

**ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**2016**

**Michaela Zahálková**

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B 5349

**Michaela Zahálková**

Studijní obor: Porodní asistentka 5341R007

**TĚHOTENSTVÍ A JEHO RIZIKA U ŽEN STARŠÍCH 35 TI LET**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

PLZEŇ 2016



Prohlášení: Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne

.....

vlastnoruční podpis

Děkuji Mgr. Lucii Kašové za odborné vedení bakalářské práce, poskytování rad a materiálových podkladů.

Anotace

Příjmení a jméno: Zahálková Michaela

Katedra: Ošetřovatelství a porodní asistence

Název práce: Těhotenství a jeho rizika u žen starších 35 ti let

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Kašová

Počet stran: 64, číslované: 48, nečíslované: 16

Počet příloh: 2

Počet titulů použité literatury: 32

Klíčová slova: těhotenství, vyšší věk, rizika, komplikace, prenatální diagnostika, porod

Souhrn:

Bakalářská práce zkoumá vnímání a prožívání těhotenství žen ve vyšším věku. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je zmiňováno těhotenství fyziologické, rizikové a patologické. Jsou zde uvedeny i nejčastější možné komplikace, které mohou těhotenství provázet. Zpracovány jsou i metody prenatální diagnostiky. Práce se dále zabývá faktory, které ovlivňují rozhodnutí žen posunout těhotenství do vyššího věku. Praktická část je zpracována kvalitativním výzkumem formou rozhovorů se čtyřmi respondentkami.

Anglicky

Surname, Name: Zahálková Michaela

Department: Nursing and midwifery assistance

Title of thesis: Pregnancy and its risks for women aged over 35 years

Consultant: Mgr. Lucie Kašová

Number of pages: 64, numbered: 48, non numbered: 16

Number of appendices: 2

Number of literature items used: 32

Key words: pregnancy, higher aged, risks, complication, prenatal diagnosis, childbirth

#### Summary:

Bachelor thesis deals with examination of the perception and experience of pregnancy by women in older age. It is divided into theoretical and practical part. In the theoretical part there is mentioned pregnancy of physiological, risk and pathological kind. There are also mentioned the most frequent complications that can accompany pregnancy. There are as well work out methods of prenatal diagnosis. The study also discusses the factors that influence women's decisions to move to a higher age of pregnancy. The practical part based is qualitative research in the form of interviews with four responders.

|  |    |
|--|----|
| Obsah  |    |
| Obsah.....   | 8  |
| Úvod .....   | 9  |
| 1. Těhotenství.....                                    | 11 |
| 1.1 Fyziologické těhotenství .....                     | 11 |
| 1.2 Rizikové těhotenství .....                         | 13 |
| 1.3 Patologické těhotenství .....                      | 15 |
| 2. Plodnost a věk .....                                | 17 |
| 2.1 Ideální věk pro těhotenství .....                  | 18 |
| 2.2 Důvody odkládání těhotenství na pozdější věk ..... | 19 |
| 3. Komplikace spojené s pozdním těhotenstvím.....      | 20 |
| 3.1 Spontánní potrat.....                              | 20 |
| 3.2 Zvýšené riziko vrozených vývojových vad.....       | 23 |
| 3.2.1 Chromozomální aberace .....                      | 24 |
| 3.2.2 Metabolické vady .....                           | 25 |
| 4. Prenatální diagnostika a péče .....                 | 26 |
| 4.1 Neinvazivní diagnostika.....                       | 26 |
| 4.2 Invazivní diagnostika .....                        | 26 |
| 5. Porod u starších rodiček .....                      | 29 |
| Praktická část .....                                   | 31 |
| 6. Formulace problému.....                             | 31 |
| 6. 1 Cíl výzkumu.....                                  | 32 |
| 6. 2 Metodika výzkumu.....                             | 32 |
| 6. 3 Výzkumné otázky .....                             | 33 |
| 6. 4 Vzorek respondentů .....                          | 33 |
| 6. 5 Organizace výzkumu.....                           | 33 |
| 7. Prezentace a interpretace získaných údajů .....     | 34 |
| 8 Diskuse.....   | 51 |
| 9. Závěr .....   | 57 |
| Seznam použité literatury a zdrojů                     |    |
| Přílohy  |    |



## Úvod

Úvodem své bakalářské práce bych chtěla popsat důvody, které mě vedly ke zpracování tématu „Těhotenství a jeho rizika u žen starších 35 ti let“. Chtěla bych zjistit, jak ženy v tomto věku těhotenství vnímají a stanovit faktory, které ovlivnily rozhodnutí otěhotnět. Zároveň bych se chtěla pokusit popsat, jak ženy vnímají a prožívají těhotenství a porod, k jakým změnám dochází po stránce psychické.

Od 80. let minulého století stále více žen po celém světě, tedy i u nás, rodí své děti po 35. roce věku. V některých zemích jsou tato těhotenství automaticky brána jako riziková, což může ovlivnit, a jistě i ovlivní, psychiku ženy v průběhu celého těhotenství. Rozhodně toto neplatí obecně. Na těhotenství má vliv velké množství faktorů a svalovat vinu pouze na věk nelze.

Že tomu tak je, vyplývá i ze zdravotnické statistiky ČR. Z tohoto šetření vzešlo naopak mnoho povzbudivých údajů:

Příznaky rizika podle věku matky byly u žen nad 35 let v procentech nižší než u žen v kategorii 18-19 let.

Určité komplikace u porodu byly dokonce nejméně časté u žen starších 35 let ve srovnání s ostatními věkovými kategoriemi (např. dystokie ramének u dítěte, provedení epiziotomie či podávání některých druhů léků matce).

Téměř čtvrtinu porodů žen této věkové kategorie vedly porodní asistentky (více než u žen mladších). 3,8 % rodiček starších 35 let bylo označeno jako rodičky s komplikacemi u porodu, což je ve srovnání s 3,4% v nejpočetnější věkové skupině (25-29 let) malý rozdíl.

Nejčastěji hospitalizovány v těhotenství byly ženy ve věkové kategorii 25-29 let, nikoli ženy starší.

Zdravá starší těhotná žena, které je poskytnuto dobré předporodní poradenství a adekvátní péče, může porodit stejně bezproblémově, jako ženy mladší.  
([www.azrodina.cz](http://www.azrodina.cz))

Těhotenství je pro každou ženu velmi významným životním obdobím a mělo by jím být i bez ohledu na věk.

Naopak starší a zkušenější rodiče mohou přinést dítěti a jeho výchově řadu výhod. S největší pravděpodobností to bude již dítě chtěné, plánované, nepřekvapí. Sociálně ekonomické zabezpečení rodiny bude již také stabilní a nový člen nesníží životní standard původní rodiny.

# Teoretická část

## 1. Těhotenství

Těhotenství je specifické období v životě ženy, kdy v jejím organismu dochází k vývoji plodu, vývoji nového života. Těhotenství začíná splynutím mužské pohlavní buňky spermie s ženskou pohlavní buňkou, vajíčkem a je ukončeno porodem plodu. Trvá v průměru 10 lunárních měsíců, tj. 280 dní. *(Roztočil, A., 2008, s. 86)*

### 1.1 Fyziologické těhotenství

Fyziologické těhotenství je těhotenství s nízkým rizikem. V průběhu těhotenství nejsou přítomny žádné rizikové faktory. Výsledky klinických vyšetření jsou fyziologické.

K oplodnění, tedy splynutí vajíčka se spermií dochází ve vejcovodu, v jeho ampulární části. Oplodněné vajíčko se začíná dělit, rýhovat a je transportováno vejcovodem do dutiny děložní. Tato fáze trvá cca 4 – 5 dní. Oplozené vajíčko produkuje choriový gonadotropin hCG, který stimuluje žluté tělísko. Roste produkce progesteronu, který má vliv na udržení těhotenství.

K uhníždění vajíčka (nidace) v děložní sliznici dochází zhruba po šesti dnech od oplození. Vajíčko se zanořuje do sliznice, naruší mateřské cévy, dostává se do kontaktu s mateřskou krví a je tím napojeno na krevní oběh matky. Vyvíjí se plodové obaly a placenta.

Po fázi nidační nastupují dvě vývojové etapy zárodka. V průběhu embryonálního vývoje, který trvá cca do 12. týdne těhotenství, prochází embryo stadii organogeneze – dochází k vývoji orgánů embrya. Koncem tohoto období je prakticky ukončena organogeneze a zevní podoba plodu. Embryo přechází v plod a nastupuje období fetálního vývoje. V průběhu následujících sedmi měsíců bude plod růst, vývoj stávajících struktur bude ukončen, zlepší se funkce orgánových systémů. Současně dojde k přípravě děložní činnosti a porodu a přechodu plodu do mimoděložního prostředí. *(Roztočil, A., 2008, s. 92-94)*

Termín porodu je vypočtené datum, kdy by s největší pravděpodobností mělo dojít k porodu donošeného novorozence.

Naegeleho pravidlo vypočítává termín porodu podle termínu poslední menstruace. Toto jde v případě, že má žena menstruaci pravidelnou. K prvnímu dni poslední menstruace připočteme 7 dní a odečteme 3 kalendářní měsíce. K těmto výpočtům slouží gravidometr. Je to pomůcka ve tvaru dvou soustředných kruhů, které jsou proti sobě pohyblivé. Na větším jsou měsíce, týdny a dny, na menším průběh gravidity.

Dále lze termín porodu orientačně vypočítat podle počátku vnímání pohybů plodu. Vnímání pohybů je odlišné u prvorodiček (cca 20. týden těhotenství) a vícerodiček (cca 18. týden). Získaný termín je málo spolehlivý.

Pokud žena zná datum oplozující soulože, je možné i podle toho vypočítat termín porodu. Toto lze za předpokladu, že žena má pravidelný menstruační cyklus a lze stanovit termín ovulace.

Dalším parametrem, který může pomoci při výpočtu termínu porodu je ultrazvukové vyšetření. Velikost plodu stanovená prvním ultrazvukovým vyšetřením je nejprůkaznějším parametrem.

Žádný známý způsob výpočtu není zcela přesný. Pouze 5% těhotných žen rodí v den, vypočítaný jako termín porodu. *(Roztočil, A., 2008, s. 110)*

Organismus ženy pohotově reaguje na vyvíjející se plodové vejce v dutině děložní. Vlivem hormonů, převážně estrogenu a progesteronu, dochází ke změnám v orgánových systémech, zejména v genitální a endokrinní oblasti. Přizpůsobování změnám je podmíněno osobností těhotné, věkem, zralostí ženy, postojem k těhotenství, připraveností na novou roli matky, prostředím, ve kterém žije.

## 1.2 Rizikové těhotenství

Většina těhotenství probíhá fyziologicky. U jedné čtvrtiny až třetiny těhotných se však vyskytují rizikové faktory. Takové těhotenství, u kterého byl rizikový faktor zjištěn, je označováno jako rizikové. I přes toto zjištění může ale těhotenství probíhat normálně.

Rizikové těhotenství je stav charakterizovaný biologickými či sociálními faktory ovlivňující průběh těhotenství. Tento termín v sobě nese široké spektrum rizik, které je třeba sledovat. Je nutná identifikace a kvantifikace rizikových faktorů a následná péče o rizikově těhotné.

Většinu rizikových faktorů zjišťujeme již během první návštěvy v prenatální poradně jako součást všeobecného screeningu na základě osobní, rodinné anamnézy, klinických a laboratorních vyšetření. Jako riziková označujeme taková těhotenství, kdy ženy se středním rizikem mají anamnézu zatíženou rizikovými faktory.

V problematice rizikových faktorů lze *osobní anamnézu* rozdělit do podskupin, jako jsou demografické faktory, sociální faktory, prodělaná onemocnění a reprodukční komplikace.

Mezi *demografické faktory* řadíme věk ženy, kdy věk nižší než 17 let zvyšuje riziko např. předčasného porodu, perinatálního úmrtí, eklampsie. Věk vyšší než 35 let zvyšuje četnost potratu v prvním trimestru, chromozomálních anomálií plodu, hypertenzních onemocnění, gestačního diabetu, vícečetného těhotenství, porodních patologií (např. konec pánevní, zvýšená frekvence císařských řezů). Velmi důležitá je i výška a váha ženy. Pokud je výška menší než 155 cm, je zde větší riziko předčasného porodu, naléhání plodu apod. U žen s nadváhou je častější výskyt gestačního diabetu a operačního ukončení porodu. Ženy s nižší hmotností je vyšší předpoklad předčasného porodu.

Do sociálních faktorů řadíme abúzus alkoholu, cigaret a drog, úroveň vzdělání. Závislost na alkoholu zvyšuje riziko potratu, předčasného odlučování placenty, u novorozence se může vyskytovat fetální alkoholový syndrom, který zahrnuje fyzické, poznávací a behaviorální abnormality u tohoto novorozence, anebo může dojít až

k jeho náhlému úmrtí. Fetální alkoholový syndrom je charakterizován řadou projevů, jako jsou např. růstové retardace, dysfunkce CNS. Ta se projevuje např. neutišitelným křikem, problémy se spánkem, zvýšenou podrážděností. Další rizikový faktor je abúzus kouření. Kouření zvyšuje četnost potratů, předčasného odtoku plodové vody, abrupce placenty (odloučení). Novorozenci kuřáček mívají často nižší porodní hmotnost. Velmi závažný rizikový faktor je abúzus drog. Drogově závislé ženy jsou ohroženy hepatitidami, pohlavně přenosnými chorobami. Plod je ohrožen vývojovými vadami, hypotrofií, předčasným porodem a u novorozence lze pozorovat abstinenční příznaky jako je vytrvalý pláč, poruchy spánku apod.

