za velice dobrý. Důvěra ve zdravotnický personál je velice důležitá. Pokud žena již od začátku navrhovanému postupu nevěří, odráží se to na její psychické i fyzické kondici. Na porodních asistentkách i lékařích je, získat u ženy potřebnou důvěru. Toto se týká jak správné komunikace s těhotnou, tak způsobu, jakým ženu informují o postupu. Ani jedna z respondentek nevedla, že je její hospitalizace zbytečná (graf 16). Respondentky, které sice vnitřně s hospitalizací nesouhlasily, přesto k hospitalizaci nastoupily, měly strach o své těhotenství (graf 17).

Cílem moderního ošetrovatelství je dosažení vysoké kvality poskytované péče s aktivní účastí těhotných žen a vyjádření jejich spokojenosti v konečné fázi. Jedním z bodů je právě i dobrá informovanost těhotných o svém těhotenství. Plán ošetrovatelské péče je součástí ošetrovatelského procesu u těhotné. Je soustředěný na individuální péči o těhotnou. Porodní asistentky pomocí ošetrovatelských diagnóz u těhotných žen analyzují biologické, psychické, společenské a spirituální lidské potřeby.

V souvislosti s výzkumným šetřením bylo zjištěno, že méně jak polovina 40 (36 %) respondentek nevěděla, co znamenají termíny preindukce a indukce porodu a nikdy o nich neslyšela (graf 18). Informované respondentky - 70 (64 %) dále rozvedly, kde o preindukci a indukci porodu slyšely. Jak uvádí Kobilková, existuje několik zdrojů, kde těhotné získají potřebné informace (Kobilková, 2005). Mnohé z nich v dotazníkovém šetření odpověděly i více odpověďmi. Procentuální zastoupení jednotlivých zdrojů v celkovém součtu tak neodpovídá 100 %. Potvrdily tak tvrzení, že jedním ze základních práv těhotných je právo na informace a způsob, jakým bude léčba probíhat. S tím souvisí i právo na poskytnutí nejlepší možné péče, podle možnosti zařízení, ve kterém léčba probíhá.

Jak bylo předpokládáno, všechny respondentky uvedly jako zdroj informací o preindukci a indukci porodu, lékaře 70 (100 %). Čech říká: „*Velmi žádoucí je účast partnerů na psychoprofylaktické přípravě k porodu, jejíž součástí bývá zpravidla i těhotenská gymnastika, plavání, přednášky pediatra, porodníka, sociálního pracovníka*

a právě také psychologa, který podává těhotným návod, jak se s obtížemi, které těhotenství přináší, nejlépe vyrovnat“ (Čech 2006, 86 s.). Tato psychologická příprava probíhá nejčastěji na kurzech pro těhotné, které se v současné době těší velké popularitě. Tam se také o daných termínech dozvědělo překvapivě 50 (71 %) respondentek, jak bylo zjištěno. Porodní asistentky pracují v ambulanci spolu s lékaři, kteří informovali těhotné ve všech případech. Z toho se dá usoudit, že je proto procento zastoupených porodních asistentek v informovanosti těhotných tak nízké. Z grafu 19 vyplývá, že i když 70 (64 %) respondentek určitým způsobem získalo informace od odborných zdravotnických pracovníků, není tato skutečnost nijak zvlášť ohromující. Odborníci na slovo vzatí by měli proto klást větší důraz na to, aby těhotné měly veškeré informace týkající se jejich těhotenství, porodu a odpadly tak jejich negativní pocity. Jedním ze základních práv pacienta je právo na informace o způsobu, jakým bude léčen, stejně jako právo na poskytnutí nejlepší možné péče podle možnosti zařízení, ve kterém léčba probíhá. Vždy existuje několik zdrojů, kde pacienti získávají informace. Na našem trhu je v současné době velké množství publikací, které se týkají zdravotní problematiky a informují laiky. Informovaná žena je pro lékaře lepším partnerem jak v oblasti prevence, tak v oblasti klinického rozhodování.

Preindukce je soubor léčebných metod, které se provádí u těhotných za účelem uzrání děložního hrdla, jeho zkrácení a prosáknutí. Při indukci se jedná o umělé vyvolání děložní činnosti, vedoucí k vaginálnímu porodu, uvádí Čech (Čech, 2006). Protože ale informace o preindukci a indukci porodu z odborné literatury získalo jen 15 (21 %) těhotných žen, dalo se předpokládat, že o prostředcích používaných k preindukci a indukci porodu slyšelo a ví, jen malé procento těhotných. To se také potvrdilo v (grafu 20).

Profesor Roztočil v doporučeném postupu - Preindukce a indukce porodu uvádí: *„Preindukci je možné provádět maximálně 3x po sobě a jestliže se nedosáhne zralosti hrdla je nutné indikaci preindukce přehodnotit a popřípadě těhotenství ukončit. Indukce porodu se může provádět maximálně jednou denně a maximálně 2 dny po sobě, poté je nutné celou indikaci k indukci porodu přehodnotit a event. těhotenství ukončit“* (Roztočil 2013, 20 s.). Na otázku „Víte, do kdy byste měla porodit a jak dlouho

vyvolání trvá?“ odpověděla více jak polovina respondentek záporně (graf 21). Pokud se vyvolání nebude dařit a jak se dále bude postupovat, také nevěděla více jak polovina respondentek (graf 22). Právě odpovědi na tyto otázky by bylo vhodné zařadit do informačního letáku o potermínové graviditě.

Jelikož při potermínové graviditě jsou matka i plod zatíženy určitou mírou rizika, jak uvádí Roztočil (Roztočil, 2008). Zajímalo nás, do jaké míry těhotné o rizicích slyšely nebo byly o nich informovány. Dá se předpokládat, že těhotné ženy většinou chtějí znát pravdu a být průběžně informovány. Faktem je, že často nechtějí nést spoluodpovědnost za své další zdraví, nicméně si daleko více cení otevřeného a přímého jednání. Proto překvapením bylo, když více jak polovina respondentek odpověděla, že neslyšela o možných rizicích pro matku a plod při potermínové graviditě (graf 23).