Při sestavení *porodnické anamnézy* bereme v potaz např. kolikáté je těhotenství, ektopickou graviditu (mimoděložní těhotenství) v anamnéze, opakované spontánní potraty, komplikace v minulé graviditě.

V *rodinné anamnéze* se zaměřujeme na choroby, u kterých je prokazatelná dědičnost. Těhotná žena by měla uvést úmrtí někoho z rodiny, výskyt ischemické choroby srdeční, hypertenzi, psychiatrická onemocnění, onemocnění ledvin, trombofilie apod., aby lékař či porodní asistentka zachytili potenciální rizikové faktory. (Roztočil, A.. 2008, s. 162; Hájek Z a kol., 2004, s. 25, 26)

### 1.3 Patologické těhotenství

Patologické těhotenství je těhotenství s vysokým rizikem. Rizikové faktory mohou a nemusí být přítomny. Jsou přítomny patologické výsledky klinických vyšetření nebo laboratorních výsledků.

Patologický průběh těhotenství, jsou stavy, které těhotenství předcházejí a se kterými do těhotenství žena vstupuje nebo vznikají až v samotném průběhu těhotenství.

Mezi nejčastější patologické stavy vzniklé před těhotenstvím patří například diabetes mellitus, chronická hypertenze, srdeční onemocnění matky, renální onemocnění matky, onemocnění plic matky, hematologická onemocnění (trombofilie), léčená sterilita (neplodnost), vývojové vady dělohy.

Patologické stavy vzniklé nejčastěji až v průběhu těhotenství jsou krvácivé stavy v časně a pozdní graviditě, předčasný porod – předčasný nástup děložní činnosti, předčasný odtok vody plodové, inkompetence děložního hrdla, preeklampsie, eklampsie, gestační diabetes mellitus, Rh-izoimunizace.

U většiny žen probíhá těhotenství fyziologicky, avšak u jedné čtvrtiny až třetiny se vyskytují rizikové faktory, které mohou změnit doposud fyziologicky probíhající těhotenství. Pokud se u těhotné ženy neprovedou určitá preventivní opatření, může vzniknout závažná těhotenská patologie.

Na popis patologických stavů vzniklých až v těhotenství jsem si vybrala nejčastější stavy, se kterými se můžeme setkat.

Hypertenze (vysoký krevní tlak) nezpůsobuje problémy s počítáním, potíže však mohou nastat v průběhu těhotenství, během porodu i po porodu. Pokud se přidá další symptom, proteinurie nebo generalizované otoky, hovoříme o preeklampsii. Formy preeklampsie jsou tři. Lehká, kdy je krevní tlak nižší než 140/90 mm Hg, je přítomna proteinurie, otoky mohou, ale nemusí být. O střední formě hovoříme v případě, kdy se krevní tlak pacientky pohybuje v rozmezí 140/90 – 160/110 mm Hg. Jako v prvním případě je přítomna výrazná proteinurie, otoky nejsou pravidlem. Když krevní tlak v klidu převyšuje hodnotu 160/110 mm Hg, jedná se o preeklampsii

těžkou. Jsou přítomny otoky obličeje, dolních i horních končetin. Může docházet k poruchám vidění a časté jsou bolesti hlavy.

Diabetes mellitus (úplavice cukrová, cukrovka) je autoimunitní onemocnění, dochází k poruchám látkové výměny, organizmus není schopen zpracovávat glukózu a udržovat její hladinu ve fyziologických mezích. Důvodem je absolutní (diabetes I. typu) nebo relativní nedostatek hormonu inzulínu. Diabetes I. Typu komplikuje zdravotní stav ženy i před těhotenstvím, v těhotenství zvyšuje riziko potratů, předčasných porodů, preeklampsie, makrosomie plodu a traumatismů při porodu. Gestační diabetes je karbohydrátová intolerance zjištěná v průběhu těhotenství.

Do těhotenství vstupuje přibližně 5% žen se závažným onemocněním, jako jsou diabetes melitus, hypertenze, a u dalších 5% žen se se rozvíjí patologické těhotenství bez rizikových faktorů. Měla by probíhat důsledná prenatální péče a screeningem zachytit zbytek abnormalit u těhotných žen v 90% s fyziologickým průběhem těhotenství. (*Hájek Z. a kol., 2004, s. 25, 26; Čes. Gynek. 2012, 77, č. 3 s. 265-266*)



## 2. Plodnost a věk

Fertilita je schopnost dosažení těhotenství během dvou let nechráněného pohlavního styku. Žena je schopna přivést na svět dítě, donosit a porodit jej.

Opakem fertility je sterilita, neschopnost oplodnění koncepce při pravidelném nechráněném pohlavním styku páru trvajícím déle než dva roky.

Infertilita je takový stav, kdy je žena schopna otěhotnět, ale není schopna donosit a porodit životaschopný plod.

Stejně jako se stárnutí projevuje navenek, projevuje se i na vnitřních orgánech. Ovaria (vaječníky) ztrácí svoji elasticitu, na jejich povrchu se po ovulaci tvoří malé jizvičky a stávají se náchylnější na různá onemocnění, snižuje se kvalita vajíček. Ovaria se nachází v oblasti hypogastria dutiny břišní. Je to párový orgán, ve kterém se nachází ženské pohlavní buňky oocyty, vajíčka. Dozrávají ve folikulu, jejich růst je řízen hormony z hypofýzy. S věkem klesá množství oocytů a kromě toho se mění, jak už bylo výše uvedeno, jejich kvalita a reakce na hormonální stimulaci. Zhoršuje se pak také schopnost na možnost zahnízdění oplozeného vajíčka v děloze. V průběhu života jsou oocyty vystaveny působení mnoha škodlivých faktorů a tím dochází v pohlavních buňkách k různým změnám, které mohou mít vliv na poškození jejich genetické výbavy. To může vést k výskytu vrozených chromozomálních vad. (*Šilhová L., MUDr. Stejskalová J., 2006, str. 22,25,27*)

## 2.1 Ideální věk pro těhotenství

Každá žena si v průběhu života pokládá otázku, kdy a za jakých podmínek je nejlepší pořídit si potomka. Někdy je početí plánované, někdy dojde k otěhotnění neplánovaně. Těhotenství se asi nedá úplně striktně naplánovat, ale s možnostmi velkého množství antikoncepčních metod a prostředků lze do jisté míry ovlivnit. V případě opačném, kdy žena otěhotnět nemůže, lze využít různých metod včetně asistované reprodukce.

A jaký je tedy ideální věk na mateřství? Studie uvádějí, jak už bylo zmíněno výše, 20 – 24 let jako ideální věk pro první těhotenství. A to jak z hlediska genetického, tak i biologického. S vyšším věkem klesá pravděpodobnost otěhotnění a naopak přibývá rizik a komplikací v těhotenství. Tato otázka je ale dost diskutabilní, protože většina lékařů ve vyspělých západních státech posouvá horní hranici ideální pro početí až do věku 35 ti let. ([www.maminka.cz](http://www.maminka.cz))

Faktory ovlivňující posunutí této věkové hranice jsou různé. Patří sem mimo jiné i vyzrálost matky a skutečnost, že je mateřství lépe mentálně připravena. Dítě se narodí do již stabilní rodiny, která je již finančně zabezpečena, žena si už splnila do jisté míry i svůj profesionální růst a nevznikají pak rozpory mezi kariérou a mateřstvím. Manžel či partner je již připraven na roli budoucího otce, je tedy i on do určité míry vyzrálý a na otcovství se těší. ([www.babyweb.cz](http://www.babyweb.cz))

Je však nutné tyto těhotné ženy pozorně sledovat a podrobit je prenatální péči, aby byl zajištěn zdárný průběh těhotenství. Prenatální diagnostice a péči se věnují v dalších kapitolách.

## 2.2 Důvody odkládání těhotenství na pozdější věk

V odborné literatuře je v souvislosti s pozdním rodičovstvím uváděno šest základních aspektů: aspekty psychologické, sociodemografické, duchovní, biologické, medicínské a ekonomické. Výzkum neprokázal jednoznačnou dominanci jediného faktoru.

Jedním z psychologických aspektů je osobnostní vývoj, dále pak motivace k rodičovství a manželství, psychologické a sociální tlaky a pozitivní i negativní stránky rodičovství.

Duchovní aspekty se zabývají rodinou z pohledu křesťanství vzhledem k tomu, že naše republika patří k civilizaci, která byla právě křesťanstvím formována. Náboženství pro některé ženy vzbuzuje pocit jistoty, bezpečí a pochopitelnosti tohoto světa. Chtějí patřit jednomu člověku, s jedním člověkem sdílet všechno dobré i zlé. Těhotenství tedy přichází v úvahu až po uzavření manželství, může to být později, a proto pak dochází i k odkladu těhotenství.

Biologické a medicínské aspekty zahrnují otázku plodnosti, její léčbu. To způsobuje odkládání mateřství na pozdější dobu, i když toto je odklad nechtěný. Ženy potom mohou využít a využívají různých metod včetně metody asistované reprodukce. *(Bímová, I. (2007). E-psychologie [online])*

### 3. Komplikace spojené s pozdním těhotenstvím

Těhotenství v pozdějším věku, tedy ve věku nad 35 let, představuje určitá rizika a komplikace. Mezi nejčastější komplikace jistě patří spontánní potrat, vrozené vývojové vady a chromozomální aberace. O těchto komplikacích se zmiňují v dalších podkapitolách. Ženský vaječník a děloha v tomto věku již nejsou tak vitální, zdravé, jako reprodukčním obdobím ženy, tedy ve věku 20-30 let, proto je zde větší riziko a výskyt komplikací. (Pařízek A., 2009, str. 36)

Prenatální péče je tedy velmi důležitá v tom, aby včas odhalila a vyseletovala ženy, které jsou rizikové a musí se podrobit invazivnějším vyšetřením, které vyloučí vrozené vývojové vady a chromozomální aberace. O prenatální péči a diagnostice se zmiňují v další kapitole.

#### 3.1 Spontánní potrat

U žen ve věku nad 35let je vyšší riziko a výskyt spontánního potratu. Nejčastější příčinou spontánního potratu bývají genetické vady, konkrétně chromozomální abnormality. Ženské tělo je schopné samo rozeznat, je-li kvalita zárodku špatná a potratem tak vyřešit neslučitelnost daného zárodku se životem. Potrat je pro matku, i celou rodinu, velmi bolestivá situace, v tomhle případě nás ale naše tělo chrání. Samotné vypuzení postiženého plodu brání dalším a mnohem závažnějším zdravotním a životním komplikacím. (Šilhová L., MUDr. Stejskalová J., 2006, str. 27)

Definice potratu dle WHO – world health organization neboli Světové zdravotnické organizace, je taková *plod, který po úplném vypuzení nebo vynětí z těla matky neprojevuje ani jednu známku života a současně porodní hmotnost je pod 500g*. Další podmínkou pro potrat je když se plod narodí s porodní hmotností pod 500g a vykazuje známky života, při přežití prvních 24hod intrauterinního života se vypuzení plodu bere jako porod, pokud prvních 24hod intrauterinního života nepřežije, vypuzení plodu se bere jako potrat.

Dle mezinárodní klasifikace nemocí se potraty dělí na samovolné neboli spontánní, kde příčina potratu jsou nejčastěji defekty plodového vejce, především genetické vady plodu v raných začátcích těhotenství nebo potom příčiny ze strany matky, kde je velmi častý, již zmiňovaný, věk matky. Druhé rozdělení jsou potraty indukované, kdy dochází k umělému ukončení těhotenství. Indukovaný potrat do 12. týdne těhotenství se provádí na žádost těhotné, po 12. týdnu těhotenství se provádí pouze, pokud je ohrožen život matky nebo prokázané těžké poškození plodu závažným genetickým onemocněním.

V České republice, dle Českého statistického úřadu, je nejvíce potratů u věkové skupiny žen mezi 30-34 lety, tato informace je platná i v případě samovolných potratů.

V případech umělého ukončení těhotenství, druhá nejpočetnější skupina jsou ženy ve věku 35-39 let.

Spontánním potratem končí okolo 15% těhotenství. Skutečné číslo bude mnohem vyšší, protože mnoho těhotenství zanikne dříve, než žena zjistí, že je těhotná. Velké množství potratů, uváděné číslo je až 80 %, proběhne v I. trimestru, tedy do 12. týdne těhotenství. (*Z. Hájek, 2014, s. 240*)

Příčiny spontánního potratu jsou různé. Mohou to být například příčiny v plodovém vejci, nejčastěji jde o chromozomální odchylky v oplodněném vajíčku. Tyto chromozomální odchylky vznikají většinou při dělení buněk. Dále může docházet i k chybám při zahnízdění vajíčka, tzv. nidace. K této chybě může dojít během cesty oplodněného vajíčka z vejcovodu do dělohy nebo při zahnízdění blastocysty do děložní sliznice. Mezi další příčiny spontánního potratu patří jistě i zevní příčiny, například rentgenové záření, léky, toxické látky. Velmi důležitým důvodem/faktorem potratu jsou i mateřské příčiny, které častěji vyvolávají potraty v pozdějších fázích těhotenství. Může jít například o autoimunitní choroby, poruchy krevní srážlivosti, vrozené nebo získané vady dělohy, insuficience děložního hrdla, některá infekční onemocnění nebo nedostatečnou tvorbou hormonů, které jsou potřebné pro udržení těhotenství.

Vědecké studie opakovaně potvrzují, že příčiny potratu nemohou být běžné cvičení a sex, běžná práce a jednorázové zvedání těžkých předmětů, stres, náhlé

leknutí, pád nebo jiný úraz, při kterém ovšem nedojde k ohrožení života ženy. (Hájek Z. a kol., 2004, str. 240 – 244; [www.maminkam.cz](http://www.maminkam.cz))

## Rizikové faktory

Jedním z rizikových faktorů je věk matky a otce. Ve 40 letech má žena riziko potratu dvojnásobně vyšší než žena ve 20 letech. Pravděpodobnost potratu se zvyšuje i s vyšším věkem otce. Dalším faktorem jsou opakované potraty, kdy ženy, které potratily více než jednou, mají v dalším těhotenství vyšší pravděpodobnost potratu, než ženy, které nepotratily nebo potratily pouze jednou. Vícečetné těhotenství je také rizikovým faktorem, těhotenství s více než s jedním plodem jsou více ohrožena potratem ať už jednoho, či všech embryí.

Patří sem i chronická onemocnění a poruchy, jako jsou například dekompenzovaný diabetes mellitus I. typu, lupus, některé vrozené poruchy srážlivosti krve nebo hormonální poruchy při nedostatečném množství hormonů, které udržují těhotenství. Pokud jeden z rodičů, či sourozenců, mají genetické postižení, je zvýšené riziko potratu z genetických příčin. Mezi rizikové faktory patří i užívání některých léků, kdy v těhotenství platí, že každý lék, který není indikován, je kontraindikován. Dalšími rizikovými faktory může být infekce, kouření, pití alkoholu, užívání drog, toxické látky v prostředí (například v pracovním), obezita. (Hájek Z., 2014, str. 240 – 244; [www.maminkam.cz](http://www.maminkam.cz))

## Příznaky potratu

Jedním z příznaků potratu může být špinění či vaginální krvácení, dalším příznakem je bolest v pánevní oblasti. Varovným signálem je, pokud se ke krvácení přidruží i bolest v pánevní oblasti, kdy se děloha začne stahovat při snaze vypuzení plodového vejce. Potrat může být i nepříznakový, kdy dochází k takzvanému zamklému potratu, kdy embryo či plod odumře, ale těhotná žena nepocituje žádné příznaky. ([www.maminkam.cz](http://www.maminkam.cz))

## Diagnostika potratu

Diagnostikou potratu je anamnéza, kdy zjišťujeme poslední menstruaci, bolest v podbříšku, krvácení, výsledky těhotenských testů. Při gynekologickém vyšetření se zjišťuje velikost dělohy, která ve většině případech neodpovídá stáří těhotenství. Do gynekologického vyšetření se zahrnuje i vyšetření hrdla děložního, tzv. cervix score. Při ultrazvukovém vyšetření pátráme po obsahu dělohy či po mimoděložním těhotenství. Dále se provádí biochemické vyšetření krve, kde se sleduje dynamika hCG a progesteron.

### 3.2 Zvýšené riziko vrozených vývojových vad

Z vrozených vývojových vad jsou významné defekty neurální trubice a defekty stěny břišní. Příčin defektu neurální trubice – DNT je mnoho, vyšší věk rodičky však patří na přední místa. Defekty neurální trubice jsou velmi časté morfologické vady s incidencí 0,3 až 3 novorozenci z jednoho tisíce narozených dětí. Tyto defekty vznikají v časných stádiích prenatálního vývoje lidského plodu. Defekt nastane tehdy, kdy se neurální trubice nedokonale uzavře nebo neuzavře vůbec. Inkriminovanou dobou pro tento proces je doba do 28. dne vývoje plodu. Poruchy uzávěru neurální trubice jsou spojeny i s poruchami skeletu. *(Hájek Z a kol. 2004, str. 54; Šilhová L., MUDr. Stejskalová J., 2006, str. 55)*

Polovinu NTD tvoří anencefalie. Z lebky postiženého plodu je vytvořena pouze obličejová část. Tato vada je neslučitelná se životem. Druhou polovinu tvoří spina bifida - porucha uzávěru páteřního kanálu. Část neurální trubice není uzavřena a plošně zeje. Současně se se spinou bifidou sekundárně objevuje hydrocefalus, který je důsledkem zvýšeného tlaku mozkomíšního moku na mozek. V případě spina bifida záleží na typu a lokalizaci defektu. Asi 85 % postižených má otevřený defekt. Většina postižených, kteří přežijí (80%) mají významné neurogenní postižení jako paraplegie, inkontinence, 20 % postižených je postiženo i mentálně. *(Hájek Z a kol., 2004, str. 54)*

### 3.2.1 Chromozomální aberace

Genetická informace je uložena v jádře každé lidské buňky v podobě 23 párů chromozomů. Chromozomální aberace vznikají, jestliže část chromozomu chybí nebo přebývá. Nejznámější a nejčastější je trizomie 21. chromozomu – Downův syndrom. Dále sem patří trizomie chromozomu 13 a 18 – Patauův a Edwardsův syndrom. Asi 25 % chromozomálních defektů tvoří aberace pohlavních chromozomů Klinefelterův a Turnerův syndrom. Ostatní poruchy jsou vzácnější, některé příznaky jsou typické, některé společné, vždy se setkáváme se závažným psychickým a fyzickým poškozením dítěte. Při chromozomální poruše se může vyskytnout i závažná vrozená vada kteréhokoliv orgánu a míra takového postižení je pak limitujícím faktorem délky života. (*Šilhová L., MUDr. Stejskalová J., 2006, str. 57*)

Downův syndrom je tělesnou i duševní poruchou. Většina matek těchto dětí je starší 35 let, pouze asi 10% jsou dědičné případy. Downův syndrom se v naší populaci vykytuje u 1 novorozence ze 7000 – 800 živě narozených dětí. Jedinci s tímto syndromem mají malou zavalitou postavu, typický obličej – plochý nos, oči blízko u sebe, šikmé, s kožní řasou, malá ústa, větší jazyk, nízko posazené uši, krátký krk s kožní řasou na zátylku, prsty na končetinách krátké. Třetina takto postižených má i přidružené vady, např. srdeční. IQ je v rozmezí 25 – 50, dovednostní variabilita je různá. Jsou sociálně adaptabilní, muzikální, většinou přátelští.

Edwardsův syndrom - trizomie 18. chromozomu je těžký malformační syndrom. Zaostávání růstu plodu velmi komplikuje těhotenství, mnohdy dochází k intrauterinní smrti. Prognóza pro život je velmi špatná, většina dětí umírá v novorozeneckém věku, cca 12% přežívá kojenecký věk.

Trizomie 13. chromozomu charakterizuje patauův syndrom, další těžký malformační syndrom. Těhotenství končí často samovolným potratem nebo předčasným porodem, více než 90 % dětí umírá do jednoho roku věku.

Postižení, kterým trpí pouze muži je Klinefelterův syndrom. Takto postižený se rodí 1 chlapec z 670 novorozenců mužského pohlaví. Častěji se vyskytuje u dětí



matek starších 35 let. Do puberty bývá vývoj nenápadný, puberta je opožděná, může být lehká psychomotorická retardace. Dalšími příznaky mohou být hypogenitalismus, aspermie či gynecomastie. Muži s tímto syndromem mají dlouhé končetiny.

U 1 dívky z 2000 novorozenců ženského pohlaví se vyskytuje Turnerův syndrom. V dětství jej charakterizuje trojúhelníkový obličej, vadný skus, nízko posazené uši. Genitál je dětský, nedochází k rozvoji puberty. Asi u 20% dívek je přidružená srdeční vada, u 50 % dívek vada ledvin. Maximální výška je v dospělosti do 155 cm. IQ takto postižených dívek je normální, obecně však platí, že mají velmi špatný prospěch z matematiky. (*Šilhová L., MUDr. Stejskalová J., 2006, str. 60, 61*)

### 3.2.2 Metabolické vady

Vrozené vady metabolismu jsou dědičné choroby, při kterých dochází v organismu k poruše odbourávání živin, mezi něž patří především bílkoviny, tuky a cukry. Existuje celá řada různých forem těchto onemocnění. Důležité je včasné odhalení choroby, sledování hladiny látky, která se nedegraduje a zavedení příslušných dietních opatření. Součástí léčby je také pravidelné vyšetřování orgánů a jejich funkcí, které mohou být hromaděním neodbouraných látek poškozeny. ([www.wikiskripta.eu](http://www.wikiskripta.eu))

## 4. Prenatální diagnostika a péče

Prenatální diagnostikou se rozumí vyšetření, která slouží k včasnému rozpoznání poruch a vývojových vad nenarozeného dítěte. Samotný pojem prenatální diagnostiky je značně široký. Dle WHO je definován jako „všechny prenatální aktivity, které mají za cíl diagnostiku vrozených vad, za které jsou považovány veškeré anomálie na morfologické, strukturální, funkční nebo molekulární úrovni. Anomálie zděděné nebo jiné. T tohoto důvodu se v diagnostice vyžaduje mezioborový přístup, jako například genetika, gynekologie a porodnictví, klinická biochemie a zobrazovací metody.

Jedním z hlavních úkolů je nejen prevence, ale i podání informací matce o stavu a diagnóze plodu, její prognóze a dalším možném postupu.

### 4.1 Neinvazivní diagnostika

Mezi neinvazivní prenatální diagnostiku zařazujeme ultrazvukové vyšetření. Nabízí jednoduchý a dostupný způsob, jak můžeme zhodnotit vývoj plodu a jeho morfolonii. První ultrazvukové vyšetření se provádí v 11. - 13. týdnu těhotenství, slouží ke stanovení týdne těhotenství, tedy délky těhotenství a zároveň k určení termínu porodu, vitality plodu, počtu plodů, akce srdeční, k vyloučení mimoděložní gravidity. V rámci tohoto ultrazvukového vyšetření se provádí nuchální translucence, tedy šíjové projasnění. Tato metoda je založena na principu, že u plodu s Downovým syndromem dojde k nahromadění tekutiny v této oblasti, tudíž je zde výrazný otok na šíji. Důležitým ukazatelem tohoto ultrazvukového vyšetření je měření CRL – temeno kostrční vzdálenosti, jímž lze přesně určit stáří plodu a vypočítat termín porodu.

Druhé ultrazvukové vyšetření se provádí v 18. - 23. týdnu těhotenství, tento ultrazvuk je nespolehlivější na posouzení plodu a na vyloučení jeho vrozených vývojových vad. Provádí se podrobná somatologie plodu.

Třetí ultrazvukové vyšetření se provádí ve 30. - 34. týdnu těhotenství, posuzuje se stav plodu, způsob vedení porodu, zjišťuje se poloha plodu, postavení plodu, poloha placenty či její případná patologie, množství plodové vody.

Do neinvazivní prenatalní diagnostiky patří také odběr krve matky, takzvaný biochemický screening. Screening se provádí v 9. - 11. týdnu těhotenství. Slouží ke stanovení PAPPa (lidský plazmatický protein) a hCG (lidský choriogonadotropin), dvou plazmatických bílkovin, které mohou sloužit k odhalení fetálních anomálií.

Nejpřesnějším způsobem odhalení Downova syndromu a jiných chromozomálních aberací v prvním trimestru určuje takzvaný kombinovaný screening. Kombinuje ultrazvukové vyšetření nuchální translucence a právě vyšetření krve matky, biochemický screening. Úspěšnost odhalení chromozomální aberace či vrozené vývojové vady se odhaduje více než na 90%. ([www.zdravi.e15.cz](http://www.zdravi.e15.cz))

## 4.2 Invazivní diagnostika

### Amniocentéza (AMC)

Obvykle se provádí mezi 15. a 18. týdnem těhotenství, respektive se po 15. týdnu může provádět kdykoli. Pomocí jehly je odebrán vzorek max. 20 ml plodové vody. Provádí se pod ultrazvukovým dohledem přes břišní stěnu. Provádí se ambulantně a po odběru následuje kontrola plodu, srdeční činnost a krvácení v místě vpichu. Obecné riziko spontánního potratu je po aminocentéze ve II. trimestru 0,5 až 1%.