Čech uvádí tato hlavní rizika potermínové gravidity pro plod: může to být makrosomie plodu (velký plod) s následným poraněním jak matky, tak plodu při porodu, aspirace (vdechnutí) zkalené plodové vody, způsobující plicní komplikace u novorozence, insuficience (horší funkce) placenty, hypoxie plodu při porodu nebo odumření plodu. Jako největší riziko pro matku uvádí vysoký počet operačně vedených porodů, možné poranění s následnou mateřskou morbiditou, jak po spontánním porodu, tak po císařském řezu (Čech, 2006). (graf 24). Respondentky, znající rizika potermínové gravidity uvedly shodně s Čechem, zkalenou plodovou vodu, špatné ozvy plodu, neprospívání plodu, riziko velkého plodu, velké porodní poranění a horší funkci placenty. Ošetrovatelská péče porodní asistentky by měla zahrnovat pozorné sledování plodu před porodem i během porodu, které může odhalit známky zhoršeného krevního průtoku placentou.

V otázce „Uvítala byste leták či brožuru shrnující postup a vedení porodu při potermínové graviditě“ byl zjištěn velmi pozitivní výsledek. Z výzkumného šetření vzešlo, že převážná většina respondentek by uvítala leták či brožuru o potermínové graviditě. Na základě zjištěných výsledků, byl vypracován pro těhotné s potermínovou graviditou přehledný informační leták, který jim poskytne všechny informace na vyřčené otázky.

S cílem číslo 1 souvisí otázka č. 23 „*Slyšela jste někdy o rizicích spojených s potermínovou graviditou?*“ 55 % respondentek odpovědělo, že neslyšelo (graf 23). Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, ženy neznají rizika pro matku a plod spojená s potermínovou graviditou a nedokázaly je také ani vyjmenovat. Také na otázku č. 24 „*Jaká jsou rizika pro matku a plod u potermínové gravidity?*“ odpověděly respondentky v 55%, že neznají rizika pro matku a plod spojená s potermínovou graviditou (graf 24). Získaná data k potvrzení hypotézy nebyla statistikem doporučena ke zpracování pomocí statistické analýzy. Byla využita jen deskriptivní analýza.

S cílem číslo 2 souvisí následující otázky. Otázka č. 16 „*Myslíte si, že je Vaše hospitalizace zbytečná?*“ 68 % respondentek svoji hospitalizaci za zbytečnou nepovažovalo. Díky otázce č. 17 bylo zjištěno, že dalo vnitřní souhlas s vyvoláním porodu a hospitalizací a také věřilo personálu porodního sálu 64 % respondentek. Otázka č. 18 „*Víte co znamenají termíny preindukce a indukce porodu?*“ z celkového počtu žen, 64 % žen vědělo, co znamenají termíny preindukce a indukce porodu. O těchto termínech se dozvěděly ve 100 % u svého gynekologa a v 71 % na kurzech pro těhotné bylo zjištěno otázkou č. 19. S druhým cílem také souvisí otázka č. 20 „*Slyšela jste někdy o prostředcích používaných k preindukci a indukci porodu?*“ Na tuto otázku odpovědělo 68 % respondentek, že slyšelo o prostředcích používaných k preindukci a indukci porodu (graf 20). Otázkou č. 21 „*Znáte délku vyvolání porodu po termínu*“ bylo zjištěno, že 59 % žen tuto délku nezná. Také v otázce č. 22 „*Znáte postup při nezdařilém vyvolání porodu*“ odpovědělo 68 % žen, že nezná další postup. Ani u cíle č. 2 nebylo statistikem doporučeno získaná data pro potvrzení hypotézy č. 2 analyzovat pomocí statistické analýzy, také zde bylo využito deskriptivní analýzy.

S cílem číslo 3 souvisí otázka č. 3 „*Po kolikáté budete rodit?*“ z celkového počtu respondentek odpovědělo 59 % žen, že budou rodit poprvé. Hypotéza číslo 3: Potermínová gravidita ve sledovaném souboru častěji vyskytuje u prvorodiček, než u vícerodiček. Tato hypotéza se jako jediná zdála vhodná ke statistické analýze, po konzultaci se statistikem k tomuto zpracování doporučena nebyla.

6 ZÁVĚR

V bakalářské práci byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem bylo zjistit, zda těhotné ženy znají rizika spojená s potermínovou graviditou. Druhým cílem bylo zjistit, zda těhotné s potermínovou graviditou znají důvody a postup při indukci porodu. Třetím cílem bylo zjistit, zda se ve sledovaném souboru potermínová gravidita vyskytuje častěji u prvorodiček než u vícero diček. Cíl práce byl splněn. Po konzultaci se statistikem nebylo doporučeno data získaná pro potvrzení hypotéz statisticky analyzovat, a proto byla zvolena jen statistika deskriptivní.

První cíl bakalářské práce byl zaměřen na to zjistit, zda těhotné znají rizika spojená s potermínovou graviditou. S tím souvisí i první hypotéza, že těhotné znají rizika spojená s potermínovou graviditou. Chtěla jsem zmapovat, do jaké míry jsou těhotné informovány o rizicích spojených s potermínovou graviditou. Cílem č. 1 bylo zjištěno, že těhotné neznají rizika potermínové gravidity v 55 % a také o nich v 55 % ani neslyšely. Po konzultaci se statistikem ze získaných dat nebylo doporučeno hypotézu č. 1 statisticky analyzovat.

Druhý cíl byl zaměřen na to, zjistit, zda těhotné s potermínovou graviditou znají důvody a postup při indukci porodu a hypotéza to měla potvrdit. Bylo zjištěno, že z celkového počtu žen, 64 % žen vědělo, co znamenají termíny preindukce a indukce porodu a 68 % respondentek slyšelo o prostředcích používaných k preindukci a indukci porodu. Překvapivě bylo zjištěno, že 59 % žen neznalo délku vyvolání porodu po termínu a 68 % žen neznalo postup při nezdařilém vyvolání porodu. Hypotéza č. 2 nebyla ze získaných dat také doporučena ke statistické analýze.

Třetí cílem bylo zjištěno, že se ve sledovaném souboru potermínová gravidita vyskytuje v 59 % u prvorodiček. Hypotéza č. 3, která se zpočátku jevila jako jediná vhodná ke statistické analýze, přesto nebyla statistikem doporučena k tomuto zpracování.

Práce byla zaměřena především na informovanost těhotných o potermínové graviditě. Na základě výzkumu bylo zjištěno, že těhotné ženy sice informovány o potermínové graviditě byly, ale ne dostatečně. Dokonce třetina respondentek

získaným informacím nerozuměla. Vypracování letáku o potermínové graviditě by mělo podpořit informovanost těhotných žen, přicházejících k porodu nebo hospitalizaci na GPK FN Plzeň. Zda bude leták přínosem, ukáže čas.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ČECH, Evžen a kolektiv autorů. 1999. *Porodnictví*. vyd. 1. Praha 7: Grada Publishing, 434 s. ISBN 80-7169-355-3
2. ČECH, Evžen a kolektiv autorů. 2006. *Porodnictví 2.*, přepracované a doplněné vydání, Praha 7: Grada Publishing, 544 s. ISBN 80-247-1303-9
3. ČEPICKÝ, Pavel a kolektiv autorů. 2003. *Moderní babičtví 1*. Praha 6: Levret s.r.o., ISBN 80-903183-5-5
4. DOLEŽAL, Antonín. 1998. *Technika porodnických operací*. vyd. 1. Praha 7: Grada Publishing, 232 s. ISBN 80-7169-549-1
5. DORT, Jiří a spolupracovníci. 2005. *Neonatologie*. vyd. 1. Praha: Karolinum, 101 s. ISBN 80-246-0790-5
6. HÁJEK, Zdeněk. 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. vyd. 1. Praha 7: Grada Publishing, 444 s. ISBN 80-247-0418-8
7. KAMENÍKOVÁ, Miloslava a Miroslava KYASOVÁ. 2003. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. vyd.1. Praha 7: Grada Publishing, 92 s. ISBN 80-247-0285-1
8. KOBILKOVÁ, Jitka et al. 2005. *Základy gynekologie a porodnictví.*, vyd. 1. Praha 5: Galén, 368 s. ISBN 80-7262-315-X
9. KOZIEROVÁ, Barbara., ERBOVÁ, Glenora a Rita OLIVIERIOVÁ. 1995. *Ošetrovatel'stvo 1 a .*, vyd. 1. Martin: Osveta, 1474 s. ISBN 80-217-0528-0
10. KUTNOHORSKÁ, Jana. 2009. *Výzkum v ošetrovatel'ství*. vyd. 1. Praha 7: Grada Publishing, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4
11. LEIFER, Gloria. 2004. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatel'ství*, vyd. 1. české, Praha 7: Grada Publishing, 952 s. ISBN 80-247-0668-7
12. MACKŮ, František a Jaroslava MACKŮ. 1998. *Průvodce těhotenstvím a porodem*. vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 327 s. ISBN 80-7169-589-0
13. MAKEDONOVÁ, Natalia. 1991. *Gravidjoga*. Bratislava: Natajoga, 119 s. ISBN 80-900557-3-7

14. MAREČKOVÁ, Jana. 2006. *Ošetrovatelské diagnózy v Nanda doménách*. vyd. 1. Praha 7: Grada Publishing, 264 s. ISBN 80-247-1399-3
15. MARTIUS, Gerhard., BRECKWOLDT, Meinert a Albrecht PFLEIDERER. 1997. *Gynekologie a porodnictví*. Martin: Osveta, 648 s. ISBN 80-88824-56-7
16. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2003. *Úvod do ošetrovatelství*. vyd. 1. Praha: Karolinum, 187 s. ISBN 80-246-0429-9
17. PONŤUCH, Anton, 1987. *Gynekologie a porodnictví*, vyd. 1. Praha 1: Avicenum, 384 s.
18. RABE, Thomas. 1993. *Memorix - Porodnictví*. vyd. 1. Praha 3: Scientia Medica, 312 s. ISBN 80-85526-19-0
19. RATISLAVOVÁ, Kateřina. 2008. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. vyd. 1. Praha 10: Reklamní ateliér Area s.r.o., 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4
20. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv autorů. 1996. *Intenzivní péče na porodním sále*. vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 274 s. ISBN 80-7013-230-2
21. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv autorů. 2001. *Porodnictví*. vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 333 s. ISBN 80-7013-339-2
22. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv autorů. 1994. *Vybrané kapitoly z gynekologie a porodnictví. II. část – porodnictví*, vyd.1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 301 s. ISBN 80-7013-182-9
23. ROZTOČIL, Aleš a kolektiv autorů. 1998. *Vyšetřovací metody v porodnictví a gynekologii*. vyd. 1. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 179 s. ISBN 80-7013-255-8
24. ROZTOČIL, Aleš. 2008. *Moderní porodnictví*. vyd. 1. Praha 7: Grada Publishing, 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2
25. ROZTOČIL, Aleš. Březen 2011. *Česká gynekologie: Potermínová gravidita – doporučený postup*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, roč. 76. č. 1. s. 11-12. ISSN 1210-7832