Amniocentéza je doporučena v případech, kdy je matka starší 35 let, otec starší 50 let. Dále pak pokud screeningové testy v předchozím období vyšly pozitivní, rodiče jsou zatíženi genetickou poruchou, vyskytují se vrozené poruchy metabolismu matky nebo jsou zjištěny morfologické abnormality při ultrazvukovém vyšetření. Nevýhodou tohoto vyšetření je dlouhá doba kultivace buněk (déle než 2 týdny) a může vyvolávat u těhotných často pocity úzkosti, strachu a nejistoty při čekání na výsledky. Nejčastější chromozomální vady je možné vyšetřit speciální metodou již do týdne od odběru plodové vody. Jedná se o Patauův syndrom, Edwardsův syndrom, Downův syndrom a chromozomální vady pohlavních chromozomů - Turnerův syndrom, Klinefelterův syndrom. (*Šilhová L., MUDr. Stejskalová J., 2006, str. 62, 63; www.igyn.cz*)

## Biopsie choria (CVS)

Jde o získání buněk z choria, neboli části placenty. Může být prováděna po ukončení 9. týdne gravidity, tedy v časném stadiu těhotenství. Výsledky jsou známy rychleji než u aminocentézy, do 1 týdne a předběžné výsledky je možné získat do 48 hodin. Pro získání buněk z choria je volen transabdominální nebo transcervikální přístup za ultrazvukové kontroly. Indikace jsou stejné jako u aminocentézy. Obecné riziko u CVS je 2%. (*Hájek Z.a kol., 2004, str. 64*)

## Kordocentéza (KDC)

Je způsob prenatalní diagnostiky, kdy se odebírá fetální krev punkcí z pupečníku (v.umbilicalis) za kontinuální kontroly ultrazvukem. Technicky je možné provést odběr až kolem 20. týdne těhotenství. V tomto období je v. umbilicalis ultrazvukem dobře patrná. Výsledky jsou k dispozici již během 48 – 72 hodin, diagnostická spolehlivost je velmi vysoká. Riziko potratu se snižuje zkušeností operátora. U plodů s normálním ultrazvukovým nálezem je riziko potratu 1%. Naopak u plodů s patologickým ultrazvukovým nálezem je riziko zvýšené, vždy záleží na stupni postižení. (*Hájek Z.a kol. 2004, str. 65*)

## 5. Porod u starších rodiček

*Porodem se bere každé vypuzení plodu z dělohy ven s porodní hmotností více jak 500g, prokazující alespoň jednu známku života nebo s porodní hmotností méně jak 500g, přežije-li prvních 24hodin života.*

Porodem v termínu rozumíme porod ve 38. - 42. týdnech těhotenství. Předčasný porod je před 38. týdnem těhotenství a potermínový porod se bere po stanoveném termínu porodu dle menstruaci či ultrazvuku, tedy od týdnu těhotenství 40+1. (Hájek Z. a kol., 2014, str. 121)

Porod se rozděluje na čtyři doby porodní. První doba porodní začíná pravidelnými kontrakcemi, které mají efekt na otevírání porodních cest a končí rozvinutou brankou. U prvorodiček trvá přibližně 6-8hodin a u druhorodiček, kde je vlastní dilatace hrdla již zkrácená, trvá kratší dobu, avšak trvání je u všech rodiček, ať už prvorodiček či víceroziček, velmi individuální.

Druhá doba porodní začíná splněnými podmínkami pro tlačení, které jsou dorotovaná hlavička v pánevním východu, tlak na konečník, rozvinutá branka, odteklá voda plodová, a končí samotným vypuzením plodu. I tady ovšem platí, že trvání druhé doby porodní je velmi individuální.

Třetí doba porodní začíná vypuzením plodu a končí porodem placenty, trvání je různé, záleží na krvácení rodičky, při větším krvácení je nutno porodit placentu ihned, spontánně nebo vybavit ručně. Při přiměřeném krvácení necháváme porodu placenty volný průběh.

Čtvrtá doba porodní se nazývá doba k lůžku, jsou to 2 hodiny po porodu plodu na porodním sále, před převozem na oddělení šestinedělí. V tomto období dochází nejčastěji k poporodním komplikacím, proto je zde důležité kontrolovat výšku děložního fundu, tedy zavinování dělohy, krvácení, krevní tlak, puls, tělesnou teplotu rodičky a vyprázdnění močového měchýře.

U starších prvorodiček může být první a druhá doba porodní ovlivněna méně pružnou tkání, elasticitou porodních cest, porod proto může trvat o něco déle. Z toho důvodu a vzhledem k vyššímu výskytu přidružených onemocnění žen, často dochází k operativním porodům, tedy k císařskému řezu.

Ve většině případech se starší rodičky chovají velmi zodpovědně, jsou předem dobře informovány, poslouchají pokyny a rady porodních asistentek a lékařů. Nebojí se vyjádřit své pocity, obavy a přání k personálu porodnice.

Pokud se při spontánním či indukovaném vaginálním porodu vyskytne komplikace, která ohrožuje na životě matku či plod, musí dojít k operativnímu porodu.

U starších rodiček k operativnímu porodu dochází zejména z důvodu přidruženého interního onemocnění. (Roztočil, A., 2008, s. 114, 115, 116)

### *Císařský řez, Sectio Caesarea*

Císařský řez je porodnická operace, kdy je plod extrahován z těla matky břišní cestou. Vzhledem k vývoji medicíny v současné době je císařský řez považován za jeden z nejčastějších chirurgických zákroků.

Důvody pro provedení císařského řezu jsou různé. Může to být kefalopelvický nepoměr, nepostupující porod (3 hod a déle stejný porodnický nález při pravidelných kontrakcích), porod po dvou neúspěšných indukcích, poruchy naléhání plodu, chronická či akutní hypoxie plodu, celkové přidružené chronické onemocnění matky (kardiovaskulární onemocnění, neurologické onemocnění, diabetes melitus), infekce matky, krvácení z nejasné příčiny, vícečetné těhotenství, operace v malé pánvi, překážky v porodních cestách a jiné. Zvláštní indikací pro císařský řez může být i indikace psychologická, kdy má rodička nadměrný strach z porodu.

Podmínky pro provedení císařského řezu jsou hlavička nevstoupilá a nefixovaná v porodních cestách, musí být nad pánevním vchodem.

Důležitá je předoperační příprava, ať už dlouhodobá u plánovaného císařského řezu či krátkodobá, u akutního císařského řezu. Operace se provádí v celkové či ve svodně (epidurální, spinální) anestezii. Po operaci mohou nastat komplikace, jako jsou zánětlivé komplikace v ráně, nehojící se rána, velká krevní ztráta. U opakovaných císařských řezech je riziko komplikací vyšší. Jednou z komplikací může být i časné nezhájení bondingu mezi matkou a dítětem. Důležitá je spolupráce novorozenecké sestry a pooperačního oddělení. (Roztočil, A., 2008, s. 335)

## Praktická část

### 6. Formulace problému

Těhotenství je u většiny žen velmi důležitým mezníkem v jejich životě. Rozhodnutí otěhotnět ovlivňuje mnoho faktorů a v současné době se setkáváme s těhotnými, které již překročily 35 let.

Rozhodně neplatí, že každé těhotenství po 35. roce věku ženy je třeba považovat za rizikové. Průběh gravidity je ovlivněn mnoha dalšími faktory, ne pouze datem narození těhotné ženy. Je ale určitě dobré vědět to, že těhotenství v pozdějším věku s sebou obecně nese větší zdravotní rizika, na která lékaři upozorňují.

Určitou nepříjemností pro pozdější mateřství může být ubývání fyzických sil. Na druhou stranu však zralé ženy vyvažují tento „hendikep“ tím, že se o svůj zdravotní stav a fyzickou kondici starají mnohem zodpovědněji než ve věku, kdy šlo všechno „tak nějak samo“. A z lékařského hlediska prý představují mnohem rizikovější skupinu obézní pětadvacetileté matky než štíhlé čtyřicátnice. ([www.maminka.cz](http://www.maminka.cz))

Starší matky bývají také vyrovnanější po psychické a emoční stránce, k čemuž přispívá i stabilnější finanční zázemí, a více si mateřství užívají, ačkoli díky životním zkušenostem se mohou o své dítě více obávat. Ale i tady samozřejmě platí, že jde o obecné tvrzení.

Starší a zkušenější rodiče mohou přinést výchově dítěte řadě výhod. S větší pravděpodobností budou dítě již plánovat, nepřekvapí je jako některé mladé, s čímž se pojí větší příprava na rodičovskou roli. Dá se předpokládat také solidnější finanční zajištění, které dokáže dítěti zabezpečit dostatek prostředků k rozvoji a zábavě, aniž by se musel výrazně snížit životní standard rodiny.

Zdravá starší těhotná žena, které je poskytnuto dobré předporodní poradenství a adekvátní péče, může porodit stejně bezproblémově, jako ženy mladší. Těhotenství je pro ženu velmi významným životním obdobím a mělo by jí být i bez ohledu na věk. Na druhou stranu však může organizmus starší těhotné ženy méně tolerovat

těhotenskou zátěž a mohou se vyšší míře přidávat například civilizační onemocnění jako je diabetes mellitus, hypertenze, cévní onemocnění a další.

## 6. 1 Cíl výzkumu

Hlavní cíl

Zjistit, jak vnímají ženy těhotenství a porod po 35. roce věku.

Dílčí cíle

1. Stanovit faktory, které ovlivnily rozhodnutí otěhotnět ve vyšším věku
2. Popsat psychiku ženy v průběhu celého těhotenství
3. Popsat jak ženy vnímaly porod

## 6. 2 Metodika výzkumu

Současným trendem je odkládání těhotenství do vyššího věku, proto jsem si toto téma vybrala pro svou bakalářskou práci. Zajímá mě, co ženy k tomu vede, jaké jsou důvody pro odklad těhotenství a jak jej prožívaly.

Pro toto téma jsem si vybrala kvalitativní výzkum. Kvalitativní výzkum se (na rozdíl od výzkumu kvantitativního) provádí pouze na malé skupině respondentů. Cílem tohoto výzkumu je zjistit, jak tito jednotlivci nebo skupiny nahlíží na svět a jak jej interpretují. Kvalitativní výzkum se rovněž zabývá tím, jak se tito respondenti chovají, co vnímají a prožívají. (*Hendl, J., 2005, str. 45*)

Použila jsem polostrukturovaný rozhovor, který mně umožnil, prozkoumat problematiku do hloubky. Metodou mého výzkumu je případová studie /case study). Tuto metodu jsem si vybrala kvůli záměrnému výběru čtyř respondentek. Zaměřila jsem se na důvod odkladu těhotenství, změny po stránce fyzické a na případné změny psychiky. Část rozhovoru je zaměřena na to, zda byly přítomny rizikové faktory ze strany matky či plodu. Dále pak, jaká vyšetření musely rodičky podstoupit, a zda to mělo na ně nějaký vliv. Rozhovor probíhal v domácím prostředí respondentek. Při prvním setkání jsem přiblížila respondentkám problematiku své



bakalářské práce a předložila připravené otázky k polostrukturovanému rozhovoru. Při dalším setkání jsme spolu otázky probraly a v případě nejasností jsem se doptala. Rozhovor byl zaznamenáván v jeho průběhu formou zápisu do záznamového archu, zároveň nahráván na diktafon.

### 6. 3 Výzkumné otázky

- 1. Jaké faktory ovlivnily rozhodování o těhotenství ve vyšším věku?*
- 2. Objevily se v průběhu těhotenství psychické či jiné problémy?*
- 3. Jak probíhal porod?*

### 6. 4 Vzorek respondentů

Na výzkum jsem si záměrným výběrem vybrala čtyři respondentky, které odpovídaly mým kritériím, jako jsou věk v rozmezí 35 – 37 let, primipary a podobná sociálně ekonomická situace. Všechny respondentky jsou do 6 měsíců po porodu.

### 6. 5 Organizace výzkumu

S respondentkami jsem si domluvila schůzky v jejich domácím prostředí telefonem. S každou zvlášť jsem se domluvila na termínech. Respondentky mi poskytly rozhovor po porodu svých dětí. Věk dětí je v rozmezí 3 – 6 měsíců. Rozhovor je neobtěžoval, souhlasily s ním a byly předem informovány o zachování anonymity. Dále byly informovány o účelu, ke kterému budou rozhovory použity.

Průběh schůzek byl s respondentkami obdobný. První schůzka byla pojata informativně, kdy byla ženám předložena struktura rozhovoru s otázkami. Při druhé schůzce jsme probraly připravené otázky a doptala jsem se na další detaily, které mě zajímaly, a zodpověděla jsem otázky, které měly respondentky.

## 7. Prezentace a interpretace získaných údajů

### **Respondentka č. 1, věk 36 let, partner 38 let, 6 měsíců po porodu**

Vzdělání vysokoškolské, v současnosti na mateřské dovolené.