26. ROZTOČIL, Aleš a Alena MĚCHUROVÁ. Duben 2013. *Česká gynekologie: Potermínová gravidita – doporučený postup*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, roč. 78. s. 18-19. ISSN 1210-7832
27. ROZTOČIL, Aleš. Březen 2011. *Česká gynekologie: Preindukce a indukce porodu – doporučený postup*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, roč. 76. č. 1. s. 12-13. ISSN 1210-7832
28. ROZTOČIL, Aleš. Duben 2013. *Česká gynekologie: Preindukce a indukce porodu – doporučený postup*. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně, roč. 78. s. 19-20. ISSN 1210-7832
29. SÁK, Petr. 2008. *Standardy ošetrovatelské péče pro porodní asistenci*. vyd. 1. České Budějovice: Nemocnice České Budějovice, ISBN 978-80-254-3774-2
30. SLEZÁKOVÁ, Lenka a kolektiv. 2011. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. vyd. 1. Praha 7: Grada Publishing, 272 s. ISBN 978-80-247-3373-9
31. TRAPL, Jiří. 1951. *Učebnice praktického porodnictví*. vyd. 2. Praha: Zdravotnické nakladatelství v Praze, 673 s.
32. VELEMÍNSKÝ, Miloš., TOMŠÍKOVÁ, Zdeňka., KUKLA, Lubomír a Jaroslava KOLÁŘOVÁ. 2009. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. vyd. 6. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 178 s. ISBN 978-80-7394-182-6
33. ZWINGER, Antonín et al. 2004. *Porodnictví*. vyd. 1. Praha 5: Galén, 532 s. ISBN 80-7262-257-9

8 PŘÍLOHY

Příloha č. 1. - Potermínová gravidita, doporučený postup

Příloha č. 2 – Indukce a preindukce porodu, doporučený postup

Příloha č. 3. - Ošetřovatelské diagnózy

Příloha č. 4. - Dotazník

Příloha č. 5. - Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Příloha č. 6. - Informační leták o potermínové graviditě

Příloha č. 7. - Vyjádření primáře GPK FN Plzeň MUDr. Vladimíra Kališe, Ph.D.

Příloha č. 1. – Potermínová gravidita - doporučený postup

5. POTERMÍNOVÁ GRAVIDITA - DOPORUČENÝ POSTUP

Autoři

A. Roztočil, A. Měchurová

1. revize 2011

A. Roztočil, A. Měchurová

Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGOPS ČLS JEP

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

Definice	Vyšetření na ambulanci porodního sálu
Ukončený 42. týden těhotenství (294 dní).	Vstupní (první) vyšetření
Fetal surveillance	1. Odebrání anamnézy, patologie těhotenství.
<ul style="list-style-type: none">• Nejpozději na počátku 41. týdne těhotenství odeslat těhotnou k dalšímu předporodnímu ambulantnímu sledování do zařízení, kde se rozhodla родit.• Po 40. týdnu těhotenství kontroly 2x týdně.• Po 41. týdnu podnikat kroky k ukončení těhotenství.• Těhotenství ukončit do 42. týdne + 0 dní.• Hospitalizace pro potermínovou graviditu per se není indikována.	2. Korekce termínu porodu podle prvního UZ vyšetření. 3. Subjektivní stav a stesky těhotné. 4. Porodnické vyšetření se stanovením cervix skóre těhotenská poradna. 5. Nonstres test: fyziologický - opakování při další 1 2x suspektní v intervalu 6 hodin - flowmetrie, ev

oxytocinový zátěžový test (OZT), patologický, nereaktivní ev. s deceleracemi (preterminální typ křivky) - ukončení těhotenství.

6. UZ vyšetření je vhodné, nikoli však obligatorní (biometrie plodu s odhadem hmotnosti, poloha plodu, lokalizace a stav placenty, plodová voda - amniotic fluid index - AFI).

7. Dopplerovská flowmetrie při nálezu patologie (nejde o screeningové vyšetření u potermínové gravidity).

8. Amnioskopie není obligatorní vyšetřovací metodou při potermínové graviditě.

9. Biofyzikální profil není obligatorní vyšetřovací metodou při potermínové graviditě.

Druhé a další vyšetření

Před ukončeným 41. týdnem těhotenství je vždy nutné realizovat body 3, 4, 5.

Ve 42. týdnu těhotenství vždy realizovat body 3, 4, 5 a stanovit postup vedoucí k ukončení těhotenství do konce jeho 42. týdne.

Cave

- Prostaglandiny nepodávat ambulantně.
- 2x neúspěšná indukce porodu je indikací k ukončení těhotenství per sectionem caesaream.

Příloha č. 2. – Preindukce a indukce porodu – doporučený postup

6. PREINDUKCE A INDUKCE PORODU - DOPORUČENÝ POSTUP

Autor

A. Roztočil

1. revize 2010

A. Roztočil

Oponenti

Výbor Sekce perinatální medicíny ČGPS ČLS JEP

Výbor České gynekologicko-porodnické společnosti ČLS JEP

Vymezení a definice porodu

Preindukce porodu - v případě indikace k ukončení těhotenství vaginální cestou a nepřipravenosti mateřského organismu k vaginálnímu porodu, která se klinicky prezentuje nezralým hrdlem (cervix skóre je menší než 5), je nutno pacientku k indukci připravit preindukcí. Preindukce (priming, ripening) je soubor nefarmakologických a farmakologických metod, které vedou k uzrání děložního hrdla ve smyslu jeho zkrácení, prosáknutí a prostupnosti. Tím se zvyšuje senzibilita mateřského organismu, zejména děložních tkání k působení indukčních preparátů.

Indukce porodu je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem vaginálního porodu, v případech, že je děložní svalovina normotonická, nejsou přítomny děložní kontrakce a je zachován vak blan.

Provokace porodu je definována jako vyvolání děložních kontrakcí v případech předčasného nebo předtermínového odtoku plodové vody.