Osobní anamnéza

Zdravotní stav dobrý, bez vážnějších onemocnění, bez operace

Menstruace pravidelná od 13 let, cyklus 29/5, hormonální antikoncepce od 17 let do 34 let

Rodinná anamnéza: subjektivně bezvýznamná

### **Demografické a identifikační otázky:**

*Pracujete? Jaké je vaše povolání?*

„Před nástupem na mateřskou dovolenou jsem pracovala jako učitelka jazyků na základní škole. Protože jsem jazyky vystudovala, věnuje se příležitostně i překladům. Před nástupem na mateřskou dovolenou jsem začala opět studovat a doplňuji si vzdělání v angličtině. Momentálně příležitostně překládám a doučuji.“

*Jste vdaná? Máte partnera?*

„Vdaná jsem šest let.“

*Kde bydlíte? Vaše socioekonomická situace.*

„Zpočátku našeho vztahu jsme bydleli v podnájmech. V současnosti vlastníme třípokojový byt.“

### **Těhotenství**

*Měla jste nějaké problémy s otěhotněním? Bylo to těhotenství plánované?*

„Již nějakou dobu jsme s manželem o miminku mluvili, dá se tedy říct, že to bylo plánované. Problémy s otěhotněním jsem, podle mého názoru, neměla.“

*Jak dlouho trvalo, než jste otěhotněla?*

„Brala jsem antikoncepci, když jsme začali plánovat, vysadila jsem ji a po necelém roce jsem otěhotněla, spontánně, bez hormonální či jiné léčby.“

*Jaké byly důvody pro těhotenství ve vyšším věku?*

„Po šesti letech trvání vztahu jsem se rozešla s přítelem. Dokončila jsem studium na vysoké škole, začala pracovat, cestovala jsem. Pak jsem se seznámila se svým současným partnerem (manželem) a vše začalo nanovo. Byla jsem ve věku (28 let), kdy už člověk nejde do všeho po hlavě a přemýšlí. Začali jsme plánovat společné bydlení, spořit na vlastní byt ....“

*Připravovala jste se nějak na těhotenství?*

„Když jsme začali mluvit o miminku, přestala jsem kouřit, (i když jsem kouřila málo a příležitostně), a začala jsem zdravěji jíst a místo ježdění autem, jsem se snažila chodit pěšky. Jinak jsem nic jiného pro rychlejší nebo snadnější otěhotnění nedělala.“

*Provázely vaše těhotenství nějaké komplikace?*

„Kromě ranního zvracení v počátku těhotenství, jsem žádné komplikace neměla ani nepozorovala. V šestém měsíci těhotenství mě lékaři po odběru krve zjistili zvýšenou hladinu cukru v krvi. Podstoupila jsem zátěžový test a byla mi diagnostikována těhotenská cukrovka. Zpočátku jsem z toho byla velmi nešťastná, měla jsem strach o miminko i o sebe, ale při dodržování diety a zvýšení fyzické aktivity – tedy v rámci možností s mým rostoucím bříškem, se to dalo zvládnout. Hodnoty glykemií se blížily normálu, tak jsem se zase uklidnila.“

*Ovlivnilo těhotenství nějak vaši psychiku? Jak?*

„Psychiku mé těhotenství určitě ovlivnilo. Nejprve jsem byla velmi šťastná, když jsem se dozvěděla, že jsem těhotná. Pak se dostavily obavy, pak zase radost. Pocity byly různé, nálady také. Poté, co jsem začala vnímat první pohyby, už převládala pouze radost.“

*Měla jste v průběhu těhotenství z něčeho obavy, strach?*

„Měla, z toho, zda to zvládnou, jestli bude miminko zdravé, jak dopadnou výsledky vyšetření atd. Bylo toho dost, ale všechno se dalo zvládnout. Také jsem byla na

odběru plodové vody, to jsem měla velký strach, nejdřív ze samotného odběru, že to špatně dopadne a potom při čekání doma na výsledek. Teď už vím, že všechno dopadlo dobře, tak na to, čeho jsem se bála, už si ani nevzpomenu.“

## **Prenatální péče**

*Jaká byla prenatální péče? Jakým způsobem byla vedena?*

„Do poradny jsem chodila ke své gynekoložce, kam chodím už od puberty. Byla vedena napůl porodní asistentkou a napůl právě gynekoložkou.“

*. Můžete mi popsat její průběh?*

„Ze začátku jsem chodila na gynekologii normálně, poté co mi byl zjištěn gestační diabetes, tak jsem navštěvovala ještě navíc diabetologickou poradnu, kde mi pomohli s dietou a poradili co a jak, abych si nemusela píchat inzulín. Naštěstí se nám to povedlo a glykémie jsem si udržela pouze dietou a pohybem.“

*Vyhovovala Vám péče ze strany porodní asistentky? Na co se porodní asistentka zaměřovala?*

„Určitě mně vyhovovala. Porodní asistentka byla hodná, snažila se mě vždycky ve všem podpořit, hodně se zajímala o věci, co mě trápí, snažila se mi pomoci. Měřila mi tlak, kontrolovala bílkovinu v moči, měřila obvod břicha. Kontrolovala vše, abychom věděli, jestli miminko správně roste.“

## **Porod a šestinedělí**

*Rodila jste v termínu?*

„V termínu jsem rodila, vyšlo mi to podle menstruace přesně na týden těhotenství 40+0.“

*Jak proběhl porod?*

„Do porodnice jsem jela se slabšími nepravidelnými kontrakcemi okolo půl páté večer a se slabým krvácením. Ráno v poradně mě paní doktorka „odloupla hlenovou zátku“ (Hamiltonův manévr), v porodnici mi řekli, že krvácení může být z toho, ale už si mě tam nechali. Po dobu příjmu začaly být kontrakce pravidelné, kolem 5 minut. Po příjmu jsem dostala klystýr, šla jsem do sprchy a poté přišel pan doktor s tím, že mi pustí vodu. Ten háček, kterým se to dělá, mě trochu vyděsil, ale porodní asistentka

mě uklidnila tím, že se takhle ten porod urychlí a já porodím dřív, to bylo něco kolem sedmé hodiny večer. Po tom puštění vody jsem asi ještě tři hodiny musela kontrakce prodýchat a nemohla jsem tlačit, nebyla jsem dostatečně otevřená. A potom už to bylo všechno strašně rychlé, porodní asistentka mě vyšetřila, řekla mi, že už můžu tlačit, najednou se na pokoj seběhli doktoři, porodníci, několik studentů a já už jsem jen slyšela, kdy mám a kdy nemám tlačit. A najednou bylo po všem.“

*Jaký jste měla pocit z porodu, jak jste se cítila?*

„Musím uznat, že moje obavy a strach z porodu v průběhu těhotenství byly přehnané. Samozřejmě, že jsem se bála i v porodnici, aby nedošlo k nějakým komplikacím, ale porodní asistentka co se o mě starala, byla velmi milá a trpělivá, takže mě hodně uklidňovala a ten strach zmírňovala. No a potom když došlo na samotný porod, tak jsem ani nestihla ten strach mít.“

*Jaká byla poporodní péče?*

„ Na porodním sále jsem byla ještě myslím dvě hodiny, tam mě kontrolovali teplotu, krvácení, krevní tlak a jak se mi stahuje děloha, hodně se ptali, jak se cítím a jestli něco nepotřebuju, jestli mě něco nebolí. Na oddělení šestinedělí jsem taky žádný problém neměla, musela jsem si ještě měřit glykémie, ale než jsem šla domů, tak už byly zpátky na normální hodnotě.“

*Jak jste zvládala průběh šestinedělí po psychické i fyzické stránce?*

„Řekla bych, že po psychické stránce jsem to zvládala lépe než po fyzické. Přišla jsem si hodně unavená, zároveň jsem v šestinedělí nechtěla domů moc vodit návštěvy, tak jsem se to zvládala snažit sama. Přišlo mi, že po každém kojení, co šel malý spát, jsem šla já s ním. Ale po dvou týdnech co jsme byli doma, tak jsem si na režim s miminkem zvykla a už jsem nebyla tak unavená a mohla jsem se věnovat i jiným věcem, než bylo kojení a přebalování.“

*Uvažujete ještě v budoucnu o dalším dítěti?*

„Zatím ne, ještě je brzo po porodu, zatím na další miminko nemám ani pomyšlení.“

## **Respondentka č. 2, věk 37 let, partner 42 let, 4 měsíce po porodu**

Vzdělání vysokoškolské, v současnosti na mateřské dovolené, částečně pracuje

Osobní anamnéza

Zdravotní stav dobrý, bez vážnějších onemocnění, bez operace

Menstruace pravidelná od 14 let, cyklus 28/5, hormonální antikoncepce od 16 do 30 let

Rodinná anamnéza: subjektivně bezvýznamná

### **Demografické a identifikační otázky:**

*Pracujete? Jaké je vaše povolání?*

„Teď už zase pracuji, ne na plný úvazek jako předtím, ale chodím třikrát v týdnu do práce. Jsem ředitelka ve firmě.“

*Jste vdaná? Máte partnera?*

„Vdaná nejsem, ale partnera mám. Partner je rozvedený, nepřišlo nám to důležité, mít svatbu. Možná časem, ale teď to zatím neplánujeme.“

*Kde bydlíte? Vaše socioekonomická situace.*

„Bydlíme v rodinném domku se zahradou, v klidném sousedství na vesnici. Partner je také ředitel firmy.“

### **Těhotenství**

*Měla jste nějaké problémy s otěhotněním? Bylo to těhotenství plánované?*

„Toto těhotenství plánované bylo.“

*Jak dlouho trvalo, než jste otěhotněla?*

„Problémy jsem ani neměla, od začátku snažení do otěhotnění to bylo 6 měsíců, což si myslím, že se nedá říct, že by to nějak trvalo.“

*Jaké byly důvody pro těhotenství ve vyšším věku?*

„S partnerem jsme se poznali v době, kdy řešil problémy v manželství. Plánovat těhotenství v této době nás ani nenapadlo. Jakmile se toto vyřešilo, začali jsme spolu bydlet. Protože jsme oba zastávali významné posty v zaměstnání, věnovali jsme se práci a o dítěti příliš nemluvili (partner má z manželství již dospělou dceru). Ale protože čas nejde zastavit, mě bylo 35 a partnerovi 41, začali jsme o dítěti uvažovat. Báli jsme se, že kdybychom si to rozmysleli za pár let, už by to nemuselo jít.“

*Připravovala jste se nějak na těhotenství?*

„Ano, snažila jsem se žít zdravě, jedla jsem hodně zeleniny a ovoce, snažila se cvičit. Jedla jsem kyselinu listovou a přípravek zvaný Femibion.“

*Provázely vaše těhotenství nějaké komplikace?*

„Komplikace ani ne, ale takové ty těhotenské obtíže jsem měla, bylo mi špatně, ze začátku jsem zvracela, žába mě páčila. Ke konci jsem měla bolesti zad, ale jinak jsem se cítila naprosto skvěle. Samozřejmě, vzhledem k věku jsem byla na všech možných genetických vyšetřeních, na odběru plodové vody, ale všechno vyšlo v pořádku. Těhotenství jsem si v podstatě náramně užila. Dokonce jsem ještě dva dny před porodem byla v práci.“

*Ovlivnilo těhotenství nějak vaši psychiku? Jak?*

„Určitě ovlivnilo. Přišlo mi, že jsem celé těhotenství byla víc šťastná a v pohodě a jediné co mě trápilo, bylo to, jestli mám koupit dupačky dvoje nebo troje. Opravdu jsem si to celé užívala.“

*Měla jste v průběhu těhotenství z něčeho obavy, strach?*

„Samozřejmě, bála jsem se, že výsledky z genetiky nebo z odběru plodové vody vyjdou špatně, ale naštěstí se to nestalo.“

## **Prenatální péče**

*Jaká byla prenatální péče? Jakým způsobem byla vedena?*

„Chodila jsem do poradny ke své gynekoložce, kam chodím od 16 ti let. Do poradny jsem nejdřív chodila k porodní asistentce a pak vždycky k paní doktorce. Paní doktorka mě ze začátku strašila mým věkem, že už nejsem nejmladší a že tím pádem bude více rizikových faktorů, ale to já jsem samozřejmě už všechno věděla a byla jsem na to připravená. „

*Můžete mi popsat její průběh?*

„Ze začátku jsem chodila po 4 týdnech na kontrolu, proběhly nějaké odběry krve, byla jsem na té genetice, na odběru plodové vody. Dělalí mi také test na těhotenskou cukrovku (gestační diabetes mellitus) a ten taky naštěstí vyšel negativní, já jsem dost na sladký. Na kontrolách mě porodní asistentka vždycky zkontrolovala moč na bílkovinu, změřila tlak, zvažila mě, sahala mě na břicho, poslouchala ozvy srdíčka, hodně se mi ptala, jak se cítím, jestli něco nepotřebuji apod. Byla moc hodná. Paní doktorka dělala ultrazvuk, kontrolovala mě vaginálně čípek, taky se mi hodně ptala, jestli něco nepotřebuji. Ke konci těhotenství jsem potom chodila častěji a natáčeli mě monitory (kardiotokografický monitor, snímá ozvy plodu a kontrakce matky).“

*Vyhovovala Vám péče ze strany porodní asistentky? Na co se porodní asistentka zaměřovala?*

„Určitě mně vyhovovala. Soukromou porodní asistentku jsem neměla, ale ani jsem nepotřebovala, protože porodní asistentka u mé gynekoložky byla skvělá. Zaměřovala se hodně na to, jak mě roste děloha a tím pádem obvod břicha, poslouchala ozvy srdíčka nástrojem, kterému myslím, říkala UCHO (stetoskop, se kterým porodní asistentka poslouchá ozvy plodu). Hodně se celkově zabývala i tím, jak se cítím, co mě zajímá, jestli něco nepotřebuji a podobně.“

*Změnila byste něco na prenatální péči?*

„Změnila, to snad ani ne. Jen bych asi uvítala, kdyby mně pořád někdo nepředhazoval můj věk. Já jsem si moc dobře uvědomovala, kolik mi je let, znala jsem veškerá ta rizika, a co se může a nemusí stát. Samozřejmě chápu, že u mě



musela být ta péče trochu přesnější, konkrétnější, ale uvítala bych, kdyby mi to bylo podáno jinak, než, že musím podstoupit tohle a tohle vyšetření, kvůli mému a partnerovu věku.“

## **Porod a šestinedělí**

*Rodila jste v termínu?*

„Rodila jsem týden po termínu určeném podle menstruace.“

*Jak proběhl porod?*

„Spontánně to proběhlo, rozrodila jsem se sama, ale už mě doktoři „vyhrožovali“ vyvoláváním, ale jsem ráda, že jsem se rozrodila sama. Naštěstí mě praskla plodová voda. Komplikace při porodu byli, poranila jsem se při tlačení, museli mě potom šít. Ale nic hrozného to nebylo.“

*Jaký jste měla pocit z porodu, jak jste se cítila?*

„Trochu mě mrzelo, že mě strašili tím, že když jsem takhle starší rodička, že je dost pravděpodobné, že to skončí operativně. Porod potom samotný byl zvláštní zážitek, na jednu stranu jsem prožívala hroznou bolest a na druhou stranu radost, že každou chvíli už bude malý s námi. Celkově bych porod tedy hodnotila jako pozitivní zkušenost.“

*Jaká byla poporodní péče?*

„Na poporodní péči si nemůžu stěžovat, sestřičky na šestinedělí a novorozeneckém byly strašně hodné, se vším mi pomohly, všechno ukázaly. Chodila tam za námi i laktační poradkyně, takže s kojením mě taky hodně pomohli, za to jsem byla moc ráda.“

*Jak jste zvládala průběh šestinedělí po psychické i fyzické stránce?*

„Po fyzické stránce to bylo horší, přišla jsem si strašně unavená, ale poté se to doma upravilo, partner mi hodně pomáhal. Ale po psychické stránce jsem to zvládala, myslím si, že dobře. Nic mě netrápilo, užívala jsem si každou chvíli s malým a s partnerem.“

*Uvažujete ještě v budoucnu o dalším dítěti?*

„Ne, o dalším dítěti už neuvažujeme. Vzhledem k našemu věku si ani nemyslím, že by to bylo ještě rozumné. Přece jenom, těch rizik je tady víc, i když mé těhotenství bylo bezproblémové.“

### **Respondentka č. 3, věk 36 let, partner 40 let, 3 měsíce po porodu**

Vzdělání středoškolské, v současnosti na mateřské dovolené

Osobní anamnéza

Zdravotní stav dobrý, bez vážnějších onemocnění

Menstruace od 13 let, zpočátku nepravidelná, upraveno antikoncepcí (od 16 let), užívána 10let, ve 34 letech gynekologický zákrok – konizace čípku

Rodinná anamnéza

Rodiče zdraví, sestra diabetes mellitus 1. typu

### **Demografické a identifikační otázky:**

*Pracujete? Jaké je vaše povolání?*

„Jsem na mateřské dovolené, ale předtím jsem pracovala jako sekretářka/osobní asistentka.“

*Jste vdaná? Máte partnera?*

„Jsem vdaná, s partnerem jsme spolu byli dlouho a asi měsíc před porodem jsme se brali.“

*Kde bydlíte? Vaše socioekonomická situace.*

„Bydlíme ve dvou generačním domě s mojí babičkou.“

### **Těhotenství**

*Měla jste nějaké problémy s otěhotněním? Bylo to těhotenství plánované?*

„Měli jsme velké problémy, byli jsme spolu dlouho, chtěli jsme se ve vztahu někam posunout, a o miminko jsme se snažili spontánně více jak 2 roky. Já jsem předtím měla i zákrok na čípku, konizaci, možná to s tím souviselo, partner měl slabé spermie, tak nám už nezbývalo nic jiného, než zkusit umělé oplodnění. Byli jsme na klinice, kde mě odebrali vajíčka a partnerovi spermie a potom mi oplodněné vajíčko vložili zpátky a už jsme jen čekali, zda se chytne nebo budeme muset znovu. Měli

jsme velké štěstí a povedlo se to hned na poprvé, byli jsme moc rádi. Bylo to náročné hlavně na psychiku.“

*Jaké byly důvody pro těhotenství ve vyšším věku?*

„Nemohla jsem otěhotnět, jak už jsem se zmínila v předešlé odpovědi.“

*Provázely vaše těhotenství nějaké komplikace?*

„Řekla bych, že až na ty komplikace se samotným oplodněním, mě nic netrápilo. Samozřejmě jsem byla hlídaná víc, než ostatní, ale nic zvláštního se u mě v těhotenství neodehrálo.“

*Ovlivnilo těhotenství nějak vaši psychiku? Jak?*

„Psychiku mě těhotenství hodně ovlivnilo. Před i v průběhu těhotenství jsem brala hormonální přípravky, nejprve na podporu tvorby vajíček, potom na udržení těhotenství. Přibrala jsem na váze a měla poměrně velké výkyvy nálad. Také jsem se hodně bála, že se něco stane, já potratím nebo budu rodit předčasně a skončíme někde na jipce. Lidé z mého okolí mě ale uklidňovali, že to všechno dobře dopadne a naštěstí měli pravdu.“

*Měla jste v průběhu těhotenství z něčeho obavy, strach?*

„Bála jsem se potratu nebo předčasného porodu. Když se člověk tak dlouho snaží a pak se to konečně povede, tak se bojí všeho, nejradši bych byla, kdyby mi řekli, že jsem těhotná a druhý den jsem porodila zdravé dítě.“

## **Prenatální péče**

*Jaká byla prenatální péče? Jakým způsobem byla vedena?*

„Prenatální péče u mě byla hodně důkladná. Nebo mi to tak přišlo, podle toho co říkali kamarádky o jejich péči.“

*Můžete mi popsat její průběh?*

„Chodila jsem ke svému gynekologovi a vždycky jsem na prohlídce byla cca 45minut, důkladný ultrazvuk, poslouchání srdečních ozev, snažil se mě vaginálně vyšetřovat co nejméně, aby mě nějak nepodráždil a právě tím nespustil ten předčasný porod.“

*Vyhovovala Vám péče ze strany porodní asistentky? Na co se porodní asistentka zaměřovala?*

„Ano, vyhovovala mi. Porodní asistentka v ordinaci byla strašně fajn, byla hodná, hodně se zajímala o to, jestli mě něco trápí nebo netrápí, jak se cítím.“

### **Porod a šestinedělí**

*Rodila jste v termínu?*

„Ano, rodila jsem v 39. týdnu těhotenství, konkrétně 39+6.“

*Jak probíhal porod?*

„Porod začal spontánně, začaly mě bolesti – kontrakce. Věděla jsem, že pokud nejsou pravidelné, ještě to pořádně nic neznamená, tak sem doma byla ve vaně a na míči a čekala jsem, až se zpravidelní a když byly po 4-5 minutách, tak jsem jela do porodnice. Tam mě přijali, zjistili si informace o mém těhotenství a pak mi pan doktor přišel vypustit/píchnout vodu (dirupce vaku blan). Pak už jsem jen chodila do sprchy, chodila po pokoji, skákala na míči a čekala jsem, až budu dostatečně otevřená, abych mohla začít tlačit.“

*Jaké jste měla pocit z porodu?*

„Já jsem popravdě vůbec nic neočekávala, nechtěla jsem si v těhotenství moc číst knížky pro budoucí rodičky, právě z toho důvodu, abych nebyla zklamaná. Rodila jsem v jedné menší porodnici a přístup porodních asistentek i lékařů mě nadchl. Porod byl úplně bez komplikací, neměla jsem žádné poranění ani to netrvalo nějak dlouho. Od příjmu do porodnice do samotného porodu to trvalo 5 hodin. Z porodu jako takového mám jen pozitivní zkušenost, myšlenky, pocity. Myslím si, že pokud se u porodu nestane něco hrozného, tak každá maminka odchází z porodnice nadšená a šťastná a vzpomíná na porod jako na něco krásného, na něco co zvládla sama a co jí přivedlo na svět miminko.“

*Jaká byla poporodní péče?*

„Nemůžu si na nic stěžovat, porodní asistentky i sestry na oddělení šestinedělí byly hodné, hodně nám se vším pomáhaly, mohla sem se na ně s čímkoliv obrátit.“

*Jak jste zvládala průběh šestinedělí po psychické i fyzické stránce?*

„Hodně jsem se bála, že nezvládnou péči o miminko doma sama, ale manžel si vzal na první dva týdny dovolenou a byli jsme tam spolu, takže mi byl velkou oporou a všechno jsme zvládli.“

*Uvažujete ještě v budoucnu o dalším dítěti?*

„Zatím momentálně ne, ale úplně se tomu nebráním. Samozřejmě si myslím, že by to zase muselo jít umělou cestou.“

## **Respondentka č. 4, věk 35 let, partner 36 let, 3 měsíce po porodu**

Vzdělání vysokoškolské, v současnosti na mateřské dovolené

Osobní anamnéza

Zdravotní stav dobrý, bez vážnějších onemocnění, bez operace

Menstruace pravidelná od 13 let, cyklus 28/6, hormonální antikoncepce od 17 let, užívala 15 let

Rodinná anamnéza: subjektivně bezvýznamná

## **Demografické a identifikační údaje**

*Pracujete? Jaké je vaše povolání?*

„Pracovala jsem jako sociální pracovnice v domově důchodců, poté i jako vedoucí pracovník v úseku zaměstnanců. Momentálně jsem na mateřské dovolené, ale budu docházet 1-2 týdně do práce, až bude malé půl roku.“

*Jste vdaná? Máte partnera?*

„Vdaná nejsem, ale s partnerem jsem momentálně 3 roky.“

*Kde bydlíte? Vaše socioekonomická situace?*

„Bydlíme ve vlastním domě, v klidné části obce.“

## **Těhotenství**

*Měla jste nějaké problémy s otěhotněním,? Bylo toho těhotenství plánované?*

„Úplně plánované to nebylo. S partnerem jsme samozřejmě mluvili o tom, že miminko chtít budeme, ale nijak specificky jsme to neplánovali, prostě to přišlo.“

*Jak dlouho trvalo, než jste otěhotněla?*

„Antikoncepci jsem nebrala zhruba tři čtvrtě roku, nechávali jsme to na osudu a pak se to povedlo. Hodně to ovlivnilo mé pracovní postavení, vysadila jsem antikoncepci v době, kdy jsem si byla jistá, že budu moci z práce odejít.“

*Jaké byly důvody pro těhotenství ve vyšším věku?*

„Měla jsem předtím partnera, se kterým se zdálo být všechno úžasné a v pořádku, zničehonic jsme se rozešli, Hodně jsem se potom tedy věnovala kariéře, partnera jsem nehledala, práce pro mě byla vším. Poté, co jsem si našla partnera, tak jsem nechtěla nic uspěchat, chtěla jsem, abychom na miminko byli připraveni oba. Navíc jsem nemohla z práce odejít ze dne na den.“

*Připravovala jste se nějak na těhotenství?*

„Ano, snažila jsem se sportovat, jíst zdravě, jíst potraviny bohaté na kyselinu listovou, hořčík a železo. A samozřejmě hodně ovoce a zeleniny, pro celkový přísun vitamínů. Vždycky jsem se snažila jíst zdravě, takže to pro mě nebyl zas až takový problém.“

*Provázely vaše těhotenství nějaké komplikace?*

„Ne, žádné komplikace nenastaly, naštěstí. Absolvovala jsem četná vyšetření, jako je genetické vyšetření, podrobné ultrazvuky, odběr vody plodové, ale naštěstí všechno vyšlo negativní.“

*Ovlivnilo těhotenství nějak vaši psychiku? Jak?*

„Hodně mě to ovlivnilo. Měla jsem velký strach z porodu. Střídalo se u mě období, kdy jsem měla radost a období, kdy jsem se všeho děsila, jak zvládnou porodit, jak zvládnou poporodní péči o miminko, jak to budu zvládat sama doma s miminkem.“

## **Prenatální péče**

*Jaká byla prenatální péče? Jakým způsobem byla vedena?*

„Chodila jsem ke své gynekoložce, kam jsem přešla, když mi bylo dvacet pět let. Vždycky mě objednávali rovnou i na další termín, tak jsem věděla, kdy budu muset jít na kontrolu, abych v práci neměla žádné schůzky.“

*Můžete mi popsat její průběh?*

„Nejdřív jsem vždycky byla u porodní asistentky, ta mě zvažila, zkontrolovala moč, změřila krevní tlak, ptala se, jak se cítím a podobně. Potom jsem chodila k paní doktorce, která prováděla ultrazvuk, poslouchala ozvy a několikrát mě vyšetřila i



vaginálně. Jak porodní asistentka, tak paní doktorka se mě snažili pomoci, uklidnit mě, že se nemám čeho bát, že všechno bude v pořádku.“

*Vyhovovala vám péče ze strany porodní asistentky? Na co se porodní asistentka zaměřovala?*

„Vyhovovala. Moc jsem nevěděla co očekávat, takže jsem byla mile překvapena, jak se o mé těhotenství zajímala i porodní asistentka, ne jen gynekoložka. Byla hrozně milá, hodně se zajímala o to, co mě trápí, z čeho mám naopak radost, z čeho mám obavy a snažila se mi vysvětlit, jak to všechno bude probíhat. To mě hodně pomohlo. Byla jsem přesvědčená, že budu chtít císařský řez, hrozně jsem se bála porodu. Porodní asistentka mě nenásilně přesvědčovala a já se od té představy odpoutala a jsem za to nakonec ráda. Rodila jsem přirozeně a mohla být s miminkem hned pár hodin po porodu. Bát jsem se ale bála pořádku.“

## **Porod a šestinedělí**

*Rodila jste v termínu?*

„Rodila jsem jeden den po termínu porodu, ale nastoupila jsem do porodnice přímo v den termínu.“

*Jak probíhal porod?*

„Do porodnice jsem přijela po spontánním odtoku vody plodové odpoledne, kontrakce jsem zatím měla jen slabé. Porodní asistentka se mnou sepsala příjem, natočila mi monitor a přemístili mě na těhotenský pokoj, protože jsem zatím neměla pravidelné kontrakce a neotevírala jsem se. V noci začaly kontrakce zesilovat, tak mě porodní asistentka převedla na porodní pokoj, překontrolovala mě, nález už byl větší, dostala jsem klystýr, šla jsem do sprchy a volala jsem partnerovi, ať tedy přijede. Celou noc jsem měla kontrakce, nešlo to úplně nejrychleji, bála jsem se, jestli se něco nestane, bála jsem se porodu celkově. Poté, co přijel partner, tak jsem se trochu uklidnila. Šla jsem do vany, dostala jsem tam nějaký olejíček na uvolnění a myslím, že tohle mi opravdu pomohlo. Pak už jen vím, že mi porodní asistentka po vyšetření řekla, že už můžeme začít tlačit a já jsem se začala zase hrozně bát. Naštěstí pro mě tam byl partner, i porodní asistentka byla trpělivá, tak jsem to zvládla.“

*Jaké jste měla pocity z porodu, jak jste se cítila?*

„Při samotném porodu jsem měla strach, že to nezvládnou. Po porodu to ze mě ihned opadlo, jakmile mi dali miminko na břicho. Musím uznat, že můj strach z porodu v průběhu těhotenství byl přehnaný. Po porodu jsem na všechno ten strach zapoměla a už převládala jen radost.“

*Jaká byla poporodní péče?*

„Všechno bylo v pořádku, všude byli hrozně hodné a milé sestřičky, byly ochotné s čímkoliv pomoci.“

*Jak jste zvládala průběh šestinedělí po psychické i fyzické stránce?*

„Musím říct, že jsem byla sama ze sebe mile překvapená. Bála jsem se, že to nebudu zvládat, ale všechno přišlo tak nějak samo, věděla jsem co dělat. Partner a rodina mi byli hodně oporou, takže i ve slabších chvílích jsem se měla na koho obrátit a zase jsem se dostala do té pohody a radosti.“

*Uvažujete v budoucnu o dalším dítěti?*

„Ne, s partnerem už neuvažujeme. Takhle jsme spokojeni.“

## 8 Diskuse

V praktické části své bakalářské práce jsem zpracovala 4 rozhovory. Respondentkami byly primipary starší 35 ti let, všechny po porodu svých dětí. Věk dětí v době pořizování rozhovorů byl od 3 do 6 měsíců. Pro můj výzkum byly respondentky vybrány záměrně.