Programovaný porod je indukce děložní činnosti v termínu porodu obvykle mezi 39.-41. týdnem těhotenství bez

lékařské indikace. Důvodem k indukci je přání pacientky ukončit termínové těhotenství. Indikace k programovanému porodu mohou být sociální, lingvistické, geografické, klimatické a další. Programovaný porod je indukován a veden za ideálních podmínek pro matku, plod/novorozence a poskytovatele porodnické péče.

Indikace k preindukci a indukci porodu

Indikace možno rozdělit na lékařské a nelékařské v rámci programovaného porodu.

Lékařské indikace k preindukci a indukci porodu jsou ty, kdy důvodem k ukončení těhotenství je rizikový znak nebo patologický stav u matky, plodu nebo u obou.

Například:

- Potermínová gravidita po ukončeném 41. týdnu těhotenství.
- Diabetes mellitus jakéhokoliv typu.
- Rh izoimunitace a při stoupajícím titru protilátek.
- Hypertenze a renální onemocnění ženy.

- Nitroděložní růstová retardace plodu (IUGR) při prohlubující se hypotrofizaci.
- Geminální v 38. týdnu těhotenství, pokud jsou splněny podmínky pro vaginální vedení porodu.
- Konec pánevní úplný nebo naléhání hýžděmi v termínu porodu, pokud nejsou indikace k provedení primárního císařského řezu.
- Mrtvý plod.
- Makrosomie plodu – vždy ve vztahu k habitu, paritě a hmotnosti porozených novorozenců.
- Zatížená porodnická anamnéza. Jde zejména o perinatální ztráty v minulých těhotenstvích, dlouhodobě léčenou sterilitu, překotný porod v anamnéze a jiné.

Indikace nelékařské postrádají medicínský důvod k ukončení těhotenství. Indukce v těchto případech se nazývá **programovaný porod** (elective induction of labor).

Například:

- Psychologické důvody pacientky: žádost pacientky o programované ukončení těhotenství.
- Sociální indikace u pacientek, kdy není zaručena adekvátní porodnická péče při neočekávaném nástupu děložní činnosti, a to z důvodu nedostatečné orientace a zdravotnického povědomí pacientky, nebo insuficience jejího okolí.
- Geografické indikace. V některých případech nemusí být místo bydliště pacientky dosažitelné dopravním prostředkem v kteroukoli denní či noční dobu.
- Lingvistické indikace. Komunikace mezi pacientkou a personálem může vyžadovat tlumočnicka, který nemusí být k dispozici v době neočekávaného porodu pacientky.

Kontraindikace k indukci porodu

- Kefalopelvický nepoměr.
- Akutní hypoxie plodu.
- Akutní porodnické krvácení.
- Nezralost plodu kromě případů, kdy se s nezralostí počítá.
- Stav po rekonstrukčních operacích v malé pánvi.
- Těžké získané (myoma uteri praevium) nebo vrozené (uterus duplex, uterus unicornis) vývojové vady dělohy.
- Karcinom v oblasti malé pánve, af floridní, nebo po léčbě v remisi.
- Dehiscence sutury po hysterotomii (např. stav po předchozím císařském řezu).
- Přecitlivělost na indukční preparát.
- Nezralé děložní hrdlo.

Metody preindukce porodu

Jde o postupy, které připravují pohlavní orgány ženy k porodu. Cílem těchto postupů je dosažení zralosti hrdla, a tím jeho senzibilizace k působení indukčního preparátu.

Je možné je dělit na mechanické a medikamentózní.

Mezi mechanické metody patří:

- Odloučení dolního pólu vaku blan podle Hammitona.
- Hygroskopické cervikální dilatátory (Dilapan S, Dilasoft).
- Masáž prsních bradavek.
- Zadevení transcervikálního balonkového katétru (Foley) s lokální aplikací prostaglandinu nebo bez aplikace.

Medikamentózní metody

Jde o různé aplikace prostaglandinů.

Metody indukce porodu

Dělí se na mechanické a farmakologické.

Mezi mechanické metody patří:

- dirupce vaku blan (amniotomie) – v současnosti jediná klinicky používaná mechanická metoda indukce porodu.

Farmakologické metody:

- oxytocin v kapénkové infuzi,
- prostaglandiny.

Pravidla pro preindukci a indukci porodu

- Farmakologickou preindukci a indukci porodu je možno provádět pouze za hospitalizace.
- Preindukci je možno provést maximálně 3krát po sobě, při nedosažení zralosti hrdla je nutné indikaci preindukce přehodnotit, event. těhotenství ukončit.
- Indukci porodu provádět pouze při zralém hrdle (cervix skóre více než 5).
- Indukci porodu provést maximálně jednou denně a maximálně 2 dny po sobě, poté je nutné indikaci k indukci porodu přehodnotit, event. těhotenství ukončit.
- Intrapartální monitoring stavu plodu se provádí jako u neindukovaného spontánního porodu, kontinuální monitoring není bez vzniku patologie nutný.
- K preindukci a indukci porodu je nutný podepsaný informovaný souhlas pacientky s provedením výkonu.

Literatura

1. Induction of labor in Williams obstetrics, twenty second ed. New York: Mc Graw Hill 2005, p. 535–545.
2. Roztočil, A. Preindukce a indukce porodu, in Moderní porodnictví. Praha: Grada Publishing, 2008, p. 341–346.