### Hlavní cíl

#### **Zjistit, jak vnímají ženy těhotenství a porod po 35. roce věku.**

Těhotenství je pro ženu velmi významným životním obdobím. Zjistit, jak ho ženy prožívají v pozdějším věku, bylo cílem mé práce.

Všechny respondentky, které jsem oslovila, své těhotenství plánovaly. Dvě respondentky odložily těhotenství z kariérních důvodů. Soustředily se na pracovní postup, ale u obou tomu předcházela i změna partnera. Obě shodně odpověděly, že se co nejdříve zase do zaměstnání vrátí, byť jen na zkrácený úvazek. Jedna respondentka uvedla, že plánování těhotenství ovlivnil fakt, že se rozpadl dlouhodobý šestiletý vztah a na muže tak trochu zanevřela. Se současným partnerem, manželem, začali budovat nejprve rodinné zázemí. Čtvrtá respondentka, jako jediná, měla k odložení těhotenství zdravotní důvody. Nejprve to byly gynekologické potíže respondentky a po dvouletém snažení otěhotnět přirozenou cestou, byly zjištěny i problémy s pohyblivostí partnerových spermií. Využili tedy metodu asistované reprodukce IVF (in vitro fertilizace).

Všechny respondentky si plně uvědomovaly rizika spojená s těhotenstvím v tomto věku. Těhotenství probíhalo bez komplikací u tří z nich, jedné byl diagnostikován gestační diabetes.

Z těhotenství měly všechny radost, obavy vyvstávaly většinou při čekání na výsledky vyšetření, která jsou prováděna v rámci prenatalní péče. Dvě respondentky uvedly, že je po celou dobu těhotenství provázel strach z porodu. Přesto všechny uvedly, že radost z očekávaného potomka všechno převýšila. Porod proběhl u všech

spontánně, tři respondentky rodily v termínu, jedna týden po termínu určeném podle poslední menstruace.

Všechny respondentky byly spokojeny s průběhem prenatální péče, s prací porodních asistentek i lékařů, protože pro ně představovali velkou psychickou podporu. Stejně tomu bylo i v následné péči na novorozeneckém oddělení. Pouze jedna respondentka uvedla, že jí vadilo neustálé připomínání rizikového věku.

Z těchto informací vyplývá fakt, že i přes všechna rizika, která s sebou těhotenství v pozdějším věku může přinést, lze prožít toto období v celkové pohodě. Samozřejmě je nutná důsledná prenatální péče, což si všechny respondentky uvědomovaly a doporučená vyšetření bez výhrad přijímaly.

## **Dílčí cíle**

Dílčí cíl: 1. **Stanovit faktory, které ovlivnily rozhodnutí otěhotnět ve vyšším věku**

Výzkumná otázka: ***Jaké byly důvody pro těhotenství ve vyšším věku?***

Jednu respondentku ovlivnila změna partnera v pozdějším věku, dvě kariérní důvody, jedna měla problémy s otěhotněním a musela podstoupit IVF (in vitro fertilizace).

Z výše uvedeného vyplývá, že faktory, které ovlivnily respondentky otěhotnět až v pozdějším věku, jsou různé. Jedna respondentka uvedla, že se po dlouhodobém vztahu (6 let) rozešla s přítelem. Dokončila studium a nový vztah přišel až ve věku 28 let. S partnerem řešili bydlení, svatbu a dítě začali plánovat až v době, kdy respondentce bylo cca 34 let. Dvě respondentky daly přednost kariéře, protože zastávaly význačné posty v zaměstnání (ředitelka firmy, vedoucí pracovnice). Zde je patrné, že kariéra je pro obě ženy velmi důležitá, protože se bezprostředně po porodu do práce vrací. Jedna respondentka pracovala ještě dva dny před porodem a již čtyři měsíce po porodu se zase do práce vrátila. Pracuje 3 dny v týdnu cca 4 hodiny. Druhá respondentka se bude do zaměstnání vracet, až bude dceři půl roku, tedy cca za 3 měsíce. Pro tuto situaci je nutná absolutní fyzická i psychická pohoda.

Z odpovědí respondentek je jasné, že i v pozdějším věku lze zvládat péči o dítě i zaměstnání.

Pouze jedna respondentka měla k oddálení těhotenství zdravotní důvody. Gynekologické potíže u respondentky a problémy s pohyblivostí spermií u partnera zapříčinily problémy s otěhotněním. Podstoupila tedy umělé oplodnění IVF.

Dle *Psychologické studie motivů pozdního rodičovství* I. Bímové (2007) je zřejmé, že nelze prokázat dominanci jediného faktoru, který ovlivňuje pozdější těhotenství. I z mého výzkumu je patrné, že toto nelze jednoznačně stanovit.

## Dílčí cíl: 2. Popsat psychiku ženy v průběhu celého těhotenství

Výzkumné otázky: ***Ovlivnilo těhotenství nějak vaši psychiku? Měla jste v průběhu těhotenství z něčeho obavy, strach?***

Těhotenství je provázeno nejen somatickými, ale i psychickými změnami. Je tomu tak i u žen s plánovaným těhotenstvím, žijících v harmonických vztazích, bez zdravotních problémů, bez problémů s financemi či sháněním bytu. Psychika v těhotenství je ovlivněna nejen velkými hormonálními změnami, které těhotenství provázejí, ale i prožíváním a vnímáním těhotenství samotných žen. I přes pozitivní postoj k těhotenství, je normální, že se dostaví i protikladné pocity. Období, kdy se žena stává matkou je obdobím přehodnocování dosavadních hodnot, obdobím změn a obav. Tak o psychických změnách v těhotenství píše A. Pařízek v *Knize o těhotenství a dítěti dostupné z <http://www.porodnice.cz/clanky/psychicke-zmeny-tehotnych-0>*.

Toto lze jednoznačně potvrdit. Z rozhovorů vyplynulo, že všechny ženy měly z těhotenství velkou radost. U všech respondentek to bylo těhotenství chtěné, plánované, všechny měly dobré rodinné zázemí. Respondentka, která podstoupila IVF, uvedla, že pro ni bylo největším náparem na psychiku čekání, zda se implantované vajíčko přijme, jestli bude těhotná.

Na druhou stranu se u všech respondentek objevily obavy. Plně si uvědomovaly rizika spojená s těhotenstvím. Proto všechny čtyři respondentky hůře snášely dobu,

kdy čekaly na výsledky vyšetření, která jim byla v průběhu těhotenství plánována a která podstoupily. Zde byl velkou oporou vždy partner a důsledné vysvětlení od ošetřujícího lékaře či porodní asistentky.

Jedna respondentka uvedla, že si těhotenství užívala do doby, než jí byl diagnostikován gestační diabetes. Ten, jak uvádí *Lucie Šilhová a MUDr. Stejskalová v knize Matkou ve vyšším věku*, je jednou ze zdravotních obtíží vázaných na vyšší věk matky. Doposud probíhající fyziologické těhotenství se změnilo na rizikové, a poté začaly u respondentky převládat obavy o zdraví své, i o zdraví dítěte. Na základě doporučení diabetické poradny důsledně dodržovala dietní režim a situaci zvládla bez aplikací inzulínu. Pravidelně si měřila hladinu cukru v krvi glukometrem a hodnoty glykemií blížící se normálu, ji postupně těchto obav zbavily.

Dvě respondentky uvedly, že jejich psychiku ovlivňoval strach z porodu.

Z odpovědí, které vyplynuly z rozhovorů s respondentkami, je jasné, že psychika žen je v těhotenství ovlivněna spoustou různých faktorů. Všechny vnímaly prvořadě radost z očekávaného potomka, radost z těhotenství vůbec. Postupně začala psychiku ovlivňovat zodpovědnost za své nenarozené dítě, ale i za sebe. Vzhledem k tomu, jaké respondentky jsem si vybrala pro svůj výzkum, je jasné, že si plně uvědomovaly rizika, která jejich těhotenství mohou doprovázet. Proto pro ně bylo největší psychickou zátěží čekání na výsledky vyšetření. Všechny podstoupily vyšetření plodové vody, které bylo pro všechny bráno jako zlomové, to nejdůležitější. Právě výsledky z tohoto vyšetření je přesvědčily, že všechno bude v pořádku, že to zvládnou a celkově je to zklidnilo. Myslím si, že právě zde, věk (a nejen ten, ale i vzdělání, socioekonomický statut) může hrát významnou roli v ovlivňování psychiky. Čím je žena mladší, tím méně jí, podle mého názoru, všechno dochází, spoustu věcí si ani neuvědomuje a její způsob života je mnohem rizikovější než u žen starších.

Dílčí cíl: **3. Jak probíhal porod?**

Výzkumné otázky: ***Rodila jste v termínu? Jak proběhl porod? Jaký jste měla pocit z porodu?***

Všechny respondentky rodily spontánně.

Porod proběhl u všech respondentek spontánně. Ani jedna nemusela podstoupit císařský řez. Tři respondentky porodily v plánovaném termínu. Jedna respondentka týden po termínu. Porod probíhal u všech respondentek v porodnici za asistence porodní asistentky a lékaře. Dvě respondentky odjely do porodnice po odtoku vody plodové. Jedna při kontrakcích v intervalu 4 – 5 minut, jedna při nepravidelných kontrakcích a slabém krvácení, které způsobil odchod hlenové zátky. Porodní bolesti vnímaly respondentky různě. U všech se střídaly rozporuplné pocity. Na jedné straně radost, že budou mít vytoužené dítě, na druhé straně obavy, aby vše dobře dopadlo. I respondentky, které měly v průběhu těhotenství strach z porodu, uvedly, že jejich obavy byly přehnané. Všechny shodně uvedly, že okamžik, kdy držely dítě poprvé v náručí, byl ten nejhezčí...

Jak uvádí ve své knize *Moderní porodnictví A. Roztočil*, může porod u starších prvorodiček trvat déle. První a druhá doba porodní může být ovlivněna méně pružnou tkání a elasticitou porodních cest. Vzhledem k možnostem vyššího výskytu přidružených onemocnění často dochází k operativnímu porodu, tedy k císařskému řezu. U starších rodiček k operativnímu porodu dochází zejména z důvodu přidruženého interního onemocnění. Pokud se při spontánním či indukovaném vaginálním porodu vyskytne komplikace, která ohrožuje na životě matku či plod, musí dojít také k operativnímu porodu. V případech mnou vybraných respondentek se toto nepotvrdilo. Všechny rodily spontánně, ke komplikacím, které by vedly k operativnímu porodu, nedošlo.

*M. Koucký* v knize *Spontánní předčasný porod* uvádí studii (*Smith, 2007, Thompson, 2006*), ve které se zkoumá vliv vzdělání na předčasný porod. U žen s vyšším vzděláním riziko předčasného porodu klesá. Přesné souvislosti však nejsou známy. Toto tvrzení mohu potvrdit, tři respondentky mají vysokoškolské vzdělání, jedna středoškolské.

Přestože těhotenství probíhalo normálně, dítě se narodilo v termínu a zdravé, o dalším těhotenství zatím nepřemýšlí. Toto uvedly tři respondentky. Respondentka po IVF se dalšímu těhotenství nebrání, i když si uvědomuje, že by musela otěhotnět zase s odbornou pomocí.