Příloha č. 3 – Ošetřovatelské diagnózy

00007 *Hypertermie* v souvislosti se sníženým příjmem tekutin, projevující se na dotek teplou pokožkou a okoralými rty

00004 *Riziko infekce* v souvislosti se zavedením periferního žilního katetru

00017 *Stresová inkontinence moči* v souvislosti se zvýšeným nitrobršním tlakem během II. doby porodní, projevující se samovolným neovladatelným únikem moči

00023 *Retence moči* v souvislosti s porodem, projevující se pocitem plného močového měchýře a absencí močení

00027 *Deficit tělesných tekutin* v souvislosti s porodem projevující se suchými sliznicemi, slabostí a zvýšenou tělesnou teplotou

00028 *Riziko deficitu tělesných tekutin* v souvislosti s porodem

00032 *Neefektivní dýchání z důvodu hypoventilace* v souvislosti s bolestí v I. době porodní, projevující se brněním prstů a celkovou nevolností

00047 *Riziko porušené kožní integrity* v souvislosti se zavedením periferního žilního katetru

00053 *Sociální izolace* v souvislosti s hospitalizací, projevující se apatií

00054 *Riziko osamělosti* v souvislosti s nepřítomností doprovázející osoby při preindukci porodu, projevující se skleslostí a nervozitou

00066 *Duchovní nouze* v souvislosti s hospitalizací

00083 *Konflikt v rozhodování o ukončení těhotenství* v souvislosti s indukcí porodu

00085 *Zhoršená pohyblivost* v souvislosti s porodními bolestmi, projevující se pomalou chůzí a obtížným přesunem na lůžko

00093 *Únava* v souvislosti s neúspěšnou indukcí, projevující se nedostatkem energie

00096 *Spánková deprivace* v souvislosti s tělesným dyskomfortem při preventivní hospitalizaci, projevující se podrážděností a ospalostí

000132 *Akutní bolest* v souvislosti s porodními bolestmi, projevující se verbalizací, slovně a úlevovou polohou

00134 *Nauzea* v souvislosti s hypoventilací, projevující se pocitem na zvracení

00148 Strach v souvislosti s potermínovou graviditou, projevující se zrychleným pulsem

00155 Riziko pádu v souvislosti se sníženou pohyblivostí v I. době porodní

00205 Riziko šoku v souvislosti se zvýšenou krevní ztrátou ve III. době porodní

00206 Riziko krvácení v souvislosti s protražovaným porodem a vyčerpaností dělohy

00208 Snaha o lepší průběh porodu v souvislosti s indukcí porodu, projevující se snahou informovat se o průběhu indukce a aktivním přístupem k ní

00214 Zhoršený komfort v souvislosti s protražovaným porodem, projevující se neklidem a pláčem

(Marečková, 2006)

Příloha č. 4 - Dotazník

Vážená maminko,

jmenuji se Hana Zemanová a jsem studentkou 3. ročníku kombinované formy bakalářského studia „Porodní asistence“ na ZSF JČU v Českých Budějovicích. Obracím se na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Poslouží ke zpracování mé bakalářské práce na téma „**Management potermínové gravidity**“. Tento dotazník je zcela anonymní a všechny získané informace budou použity pouze pro zpracování mé bakalářské práce. Je určen těhotným s potermínovou graviditou – těhotným, které neporodily do termínu porodu. Odpovědi prosím, označte nebo doplňte.

Díky Vaší spolupráci mi pomůžete zjistit úroveň informovanosti nastávajících maminek o potermínovém těhotenství.

Předem Vám děkuji za čas strávený nad vyplněním tohoto dotazníku.

Porodní asistentka Hana Zemanová

1. Kolik je Vám let?

- a) 15 – 20
- b) 21 – 30
- c) 31 – 36
- d) nad 36

2. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- a) základní
- b) střední odborné bez maturity (učební obor)
- c) vyšší odborné s maturitou
- d) vysokoškolské

3. Po kolikáté budete rodit?

- a) poprvé
- b) podruhé
- c) potřetí a více

4. Pokud jste již rodila?

- a) probíhal Váš porod v termínu
- b) jednalo se o porod po termínu bez hospitalizace
- c) jednalo se o potermínou graviditu spojenou s hospitalizací a vyvoláním porodu

5. Pokud jste již rodila po termínu, probíhal Váš porod?

- a) spontánně
- b) kleštěmi
- c) císařským řezem

6. Znáte způsob výpočtu Vašeho termínu porodu?

- a) neznám
- b) znám, uveďte prosím jak

7. Jak dlouho trvá fyziologická délka těhotenství?

- a) 37 týdnů
- b) 40+/-2 týdny
- c) nevím

8. Pokud jste se setkala s termínem potermínová gravidita, označte prosím kde?

(Můžete označit i více odpovědí)

- a) v ordinaci svého gynekologa
- b) na internetu
- c) v odborné literatuře
- d) ve veřejných sdělovacích prostředcích (televize, rádio, denní tisk, časopisy)
- e) s tímto termínem jsem se nesetkala

9. Stačily Vám získané informace a rozuměla jste jim?

- a) ano, dostatečně
- b) ne, uvítala bych více informací

10. O potermínové graviditě se hovoří?

- a) při trvání těhotenství do 10 dní po termínu
- b) při trvání těhotenství nad 10 dní po termínu
- c) nevím, nejsem si jista

11. Informoval Vás Váš gynekolog o dalším postupu?

- a) informoval, dostatečně
- b) informoval nedostatečně, uvítala bych více informací
- c) neinformoval

12. Po termínu porodu jste byla sledována?

- a) u svého gynekologa
- b) v ambulanci porodnice
- c) jinde, uveďte prosím kde

13. Jak časté byly Vaše kontroly?

- a) 1x týdně
- b) 2x týdně
- c) každý den

14. V kolikátém týdnu jste byla hospitalizována?

- a) nevím
- b) pokud si to pamatujete, uveďte prosím týden a den

15. Informoval Vás dostatečně lékař při příjmu k hospitalizaci o dalším postupu?

- a) informoval dostatečně

- b) informoval nedostatečně
- c) neinformoval

16. Myslíte si, že je Vaše hospitalizace zbytečná?

- a) ano
- b) ne
- c) nevím, neumím posoudit

17. Souhlasíte „vnitřně“ s vyvoláním porodu a hospitalizací?

- a) ne, je to dáno spíše strachem o těhotenství
- b) ano, plně věřím personálu porodnického oddělení

18. Víte co znamenají termíny preindukce a indukce porodu?

- a) vím, o co se jedná
- b) nevím, nikdy jsem o nich neslyšela

19. Pokud jste o preindukci a indukci slyšela, uveďte kde?

(Můžete označit i více odpovědí)

- a) lékař
- b) porodní asistentka
- c) internet
- d) odborná literatura
- e) veřejné sdělovací prostředky (televize, rádio, denní tisk, časopisy)

20. Slyšela jste někdy o prostředcích používaných k preindukci a indukci porodu?

- a) ano, slyšela a vím, o co se jedná
- b) ano slyšela, ale nevím, o co se jedná
- c) ne, neslyšela

21. Víte, do kdy byste měla porodit a jak dlouho vyvolání trvá?

- a) ano, vím
- b) ne, nevím

22. Znáte postup, pokud se vyvolání nebude dařit?

- a) ano, znám postup
- b) ne, nevím, jak se bude dále postupovat

23. Slyšela jste o rizicích pro matku a plod spojených s potermínovou graviditou?

- a) ano, slyšela
- b) ne, neslyšela

24. Jaká jsou rizika pro matku a plod u potermínové gravidity?

- a) nevím
- b) vyjmenujte prosím

25. Uvítala by, jste leták či brožuru shrnující postup a vedení porodu při potermínové graviditě?

- a) ano, uvítala
- b) ne
- c) nevím, je mi to jedno

(zdroj vlastní)

Příloha č. 5. – Povolení sběru informací ve FN Plzeň



Útvar náměstkyně pro ošetrovatelskou péči

Dr. E. Beneše 13, 305 99 Plzeň - Bory
alej Svobody 80, 304 60 Plzeň - Lochotín
IČO 00669806 tel.: 377 401 111, 377 103 111

Vážená paní
Hana Zemanová
Studentka, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, Katedra
ošetřovatelství

Povolení sběru informací ve FN Plzeň

Na základě Vaší žádosti Vám jménem Útvaru náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN Plzeň povoluji Vaše výzkumné šetření u pacientek Gynekologicko – porodnické kliniky FN Plzeň, v souvislosti s vypracováním Vaší bakalářské práce s názvem „Management potermínové gravidity“, za níže uvedených podmínek.

Podmínky pro umožnění sběru informací tazatelům ve FN Plzeň (v rámci studentských – výzkumných / dotazníkových šetření):

- Vrchní porodní asistentka osloveného pracoviště souhlasí s Vaším šetřením.
- Vaše výzkumné šetření osobně provedete.
- Vaše šetření nenaruší chod pracoviště ve smyslu provozního zajištění dle platných směrnic FN Plzeň, ochrany dat pacientů a dodržování Hygienického řádu FN Plzeň. Vaše šetření bude provedeno za dodržení všech legislativních norem, zejména s ohledem na platnost zákona č. 372 / 2011 Sb..

Po zpracování Vámi zjištěných údajů poskytnete ZOK FN Plzeň závěry Vašeho výzkumu, pokud o ně projeví oprávněný pracovník ZOK zájem.

Toto povolení nezakládá povinnost zdravotnických pracovníků, pacientů / respondentů s Vámi spolupracovat, pokud by spolupráce s Vámi narušovala plnění pracovních povinností zaměstnanců, či pokud by spolupráce s Vámi pacient / respondent pociťoval jako újmu. Účast na Vašem šetření je dobrovolná a je vyjádřením ochoty ke spolupráci oslovených zaměstnanců / pacientů / respondentů FN Plzeň s tazatelkou.

Přeji Vám hodně úspěchů při studiu.

Mgr., Bc. Světluše Chabrová
manažerka pro vzdělávání a výuku NELZP
zástupkyně náměstkyně pro oš. péči

Útvar náměstkyně pro oš. péči FN Plzeň
tel.: 377 103 204, 377 402 207
e-mail: chabrovass@fnplzen.cz

Potermínová gravidita

Co víte a co byste měla ještě vědět.....

Milá maminko,

už byste chtěla mít porod za sebou, ale stále nepřichází?

Přítom určený den „D“ je už dávno za Vámi? Zachovejte klid – pouze 3-10 % žen opravdu porodí v den, který jim vypočítal lékař. Nejpřesnější údaj termínu porodu je z ultrazvukového vyšetření v 11. – 14. týdnu těhotenství.

V následujících řádkách Vám přinášíme postup při potermínové graviditě - těhotenství po termínu, prováděný na GPK FN Plzeň. Cílem tohoto letáku je poskytnout Vám co nejvíce informací týkajících se potermínové gravidity a odpovědět na nejčastěji kladené otázky k této tématice.

Potermínová gravidita

O potermínové graviditě hovoříme tehdy, neporodí-li žena do termínu porodu, tedy do konce 40. týdne těhotenství. Za prodloužené těhotenství je označováno takové, kdy jeho délka přesáhne 42 týdnů či 294 dní od prvního dne poslední menstruace nebo také 280 dní od ovulace.

Příčina

Obecně není příčina zcela objasněna. Z praktického hlediska se uplatňují nejčastěji tyto stavy – nepravidelná menstruace, koncepce (oplození) během laktace, koncepce

při hormonální antikoncepci, opožděná ovulace, pozdní registrace a neadekvátní prenatální péče nebo předchozí prodloužené těhotenství.

Rizika

Mezi největší rizika pro matku patří relativně vyšší počet operačně vedených a ukončených porodů. Plod je nejvíce při porodu po termínu ohrožen traumatem (poraněním) z důvodu velikosti plodu a aspirací (vdechnutím) zkalené plodové vody s možnými plicními komplikacemi. Vzhledem k pokračování těhotenství se může snižovat funkce placenty s následným nedostatečným přísunem kyslíku k plodu.

Prenatální péče

U prodlouženého těhotenství je důležité přesné určení stáří těhotenství. Jestliže se stáří těhotenství určené podle poslední menstruace liší od stáří určeného podle ultrazvuku o více než týden, bere se za směrodatné stáří těhotenství určené ultrazvukovým vyšetřením.

Průběžně je těhotná vaginálně vyšetřována, sleduje se CS – cervix skóre (nález na děložním čípku). Jestliže jsou již splněny podmínky k indukci (vyvolání) porodu, je žena odesílána do ústavního zařízení.

Podle doporučení České gynekologicko-porodnické společnosti se odesílá těhotná nejpozději na začátku 41. týdne k dalšímu předporodnímu sledování do zařízení, kde se žena rozhodla родit. Po 40. týdnu těhotenství by měla těhotná docházet na kontroly minimálně 2x týdně. Po 41. týdnu by měly být podnikány kroky vedoucí k ukončení těhotenství. Těhotenství by tak mělo být ukončeno nejpozději v termínu 42+0.

Hospitalizace

K hospitalizaci do zdravotnického zařízení přichází těhotná s potermínovou graviditou po 41. týdnu těhotenství. Těhotné jsou přijímány k zahájení indukce porodu. Příjem probíhá v ranních hodinách přes porodní sál. Těhotné přichází na lačno. Po sepsání porodopisu, vstupním vyšetření lékařem, ultrazvukovém vyšetření, natočení CTG (kardiotokografického) záznamu a vypsání náležité dokumentace nutné k hospitalizaci, je těhotná hospitalizována na oddělení pro riziková těhotenství. Zde je jí odebrána krev k laboratornímu vyšetření a v odpoledních hodinách zopakován CTG záznam. Pokud nejsou splněny podmínky indukce porodu, přistupují lékaři k tzv. preindukci porodu.

Ze strany lékařů jsou po vstupním vyšetření podnikány kroky vedoucí postupně k ukončení těhotenství. Jestliže jsou splněny podmínky k indukci porodu zůstává, těhotná na porodním sále.

.

Preindukce porodu

Preindukce je soubor léčebných metod, který se provádí u těhotných za účelem uzrání děložního hrdla, jeho zkrácení a prosáknutí. Snahou je co nejmenší traumatizace těhotné ženy. Metody preindukce porodu se dělí na mechanické a farmakologické. Z mechanických metod preindukce se nejčastěji používá *odloupnutí dolního pólu vaku blan – Hamiltonův hmat*, nebo se do hrdla děložního aplikují na 10 – 12 hodin *hydrofilní tyčinky – Dilapan S*. Farmakologické metody jsou založeny na účincích preparátů způsobujících tzv. zrání děložního hrdla. Tyto preparáty jsou vpravovány zejména do pochvy (zadní klenby poševní) a do kanálu hrdla děložního. V dnešní době se nejvíce používají preparáty obsahující *prostaglandiny*. Po zavedení *Dilapanu S* a *prostaglandinů* je následně u těhotné natočen CTG záznam.

Indukce porodu

Jedná se o umělé vyvolání děložní činnosti vedoucí k vaginálnímu porodu. Vyvolání porodu se provádí vždy na porodním sále. Pro provedení indukce porodu musí být splněny určité podmínky. Stejně jako u preindukce také při indukci se používají mechanické a farmakologické metody indukce.

Za účelem farmakologické indukce porodu se používají *prostaglandiny*. Při vaginální aplikaci se zavádějí do zadní poševní klenby nebo do hrdla děložního. Jestliže je nedostatečný účinek, dávka se za dvě až šest hodin opakuje podle nálezu na děložním hrdle.

Jedinou mechanickou metodou indukce porodu je protržení vaku blan – dirupce. Pokud kontrakce nezačnou po 2 hodinách od odtoku plodové vody, je možno podat *infuzi s oxytocinem*. Při indukci porodu se natáčí u ženy vždy CTG záznam.

Pokud je indukce porodu dvakrát neúspěšná, poté je nutné důvod k indukci porodu přehodnotit a popřípadě těhotenství ukončit. Zpravidla bývá ukončeno císařským řezem.

**Další informace poskytnou a na Vaše dotazy Vám rádi odpoví
lékaři a porodní asistentky
GPK FN Plzeň.**

Zdroj: (Roztočil a Měchurová, 2013)

Příloha č. 7. – Vyjádření primáře GPK FN Plzeň MUDr. Vladimíra Kališe, Ph.D.

FN PLZEŇ GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÁ KLINIKA

alej Svobody 80, 304 60 Plzeň

Přednosta kliniky Doc.MUDr.Zdeněk Novotný,CSc. tel.: 377 105 430

**Vážená paní
Hana Zemanová
Porodní asistentka
PS GPK FN Plzeň**

Věc : vyjádření k potěrinové graviditě

Předložený návrh ošetrovatelských postupů vedení porodu u žen s potěrinovou graviditou zpracovaný formou letáku pí Hanou Zemanovou se jeví jako dobře zpracovaný.

Bude k dispozici na CTG poradnách, gyn.por.ambulancích a oddělení pro riziková těhotenství GPK FN Plzeň.

V práci s těhotnými bude s největší pravděpodobností přínosný a umožní personálu kliniky individualizovat péči o rodičku.

V Plzni dne 18.4.2013



MUDr.Vladimír Kališ,Ph.D.
primář gyn.por.kliniky FN Plzeň

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Lékařská fakulta v Plzni

Gynekologicko-porodnická klinika

Přednosta: Doc.MUDr. Zdeněk Novotný, CSc.

Alej Svobody 80, 304 60 Plzeň ③