## Výstup pro praxi

Po poznatcích získaných kvalitativním výzkumem, který byl veden formou rozhovorů s respondentkami, jsem dospěla k závěru, že prenatální péče o těhotné, je u nás nesporně na velmi vysoké úrovni. Protože však i těhotné po 35. roku věku mohou prožít těhotenství bez rizika a spontánně porodit, je možná třeba zvážit, jakým způsobem o rizicích a komplikacích v těhotenství se ženami mluvit, jak tyto informace předkládat. Vyplývá to i z výše uvedené výpovědi jedné respondentky, která uváděla, že jí byl její věk neustále připomínán, přestože si toto samozřejmě plně uvědomovala. Ve vyšším věku je těhotenství většinou chtěné, plánované, ženy jsou dobře informovány o možných rizicích a neustálé připomínání všech těchto aspektů je pro ně stresující.

Proto bych možná vyzkoušela pro „starší těhotné“ trochu jinou formu vedení předporodních kurzů. Nenavrhovala bych kurzy formou přednášek, ale besed. Určitě by bylo třeba vymezit témata, která se budou probírat a těhotné by se mohly dotazovat na věci, které je zajímají, které se jich konkrétně týkají. Nechci tvrdit, že se nemohou zeptat v poradně, že jim tyto otázky nezodpoví ošetřující lékař či porodní asistentka. Myslím si, že na těchto besedách by bylo více času a i ženy mezi sebou by si mohly předávat zkušenosti, podělit se o svoje pocity, sdílet své obavy či radosti. V příloze č. 1 uvádím návrh letáku na takový kurz.



## 9. Závěr

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na těhotenství a jeho rizika u žen starších 35 ti let. Hlavním cílem mé práce bylo zjistit, jak vnímají ženy po 35. roce těhotenství a porod. Byly stanoveny tři dílčí cíle. Stanovit faktory, které ovlivnily rozhodnutí otěhotnět ve vyšším věku, popsat psychiku ženy v průběhu těhotenství a popsat, jak ženy prožívaly porod. Vybrala jsem si kvalitativní výzkum, který lze, na rozdíl od kvantitativního výzkumu, provádět na menší skupině respondentů. Pro svoji práci jsem si vybrala záměrně čtyři respondentky.

Stanovit faktory, které ženy vedou k dokladu těhotenství na pozdější dobu, jednoznačně nelze. Dvě ze čtyř respondentek odložily těhotenství z kariérních důvodů, jedna změnila po dlouholetém vztahu partnera a jedna byla nucena odložit těhotenství ze zdravotních důvodů.

Prožívání těhotenství a psychika ženy v jeho průběhu lze popsat dvěma protichůdnými pocity. Na jedné straně radost, na druhé straně obavy. Všechny respondentky, vzhledem ke svému věku, vzdělání, socioekonomické situaci a podobně věděly, že těhotenství s sebou může přinést určitá rizika. Těhotenství plánovaly, dítě bylo chtěné, narodilo se do fungujících partnerských vztahů. Proto na začátku těhotenství převládala radost a postupně začaly přibývat obavy o zdraví svého dítěte. Všechny shodně uvedly, že pro ně bylo velmi stresující čekání na výsledky vyšetření. Všechna doporučená vyšetření ale absolvovaly, plně důvěřovaly svému ošetřujícímu lékaři a porodní asistenci. Pouze jedné respondentce se v průběhu těhotenství přidaly zdravotní komplikace. Byl diagnostikován gestační diabetes. Tato situace opět velmi ovlivnila psychiku. Psychiku, dle vyjádření jedné respondentky, ovlivnil i fakt, že jí byl neustále připomínán její věk a s tím spojená rizika, např. operativní porod, císařský řez.

Tento fakt se nepotvrdil. Všechny mnou oslovené respondentky rodily spontánně, žádné komplikace se neobjevily. Shodně popisují strach z bolesti, obavy o zdárný průběh porodu. Rodily v porodnici za asistence porodní asistentky a lékaře. U porodu byl přítomen partner. Shodně udávají, že pocit po narození dítěte se nedá popsat, že okamžitě smaže všechny obavy, strach. Přestože prožily relativně šťastné období,

dítě se narodilo zdravé, prenatální i poporodní péče byla skvělá, o dalším těhotenství zatím neuvažují. Pouze jedna respondentka by se nebránila.

Z mého výzkumu vyplynulo, že i žena po 35 roce věku může prožít a prožívá těhotenství bez komplikací, může porodit spontánně. Tímto nechci přesvědčovat ženy, aby rodily až v pozdním věku. Myslím si však, že pokud se k tomu po zralé úvaze a z jakýchkoliv důvodů rozhodnou, je třeba je podporovat a umožnit jim v rámci možností co nejcitlivější a nejlepší péči.

Proto jsem se pokusila navrhnout předporodní kurzy vedené formou besed, diskuzí, ne cílenými přednáškami, které rizika a věk neustále připomínají

## Seznam použité literatury a zdrojů

BINDER, Tomáš. *Porodnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2011, 297 s. ISBN 978-80-246-1907-1.

BIERMAN CH., *Maminkou po čtyřicítce*, 2006, 1.vyd., česky, Portál, Praha, 178 s. ISBN 80-7169-355-3

BÍMOVÁ, Irena. Psychologická studie motivů pozdního rodičovství [online]. E-psychologie 2007. [cit. 25. 10. 2012]. Dostupné z: <http://e-psycholog.eu/clanek/6>

CALDA, Pavel. *Ultrazvuková diagnostika v těhotenství: pro praxi*. Vyd. 1. Praha: Aprofema, 2007, 268 s. ISBN 978-80-903706-1-6.

CITTEBART, Karel. *Gynekologie*. 1. vyd. Praha: Galén, c2001, xvi, 278 s. ISBN 80-7262-094-0.

ČESKÁ GYNEKOLOGICKÁ A PORODNICKÁ SPOLEČNOST. [online] *Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství, doporučený postup*. 2012. [2016-09-02] Dostupné z: <http://www.gynultrazvuk.cz/data/clanky/6/dokumenty/p-2015-zasady-dispenzarni-pece-ve-fyziologickem-tehotenstvi.pdf>

DUŠOVÁ, Bohdana a Jana MAREČKOVÁ. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií, 2009. 237 s. ISBN 978-80-7368-611-6.

HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH a Karel MARŠÁL. *Porodnictví*. 3., zcela přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2014. 580 s. ISBN 978-80-247-4529-9.

HÁJEK, Zdeněk. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada, 2004, 443 s. ISBN 80-247-0418-8.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.

KRAUS, Josef. [online] *Těhotenství po 35. roku: Co opravdu obnáší?* 2011. [cit. 2016-13-03]. Dostupné z: <http://www.maminka.cz>

KOUCKÝ, Michal a Jan SMÍŠEK. *Spontánní předčasný porod*. Praha: Maxdorf, 2014. Jessenius. 155 s. ISBN 978-80-7345-416-6.

LEDVINOVÁ, Lucie. *Problematika těhotenství u žen po 35. roce života*. České Budějovice, 2010. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Mgr. Judita Soukupová Maříková, 115 s.

MAMINKÁM.cz. [online] *Spontánní potrat, jeho příčiny a rizika* [2016-08-01] 2008-2016. Dostupné z <http://www.maminka.cz/spontanni-potrat-jeho-priciny-a-rizikove-faktory>

MAMINKÁM.cz. [online] *Jak potrat probíhá a lékařská péče při potratu*. [2016-10-01]. Dostupné z: <http://www.maminkam.cz/jak-potrat-probiha-a-lekarska-pecce-pri-potratu>

MANDER, Rosemary. *Těhotenství, porod a bolest: [základní problematika pro porodní asistentky a budoucí matky]*. 1. vyd. Praha: Triton, 2014. 313 s. ISBN 978-80-7387-810-8.

*Moderní babičství 2*. Praha: Levret, 2003, *Diabetes v těhotenství*, Prof. MUDr. A. Roztočil, CSc., 55 s. ISBN 80-903183-6-3.

MURKOFF, Heidi Eisenberg a Sharon MAZEL. *What to expect when you're expecting*. 4th ed. New York: Workman Pub., c2008. 640 s. ISBN 9780761150794.

OSTROVSKÁ, Petra. *Těhotenství ve vyšším věku*. Plzeň, 2013. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni. Fakulta zdravotnických studií. Vedoucí práce Mgr. Jana Horová, 95 s.

PARKER-LITTLER, Catherine. *Ask a midwife*. London: Dorling Kindersley, c2008, 320 s. ISBN 0756636876.

PARKER-LITTLER, Catharine. *Průvodce těhotenstvím a porodem: vše o vašich 40 týdnech a ještě víc, na co se bojíte kohokoli zeptat*. Vyd. 1. Praha: Ikar, 2010, z anglického originálu přeložila Stanislava Králová. 320 s. ISBN 978-80-249-1376-6.

PAŘÍZEK, Antonín. *Kniha o těhotenství a dítěti: [český průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím - až do dvou let dítěte]*. 4. vyd. Praha: Galén, c2009, 738 s. ISBN 978-80-7262-653-3.

PAŘÍZEK, Antonín. Kritické stavy v porodnictví. 1. vyd. Praha: Galén, c2012, xxxii, 285 s. ISBN 978-80-7262-949-7.

PAŘÍZEK, Antonín. *Psychické změny těhotných. Kniha o těhotenství a dítěti* [online]. 2009. [cit. 6. 11. 2015]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/psychicke-zmeny-tehotnych.cz/>

PROCHÁZKOVÁ, Kristina. [online]. *Těhotná po pětatřicítce: normální věc, nebo hazard?* [2016-14-03]. Dostupné z: <http://www.mesicnikzdravi.cz>

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 405 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

ŘEŽÁBEK, Karel. *Asistovaná reprodukce*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Maxdorf, c2014. Farmakoterapie pro praxi. 137 s. ISBN 978-80-7345-396-1.

ŘÍČÁNEK, Jan MUDr. [online]. *Amniocentéza*. . [2016-03-03]. Dostupné z: <http://http://www.igyn.cz/amniocenteza.html>

STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přeprac. vyd. Praha: One Woman Press, 2009, 513 s. ISBN 978-80-86356-50-1.

ŠILHOVÁ, Lucie a Jana STEJSKALOVÁ. *Matkou ve vyšším věku: vliv věku na plodnost ženy a na průběh těhotenství*. Vyd. 1. Brno: Computer Press, 2006, 102 s. ISBN 80-251-0987-9.

ŠŤOURAČOVÁ, Alena. [online]. *Věk versus otěhotnění*. . [2015-07-12]. Dostupné z: <http://www.maminka.cz>

WIKISKRIPTA.eu, [online]. *Dědičné metabolické poruchy*. 2015. [2016-06-01]. Dostupné z <http://www.wikiskripta.eu> *metabolické poruchy*

# Přílohy

Seznam příloh:

Příloha č. 1 – Letáček

Příloha č. 2 – Informovaný souhlas

# **Předporodní kurz**

*... tak trochu jinak*

***Vy se ptáte, my odpovídáme.***

***Milé nastávající maminky,***

***tento předporodní kurz je určen Vám, kterým je 35let a víc...***

***Kurz bude probíhat v cyklu 4 besed, kdy budou zodpovězeny otázky, které zajímají konkrétně Vás.***

- 1. Jsem těhotná ve vyšším věku, je to opravdu takový problém?***
- 2. Jaká rizika ohrožují mě a mé dítě?***
- 3. Jak se mám připravit na porod a zmírnit svůj strach?***
- 4. Jak zvládnout šestinedělí po fyzické i psychické stránce?***

***Kurzem budou provádět porodní asistentky:***

***Bc. X Y***

***Bc. X Y***

***Mgr. X Y***

***Kurz bude probíhat v Rodinném centru XY, Plzeň. Malé občerstvení a pití zajištěno na místě.***

***Kapacita kurzu je omezena, přihlášky posílejte na email [xxyy @seznam.cz](mailto:xxyy@seznam.cz).***

***Cena kurzu je 450,-Kč, po přijetí přihlášky Vám budou zaslány podklady pro platbu.***

***TĚŠÍME SE NA VÁS!***

***... a doufáme, že i Vy na nás. 😊***

Zdroj fotografie: dreamstime.com

Příloha č. 2

## INFORMOVANÝ SOUHLAS

NÁZEV BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

STUDENT

Michaela Zahálková

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: [michaelaz912@gmail.com](mailto:michaelaz912@gmail.com)

VEDOUCÍ BP:

Mgr. Lucie Kašová

Katedra ošetřovatelství a porodní asistence

Fakulta zdravotnických studií ZČU

e-mail: [lkasova@kos.zcu.cz](mailto:lkasova@kos.zcu.cz)

CÍL STUDIE

Cílem studie je zjistit, jak vnímají ženy těhotenství a porod po 35 roce věku

S Vaším svolením bude proveden rozhovor, který bude zaznamenáván na diktafonu. Tento záznam bude průběžně doplňován písemně na záznamovém archu. Záznamy budou sdíleny pouze studentem nebo vedoucím bakalářské práce. Po kompletaci studie budou ihned vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána.

Nemusíte odpovídat na žádné specifické otázky, pokud nebudete sám/sama chtít, a můžete také kdykoliv odstoupit od rozhovoru nebo studie.

SOUHLAS S VÝZKUMEM

Já .....

souhlasím s účastí ve výzkumné studii. Souhlasím se záznamem rozhovoru na diktafon a záznamový arch. Rozumím, že mohu kdykoliv od rozhovoru nebo studie odstoupit a že citace rozhovoru budou použity anonymně, nebudu ve studii identifikována.

Podpis účastníka výzkumu: ..... Datum:

Podpis studenta: ..... Datum: