

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2022

Rebeca Šmejcká

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Porodní asistence B0913P360005

Rebeca Šmejcká

GRAVIDITA VE VYŠŠÍM VĚKU

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

PLZEŇ 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracoval/a samostatně a všechny použité prameny jsem uvedl/a v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 28. 3. 2022.

.....

vlastnoruční podpis

Abstrakt

Příjmení a jméno: Šmejcká Rebeca

Katedra: Ošetrovatelství a porodní asistence

Název práce: Gravidita ve vyšším věku

Vedoucí práce: PhDr. Jana Horová

Počet stran – číslované: 51

Počet stran – nečíslované: 20

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 46

Klíčová slova: vyšší věk, gravidita, prenatální péče, komplikace, porodní asistentka

Souhrn:

Bakalářská práce zkoumá prožívání těhotenství žen ve vyšším věku. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je zaměřena na téma těhotenství a změny související s těhotenstvím. Další část je věnována prenatální péči a specifickým graviditám ve vyšším věku. Současně poukazuje na roli porodní asistentky v péči o gravidní ženu ve vyšším věku.

Praktická část je zpracována kvalitativním výzkumem formou rozhovorů. Cílem praktické části bylo zmapovat prožívání těhotenství u žen starších 35 let. Výzkumného šetření se účastnily 2 ženy, které otěhotněly a porodily ve vyšším věku (35+ let).

Abstract

Surname and name: Šmejcká Rebeca

Department: Department of Nursing and Midwifery

Title of thesis: Pregnancy in Older Age

Consultant: PhDr. Jana Horová

Number of pages – numbered: 51

Number of pages – unnumbered: 20

Number of appendices: 4

Number of literature items used: 46

Keywords: higher age, pregnancy, prenatal care, complication, midwife

Summary:

This bachelor thesis explores the experience of pregnancy in older women. It is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part focuses on the topic of pregnancy and pregnancy-related changes. Another section is devoted to prenatal care and the specifics of pregnancy at an older age. At the same time, it highlights the midwife's role in the care of the pregnant woman at a later age.

The practical part revolves around qualitative research in the form of interviews. It aims at mapping the experience of pregnancy among women over 35 years of age. Two women who became pregnant and gave birth at an older age (35+ years) participated in the research.

Poděkování

Děkuji vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Janě Horové za odborné vedení práce, trpělivost, poskytování rad a materiálních podkladů. Dále děkuji respondentkám, které mi věnovaly svůj čas a poskytly potřebné informace. Děkuji své rodině za jejich podporu při studiu a psaní bakalářské práce.

OBSAH

SEZNAM OBRÁZKŮ	9
SEZNAM TABULEK	10
SEZNAM ZKRATEK	11
ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	14
1 TĚHOTENSTVÍ.....	14
1.1 Změny v organismu těhotné ženy	15
1.1.1 Fyziologické změny na reprodukčních orgánech	15
1.1.2 Orgánové změny v těhotenství	16
1.1.3 Psychické změny	19
2 PRENATÁLNÍ PÉČE	22
2.1 Pravidelná vyšetření.....	22
2.2 Nepravidelná vyšetření	22
2.3 Vyšetřovací metody vrozených vývojových vad.....	24
3 SPECIFIKA GRAVIDITY VE VYŠŠÍM VĚKU	26
3.1 Plodnost	26
3.2 Komplikace spojené s vyšším věkem matky	26
3.2.1 První trimestr	27
3.2.2 Druhý trimestr	29
3.2.3 Třetí trimestr	30
3.2.4 Rizika pro plod	30
4 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI O TĚHOTNOU ŽENU VE VYŠŠÍM VĚKU 32	
4.1 Podpora porodní asistentky.....	32
4.2 Psychoprofylaktická příprava	33
PRAKTICKÁ ČÁST	35
5 FORMULACE PROBLÉMU	35
6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY	35
6.1 Hlavní cíl.....	35
6.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy	35
7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU	37
8 METODIKA PRÁCE	38
9 ORGANIZACE VÝZKUMU	39
10 ZPRACOVÁNÍ DAT	40
11 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	41
11.1 Rozhovor č. 1 – Paní Kateřina	41

11.1.1	Identifikační a základní údaje.....	41
11.1.2	Anamnéza	41
11.1.3	Plánované rodičovství	42
11.1.4	Těhotenství	43
11.1.5	Porod.....	45
11.1.6	Role porodní asistentky	46
11.2	Rozhovor č. 2 – Paní Marta.....	47
11.2.1	Identifikační a základní údaje.....	47
11.2.2	Anamnéza	47
11.2.3	Plánované rodičovství	48
11.2.4	Těhotenství a jeho prožívání.....	49
11.2.5	Porod.....	51
11.2.6	Role porodní asistentky	52
	DISKUZE	53
	ZÁVĚR.....	62
	SEZNAM LITERATURY	64
	SEZNAM PŘÍLOH	69
	PŘÍLOHY	70
	Příloha č. 1 – Informovaný souhlas	70
	Příloha č. 2 – Okruhy k rozhovoru	71
	Příloha č. 3 – Leták.....	72
	Příloha č. 4 – Ukázka kódování.....	73

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1: Leták	72
Obrázek 2: Ukázka kódování	73

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Výzkumná otázka č. 1	53
Tabulka 2: Výzkumná otázka č. 3	56
Tabulka 3: Výzkumná otázka č. 5	59
Tabulka 4: Okruhy k rozhovoru	71

SEZNAM ZKRATEK

hCG	lidský choriogonadotropin
PAPP-A	pregnancy associated plasma protein A
Rh faktor	rhesus faktor
UZ	ultrazvuk
VVV	vrozené vývojové vady
ACTH	adrenokortikotropní hormon
TSH	tyreotropní hormon
MSH	melanocyty stimulující hormon
oGTT	orální glukózový toleranční test
HIV.....	Human Immunodeficiency Virus
HbsAg	Hepatitis B surface Antigen
GBS	Guillainův–Barrého syndrom
pCO ₂	parciální tlak oxidu uhličitého
IVF	in vitro fertilizace

ÚVOD

Nejvýznamnějším trendem reprodukčního chování za poslední tři desetiletí je odsun plodnosti do vyššího věku žen. Česká republika patřila do začátku 90. let k vyspělým zemím světa s nejnižším průměrným věkem žen při porodu prvního dítěte, který nepřesahoval 22,5 roku. V 90. letech však byla jednou z nejrychleji rostoucích zemí tohoto ukazatele. Průměrný věk rodiček se po roce 2000 zpomalil a poslední roky stagnuje na 28 letech. O tzv. reprodukčním stárnutí lze hovořit, když stále více žen rodí své první dítě po 30 nebo dokonce 35 roku (ČSÚ, 2019). Výrazně se tedy zvýšil počet žen, které odsouvaly své první těhotenství později po třicátém roce života a až poté přišly na to, že se jim otěhotnět nedaří (Tribune.cz, 2016).

Přestože jsou lidé neustále informováni o poklesu plodnosti, který souvisí se zvyšujícím se věkem, na jejich reprodukčním chování to nic nemění. Je to dáno různými faktory. Jedním z nich je, že lidé značně přeceňují schopnost asistované reprodukce léčit neplodnost související s vyšším věkem. Tímto způsobem se poukazuje na slavné osobnosti, které mají děti i po čtyřicátém roce života. Ale neuvádí se, že je mají díky darovaným gametám. Dalším faktorem může být, že mnoho žen se domnívá, že díky zdravému životnímu stylu předcházejí přirozenému a věkem podmíněnému poklesu plodnosti, a proto mateřství odkládají.

Důležitým faktorem v současnosti je dnešní životní styl (Tribune.cz, 2016). Ženy se chtějí vzdělávat, později hledají vhodné zaměstnání, kde se snaží si vybudovat určité postavení ve své kariéře a teprve poté se rozhodnou plánovat děti. Je mnoho faktorů, které vedou k posunutí mateřství do vyššího věku. Mezi nejčastější patří touha po vlastní kariéře, snaha po sebeuplatnění, užívání si života bez závazků a velké zodpovědnosti, cestování, nedostatečné finanční zabezpečení či volba správného partnera (Medicalnewstoday.com, 2017). V jiném případě početí brání zdravotní problémy jednoho z partnerů nebo dokonce obou. K tomuto problému pak slouží centrum asistované reprodukce, ve kterém se snaží přijít na příčinu problému s početím a následně jeho řešení. Pokud nedojde k otěhotnění ani po vyřešení zjištěných poruch, je navržena metoda asistované reprodukce.

Těhotenství, u žen starších 35 let, bývá spojováno s různými zdravotními komplikacemi, které mohou postihnout plod i těhotnou ženu. Existují proto určitá rizika, která souvisí s vyšším věkem ženy. Pokud se tedy objeví nějaká komplikace během těhotenství, má to určitý vliv na psychiku žen a jejich prožívání gravidity.

Proto bych se chtěla ve své bakalářské práci zaměřit, jak ženy ve vyšším věku těhotenství prožívají a vymezit si okolnosti, které ovlivnily rozhodnutí otěhotnět.

TEORETICKÁ ČÁST

1 TĚHOTENSTVÍ

Těhotenství je období v životě ženy, během kterého se v jejím těle vyvíjí plod. Průměrná gravidita trvá 40 ukončených týdnů + 0 dnů, tj. 280 dnů, tedy 10 lunárních měsíců, které jsou rozděleny na 3 trimestry. Délka prvního trimestru je do 12 týdnů, druhého trimestru do 28 týdnů a třetího trimestru od 28 týdnů až do termínu porodu (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 32). Termín porodu je určen 40. týden od prvního dne poslední menstruace. K porodu obvykle dochází mezi 37. a 42. týdnem (Procházka a kol., 2020, s. 171). Gravidita začíná splynutím ženské a mužské pohlavní buňky a končí narozením zralého plodu. Dělí se na období oplození, implantaci, nidaci a vývoj plodového vejce. Při přechodu z nitroděložního prostředí do mimoděložního prostředí se plod při narození stává novorozencem (Roztočil a kol., 2020, s. 18).

Gravidita se dělí podle rizikovosti do tří skupin.

Do skupiny s nízkým rizikem spadají těhotné ženy, které nemají v rodinné či osobní anamnéze rizikové faktory a všechny jejich výsledky laboratorních či klinických testů během těhotenství jsou v normě. V takovém případě se jedná o fyziologickou graviditu (Roztočil a kol., 2017, s. 120).

Do skupiny se středním rizikem spadají těhotné ženy, u kterých nejsou žádné známky těhotenské patologie, ale existují takzvané "rizikové faktory", které mohou být známy před těhotenstvím nebo se vyskytnou až během těhotenství (www.fno.cz, 2022). V tomto případě se jedná o rizikovou graviditu. Počet návštěv v prenatální poradně závisí na aktuálním vývoji zdravotního stavu ženy. Podle závažnosti onemocnění gynekolog rozhodne o rozsahu a četnosti konziliárních či laboratorních vyšetření (ČGPS ČLS JEP, 2021, s. 1).

Do skupiny s vysokým rizikem spadají ženy, u kterých se vyskytuje přítomnost patologických laboratorních či klinických výsledků, které poukazují na konkrétní riziko. Pokud jsou těhotná žena, její plod nebo oba ohroženi na zdraví či životě, jedná se o patologickou graviditu. Počet návštěv a rozsah a četnost konziliárních či laboratorních vyšetření jsou posouzeny individuálně. Podle závažnosti rizikového faktoru a jeho charakteru, se ošetřující gynekolog rozhodne na následujícím postupu (Roztočil a kol., 2017, s. 120).

1.1 Změny v organismu těhotné ženy

Cílem změn v těle matky je připravit organismus ženy na zajištění bezproblémového těhotenství, vývoje a růstu plodu a připravit organismus matky na porod a kojení. V organismu těhotné ženy se vytvářejí změny rozdílného charakteru. Souvisejí se změnami stavby a funkce orgánů a metabolických procesů. Dochází tak ke změnám jako jsou růst tkání, relaxaci hladkého svalstva, zadržování tekutin a dalším (Gregora, 2011, s. 139).

1.1.1 Fyziologické změny na reprodukčních orgánech

Děloha těhotné je vlivem hormonálních změn v průběhu těhotenství více prokrvená. S růstem plodového vejce v dutině děložní mění barvu i konzistenci a tvar i polohu, kde postupně roste nejprve v malé pánvi a později v dutině břišní. Podle velikosti dělohy lze odvodit i stáří gravidity. Díky zvětšování dělohy se také mění její hmotnost, která je před těhotenstvím kolem 50-60 g, na konci těhotenství může mít až 1 kg a její objem je kolem 5 l. Také s pokročilejším těhotenstvím se postupně ztenčuje stěna dělohy a mění se konzistence, kdy je děloha více prosáklá a měkká. Ke konci těhotenství se děloha začne sklánět i stáčet lehce doprava, a to pak určuje postavení plodu v děloze a naléhání k pánevnímu vchodu (Roztočil a kol., 2017, s. 108).

I děložní hrdlo mění svou velikost, konzistenci, tvar a zbarvuje se do tmavší modrofialové barvy. Vzhled zevní branky se liší u nullipar a žen, které už v minulosti porodily. U nulipar je zevní branka kulatá, kdyžto u multipar je příčná štěrbiná. V děložním hrdle se také vytváří hlenová zátka, což je hustý hlen, který se pomocí sekrece hromadí v cervikálním kanálu. Hlenová zátka chrání plod před bakteriemi, které by se mohly dostat do děložní dutiny. Dilatace děložního hrdla začíná odchodem hlenové zátky (Roztočil a kol., 2020, s. 47).

Poševní sliznice je vlivem hormonů více prosáklá, prokrvená a má lividní charakter. Zvýšenou pigmentaci lze sledovat na zevním genitálu. Vlivem tlaku zvětšující se dělohy mohou vznikat v oblasti genitálu i křečové žíly (Roztočil a kol., 2017, s. 109).

Působení těhotenských hormonů vyvolává hypertrofii mléčné žlázy. To má za následek výrazné zvětšení prsů a citlivost bradavek. Vlivem rychlého růstu můžou na prsech vzniknout strie. Charakteristické změny na dvorcích a bradavkách se objevují už během gravidity. Pigment na dvorcích je tmavší a bradavky jsou větší, citlivější a stávají se erektilnější. Změny na prsou v průběhu gravidity jsou vyvolány působením estrogenů a progesteronu.

Už v prvním trimestru začne mléčná žláza produkovat nažloutlý sekret tzv. kolostrum. Připravuje se tak na svou budoucí laktaci. Po porodu pak začne působit hormon oxytocin a prolaktin. Oxytocin je spouštěč mateřského mléka při kojení a hormon prolaktin stimuluje tvorbu mateřského mléka (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 117).

1.1.2 Orgánové změny v těhotenství

1.1.2.1 Kardiovaskulární systém a krevní změny

Srdce těhotné ženy má tendenci se zvětšovat a díky objemné děloze mění svou polohu, kdy je vysunuto lehce nahoru a doleva. Zvyšuje se nárůst kapacity krve v celkovém oběhu až o 40 %. U vícečetné gravidity je zvýšení mnohem výraznější. Minutový srdeční objem se také zvýší a díky tomu stoupá systolický objem a srdeční frekvence. Gravidní ženy tak mohou mít sklon k tachykardii, neboť jejich srdeční frekvence stoupá až o 10-15 úderů za minutu. Gravidita je pro srdce ženy zvýšená zátěž (Roztočil a kol., 2017, s. 110).

U těhotných žen se vyskytují i změny v krevním tlaku. Vlivem těhotenských hormonů se vytváří arteriální změny na cévách, a to působí na krevní tlak. V první polovině těhotenství dochází k vazodilataci cév, která způsobí pokles krevního tlaku. V druhé polovině těhotenství se krevní tlak opět vrací do původních hodnot. Pokud se kdykoliv během těhotenství zvýší systolický tlak o 30 mm Hg a diastolický tlak o 15 mm Hg, může to značit vznik hypertenze. Krevní tlak závisí i na poloze ženy. V druhé polovině těhotenství hrozí syndrom aortokavální komprese. Tlak dělohy na dolní dutou žílu s následným snížením venózního návratu k srdci způsobuje náhlou hypotenzi, která se projevuje u ženy v poloze vleže na zádech. Proto je ideální poloha pro ženu vleže na levém boku. Tlak zvětšené dělohy zhoršuje návrat krve z dolní části těla, způsobuje snížený průtok v žilách, a to způsobuje vznik křečových žil na dolních končetinách, zevním genitálu, hemoroidy a vznik otoků (Roztočil a kol., 2017, s. 110).

Objem cirkulující krve stoupá až o 1,5 l z důvodu případné větší ztráty u porodu, kde funguje jako rezerva a také jako krevní zásoba placenty k uspokojení vyšším nárokům na transport kyslíku. Větší množství krevní plazmy ředí krev a mění krevní obraz. Zvyšuje se počet bílých krvinek a sedimentace erytrocytů, ale snižuje se počet červených krvinek z důvodu špatného vstřebávání železa v těhotenství. Ženy tak mají sklon k hemodiluční anémii. Množství krevních destiček se nemění. Zvyšuje se koagulační systém, kde je zvýšená srážlivost krve, která má ochranný význam při krvácení po porodu. Hladiny fibrinogenu jsou tak v období během porodu vyšší (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 34).

1.1.2.2 Respirační a gastrointestinální systém

Tlak rostoucí dělohy vysouvá bránici směrem nahoru. Dýchání je tak převážně brániční a má sklon k hyperventilaci s poklesem arteriálního a alveolárního pCO₂, a to má za následek mírnou respirační alkalózu. Pokles pCO₂ u matky má podle všeho napomáhat plodu zbavit se oxidu uhličitého. V těhotenství se zvyšuje až o 20 % spotřeba kyslíku a minutový dechový objem stoupá o 50 % (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 35).

Fyziologické těhotenské změny v oblasti gastrointestinálního traktu mohou vyvolat řadu obtíží, která jsou spojená s graviditou. Působením hormonu estrogenu jsou dásně více prokrvené, a tedy náchylné ke krvácivosti. Proliferace slinných žláz má za příčinu zvýšenou produkci slin. Zuby jsou v graviditě více náchylné na tvorbu kazů z důvodu snížené kyselosti. Pro graviditu je typický pica syndrom, který se projevuje podivnými chutěmi i na suroviny, které nejsou určeny ke konzumaci, jako jsou např. omítka, hlína, papír atp. (Roztočil a kol., 2020, s. 51).

Na začátku těhotenství mnoho žen trpí na těhotenskou nauzeu a zvracení. Účinek hormonů tak ovlivňuje tvorbu žaludečních šťáv, které jsou vyvolány výraznou sekrecí lidského choriogonadotropinu. Relaxaci gastrointestinálního traktu vyvolává hormon progesteron, což působí na sníženou motilitu. Uvolnění svěrače kardie mezi žaludkem a jícnem dochází k refluxu žaludečních šťáv, a to vyvolává pyrózu (Roztočil a kol., 2017, s. 111).

Snížená motilita střeva ovlivňuje vyprazdňování, což vede k zácpě, k níž přispívá i zvýšená resorpce vody a sodíku v tlustém střevě (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 35).

1.1.2.3 Močové ústrojí a metabolické změny

Ledviny zvětšují svůj objem, cirkuluje v nich více krve a díky tomu jsou hodně zatěžované. Glomerulární filtrace je zvýšená o 60 %, stejně jako vstřebání vody a sodíku v renálních tubulech. Svalový tonus močových cest a močového měchýře je nízký, tedy peristaltika močovodu je pomalejší a močovody jsou obvykle rozšířené. Zvyšuje se tak riziko infekcí močových cest. V graviditě dochází k polakisurii, neboť je snížená kapacita močového měchýře (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 118).

Bazální metabolismus se celkově zvýší až o 20 %. Spotřeba kyslíku spojená s růstem plodového vejce, mateřských tkání a zvýšenou respirační a oběhovou zátěží, se na konci těhotenství natolik zvýší, že to zcela vysvětluje zvýšení metabolismu (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 36).

1.1.2.4 Endokrinní změny a pohybový aparát

V těhotenství dochází také k mnoha změnám ve funkci žláz s vnitřní sekrecí.

V hypofýze se zvyšuje sekrece prolaktinu, ACTH, TSH a MSH, zatímco tvorba gonadotropinů klesá.

Celkové hladiny kortikosteroidů, které produkují nadledviny, se během těhotenství zvyšují a mohou souviset se vznikem strií, glykosurií a se sklonem k vysokému krevnímu tlaku. Funkce dřeně nadledvin není během těhotenství ovlivněna a hladiny adrenalinu a noradrenalinu se nezmění.

Štítná žláza se u gravidních žen zvětšuje, někdy až na dvojnásobek běžné velikosti. Zvětšení je způsobeno zvýšenou renální exkrecí, která vede ke snížení plazmatické koncentrace jódu a zvýšení ukládání koloidních látek ve štítné žláze. Estrogen povzbuzuje tvorbu globulinu, jenž váže trijodtyronin a tyroxin, a tím je i zvyšuje. V důsledku zvýšené spotřeby, zůstává koncentrace tyroxinu nezměněná (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 35).

Vysoká hladina cirkulujících hormonů (relaxin a steroidní pohlavní hormony) a zvýšená elasticita pojivových a kolagenních tkání vede k hypermobilitě a relaxaci pánevních spojů zvláště v místech sakroiliakálních kloubů a stydké spony. Pakliže se dostaví výrazné bolesti v pánevních kloubech a těhotná žena bude mít potíže s chůzí, došlo během gravidity k výraznému rozvolnění, kterému se říká pelveolýza. Obezita a vícečetná gravidita tyto obtíže prohlubují (Roztočil a kol., 2017, s. 111).

Přibývání na váze gravidních žen a změny v centru tělesné rovnováhy mohou způsobit výrazné změny v držení těla, rovnováhy a chůze. Váhový přírůstek o 10 až 12 kg je příčinou změn statiky pánve, zejména zvýšenou lordózou v bederní části páteře, a proto je kompenzována zvýšenou kyfózou hrudní části páteře. Tělo kompenzuje ventrální růst gravidní dělohy prohnutím lumbosakrální páteře dopředu, tím se těžiště přemístí. Je zapotřebí vyrovnávací cervikothorakální kyfóza pro udržení změněné rovnováhy.

Svaly a vazy ve střední a dolní části páteře jsou pod velkým tlakem. To může způsobit bolesti zad, zejména v posledním trimestru (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 129).

1.1.2.5 Kůže a kožní adnexa

V průběhu těhotenství nastává v oblasti kůže několik změn v pigmentaci, ochlupení, pojivové tkáni a kožních cév (Roztočil a kol., 2020, s. 52).

Zvýšená pigmentace je typickou známkou gravidity, která je vyvolána zvýšenou hladinou progesteronu a estrogenů. Generalizovaná hyperpigmentace se vyskytuje méně často než lokální. Lokální pigmentace je častější v oblastech jako jsou bradavky, axily, pupek, vulva a perineum. Po obličejí se může objevit chloasma uterinum. Linea alba se mění v lineu nigru. Již existující znaménka na těle ztmavnou a mohou se zvětšit. Také mohou i přibýt nová znaménka. Po porodu by tyto změny měly zase zmizet (Roztočil a kol., 2017, s. 111).

Zvýšený růst vlasů a ochlupení je v graviditě vzácný. Pokud k tomu dojde, je to obvykle známka virilizace. Časté je poporodní vypadávání vlasů, jehož příčina je podle všeho vliv hormonálních změn (Roztočil a kol., 2020, s. 52).

Strie jsou drobné protáhlé jizvy vznikající ve škáře na základě roztažení kůže, její křehkosti a hormonálních změn zvláště adrenokortikální hyperaktivity. Objevují se v oblasti podbřišku, na prsou a hýždích. Zprvu mají růžovofialové zbarvení, později zbledají. Zanechávají na těle nepravidelné protáhlé jizvy.

Během těhotenství vlivem progesteronu dochází ke zvýšené vaskulární permeabilitě a hyperproliferaci cév. Lokální žilní kongesce se vyskytuje v oblasti pochvy a poševního vchodu. Tvorba pavoučkových névů vzniká vlivem arteriální proliferace a ty se tvoří převážně na obličejí, krku, hrudi a končetinách. Malé hemangiomy se mohou objevit na očních víčkách, jazyku a na horním rtu. Po porodu nemizí, ale zmenšují se (Roztočil a kol., 2017, s. 111).

Těhotenství má na kožní onemocnění rozdílný vliv. Některá onemocnění se můžou zlepšovat, jiná zase zhoršovat (Roztočil a kol., 2020, s. 53).

1.1.3 Psychické změny

Od začátku těhotenství neprochází tělo ženy jen fyzickými, ale i psychickými změnami. Ty jsou ovlivněny jak právě těmi fyzickými změnami, tak i sociálními a ekonomickými faktory (Roztočil a kol., 2017, s. 113). Na psychice se podílí i typ osobnosti ženy, její zdravotní stav, kvalita vztahu s jejím partnerem a ekonomické a sociální zajištění (Gregora, Velemínský, 2017, s. 27). Těhotenství je v životě ženy velmi důležitou vývojovou fází, což

znamená, že je v období velkých změn a musí se s tím vnitřně srovnat. Čeká ji nová sociálních role, ke které se vážou nové způsoby chování. Toto nevyrovnané období může vést k pocitům úzkosti, ztracenosti i zmatku. Dobrou podporou ji však můžou být rodina a přátelé. Psychika ženy se mění v souvislosti ke stáří těhotenství. V každém trimestru je typické, že má žena určité rozpoložení.

V prvním trimestru se žena zaměřuje na sebe a sleduje jakékoliv známky těhotenství. Ženy bývají často náladové a podrážděné. V tomto období je proto nejdůležitější úlohou přijmout těhotenství. Vyskytují se ambivalentní pocity, strach a zároveň radostné pocity z očekávání. Proto je důležitá duševní podpora rodiny a blízkých (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 31).

V druhém trimestru už jsou ženy vyrovnanější a cítí se lépe než v prvním trimestru. Těhotenské potíže jsou mírnější, a proto je pro ně toto období klidné. Vyskytují se u nich jisté známky těhotenství a už vnímají první pohyby plodu. Také se začínají zajímat o více informací týkajících se těhotenství a porodu a snaží se podporovat správný průběh těhotenství. Většinou si tuto fázi gravidity ženy nejvíce užívají. V tomto období by žena měla přijmout vyvíjející se plod za samostatného nezávislého jedince (Roztočil a kol., 2017, s. 113).

V posledním trimestru se pocity těhotných žen můžou lišit. Jsou ženy, které se cítí dobře, užívají si poslední týdny těhotenství a jsou připraveny přivítat na světě nového člena rodiny. Jiné mohou špatně snášet pokročilý stav těhotenství, jsou už tedy netrpělivé a nemohou se dočkat porodu. Na konci těhotenství se ženy cítí velmi zranitelné. Většina z nich se snaží na příchod miminka pečlivě připravit, ať už se jedná o porod či péči o novorozence. V tomto období se vyskytují obavy z porodu, kdy mají těhotné ženy strach z bolestí při porodu, z komplikací, poranění, zdraví miminka či sebekontroly před ostatními lidmi. V tomto období má tedy žena za úkol se připravit na porod a následně na novorozence a jeho péči (Hudáková, Kopáčiková, 2017, s. 31).

1.1.3.1 Vliv komplikací na psychiku těhotné

Rizikové těhotenství, které přináší určité komplikace, vyvolává u těhotné ženy stres a určité pochybnosti. Ženy bývají v těhotenství psychicky labilní a jestliže se k tomu objeví jisté komplikace, je psychika ženy vystavena takové psychické zátěži, která se projevuje intenzivnější úzkostí a strachem o vyvíjející se plod (Ratislavová, 2008, s. 33). Z důvodu včasné prenatalní diagnostiky je většina komplikací zjištěna, ale mohou nastat i takové komplikace, které nelze předvídat. Pravidelnými návštěvami prenatalní poradny lze včas zjistit

rizikové faktory, které mohou způsobit komplikace (Dušová; Marečková, 2009, s. 7). Rizika a komplikace s nimi spojená vzbuzují u těhotných žen a jejich partnerů obavy a pocit nejistoty. Pocity strachu a úzkostí se prohlubují. Pokud hrozí potrat nebo předčasný porod, doporučuje se klid na lůžku s hospitalizací na delší dobu. Těhotnou ženu čeká změna režimu, ale i změna prostředí, pokud bude hospitalizována. V případě, že dojde k takovému režimu, kdy bude žena muset ležet delší dobu v klidu na lůžku, se mohou vyvinout takové psychické změny, které se nazývají hospitalismus. Tyto změny jsou provázeny regresí, depresí, pláčem, protesty s agresí, uzavřeností a apatií. Mohou se také objevit známky agrese vůči zdravotníkům a okolí (Ratislavová, 2008, s. 33).

Rizikové těhotenství se dotkne celé rodiny. Mohou se tak narušit role v domácnosti a její chod. Kromě toho mohou nastat finanční problémy, např. z pracovní neschopnosti, kdy žena nebude moci vykonávat své zaměstnání. Vztah mezi plodem a matkou může být také narušen. Žena se snaží tolik nefixovat na plod, z důvodu ochrany před možnou ztrátou představ o dítěti. Naruší se tak i očekávání celé rodiny spojená s narozením dalšího člena do rodiny. (Dušová; Marečková, 2009, s. 8-9).

Pocity úzkosti a strachu přináší vyšetření prenatalní diagnostiky a následné čekání na výsledky. Je důležité ženu důkladně informovat s danými výkony, jejich průběhem, riziky a komplikacemi s nimi spojenými i časovou dostupností výsledků. Faktory vedoucí k indikaci určité metody prenatalní diagnostiky a osobnost jedince úzce souvisejí, jak moc se budou těhotná žena a její partner stresovat a strachovat o plod (Ratislavová, 2008, s. 34).

Těhotenství ve věku nad 35 let patří do faktorů, které mohou ovlivnit graviditu a plod. Jestliže žena poprvé otěhotní po 35. roce věku, způsobuje to určité obavy, úzkost a vědomí, že to nemusí skončit úspěšným těhotenstvím. Ve vyšším věku matky většina žen podstupují aminocentézu, která s sebou přináší pocity strachu a obav z výsledků vyšetření. Mnoho z nich mají zkušenost s neúspěchy z předchozích těhotenství, které mají také negativní vliv na psychiku a prožívání nynějšího těhotenství. Řadí se mezi ně spontánní potraty, interrupce z genetických příčin nebo porod mrtvého dítěte. Z toho důvodu jsou ženy úzkostnější a jsou pod větším psychickým tlakem. Řadí se proto do skupiny rizikových těhotných, které jsou díky tomu více hlídané. Starší rodičky kladou větší důraz na uspokojení svých potřeb a umí jasně sdělit, jaké jsou jejich přání a požadavky. Vědí, co od života chtějí a očekávají, mají ustálený žebříček hodnot a bývají více sebejisté (Ratislavová, 2008, s. 29).

2 PRENATÁLNÍ PÉČE

Přestože je těhotenství fyziologický proces, mohou se rozvinout i patologické stavy, které mohou ohrozit zdraví či život matky i vyvíjejícího se plodu. Proto by každá těhotná žena měla podstoupit pravidelné prohlídky a vyšetření, jejichž cílem je odlišit od sebe těhotenství fyziologické, rizikové či patologické (Roztočil a kol., 2017, s. 120). Vyšetřovací metody by měly objasnit diagnózu a zahájit účinnou terapii (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 99). Díky pravidelné péči o těhotnou ženu se očekává, že těhotenství skončí porodem zdravého dítěte. Ošetřující gynekolog a porodní asistentka zaznamenávají všechny výsledky vyšetření nejen do ošetřovatelské dokumentace, ale i do těhotenského průkazu (Kobilková et al., 2005, s.232). U žen starších 35 let je vyšší riziko komplikací během gravidity, proto je jejich gravidita považována za rizikovou (Porodnice.cz, 2019). V prenatální poradně se provádí pravidelná a nepravidelná vyšetření.

2.1 Pravidelná vyšetření

Mezi pravidelná vyšetření řadíme taková vyšetření, které provádíme pokaždé, když gravidní žena navštíví prenatální poradnu. Mezi pravidelná vyšetření patří sběr a doplnění anamnestických údajů a následné určení míry rizika (ČGPS ČLS JEP, 2021, s. 2). Zvážení těhotné ženy a určení váhového přírůstku od poslední návštěvy by měly být také pravidelně kontrolovány. Stejně tak měření krevního tlaku a chemická analýza moči, zaměřená na přítomnost bílkovin, krve, cukru a dalších látek jsou sledovány z důvodu včasné detekce těhotenských komplikací, které vedou k závažným onemocněním, jako jsou např. preeklampsie či Diabetes mellitus. Dále se provádí zevní porodnické vyšetření, kdy gynekolog vyšetřuje velikost a tvar dělohy. Hodnotí, zda se vyskytuje napětí, dráždivost dělohy či případný výskyt děložních stahů. V pokročilém stádiu těhotenství tak i určuje polohu, postavení a naléhání plodu pomocí čtyř Leopoldových hmatů. Provádí se vnitřní vaginální vyšetření, které se zaměřuje na prostornost pánve. Dále se určuje cervikální skóre, u kterého se zkoumá lokalizace, délka, konzistence čípku, dilatace děložního hrdla a vztah naléhající část plodu ke kostěné pánvi. Tyto hodnoty se během těhotenství mění a slouží k stanovení blížícího se porodu. K pravidelným vyšetřením také patří detekce známek vitality plodu (Gregora, Velemínský ml., 2017, s. 28-29).

2.2 Nepravidelná vyšetření

Mezi nepravidelná vyšetření se řadí komplexní prenatální vyšetření, které se provádí nejpozději do konce 14. týdne gravidity. Součástí tohoto vyšetření je vystavení těhotenské

průkazky a informovanost ženy o následné péči během celého těhotenství (ČGPS ČLS JEP, 2021, s. 2). V těhotenské průkazce musí být zaznamenávány všechny důležité informace týkající se těhotenství. Vyskytuje se v ní zápis všech zjištěných údajů během kontrol jako jsou anamnéza, hodnoty krevního tlaku, hmotnostní přírůstek, výsledky laboratorních vyšetření, ultrazvuková vyšetření a záznamy od praktického a zubního lékaře (UNIPA, 2021). Těhotné ženě jsou nabídnuty typy screeningů zaměřující se na nejčastější vrozené vývojové vady plodu (ČGPS ČLS JEP, 2021).

Prvotrimestrální screening je kombinovaný test ultrazvukového vyšetření plodu a biochemického vyšetření krve matky, který se provádí mezi 11. až 14. týdnem gravidity. Pomocí biochemického screeningu krve matky se vyšetřuje free β hCG a PAPP-A. Ultrazvukem se určuje počet plodů, vitalitu, biometrii, nuchální translucence a přítomnost nosní kůstky. Tento screening slouží k vyhledávání žen se zvýšeným rizikem vrozených vývojových vad plodu (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 101-102).

Do 14. týdne gravidity se musí provést laboratorní vyšetření, do kterých patří stanovení krevní skupiny a Rh faktoru, krevního obrazu, titr erytrocytárních protilátek, sérologické vyšetření HIV a HbsAg, protilátek na syfilis a vyšetření glykémie nalačno (ČGPS ČLS JEP, 2021).

V 16. týdnu gravidity by se měl provést biochemický screening VVV plodu, pokud nebyl proveden prvotrimestrální kombinovaný screening (Roztočil a kol., 2020, s. 68).

Další UZ se provádí v 20. až 22. týdnu gravidity, které opět určuje počet plodů, vitalitu, biometrii, morfologii, množství plodové vody a umístění placenty (ČGPS ČLS JEP, 2021).

Screening poruch glukózové tolerance se provádí mezi 24. a 28. týdnem gravidity. Jedná se o oGTT, kdy se ženě podá na lačno 75 g glukózy. Odebere se jí krev před podáním glukózy, dále po jedné hodině, a pak i po 2 hodinách po požití glukózy. Hodnoty by měly být na lačno do 5,1 mmol/l, hodinu po zátěži do 10,0 mmol/l a za 2 hodiny po zátěži do 8,5 mmol/l. Tento test se dělá z důvodu zachytu gestačního diabetu mellitu ((Roztočil a kol., 2017, s. 121).

V 28. týdnu gravidity se aplikuje anti-D-globulin u Rh negativních žen. Je to z důvodu prevence Rh (D) imunizace u Rh (D) negativních žen. Aplikace slouží jako prevence před tvorbou protilátek proti plodu v dalším těhotenství. (Roztočil a kol., 2020, s. 68).

Mezi 28. až 34. týdnem gravidity se opakuje laboratorní vyšetření, kde se zkoumá krevní obraz, sérologické vyšetření HIV a HbsAg, protilátky na syfilis a titr erytrocytárních protilátek.

Ultrazvuk provedený v období 30. až 32. týdnu gravidity stanovuje počet plodů, vitalitu, biometrii, množství plodové vody a umístění placenty.

Mikroskopické vyšetření na přítomnost streptokoků skupiny B ve 35. až 37. týdnu gravidity se odebrává kultivací z pochvy a rektu. Je zaměřené na GBS. Pokud výsledek vyjde pozitivní, musí se během porodu nasadit vhodná antibiotická profylaxe, která by měla zabránit přenosu infekce na novorozence.

Kardiotokografický non-stres test se provádí od 38. týdne gravidity. Touto metodou se natáčí srdeční ozvy plodu současně s děložní činností pomocí dvou sond, které jsou umístěné na břicho těhotné. Pro hodnocení srdečních ozev a činnosti dělohy existují specifická kritéria.

Od 40. týdne gravidity by se měly provádět takové kroky, které vedou k ukončení těhotenství (ČGPS ČLS JEP, 2021).

2.3 Vyšetřovací metody vrožených vývojových vad

K diagnostice VVV plodu se používají neinvazivní a invazivní metody. Invazivní metody nelze provádět u všech těhotných žen, protože jsou spojeny s rizikem poškození nebo až ztrátou zdravého plodu. Tyto metody jsou velmi finančně nákladné, v praxi těžko realizovatelné a mají nízkou senzitivitu u lidí s nízkým rizikem. Proto jsou invazivní metody vhodné pro populaci s vysokým rizikem. Efektivitou screeningu je dosáhnout co nejvyšší míry detekce pozitivních výsledků a zároveň co nejvíce snížit míru falešně pozitivních výsledků. Existují určité podmínky pro provedení primárního screeningu. Vyhledávací test musí být snadný a lehce proveditelný. Test musí mít vysokou specifitu a senzibilitu. Má-li být screeningový test dostupný všem těhotným ženám, musí být pro systém veřejného zdravotnictví ekonomicky přijatelný. Screeningový test nesmí nepříznivě ovlivnit zdraví matky ani plodu. Neměl by být spojen s bolestí nebo nepříjemnými pocity. V dnešní době neexistuje univerzální metoda, která by dokázala včas objevit eventuální vady plodu. Proto se v praxi užívají různé druhy testů, která se dají kombinovat a doplňovat (Roztočil, 2020, s. 85). Těhotné ženy ve vyšším věku jsou automaticky řazeny do skupiny, která má vyšší riziko chromozomové aberace. Bez ohledu na výsledky screeningových vyšetření mají starší

těhotné ženy právo požadovat invazivní metodu prenatalní diagnostiky a karyotypizaci plodu (Vrozene-vady.cz, 2021).

Mezi neinvazivní metody patří ultrazvukové vyšetření a vyšetření vzorku krve matky (Roztočil a kol., 2017, s. 139).

Do invazivních prenatalních vyšetření se řadí amniocentéza, placentocentéza, kordocentéza a odběr vzorků fetálních tkání. Nejčastěji se tato vyšetření indikují z důvodu pozitivního screeningu vrozených vývojových vad, starší matky ve věku nad 35 let (otec nad 45 let) a pokud se v rodině objevují geneticky podmíněná onemocnění. Do invazivních metod spadají určitá rizika a komplikace, které se mohou objevit až u 0,5 až 1 % těhotných žen. Patří mezi ně potrat plodu, odtok plodové vody a infekce.

Amniocentéza je odběr plodové vody, který se provádí mezi 16. až 21. týdnem gravidity. Výkon se provádí vpichem tenkou jehlou do dutiny děložní pomocí kontroly ultrazvuku. Odebírá se cca 20 ml plodové vody.

Placentocentéza je odběr choriových klků, který se provádí mezi 11. až 14. týdnem gravidity. Odběr vzorku placentární tkáně se provádí pomocí kontroly ultrazvuku. Vpichem tenkou jehlou se odebere malé množství buněčného materiálu z oblasti placentární tkáně.

Kordocentéza je punkce pupečníku, která se odebírá po 18. týdnu gravidity. Odběr krve z místa, kde pupečník odstupuje z placenty, se provádí pomocí jehlou. Napíchne se céva a odebere se cca 2 ml krve plodu (Slezáková a kol., 2017, s. 147).

Gynekologové tyto metody vyšetření doporučují ženám, kterým je nad 35 let nebo pokud je otec dítěte starší než 45 let (Mojezdрави.cz, 2022).

3 SPECIFIKA GRAVIDITY VE VYŠŠÍM VĚKU

3.1 Plodnost

Ženy se rodí s určitým počtem vajíček, kterých v průběhu života už pouze ubývá. Při narození vaječníky obsahují přibližně 1 milion folikulů s vajíčky a během puberty tento počet klesá na asi 300 000. V reprodukčním věku je ovulováno asi 300 vajíček ze zbývajících folikulů. S přibývajícím věkem jsou vajíčka méně kvalitní. Převážná část folikulů zanikne bez toho, aby došlo k ovulaci (Sanatoriumhelios.cz, 2022). U zbylých vajíček u starších žen je větší riziko, že budou mít abnormální chromozomy, které mohou způsobit vady plodu. Také je s přibývajícím věkem vyšší riziko poruch, které mohou ovlivnit plodnost. Patří mezi ně endometrióza a děložní myomy (ACOG, 2020).

Nejideálnější doba pro početí je okolo 20 let, kdy je ženské tělo v optimálním stavu pro graviditu. Kolem 30 let je žena na vrcholu své plodnosti a je možné přijít do jiného stavu bez větších problémů a graviditu udržet (Gynmedico.cz, 2021). Plodnost začíná mírně klesat po 32. roce a šance na početí po 35. roce klesají výrazně rychleji. Zdravá třicetiletá žena má každý měsíc asi 20 % šanci na přirozené početí. Plodnost po 40 roku ženy výrazně klesá a šance početí v jednom cyklu je menší než 5 % (Sanatoriumhelios.cz, 2022). Kolem věku 45 let plodnost klesne natolik, že většina žen není schopná počít přirozenou cestou (ACOG, 2020).

Podle dnešních informací se vyšší věk partnera také může projevit na rozvoji vývojových vad plodu, ale není tak patrný jako u žen. Plodnost muže začíná klesat po dosažení věku 50 let (Porodnice.cz, 2021). V tomto věku už se spermie nemusí tvořit tak, jako tomu bylo v mladším věku mužů. Především se jedná o objem spermatu a v něm počet spermií a jejich pohyblivost (Medicalnewstoday.com, 2017). S přibývajícím věkem se ve spermích postupně začnou objevovat i takové části DNA, které při jejich nahromadění mohou mít vliv na výskyt určitých poruch u dětí dalších generací tzv. Paternal Age Effect. U obou pohlaví tedy platí, že čím jsou oba jedinci mladší, tím jsou rizika nižší a bývá větší šance úspěšného početí (Porodnice.cz, 2021).

3.2 Komplikace spojené s vyšším věkem matky

Za vyšší věk žen při porodu novorozence je pokládáno 35 let a více. Mnoho studií se shoduje na tom, že zdravotní rizika výrazně narůstají po 35. roce věku, což ohrožuje zdraví matky i dítěte a může mít několik krátkodobých i dlouhodobých následků (PubMed.gov,

2004). Mezi nejčastější rizika pro matku, která jsou spojená s vyšším věkem, patří neplodnost, časná potraty, mimoděložní těhotenství, krvácení během těhotenství, hypertenzní onemocnění a Gestační diabetes mellitus. Komplikace se mohou vyskytnout i při samotném porodu, kde hrozí předčasný porod či akutní císařský řez. U starších matek je plod vystaven většímu riziku vrozených vývojových vad a nízké porodní hmotnosti (Cs-gynekologie.cz, 2018).

Z těchto důvodů jsou gravidní ženy starší 35 let považovány za rizikovější skupinu a je jim věnována větší pozornost v prenatálních ambulancích a při porodu.

3.2.1 První trimestr

3.2.1.1 Spontánní potrat

Jestliže plod nejeví žádnou známku života, jeho porodní hmotnost není vyšší než 500 g, anebo ji nelze zjistit z důvodu kratšího těhotenství, než je 22. týden, považuje se ukončení gravidity za potrat (Roztočil a kol., 2020, s. 552).

I když příčina většiny potratů není známa, patrně jsou výsledkem komplexní souhry mezi věkem rodičů, genetickými, imunologickými, hormonálními a environmentálními vlivy. Genetické faktory, včetně rodičovských chromozomálních přestaveb a abnormálních embryonálních genotypů či karyotypů, mohou být základem více než poloviny opakovaných potratů. Nejvýznamnějším rizikovým faktorem je věk matky. Riziko potratu je mírně zvýšené u nejmladších těhotných žen a poté prudce stoupá u starších těhotných žen. Riziko potratu se mění podle věku matky. Má významný vzorec recidivy a zvyšuje se po některých nepříznivých výsledcích gravidity. Potrat a jiná těhotenská rizika či komplikace mohou mít společné příčiny související s běžnými rizikovými faktory nebo mohou souviset s biologickými předpoklady (Bmj.com, 2019).

V České republice bylo za rok 2019 znamenáno 4740 samovolných potratů u žen starších 35 let (ÚZIS ČR, 2021). Skutečný počet spontánních potratů bude mnohem vyšší, neboť mnoho gravidit zanikne ještě předtím, než ženy zjistí, že jsou těhotné. Až 80 % potratů proběhne do 12. týdne gravidity, tedy v prvním trimestru (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s. 240).

3.2.1.2 Mimoděložní těhotenství

Jednou z nejčastějších gynekologických náhlých příhod břišních je mimoděložní těhotenství. Dochází k nidaci oplozeného plodového vejce mimo oblast dutiny děložní. V 97

% dochází k nidaci ve vejcovodu, a proto se tomuto těhotenství říká těhotenství tubární. V ostatních případech může plodové vejce nidovat v cervixu, ovariu či peritoneu (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s.255-256).

Riziko mimoděložního těhotenství je patrné u žen po 35. roce života. U starších žen je 4x vyšší výskyt než u mladých žen, a to kvůli špatné činnosti vejcovodů. Pokud žena v minulosti prodělala mimoděložní těhotenství, bude u ní riziko 7–13krát vyšší, že se bude opakovat. Jednou z nejčastějších příčin mimoděložního těhotenství jsou záněty pánve, které mohou vést k poškození nebo ztrátě řasinek vejcovodů. Pokud dojde k poškození těchto řas, oplodněné vajíčko se nedostane do dělohy a dojde k uhnízdění například ve vejcovodu. Mimoděložní těhotenství může být způsobeno srůsty vejcovodů, které jsou způsobeny předchozí infekcí nebo po operaci malé pánve. Vejcovod je zúžený nebo zjizvený a jeho funkce je narušena. Proto se rychlost oplodněného vajíčka vejcovodem zpomaluje. Dalším možným důvodem je těhotenství po asistované reprodukci, kdy je blastocysta zavedena do vejcovodu embryotransferem. Dalším rizikovým faktorem tohoto stavu je kouření cigaret. Ve srovnání s nekuřáky mají kuřáčky 3,5krát vyšší riziko mimoděložního těhotenství. Vrozené vývojové vady a nádory malé pánve jsou také rizikovými faktory, při kterých dochází k uzavírání vejcovodů. V neposlední řadě může endometrióza zapříčinit mimoděložní graviditu, jelikož u ní vznikají jizvy, srůsty a cystické nádory v oblastech mimo dělohy (www.gynmedico.cz, 2021).

3.2.1.3 Vícečetná gravidita

Pokud se v děloze vyvíjí více než jeden plod, jedná se o vícečetné těhotenství. Podle počtu plodů v děloze se rozlišují dvojčata (gemini), trojčata (trigemini), čtyřčata (quadrigemini) atd. (Roztočil a kol., 2020, s. 347). V současné době se setkáváme s vícečetnou graviditou častěji, než tomu bylo v minulosti. Příčinou může být vyšší věk rodiček. Čím je žena starší, tím je větší pravděpodobnost, že vznikne vícečetná gravidita (Roztočil a kol., 2017, s. 385).

Dalším faktorem, který může způsobit vícečetnou graviditu, je léčba neplodnosti. Hormonální stimulace vaječnicků nebo přenos dvou embryí v jednom IVF cyklu může zvýšit možnost vícečetného těhotenství (ČSÚ, 2019). Vícečetná gravidita klade mnohem vyšší nárok na organismus těhotné ženy, než je tomu u jednočetné gravidity. Také bývá častěji spjata s řadou komplikací během celého těhotenství a porodu. Komplikace se týkají jak matky, tak

i plodů (Hájek, Čech, Maršál a kol., 2014, s 288). Vícečetná gravidita je mnohokrát komplikována předčasným porodem nedonošených novorozenců a s tím spojený vysoký výskyt nízké porodní hmotnosti novorozenců. Růstová restrikce plodů se často vyskytuje u mnohočetné gravidity a je u nich i vyšší výskyt vrozených vad. V souvislosti s pozdějším mateřstvím ve vyšším věku se zvyšuje počet párů s problémem spontánního početí a následném využití metod asistované reprodukce, které také zvyšují pravděpodobnost vícečetného těhotenství (ČSÚ, 2019).

3.2.2 Druhý trimestr

V průběhu gravidity může dojít k výskytu různých onemocnění v souvislosti s vyšším věkem matky, kam se řadí hypertenzní onemocnění, tromboembolické nemoci a interní onemocnění, jako je gestační diabetes mellitus (Cs-gynekologie, 2018).

Hypertenzní onemocnění v graviditě je definované zvýšením krevního tlaku nad 140/90 při dvou následujících měření. Klasifikuje se na preexistující (chronickou) hypertenzi a gestační hypertenzi, které se vyznačují pouze vysokým krevním tlakem. Dále se rozlišuje na preeklampsii superponovanou na chronickou hypertenzi, preeklampsii a eklampsii, které jsou spojené s vysokým krevním tlakem, proteinurií a výskytem otoků (ČGPS ČLS JEP, 2019). Při nesprávné léčbě může vést k mnoha komplikacím, které ohrožují těhotnou ženu i plod.

V graviditě je riziko tromboembolické nemoci až 6x vyšší než u netěhotných žen a stoupá s věkem (Roztočil a kol., 2017, s. 295). Vzniká v důsledku sníženého žilního tonu, koagulačních změn a velkého tlaku gravidní dělohy na žilní systém (Čepický a kol., 2018). V graviditě se podílejí na vzniku tromboembolické nemoci prokoagulační, fyziologické hemodynamické a hormonální těhotenské změny. Vyšší riziko vzniku je u žen nosiček vrozených trombofilních mutací a získaných trombofilních stavů (Roztočil a kol., 2017, s. 295-296).

Gestační diabetes mellitus je porucha glukózové tolerance, jenž je poprvé zjištěna během gravidity. Během tohoto onemocnění se vyskytují rizika jak pro matku, tak i pro plod. U matky může vést ke vzniku polyhydramnia, hypertenzního onemocnění, císařskému řezu, recidivujících urogenitálních onemocnění, porodnímu poranění a opakující se gestačního diabetu v další graviditě nebo výskytu diabetu mellitu 2. typu v následujících letech. U plodu může vést k intrauterinnímu úmrtí, diabetické fetopatie, traumatu z porodu (větší váha

plodu), poranění při porodu (dystokie ramének) a výskytu diabetu v dětství a dospívání (Roztočil a kol., 2020, s. 234-235).

3.2.3 Třetí trimestr

S vyšší věkem těhotných žen se zvyšují i rizika při porodu a poporodní následky. Mezi nejčastější komplikace patří předčasný porod, porod císařským řezem a postpartální krvácení (Medicalnewstoday.com, 2017).

Předčasný porod je ukončení gravidity v období kratším, než je ukončený 37. týden těhotenství. Mezi rizikové faktory vedoucí k předčasnému porodu patří věk těhotných žen (nižší než 18, vyšší než 35 let), vícečetná gravidita, onemocnění matky v graviditě (hypertenzní onemocnění, diabetes mellitus) a riziková reprodukční anamnéza ženy. Projevuje se předčasnou děložní činností, předčasným odtokem plodové vody či lékařské ukončení gravidity z medicínských důvodů (Roztočil a kol., 2017, s. 245-246).

Porod císařským řezem může zahrnovat indikace ve vztahu ke starším těhotným ženám. Výskyt více onemocnění současně, abnormality placenty či protražovaný porod mohou souviset s věkem těhotné ženy. I samotný věk těhotné ženy, zejména nad 40 let, může být indikací k operativnímu porodu (Malovická, 2021, s. 34).

3.2.4 Rizika pro plod

Nárůst rizika výskytu vrozených vývojových vad souvisí také se zvyšujícím se věkem rodiček. Dochází k tomu z důvodu snižující se kvality vajíček. Mezi nejčastější vady patří chromozomální aberace. Většina chromozomálních aberací jsou neslučitelná se životem a končí samovolným potratem anebo je těhotenství uměle ukončeno (ČSÚ, 2019). S rostoucím věkem ženy se však zvyšuje riziko, že se jí narodí dítě s chybějícími, poškozenými nebo nadbytečnými chromozomy. Downův syndrom (trizomie 21) je nejčastější chromozomový problém, který se objevuje při pozdějším početí dítěte. Riziko gravidity postiženého Downovým syndromem je okolo 35 let 1: 353, kolem 40 let 1: 85 a kolem 45 let 1:35 (ACOG, 2020). Biochemický screening, ultrazvukové vyšetření a věk těhotné ženy slouží k určení riziku postižení plodu Downovým syndromem. Následně se porovnává riziko postižení s rizikem invazivní diagnostické metody (Roztočil a kol., 2017, s. 137). Mezi další vady patří Edwardsův syndrom (trizomie 18), Patauův syndrom (trizomie 13) a Turnerův syndrom (porucha pohlavních chromozomů).

Výskyt dětí s rozštěpem páteře bylo až 5x vyšší u žen nad 35 let než u dětí žen mladších než 35 let. Defekty neurální trubice vznikají vlivem multifaktoriálně podmíněných vrozených vad a jsou nejčastěji tvořeny rozštěpem páteře a anencefalem.

Výskyt VVV mezi narozenými dětmi je nízký v důsledku prenatalních screeningů, které umožňují včas odhalit VVV a poskytnout možnost se rozhodnout o případném ukončení těhotenství. VVV jsou významná postižení s celoživotními následky, které nejsou léčitelné a mohou ohrozit jedince na životě.

Pokročilý věk rodiček je spojen s vyšším počtem novorozenců s nízkou porodní hmotností, která je nižší než 2500 g. Často se jedná o předčasný porod nebo vlivem nitroděložní růstové restrikce. Nitroděložní růstová restrikce může mít vliv zejména na neuropsychologickou oblast a kognitivní funkce. U novorozenců s nízkou porodní hmotností výrazně stoupá mortalita a bývá příčinou až 50 % nevysvětlitelných případů mrtvě narozených dětí. Novorozenec s nízkou porodní hmotností je ohrožen metabolickými a hematologickými poruchami vedoucí k hypoglykémii, hypotermii, která vznikla vlivem chybějícího podkožního tuku a redukce svalové tkáně. Mezi další závažné komplikace, které ohrožují novorozence na životě jsou infekce, nekrotizující enterokolitida, syndrom dechové tísně vyvolaný nezralostí plic a retinopatie nedonošených dětí (ČSÚ, 2019).

4 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY V PÉČI O TĚHOTNOU ŽENU VE VYŠŠÍM VĚKU

Porodní asistentka má určitou roli, která by měla korespondovat s kompetencemi porodních asistentek dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v akt. znění (Zákony pro lidi.cz, 2021).

Porodní asistentka plní ve své praxi důležitou roli edukátora. Cílem edukace je poskytnout potřebné informace a znalosti. Těhotná žena by měla díky edukaci získat nové informace, porozumět jim a umět je využít ve svém životě (Slezáková, 2017, s. 15).

Na osobnost porodní asistentky jsou kladeny vysoké nároky, které souvisí s péčí a edukací žen s různými problémy, které jsou často ovlivněny stresovými událostmi (Slezáková, 2017, s. 16). S vyšším věkem ženy jsou spojená určitá rizika, která mohou ovlivnit průběh gravidity nebo samotný průběh porodu (www.medimerck.cz, 2022). Kromě těchto potíží se může jednat i o vážnou nemoc, blížící se operaci, problémy s plodností či strach o plod/dítě. Porodní asistentky by z toho důvodu měly být empatické, mít dobré verbální a neverbální komunikační schopnosti, mít snahu, zájem a ochotu poskytnout pomoc, mít dostatečné teoretické znalosti a praktické dovednosti, umět navázat kontakt a důvěru, vytvořit vhodné prostředí a atmosféru a také umět společně se ženami spolupracovat (Slezáková, 2017, s. 16).

Při prvním setkání porodní asistentka přichystá dokumentaci a informuje ženu/pár o pravidlech prenatalní poradny. Dále měří fyziologické funkce a zaznamenává jejich hodnoty do dokumentace a těhotenské průkazky, odebírá biologický materiál, provádí orientační vyšetření moče a asistuje při různých výkonech. Podle ordinace gynekologa připravuje recepty a je odpovědná za desinfekci a sterilizaci nástrojů a pomůcek při vyšetřování. Komunikace s ženami je důležitá zejména proto, že využívá své odborné znalosti, praktické dovednosti, komunikační schopnosti a vědomosti z oblasti psychologie (Chlánová, 2020, s. 35).

4.1 Podpora porodní asistentky

Těhotenství je pro ženy velmi náročné období, a proto by měly mít důvěru v porodní asistentku a lékaře (Ratislavová, 2008, s. 47).

Je důležité naslouchat pocitům ženy a snažit se jí uklidnit. I rodině gravidní ženy je vhodné zajistit psychickou podporu. Spolupráce mezi porodní asistentkou, těhotnou ženou a její rodinou by měla být dlouhodobá (Dušová; Marečková, 2009, s. 8-9).

Psychická podpora je velmi důležitá. Starší ženy se více bojí o své těhotenství, a proto jsou i více úzkostné. Tyto obavy mohou být spojené se zkušeností neúspěchu z předchozí gravidity (Ratislavová, 2008, s. 29). Negativní pocity a emoce je třeba minimalizovat a v případě potřeby se doporučuje návštěva odborníka. Každá žena je během těhotenství často kontrolována a chodí na pravidelné prohlídky. V případě prenatalní diagnostiky mohou být umocněny negativní emoce spojené s čekáním na výsledky (Stadelmann, 2005, s. 260-264).

Pokud se u starší ženy objeví určité komplikace, při kterých je nutné ženu hospitalizovat a pozorně sledovat, porodní asistentka se snaží nastavit takový režim, aby se co nejvíce podobal obvyklým životním podmínkám. Měly by být umožněny návštěvy rodinných příslušníků a přátel. Porodní asistentka s těhotnou komunikuje, naslouchá a poskytuje jí psychickou podporu. Důležité je navázat důvěrný vztah s porodní asistentkou a lékařem, kteří se o ženu starají a zajistit kladný vztah ke zdravotnickému zařízení. Vhodné jsou metody ergoterapie, muzikoterapie a arteterapie, které mají za úkol zklidnit, nechat projevit emoce, rozptýlit a psychicky stimulovat. Zdravotnický personál by měl poskytovat jednotné informace. Je důležité budovat důvěru a pocit jistoty mezi zdravotníky a těhotnými ženami (Ratislavová, 2008, s. 33).

4.2 Psychoprofylaktická příprava

Psychoprofylaktická příprava (předporodní příprava) má za cíl poskytnout ženám informace a dovednosti týkající se těhotenství, porodu a šestinedělí. Účelem předporodní přípravy u starších těhotných žen je snížit pocity úzkosti a strachu. Do porodnice by měly docházet rodičky fyzicky i psychicky připravené. Z toho důvodu vznikly kurzy předporodní přípravy, které by měly zajistit, aby byly rodičky připraveny jak na porod, tak i na novou životní roli matky. Velmi důležitá je spolupráce mezi zdravotníky, a to převážně spolupráce gynekologa a porodní asistentky. Předporodní přípravu zajišťují soukromé porodní asistentky, porodnická centra, gynekologické ambulance a státní či soukromá gynekologicko-porodnická oddělení. Kurzy probíhají pod vedením zkušené porodní asistentky, kdy je možné provádět kolektivní nebo individuální lekce. Pro těhotné ženy ve vyšším věku, které mají určité riziko, jsou vhodnější individuální lekce, neboť je potřeba věnovat větší pozornost psychické podpoře (Bašková, 2015, s. 36).

V předporodním období by měla porodní asistentka pomoci ženě překonat pocity strachu a obav, kdy jsou tyto pocity před porodem mnohem intenzivnější a častější (Dušová a kol., 2019, s. 106). Účelem psychofyzické přípravy na porod je naučit ženy, jak bolest při

porodu přijmout a záměrně zvládat. Cílem psychické přípravy těhotné ženy a jejího partnera je zvyšování jejich důvěry, díky informovanosti a následné připravenosti v oblastech těhotenství, porodu, šestinedělí a v péči o novorozence. Je potřeba poskytnout přesné a aktuální informace, a tím předcházet komplikacím z neznalosti. Měl by být vyčleněn i prostor pro diskusi. Cílem fyzické přípravy těhotné ženy je pomocí svalového tréninku a relaxačních technik podporovat fyzickou připravenost organismu ženy na zátěžové situace jako jsou samotné těhotenství, porod a šestinedělí. Jejich úkolem je nejen být v dobré fyzické kondici, ale i nácvič úlevových poloh, dýchání při porodu, techniku tlačení v II. době porodní, polohy při kojení a základy v péči o novorozence. Kvalitní psychoprofylaktická příprava je velmi důležitá pro ženy ve vyšším věku, neboť má pozitivní vliv na průběh těhotenství, porod, poporodní adaptaci a úspěšné kojení, přípravu budoucích rodičů, utužování rodinných vztahů, ovládnutí stresu a snižování úzkosti (Bašková, 2015, s. 37-38).

PRAKTICKÁ ČÁST

5 FORMULACE PROBLÉMU

Těhotenství patří mezi jedno z nejdůležitějších období v životě většiny žen. Mělo by být plánované a chtěné. V dnešní době se posouvá věková hranice těhotenství, kdy ženy porodí své první dítě až po třicátém roce života. To má za následek rození dalších potomků ve vyšším věku, a to i po 40. roce života (ČSÚ, 2019). V současnosti se stále jedná o velmi aktuální a diskutované téma.

Rozhodnutí otěhotnět ovlivňují určité faktory. Mezi nejčastější patří studia a následně hledání vhodného zaměstnání a budování kariéry, cestování, nezralost a nepřipravenost na mateřství, potíže s hledáním partnera či problémy s plodností.

Ať už má pozdní mateřství jakýkoliv důvod, nese s sebou určitá rizika, která se týkají především zdraví matky a plodu. Rizika, která vyšší věk matky přináší, má významný dopad na psychiku ženy a celkové prožívání celého těhotenství a porodu. Ale rozhodně to neznamená, že každé těhotenství po 35. roce života bude rizikové a bude přinášet komplikace.

Pozdní rodičovství přináší i řadu výhod, mezi které bych zařadila zodpovědnost. V těhotenství se starší ženy o sebe lépe starají a pečují, bývají opatrnější a díky tomu těhotenství lépe prospívá. Jsou lépe připravené, finančně zabezpečené a díky tomu psychicky vyrovnanější. Proto jsme se touto problematikou rozhodly zabývat.

„Jak prožívají graviditu ženy po 35. roce věku?“.

6 CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY/PROBLÉMY

6.1 Hlavní cíl

Hlavním cílem je zmapovat prožívání gravidity žen po 35. roce věku.

6.2 Dílčí cíle a výzkumné otázky/problémy

1. Zjistit a analyzovat důvody vedoucí ke graviditě ve vyšším věku.
2. Zmapovat vnímání a prožívání změn souvisejících s těhotenstvím u žen ve vyšším věku.
3. Analyzovat faktory ovlivňující prožívání těhotenství u žen ve vyšším věku.

4. Zmapovat prožitky v průběhu porodu.
5. Specifikovat roli porodní asistentky k dané problematice.

1. Jaké okolnosti vedly ke graviditě ve vyšším věku?
2. Jak ženy vnímaly a prožívaly změny související s těhotenstvím?
3. Jaké faktory ovlivnily prožívání těhotenství ve vyšším věku?
4. Jakým způsobem ženy vnímaly a prožívaly porod?
5. Jak participantky vnímaly porodní asistentku v průběhu těhotenství?

Operacionalizace pojmů

Pro účely zpracování bakalářské práce byl vyšší věk žen vymezen 35 a více let (ČPZP, 2021).

Změny související s těhotenstvím: fyzické, psychické i sociální změny

7 CHARAKTERISTIKA SLEDOVANÉHO SOUBORU

Pro svoji bakalářskou práci jsem si zvolila záměrný výběr participantek.

Kritéria výběru participantek

1. Žena starší 35+ let
2. Žena do 6 měsíců po porodu
3. Předpokládaná compliance žen a jejich souhlas s participací na výzkumu

Ženy byly obeznámeny o zachování anonymity a o účelech, pro které bude rozhovor použit a podepsaly informovaný souhlas s provedením rozhovorů, který je součástí příloh bakalářské práce.

8 METODIKA PRÁCE

Pro výzkumné šetření byl zvolen kvalitativní výzkum. V kvalitativním výzkumu si výzkumník vybere téma a stanoví výzkumné oblasti, které bude zjišťovat. Může upravovat a doplňovat otázky v průběhu výzkumu, během sběru a analýzy dat. V kvalitativním výzkumu probíhá sběr a analýza dat v delším časovém období. Zpráva o kvalitativním výzkumu obsahuje důkladný popis zkoumaného místa, podrobné citace z rozhovorů a zápisů, které si výzkumník dělal během práce v terénu (Hendl, 2005, str. 50).

V empirické části práce je využita metoda polostrukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami u vybraných žen, které splňují stanovené podmínky pro zařazení do výzkumného vzorku. Následně byla využita metoda kódování a kategorizace dat.

Otázky se zaměřují na vnímání a prožívání těhotenství ve vyšším věku.

Výhodou rozhovoru u citlivých témat je možnost proniknout do hloubky a porozumět tak dané problematice. Při osobním setkání jsou sledovány neverbální signály a tím se dá posoudit celkové chování participantek. Aby byl rozhovor správně veden, jsou třeba určité dovednosti, ke kterým patří dobré komunikační dovednosti, schopnost kriticky analyzovat situaci, být empatický a všímavý pozorovatel, udržet si určitý odstup a schopnost získat spolehlivé a platné údaje (Kutnohorská, 2009, s. 24).

9 ORGANIZACE VÝZKUMU

Výzkum probíhal v časovém období prosinec 2021–leden 2022. S participantkami jsem byla v kontaktu od října 2021. Kontakt na ženy jsem získala na sociální síti Instagram.

První participantku jsem oslovila telefonicky, kde ji byl představen cíl práce a stručně obsah rozhovoru. Po společné domluvě se rozhovor uskutečnil osobně 9.12.2021 na předem smluveném místě, a to v kavárně. I přes to, že rozhovor probíhal na veřejném místě, bylo zajištěno soukromí, aby nebyl rozhovor nikým a ničím rušen.

Kontakt na druhou participantku jsem získala přes sociální síť Instagram. Tam byla poprvé kontaktována a bylo ji vysvětleno, o jaký výzkum se jedná. Rozhovor se uskutečnil přes aplikaci Skype 15.1.2022. Rozhovor se uskutečnil pomocí videohovoru z důvodu obav z nákazy Covid – 19.

U vybraných participantek byl využit polostrukturovaný rozhovor. Před rozhovory byly stanoveny oblasti, které korespondovaly se stanovenými cíli. S každou participantkou se uskutečnilo jedno setkání, které trvalo přibližně 120 min. Pro doplnění a objasnění informací jsem zvolila telefonickou a online komunikaci přes Skype. V průběhu rozhovorů byly postupně probrány všechny předem stanovené okruhy (viz Příloha 2 – Okruhy k rozhovoru).

Rozhovory byly zaměřeny na anamnestické údaje participantek, kde byly zjištěny rodinné a osobní anamnézy. Dále jsme se zabývaly jejich životním stylem, který by mohl mít vliv na jejich reprodukční zdraví. Probraly jsme plánované těhotenství, průběh těhotenství, jeho prožívání a nakonec porod. Na závěr jsme se zaměřily na roli porodní asistentky, její péči během těhotenství a porodu.

10 ZPRACOVÁNÍ DAT

Získaná data od respondentek, které se výzkumu účastnily, byly zaznamenána formou audiozáznamu na diktafon. Následně byla data z audiozáznamu přepsána do elektronické podoby do MS Word. Posléze byla využita metoda kódování a kategorizace dat. K jednotlivým výzkumným otázkám byly přiřazeny jednotlivé části textu.

11 PREZENTACE A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

11.1 Rozhovor č. 1 – Paní Kateřina

11.1.1 Identifikační a základní údaje

První rozhovor se uskutečnil s paní Kateřinou, které je 36 let. Není vdaná, ale má partnera, kterému je 34 let a pracuje jako manažer. Žijí spolu v hlavním městě v pronajatém bytě a vychovávají společně jejich syna Tobiáše. Tobiáš se narodil 24.8.2021. Paní Kateřina má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako produkční. Nyní je na mateřské dovolené a věnuje se svému synovi.

Jméno participantky a jejího syna je nahrazeno pseudonymy z důvodu zachování jejich anonymity.

11.1.2 Anamnéza

Nejprve byla zjišťována participantky anamnéza. Zajímala jsem se o rodinnou anamnézu, kde jsem se tázala na vážná onemocnění, dědičné choroby a vady, které se u rodinných příslušníků někdy vykytovaly či stále vyskytují. V rodinné anamnéze uvedla, že se její otec léčí s hypertenzí. Užívá farmakoterapii a je bez obtíží. Babička zemřela na infarkt myokardu ve svých 65 letech. Žádná jiná onemocnění nebyla uvedena. Dále nás zajímala osobní anamnéza a životní styl. V dětském věku prodělala běžná dětská onemocnění, mimoto se s ničím neléčí. *„Když jsem byla malá, tak jsem měla běžné nemoci jako má každé dítě např. neštovice. Ale jinak si nic extra nevybavuji.“* Prodělané operace či úrazy neguje. Alergie neudává. Snaží se dbát o zdraví životní styl. Dříve příležitostně kouřila a konzumovala alkohol. Dnes již nekouří. V gynekologické anamnéze uvedla, že menstruuje od svých 12 let. O pár let později se u paní Kateřiny začaly vyskytovat komplikace s menstruačním cyklem a přestala menstruovat. Gynekolog ji proto předepsal hormonální antikoncepci, kterou užívala 15 let. Vysadila ji až z důvodu snahy pokusit se otěhotnět. Po vysazení hormonální antikoncepce začala mít nepravidelný cyklus. *“Menstruaci jsem poprvé dostala ve 12 letech. Asi ve 14 letech jsem přestala menstruovat, a tak jsem to řešila se svojí doktorkou, která mi řekla, že se jedná o sekundární amenorheu. Předepsala mi na to antikoncepční pilulky. Užívala jsem antikoncepci asi 15 let. Až když jsme se s přítelem rozhodli, že bychom chtěli dítě, tak jsem antikoncepci vysadila. Po vysazení jsem měla zase problémy s cyklem. Byl dost nepravidelný a často jsem měla velmi bolestivou menstruaci.“* Na preventivní prohlídky ke svému

gynekologovi chodí pravidelně každý rok od 15 let. Kateřina byla těhotná celkem 2krát. První těhotenství skončilo samovolným potratem.

11.1.3 Plánované rodičovství

U plánovaného rodičovství byly zkoumány otázky, zda byla gravidita plánovaná a jaké důvodu vedly pozdnímu mateřství.

Kateřina uvedla, že těhotenství bylo plánované a chtěné. Po domluvě s partnerem se rozhodli, že se pokusí otěhotnět. *“S přítelem jsme se shodli, že už by bylo na čase mít dítě. Vysadila jsem tedy antikoncepci, kterou jsem mnoho let užívala. Pár měsíců trvalo, než se tělo dalo dohromady. Měla jsem totiž zase problémy s cyklem.”* Ve snaze o početí využila Kateřina s partnerem různé metody pozitivního plánovaného rodičovství, jako je sledování cyklu, výpočet plodných a neplodných dnů, sledování změn hlenu a ověřování ovulace pomocí ovulačních testů. Příprava na těhotenství zahrnovala i omezení případných negativních vlivů, a naopak podporu a přípravu organismu na budoucí graviditu. *“Na těhotenství jsem se snažila připravit i tak, že jsem omezila pití kávy, přestala pít naprosto alkohol a začala brát kyselinu listovou. Navštívila jsem i svého gynekologa, abych měla jistotu, že jsem v oblasti reprodukce naprosto zdravá.”*

Po roce snažení Kateřina spontánně otěhotněla, ale po pár týdnech potratila. *“Snažili jsme se asi rok, a pak to konečně vyšlo a otěhotněla jsem. Po pár týdnech jsem o miminko bohužel přišla.”* Ptala jsem, jak tuto zkušenost prožívala. *“Byla jsem z toho dost špatná. Trápilo mě, že jsem nevěděla, proč se to vlastně stalo.”* Gynekolog ji proto doporučil snažit se o početí alespoň 3 měsíce po potratu. Po dalším roce snažení se Kateřině stále nedařilo otěhotnět a rozhodla se to řešit. *“Další rok se pořád nic nedělo, a tak jsem navštívila svého gynekologa a řekla mu, že máme problém otěhotnět. Chtěla jsem, aby mě kompletně vyšetřil a zjistil, co se vlastně děje.”* Po vyšetření gynekologem byla Kateřina ujištěna, že všechna vyšetření dopadla dobře. Byla jí a jejímu partnerovi nabídnuta návštěva centra asistované reprodukce. *“Po konzultaci s gynekologem, jsme na jeho doporučení, navštívili centrum asistované reprodukce, kde jsme měli projít oba dva různými vystřeleními, aby se zjistilo, proč nemůžeme otěhotnět. Ačkoli se žádná příčina nezjistila, stále se nám otěhotnět nedařilo.”* Otěhotnět se Kateřině podařilo v listopadu 2020 po umělém oplodnění. *“Umělé oplodnění vyšlo na první pokus. Předtím nám byla ještě nabídnuta nitroděložní inseminace, ale rozhodli jsme se s přítelem, že chceme přejít rovnou k mimotělnímu oplodnění ve zkumavce.”*

Rozhodli jsme se tak z důvodu obav a velkého stresu z toho celého procesu a všech vyšetření, které jsme museli podstoupit. “

Poté byla rozebírána otázka týkající se příčin, které vedly k těhotenství ve vyšším věku. *“Jeden z důvodů mého těhotenství ve vyšším věku byla volba správného partnera. Před mým současným přítelem jsem měla dlouhodobý vztah, který prostě nevyšel, a tak jsme se po několika letech rozešli. Pak to nějakou dobu trvalo, než jsme se našli se současným přítelem. Dalším důvodem byly problémy s početím. “*

11.1.4 Těhotenství

S participantkou jsme se zaměřili na průběh těhotenství a jeho prožívání, jak graviditu ovlivňoval její věk a zda se objevily nějaké komplikace spojené s vyšším věkem participantky.

V prvním trimestru se u Kateřiny projevil typické těhotenské příznaky. *“Na začátku těhotenství jsem byla dost unavená a chtělo se mi jen spát. Také jsem měla dost citlivá prsa, což mi bylo trochu nepříjemné. “* V rané fázi gravidity se objevila určitá komplikace. *“Trochu jsem zakrvácela. Po předchozí zkušenosti s neúspěšným těhotenstvím nás to s přítelem dost vyděsilo. Myslela jsem, že se to bude opakovat. Naštěstí mi gynekolog řekl, že se to občas stává. “* Na konci prvního trimestru podstoupila prvotrimestrální screening. Byl jí sdělen výsledek screeningu a následně doporučen další postup. *“Zaplatila jsem si to vyšetření, které se provádí ještě v prvním trimestru. Výsledky vyšetření ale vyšly pozitivně. Vzhledem k mému věku a pozitivnímu výsledku ze screeningu, jsem byla odeslaná na odběr plodové vody. “* Toto vyšetření neprokázalo detekci vady plodu. *“Výsledky z odběru plodové vody naštěstí vyšly negativně. “*

Kateřina komentovala, jak vnímala začátek těhotenství a s ním spojené pocity. *“Z těhotenství jsem měla obrovskou radost. Zvláště pak, co se stalo v předchozím těhotenství. Ale zároveň díky tomu, jsem měla i větší strach, že to nemusí dopadnout dobře. I potom, co mi vyšel pozitivní screening, jsem byla dost vyděšená z toho odběru plodové vody. Bála jsem se, že to bude bolestivý zákrok a taky jsem četla rizika, která to obnáší. Nakonec samotný odběr nebyl tak hrozný, ale ten stres, co přišel potom, kdy jsme museli čekat na výsledky odběru, byl hrozný. Později, kdy jsme se dozvěděli, že jsou výsledky negativní, mi spadl obrovský kámen ze srdce. Byla to najednou velká úleva. “*

Kateřina popsala, jak prožívala fyzické změny ve druhém trimestru. *“Během druhého trimestru mi už konečně začalo růst břicho a taky jsem začala cítit pohyby miminka. V tomto období mi nějak došlo, že jsem asi vážně těhotná a že ve mně roste malý človíček. Je to vážně takový malý zázrak. Potíže, které jsem měla na začátku těhotenství vymizely. Už jsem nebyla ani moc unavená. Dokonce se mi zvětšila prsa, což mě dost potěšilo, protože je mám normálně celkem malá. Takže po fyzické stránce, jsem si změny, které souvisely s těhotenstvím, moc užívala.”*

Také komentovala své pocity v průběhu druhého trimestru. *“Už jsem neměla takové obavy jako na začátku těhotenství, ale vždycky jsem byla trochu nervózní, když mě čekala jakákoliv kontrola. Těšíte se, že zase uvidíte malého na ultrazvuku, ale zároveň nikdy prostě nevíte, jestli tam zase nenajdou nějakou odchylku nebo něco, co se jim nebude líbit. Jinak si myslím, že to bylo asi nejvíce pohodové období z celého těhotenství.”*

Kateřina popsala prožívání fyzických změn v posledním trimestru. *“Na konci těhotenství už jsem špatně snášela velké břicho. Připadala jsem si s ním neohrabaná. Také jsem dost nabrala na váze, asi 25 kg. To jsem celkem špatně snášela. A když mi k tomu začaly natékat nohy, připadala jsem si doslova jak velryba.”* Zajímala jsem se, jak se Kateřina připravovala na příchod miminka. *“Nakupovala jsem vybavičku a všechny možné věci pro miminko. Občas jsem byla dost ztracená. V obchodech se toho nabízí tolik, že jsem ani nevěděla, na co se, co používá. I známí mi furt něco doporučovali, co musím mít a bez čeho se neobejdu, ale ty názory se často rozcházelý.”* V předporodním období vyhledávala více informací o přípravě na porod a průběhu samotného porodu. *“Jak se porod blížil, začala jsem se ho trochu bát. Ale zároveň jsem se na něj těšila. Byly to dost smíšené pocity. Potřebovala jsem najednou zjistit co nejvíce informací o porodu. Jak to přesně probíhá a co se má jak dělat. Vyptávala jsem se na porod u lékaře, ale ten mi odpověděl velmi stručně, tak jsem se víc informací dozvěděla spíš od kamarádek a ségry. Taky jsem si nakoupila pár knih a zaplatila předporodní online kurz hypno-porodu.”* Ptala jsem se, zda se před samotným porodem již cítila dostatečně informována. *“Ta nejistota z neznáma ze mě trochu opadla. Měla jsem pocit, že jsem si sama sebou jistější.”*

Další část byla zaměřena na roli partnera v graviditě. Jak těhotenství prožíval a zda mělo jeho chování určitý vliv na prožívání gravidity Kateřiny. *“Přítel byl pro mě celé těhotenství velkou oporou. I v době, kdy jsem ještě těhotná nebyla a teprve jsme se snažili počít, byl v klidu a vyrovnaný. I když se vyskytla nějaká komplikace a já vyšilovala a měla strach,*

on byl stále pozitivní a klidný. Výhodou je, že tuhle vlastnost umí předat i ostatním. V těch těžkých chvílích mě uměl uklidnit a podpořit. On je pro mě taková jistota.“ Kateřina komentovala, jak o ní partner pečoval a zda byly uspokojeny její psychické potřeby. *“Určitě byl přítel pro mě psychickou podporou, která pro mě byla velmi důležitá. Byli jsme v tom spolu, takže moc dobře chápal, jak se cítím a co prožívám.*“ Uvedla, že měla velkou potřebu být dostatečně informovaná a mít možnost tyto informace s někým sdílet a probrat. *“Přítel mě doprovázel na všechna důležitá vyšetření. Vždycky jsme chtěli vědět, na čem přesně jsme. Chtěla jsem znát přesné a srozumitelné informace, které jsme následně s přítelem společně doma probírali a řešili. Bylo fajn, že jsem na to nebyla sama a měla jsem tu možnost to s přítelem sdílet. Celkově se mi přítel dost věnoval a se vším mi pomáhal.*“

11.1.5 Porod

V další části byl rozebrán průběh porodu a zážitky z něj.

V pondělí 23.8.2021 ráno měla Kateřina pocit, že jí začíná odtékat plodová voda. *“Den před porodem jsem se ráno vzbudila a pode mnou byla trochu mokrá postel.*“ Kateřina kontaktovala partnera a informovala ho, že nejspíš začíná rodit. *“Nechtěla jsem nějak vyšilovat, ale pro jistotu jsem hned zavolala příteli a řekla jsem mu, že je to tady. Že se mi asi rozjíždí porod, ať radši přijede z práce a odveze mě do porodnice.*“ Po vyšetření v porodnici byla Kateřina informovaná, že se skutečně jedná o odtok plodové vody, ale porodní cesty na porod ještě nebyly připravené. Sdělili jí další postup. *“V porodnici mě vyšetřili a řekli mi, že mi plodová voda praskla, ale že jinak nejsem vůbec otevřená a ani jsem neměla žádné kontrakce. Hospitalizovali mě na rizikovém oddělení s tím, že se bude čekat, zda se porod sám rozběhne nebo ho budou muset vyvolat.*“ Kateřina pospala své pocity. *“Na konci těhotenství jsem dělala všechno pro to, abych se sama rozrodila a nemuseli mi vyvolávat porod. Když mi začala odtékat ta voda, radovala jsem se, že se porod rozbíhá bez nějakých zásahů. Jakmile mi v porodnici řekli, že pokud se do 24 hodin sama nerozrodím, tak mi budou muset porod vyvolat, začala jsem cítit tlak ze strany doktorů. Nejhorší je, že v tu chvíli to sama moc neovlivníte, jestli se otvírat začnete nebo ne. Cítila jsem se bezradná.*“ Kateřina potřebovala podporu, která by ji povzbudila. *“Hrozný bylo i to, že jsem na to byla v tu chvíli úplně sama. Přítele totiž poslali domů a řekli mu, že až to bude k porodu, tak mu zavolají. Ale já cítila, že ho potřebuji hned.*“ V porodnici začali lékaři Kateřině porod vyvolávat. *“Porod se bohužel sám nerozběhnul, takže jsem se s lékaři dohodli, že tomu trochu pomůžou. Nebyla jsem z toho moc nadšená, ale asi jsme už čekaly moc dlouho a nebylo jiné*

řešení. “ Pár hodin po zavedení tablety začala Kateřina kontrahovat a porod se pomalu roz-
bíhal. Kateřina tuto část komentuje následovně: *“Asi po 3 hodinách mi začaly celkem silné
a pravidelné bolesti. Převezli mě proto už na rodičí pokoj. Trochu mě vyděsilo, jak to začalo
z ničeho nic, ale na to mě předtím upozornili. Zároveň jsem měla radost, že se to konečně
někam pohnulo a že nejspíš ten den porodím.”* Během porodu se u plodu vyskytly kompli-
kace, které vedly k okamžitému ukončení těhotenství císařským řezem. *“Při porodu mě i
miminko dost hlídali. Na monitoru malého se jim ale něco nezdálo. Začala jsem mít divný
pocit, že se opravdu “něco“ děje. Monitor se ale nezlepšil a malému začaly padat ozvičky
a nakonec to skončilo akutním císařským řezem. Všechno proběhlo tak rychle, že partner
nestihnul ani dojet do porodnice, takže malého neviděl a já samozřejmě taky ne, když jsem
byla v celkové anestezii. Malého jsem poprvé viděla až na JIPce, kde proběhlo i první při-
ložení. Partner ho viděl, až když si pro nás jel do porodnice.”* Kateřina popsala pocity s po-
rodem spojené. *“Strašně mě to mrzelo, že to takhle dopadlo. Přála jsem si porodit přirozeně
bez zásahů doktorů v přítomnosti partnera a vlastně nic z toho nevyšlo. Byla jsem z toho
zklamaná. Teď zpětně si říkám, že je důležité, že to všechno skočilo dobře. Oba dva jsme
zdraví, a to je hlavní.”*

11.1.6 Role porodní asistentky

Dále jsem se zajímala, jakou roli hrála v těhotenství a při porodu porodní asis-
tentka/y. Jak probíhala komunikace mezi nimi a zda byla participantka spokojená s péčí po-
rodních asistentek.

Řešila jsem s Kateřinou, kde se s porodní asistentkou setkala a jakou úlohu měla.
*“Poprvé jsem se setkala s porodní asistentkou u mého gynekologa. Tam obstarávala úlohu
klasické sestřičky, takže měřila tlak, odebírala krev, kontrolovala moč a měla na starosti
objednávání pacientek. Pak jsem se s porodními asistentkami setkala až v porodnici, kde
se o mě staraly na rizikovém oddělení a pak při porodu.”* Uvedla, že jejich chování a přístup
byl přívětivý. S komunikací byla Kateřina spokojená. *“Porodní asistentky byly vždycky moc
milé a empatické. Odpovídaly na všechny otázky, které jsem měla a snažily se vždy poradit.
Když mi lékař něco vysvětloval, snažily se mi informace dovysvětlit a objasnit tak, abych je
pochopila i já jako laik.”* Ptala jsem se, zda jí vše vyhovovalo anebo by uvítala nějakou
změnu. *“Chtěla bych, aby si na mě gynekolog či porodní asistentka udělali více času při
pravidelných prohlídkách v těhotenství. Taky bych chtěla mít více informací od zdravotnic-
kého personálu. Někdy jsem měla pocit, že kdybych se na konkrétní věc nezeptala, tak by*

mi to ani neřekli. Musela jsem si i díky tomu dost věcí vyhledat sama na internetu, v knížkách, různých aplikacích a poptat se známých.“ Tázala jsem se, jak porodní asistentku vnímala během porodu. *“Při porodu pro mě byla porodní asistentka velkou psychickou podporou. Jelikož můj přítel nestihl přijet k porodu, byla jedinou osobou, která mě v tu chvíli doprovázela a podporovala. Po celou dobu porodu byla mým “partákem“. O všem mě informovala a vysvětlovala, co se právě s dítětem a mým tělem děje. Snažila se mi poradit, jak bolesti lépe zvládat.*

11.2 Rozhovor č. 2 – Paní Marta

11.2.1 Identifikační a základní údaje

Druhou participantkou je paní Marta, které je nyní 46 let. Má manžela, se kterým žije v rodinném domě. Společně sdílí domácnost ještě s matkou manžela, která pomáhá s chodem domácnosti. Marta má s manželem dvě děti. Starší dceru porodila v roce 2018, když bylo Martě 41 let. Mladší dcera se Martě narodila v 45 letech v říjnu roku 2021. Marta má vysokoškolské vzdělání a pracuje jako právnička. V současné době je na mateřské dovolené a věnuje se svým dětem. Manžel pracuje jako finanční účetní.

Jméno participantky je nahrazeno pseudonymem z důvodu zachování její anonymity.

11.2.2 Anamnéza

V první řadě jsem se zajímala o rodinnou anamnézu participantky. *“Můj děda má cukrovku II. typu a má matka vysoký tlak. Babička zemřela na rakovina tlustého střeva. Jiné vážné onemocnění už mě nenapadá.*“ V osobní anamnéze mě zajímala prodělaná onemocnění, úrazy a operace. *“Jsem po polytraumatu z autonehody, kterou jsem měla ve 28 letech. A teď mám trvalé následky, které mne omezují v mnoha pohybových aktivitách. Měla jsem 5x zlomenou pánev. Nyní jsou fraktury zhojené v dislokaci. Také se léčím se s nízkou buněčnou imunitou.*“ Alergie Marta neguje.

V gynekologické anamnéze Marta uvedla, že má menstruaci od svých 14 let. Problémy s cyklem nikdy neměla. Ptala jsem se na užívání hormonální antikoncepce. *“Při studiu střední školy jsem užívala poměrně krátce asi 3 měsíce antikoncepci Diane 35, a to pouze z důvodu problematické mladé pleti.*“ Marta chodí ke svému gynekologovi na prevenci 1x ročně nebo při obtížích. Marta má v anamnéze tři těhotenství, z toho dva porody císařským řezem pro stav po frakturách pánve. Podstoupila revizi pro zamlklé těhotenství.

Snaží se dbát o zdraví životní styl. Marta nekouří, ani nepije alkohol. Z důvodu trvalým následkům po dopravní nehodě, má určitá omezení v pohybu. *“Z pohybových aktivit je pro mě nevhodnější chůze. Bohužel mám trvalé následky po autonehodě, které mě omezují v mnoha sportovních aktivitách.”* Zajímala jsem se, jak se stará o své duševní zdraví. *“Navštěvuji několik let klinickou psycholožku. Zastávám názor, že i o duši je potřeba pečovat, stejně jako např. o zlomenou nohu.”*

11.2.3 Plánované rodičovství

U plánovaného rodičovství byly rozebrány otázky, zda byla gravidita plánovaná a z jakého důvodu otěhotněla ve vyšším věku.

Marta uvedla, že gravidita byla plánovaná. Využívala metodu počítání plodných dnů s kombinací s využitím ovulačních testů a ultrazvukovou folikulometrií. Příprava organismu na graviditu spočívala i v dlouhodobé užívání vitamínů na podporu početí. *“Dlouhodobě jsem užívala kyselinu listovou a koenzym Q10, průběžně také Inositol, vitamín D a Omega 3.”* K přípravě na graviditu patřila i redukce hmotnosti. *“Před těhotenstvím jsem se snažila zhubnout. A to se mi povedlo, protože jsem zhubla 10 kg, které mi zůstaly z předchozího těhotenství.”* Zajímalo mě, zda Marta konzultovala plánovanou graviditu i s lékařem. *“Studovala jsem mnoho odborných zdrojů o početí ve vyšším věku. Podstoupila jsem také řadu vyšetření, abych si ověřila, že početí cestou IVF i přirozeně nic nebrání. Cíleně jsem se na početí připravovala imunologicky, protože mám imunitu proti embryu. Dostávala jsem dlouhodobě injekce imunoglobulinu a krevními odběry se hlídala hladina konkrétních parametrů proti embryu.”* Marta podstoupila vícekrát IVF. *“Podstoupila jsem také IVF s genetikým vyšetřením embryí, abych transferovala jen geneticky zdravé embryo. Poté jsem absolvovala další dvě IVF, ale bohužel mezi embryi, kterých byl navzdory mému věku vysoký počet, již nebylo nalezeno žádné euploidní, tedy nedošlo k transferu.”* Dotázala jsem se, proč volila cestu IVF. *“Jelikož jsem poprvé otěhotněla pomocí IVF, rozhodla jsem se proto pro tuto metodu, ale bohužel se stále nedařilo.”* Marta se proto rozhodla, zaměřit se na přirozené početí a posilovat tak své šance. *“Nakonec jsem byla úspěšná a ve 45 letech jsem otěhotněla přirozeně a porodila druhé zdravé dítě.”*

Participantka objasnila, jaký názor má na graviditu ve vyšším věku a jak důležitou roli hraje víra v sebe sama ve snaze o početí. *“Za svou významnou cestu považuji posilování víry, že otěhotnět lze přirozeně i ve věku nad 40 let. Mnoho žen nad 40 žije v sebeomezujícím*

přesvědčení, že má jen minimální šanci počít, natož počít zdravé dítě, donosit a v pořádku porodit.“ Zmínila se, že se také zajímá a věnuje léčitelství, ve které má důvěru. **“Věnovala jsem se také studiu lidového léčitelství a zaměřila jsem se na léčitele s prokazatelně mimořádnými léčitelskými schopnostmi a věnovali se léčitelství v rámci nezištné pomoci druhým. Tušila jsem, že jdu správnou cestou a skutečně jsem krátce po setkání otěhotněla přirozeně.”**

Ptala jsem se participantky, jak dlouho se s manželem pokoušeli otěhotnět. **“Snažila jsem se počít 3 a 1/4 roku. Otěhotněla jsem v říjnu 2020, bohužel v prosinci 2020 jsem podstoupila revizi pro zamklé těhotenství. V lednu 2021 jsem si dala pauzu pro obnovu děložní sliznice a počátkem února jsem na první pokus otěhotněla, a v říjnu 2021 porodila.”**

Zajímaly mě i důvody, vedoucí k pozdnímu mateřství. **“Ve 28 letech jsem měla autonehodu, která mě pak na dlouhou dobu vyřadila z běžného života. Následně tendence k sociální izolaci, dohánění studií, práce, absence životního partnera. Ve 36 letech podstatné zhoršení zdravotního stavu, opět sociální izolace v důsledku zhoršení zdravotního stavu. Ve 39 a půl letech nalezení životního partnera pro založení rodiny.”**

11.2.4 Těhotenství a jeho prožívání

V této části byla probrána otázka týkající se průběhu gravidity a s ním související pocity. Dále jsme hovořili o tom, jak těhotenství ovlivnil její věk.

Nejprve jsem se participantky ptala, jak prožívala první trimestr. Popisovala, jak špatně snášela první příznaky těhotenství. **“Nevolnosti jsem vnímala negativně, ale chápala jsem, že je to daň za dítě.”** Podstoupila prvotrimestrální screening, který vyšel pozitivně. **“Při prvním screeningu byl u miminka zjištěn abnormální průtok v ductus venosus a měla jsem horší hodnotu PAPP - A. V kombinaci s věkem jsem měla riziko Downova syndromu 1:8, a proto byl prvotrimestrální screening hodnocen jako pozitivní.”** Popsala, co se v tu chvíli v její hlavě odehrávalo. **“Byla jsem v šoku. Říkala jsem si, jak je tohle možné. Když už se mi konečně povedlo otěhotnět, tak najednou budu řešit to, že moje dítě nemusí být v pořádku. Hlavou mi běhaly různé scénáře.”** Marta pociťovala strach a obavy o zdraví plodu. **“Začala jsem mít velký strach, že nám řeknou, že budeme mít postižené dítě.”** Marta se domlouvala s lékařem na dalším postupu. **“Bylo mi doporučeno invazivní vyšetření, které**

jsem odmítla. Ale pro jistotu jsem si nechala odebrat krev na neinvazivní prenatalní vyšetření – test Panorama, který potvrdil, že je plod zdravý.“ Marta se opět obrátila se svými obavami na lékaře, se kterým řešila problémy s početím. *“Kontaktovala jsem lékaře. Nedokážu posoudit, zda pomohlo působení lékaře nebo se stav upravil sám, ale na další kontrole zaměřené na podrobné vyšetření srdce miminka bylo ohledně průtoku již vše v pořádku. Vzhledem k početí po pomoci lékaře a lékaře v jedné osobě jsem pocítovala a navždy budu pocítovat vděčnost.*“

Marta popsala, jak prožívala fyzické změny ve druhém trimestru. *“Ve druhém trimestru mi začalo tvrdnutí břicha již po pár krocích. Cítila jsem se dost slabá a měla jsem bolesti pánve v sedě i při chůzi. Proto jsem trávila zbytek těhotenství v poloze v polo-leže, nebo jsem chodila jen pár minut po bytě a takto jsem to střídala.*“ Zmíněné potíže měly vliv na její pocity a prožitky těhotenství. *“To všechno se samozřejmě odráželo na mé psychice. Nemohla jsem nikam moc chodit. Byla jsem stále doma s dcerou, o kterou jsem se starala. Bála jsem se, abych předčasně neporodila kvůli tomu tvrdnutí břicha. Bylo to dost náročné.*“

V posledním trimestru Martu doprovázely velké bolesti pánve. *“Bolela mne pánev po frakturách. Dost mě to obtěžovalo.*“ Také špatně snášela přírůstek váhy. Ale ve srovnání s prvním těhotenstvím se u ní nevyskytlo tolik komplikací. V předporodním období se začala obávat porodu a možných komplikací, které by se mohly vyskytnout. *“Strach z komplikací jsem měla veliký. Měla jsem plánovaný porod v porodnici vzdálené více než 100 km od místa bydliště a bála jsem se, aby mi nepraskla voda dříve vzhledem k tomu, že jsem byla GBS pozitivní a vzhledem k potřebě včas přistoupit k sekci pro stav po frakturách pánve. Také jsem se obávala možné nákazy koronavirem v nemocničním prostředí.*“

Rozebíraly jsme s participantkou vyšetření, která musela podstoupit a komplikace vzniklé během gravidity. *“Jak už jsem se zmínila, první screening vyšel pozitivně, ale jinak druhý i třetí screening byly úplně v pořádku. Prodělala jsem opakovaně močové infekce a 3krát ATB léčbu včetně hospitalizace. Dále jsem měla celé těhotenství tvrdnutí břicha. Ve 28 týdnu těhotenství mi byla zjištěna těhotenská cukrovka a později i vyšetření na GBS vyšlo pozitivně. Jinak s nízkou buněčnou imunitou jsem už do těhotenství vstupovala.*“ Ptala jsem se, jak všechny zmíněné komplikace prožívala. *“Tohle těhotenství bylo vymodlené jako to předešlé, proto jsem věděla, že komplikace musím prostě přečkat. Samozřejmě, že jsem měla strach, ale musela jsem věřit, že všechno dopadne v dobře.*“

Zajímala jsem se, jakým způsobem se na porod připravovala. *“Šlo o druhý plánovaný císařský řez. Už jsem věděla, do čeho jdu, proto příprava spočívala především ve výběru porodnice a lékaře, do jehož rukou jsem se chtěla svěřit. Spoustu věcí jsem si dohledala v knihách, na internetu nebo jsem se doptala lékařů.”*

V další části jsme se zaměřily i na roli partnera v těhotenství. *“Bez pomoci manžela si nedovedu představit zvládnout rizikové těhotenství. Manžel velmi pomáhal s péčí o dceru, obstarával nákupy, vozil mne do Prahy (100 km) do rizikové poradny a na všechna vyšetření. U všech screeningů byl se mnou, rovněž i u porodu. Po návratu z porodnice si vzal otcovskou dovolenou.”* Zajímalo mě, jak těhotenství prožíval a zda mělo jeho chování určitý vliv na prožívání gravidity Marty. *“Oba jsme si děti velmi přáli, oba jsme ve věku nad 40 a do té doby jsme oba byli bezdětní. Ochotně se mnou podstupoval umělá oplodnění i všechna vyšetření nebo dojíždění za lékaři. Pokud se vyskytly komplikace, měl obavy, aby vše dopadlo dobře a snažil se mě uklidňovat a povzbuzovat. Bez pomoci a podpory manžela bych jen těžko zvládla péči o dceru a o domácnost.”* Marta komentovala, jak o ní partner pečoval a zda byly uspokojeny její potřeby. *“Potřebovala jsem přes den víc odpočívat, ale toto uspokojeno nebylo vzhledem k péči o pětiletou dceru. Potřebovala jsem pomoci s domácností – pomáhal manžel a jeho maminka.”*

11.2.5 Porod

V této části byl rozebrán průběh porodu a jeho prožitky.

Den před plánovaným císařským řezem byla Marta hospitalizovaná na oddělení rizikového těhotenství. Porod proběhl podle plánu 18.10.2021. *“V pražské porodnici jsme měli domluvený plánovaný císařský řez na 18.10. z důvodu pro předchozí císařský řez a pro stav po frakturách pánve zhojených v dislokaci.”* Zajímala jsem se, jaké pocity měla v den porodu. *“Měla jsem radost, že nenastaly žádné komplikace, kterých jsem se v těhotenství tak obávala, jako předčasný porod atd. Před samotnou operací jsem byla trochu nervózní, ale tím, jak jsme se na malou těšili, jsem se nemohla dočkat, až ji uvidím.”* Ptala jsem se, zda měla porodní plán či nějaké porodní přání. *“Porodní plán jsem měla. Přála jsem si, aby byl při porodu můj manžel a zároveň i u všech vyšetření miminka. Chtěla jsem bonding a přiložení ještě na operačním sále.”* Marta popsala první kontakt s novorozencem. *“Miminko bylo po měření a vážení přiloženo na holou hrud' otce, poté po několika minutách mi ji přinesl*

pediatr a byla mi přiložena ještě na sále k prsu.“ Poznámala své pocity. **“Měla jsem velkou radost, že vše proběhlo podle plánu. Víím, že první přiložení k prsu po císařském řezu nedělají všude v porodnicích. Tak jsem byla ráda, že tady to šlo zařídit a že u toho všeho mohl být i můj manžel, který mi byl velkou oporou. Byla jsem všem moc vděčná, že mi vyšly se vším vstříc.”** Zajímalo mě, jak vnímala porod císařským řezem. **“Už jsem věděla, do čeho jdu, takže jsem víceméně věděla, co to obnáší. Byla jsem už od začátku obou těhotenství připravená a smířená s tím, že budu rodit císařským řezem, vzhledem k mé anamnéze. Nebrala jsem to nějak negativně.”**

11.2.6 Role porodní asistentky

Zajímala mě také role porodních asistentek v těhotenství a při porodu. Způsob jejich komunikace a zda byly participantka spokojena s péčí porodní asistentky.

Rozebírala jsem s Martou, kde se s porodní asistentkou setkala a jakou úlohu měla. **“Setkávala jsem se s porodními asistentkami v nemocnici, kam jsem jezdila na pravidelné prohlídky a vyšetření. Nebyla tam jen jedna, ale střídaly se. Takže jsem tam byla pokaždé s jinou.”** Role porodních asistentek spočívala v asistenci lékaře, odběr biologického materiálu a edukaci. **“Porodní asistentka vždy připravovala pomůcky a asistovala lékaři. Měla na starosti odběr krve a moči. Informovala mě, jaká vyšetření mě právě čekají a na co se mám připravit. S komunikací a péčí byla Marta vždy spokojená. “Mluvila jsem s nimi často po telefonu a nikdy nebyl problém se na čemkoliv domluvit. To samé bylo i osobně. O všem mě informovaly a vysvětlily. Chovaly se ke mně moc hezky.”** S péčí porodních asistentek se Marta setkala i po dobu hospitalizace v nemocnici. **“Často jsem komunikovala s porodními asistentkami v nemocnici, když jsem byla hospitalizovaná na rizikovém oddělení. Byly opět moc milé a zodpověděly mi všechny dotazy, které jsem měla. Jednu z nich jsem si velmi oblíbila.”** Zajímalo mě, jak Martu vnímaly a přistupovaly k ní. **“Všechny byly ochotné a vstřícné. Neměla jsem pocit, že by třeba na mě koukaly skrz prsty kvůli tomu, že jsem starší maminka. Vážila jsem si toho, že mě braly jako každou jinou. Myslím, že vztahy mezi námi byly výborné. Všechny mne podporovaly.”** Marta sdělila svůj názor na porodní asistentky. **“Porodní asistentky jsou pro ženy určitě velkou oporou. Doprovází ženu v tíživých situacích. Ale myslím si, že jejich pomoc je více zřetelná u žen bez komplikací a u přirozených porodů.”** Tázala jsem se, jak porodní asistentku vnímala během porodu. **“Vnímala jsem ji jako osobu, která Vás doprovází v této náročné situaci. Pečuje o Vás, popisuje a vysvětluje, co Vás čeká a snaží se splnit všechny přání, které máte.”**

DISKUZE

Tato bakalářská práce je zaměřena na těhotenství ve vyšším věku. Hlavním cílem bakalářské práce je zmapovat prožívání gravidity žen po 35. roce věku.

Výzkumného šetření se účastnily 2 ženy, které otěhotněly a porodily po 35. roce života. Byla zvolena forma kvalitativního výzkumu. Nezbytné informace byly získávány pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Dílčí cíl č. 1

Zjistit a analyzovat důvody vedoucí ke graviditě ve vyšším věku.

Tabulka 1: Výzkumná otázka č. 1

Jaké okolnosti vedly ke graviditě ve vyšším věku?	
Participantka č. 1- Kateřina	Participantka č. 2 - Marta
Volba správného partnera	Zdravotní komplikace
Problémy s početím	Studium
Potrat	Kariéra
	Sociální izolace
	Absence partnera
	Problémy s početím
	Potrat

Zdroj: vlastní zpracování

U první participantky byla hlavní příčinou pozdního mateřství volba správného partnera. Později k tomu přibyly i problémy s početím. Participantka č. 1 uvedla, že po dlouholetém vztahu se rozešla se svým přítelem. Nový vztah přišel až po určité době, kdy bylo participantce 29 let. S partnerem začali plánovat rodinu o 2 roky později. Poprvé otěhotněla po roce snažení. Potratila v rané fázi těhotenství. Dva roky se snažili opět počít, ale nedařilo se. Participantka otěhotněla až pomocí IVF.

U druhé participantky se vyskytlo více příčin, které vedly k odkládání mateřství do vyššího věku. Ve 28 letech měla participantka autonehodu, která ji způsobila polytrauma. Nehoda ji způsobila vážné zdravotní komplikace, které ji vyřadily z běžného života na určitou dobu. Následně doháněla studia a kariéru právničky. Měla sklon k sociální izolaci, a to vedlo k absenci životního partnera. V 36 letech se zhoršil její zdravotní stav, který opět vedl k sociální izolaci. Až v 39 letech potkala životního partnera pro založení rodiny. Participantka byla těhotná celkem 3krát. První dvě těhotenství byly po IVF. Poprvé rodila ve svých 41 letech. Druhé těhotenství skončilo neúspěšně. Potřetí participantka otěhotněla spontánně v 45 letech.

Obě participantky měly problémy s početím a podstoupily IVF. Participantka č. 1 otěhotněla pomocí IVF, ale participantka č. 2 nakonec otěhotněla spontánně. K pozdnímu rodičovství ale vedly i jiné důvody, jako volba správného partnera, zdravotní problémy ženy či kariéra. Nejčastější faktory odkládání mateřství do vyššího věku jsou dle autorky výzkumu Kozákové: vhodný partner, problémy s početím, studium a kariéra (Kozáková, Vévodová, Vévoda, Merz, 2015).

Dílčí cíl č. 2

Zmapovat vnímání a prožívání změn souvisejících s těhotenstvím u žen ve vyšším věku.

Každá gravidita je provázena fyzickými a psychickými změnami, které jsou často způsobeny hormonálními změnami, které působí na psychiku ženy. Vliv může mít i samotné vnímání těhotenství, kdy se mění sociální role ženy. Všechny tyto vlivy vedou nejčastěji k ambivalentním pocitům. U ženy se střídají různé nálady a pocity, které intenzivně působí na prožívání celého těhotenství. Změna role ženy doprovází i změny v žebříčku jejich hodnot. Nastává období nejistoty, obav a strachu, ale zároveň období naděje, radosti a těšení se (Hendrych Lorenzová, 2021, s. 5).

S tímto tvrzením lze jen souhlasit. Z rozhovorů vyplývá, že obě participantky měly z gravidity velkou radost. U obou participantek byla gravidita plánovaná, tedy chtěná. Zároveň si byly vědomy toho, že se vyskytují ve skupině, která s sebou přináší určitá rizika spojená s vyšším věkem matek. Popisovaly obavy a strach jak ze samotných vyšetření, tak hlavně z výsledků všech vyšetření v průběhu celého těhotenství. Dále se odpovědi shodovaly i na tom, že měly obavy z výskytu chromozomálních aberací u plodu z důvodu pozitivních výsledků prvotrimestrálního screeningu. Pravděpodobnost výskytu Downova syndromu u plodu stoupá s věkem žen. Od 35. roku se riziko a pravděpodobnost výskytu vady u plodu výrazně zvyšují. Na základě toho, je ženám doporučena invazivní metoda aminocentéza, která s sebou přináší jistá rizika. Tímto tématem se článek autorů Bruckner, Singh, Lelong, a Khoshnood (2019) také zabývá. Participantka č. 2 amniocentézu odmítla a nechala si místo ní provést neinvazivní vyšetření z krve – test Panorama. Ani u jedné z žen se výskyt jakékoliv vady nepotvrdil. Pocity strachu a obav se proměnily v radost a těšení se.

Participantka č. 2 se zároveň obávala i o své zdraví, jelikož byla po několikanásobné fraktuře pánve a měla nízkou buněčnou imunitu. Mimo jiné se u ní vyskytly komplikace jako tvrdnutí břicha v průběhu celého těhotenství, opakující se močové infekce a diagnostikovaný gestační diabetes mellitus. Na doporučení lékaře musela dodržovat dietní režim s pravidelnou kontrolou hladiny cukru v krvi. Těhotenství bylo bráno jako rizikové. Z toho důvodu byla participantka několikrát hospitalizovaná v nemocnici. Byla tak ráda, že je pod kontrolou lékařů, ale zároveň ji po celou dobu provázel strach z komplikací a stres, zda není narušen chod domácnosti v její nepřítomnosti po dobu její hospitalizace v nemocnici.

Obě participantky zmiňovaly, jak negativně snášely některé těhotenské příznaky. Participantka č. 2 uvedla těhotenské nevolnosti. Obě špatně snášely únavu a přírůstek váhy, což jim bránilo v běžných aktivitách.

Empatie lékařů a porodních asistentek jim byla oporou. Důležitou roli měli v těhotenství i jejich partneři, kteří je po celou dobu psychicky podporovali a vše prožívali s nimi. Partner uspokojoval převážně psychické potřeby. Doprovázel partnerku na vyšetření, staral se o ní, pomáhal s domácností a zařizoval potřebné záležitosti.

V předporodním období se participantka č. 1 strachovala z porodu. Vyhledávala si díky tomu více informací, aby byla psychicky připravená. Obě ženy uvedly obavy z možných komplikací, které by se mohly vyskytnout v průběhu porodu.

Dílčí cíl č. 3

Analyzovat faktory ovlivňující prožívání těhotenství u žen ve vyšším věku.

Tabulka 2: Výzkumná otázka č. 3

Jaké faktory ovlivnily prožívání těhotenství ve vyšším věku?	
Participantka č. 1	Participantka č. 2
<ul style="list-style-type: none">• Předchozí negativní zkušenost – potrat• Povědomí o rizicích související s vyšším věkem žen• Zdravý životní styl• Pozitivní výsledky screeningů• Nynější životní situace (sociální, ekonomická, rodinná)	<ul style="list-style-type: none">• Předchozí negativní zkušenost – zamklé těhotenství• Zdravý životní styl• Pozitivní výsledky screeningů• Zdravotní stav ženy• Fyzické změny související s těhotenstvím• Nynější životní situace (sociální, ekonomická, rodinná)

Zdroj: vlastní zpracování

Pocity a prožitky jsou ovlivněny mnoha faktory, které mají výrazný vliv na psychiku ženy. Nejčastěji se jedná o vnímání a přijetí svého těla, vlastní zkušenosti, životní situaci, v jaké se právě žena nachází anebo jakou podporu dostává od svých blízkých.

Obě ženy prošly v předchozím těhotenstvím potratem. Jeden z důvodů, proč k tomu tak došlo, mohl být vyšší věk žen. Tato nepříjemná zkušenost měla vliv na psychiku žen v následující graviditě, kdy se ženy strachovaly o život svého plodu. Riziko potratu se tak zvyšuje s vyšším věkem matky a s osobní anamnézou potratu. Ženy byly také edukovány od svých lékařů, v jaké situaci se nacházejí. Vyšší věk rodiček zahrnuje mnoho rizik jak pro plod, tak i pro matku (Medicalnewstoday.com, 2017). U plodu hrozí riziko nízké porodní hmotnosti novorozence z důvodu předčasného porodu či nitroděložní růstové retardace plodu a riziko vrozených vývojových vad plodu, jak je popsáno autory Šídla, Šťastné, Kocourkové a Fajta (2019, s. 156).

Prvotrimestrální screeniny vyšly obou ženám pozitivní. Nejistota a obavy se opět projeví na pocitech žen. Z gravidity měly obě radost, ale v průběhu celého těhotenství se objevovaly obavy z výsledků prenatalních vyšetření. V obou případech se jednalo o vytoužená těhotenství, ke kterým vedla důkladná příprava – přiměřený pohyb, vyvážená a pravidelná strava, péče o fyzické i psychické zdraví. Obě participantky se tak cítily na těhotenství skvěle připravené. Je vhodné poukázat na zdravý životní styl, neboť např. obezita, kouření či pití alkoholu jsou rizikovými faktory, které by mohly mít určitý vliv na případné problémy s početím, komplikace v těhotenství či při porodu. A to se pak odráží na psychice ženy. (Mayo Clinic.org, 2022).

Participantka č. 2 uvedla, že na její psychice měl vliv i její zdravotní stav. Kromě zdravotních problémů, které měla již před těhotenstvím, se u ní v průběhu těhotenství objevily komplikace jako gestační diabetes mellitus, pocíťované tvrdnutí břicha v průběhu celého těhotenství, prodělané opakované močové infekce a GBS pozitivita. Mimo jiné byla už po jednom císařském řezu. Proto se u ní vyskytly obavy i o její zdraví. Zároveň tyto komplikace mohly mít vliv na zdraví plodu. Tento faktor hraje také důležitou roli v prožívání těhotenství. Narodil u participantky č. 1 se v průběhu těhotenství neobjevily žádné významné komplikace. Tím bych chtěla upozornit na to, že zdravotní komplikace u participantky č. 2 nemusely souviset pouze s jejím vyšším věkem.

Životní situace, v jaké se žena právě nachází, má také velmi důležitý význam. Socioekonomický status, rodinný stav a kvalita života ovlivňují pocity těhotné. Pokud by se žena nacházela v obtížné životní situaci, pocíťovala by obavy a pochyby o svoji budoucí roli matky. Obě participantky měly dobré sociální, ekonomické i rodinné zázemí.

V poslední řadě se na prožívání žen podílely fyzické i psychické změny v průběhu těhotenství. Vlivem hormonů se tělo postupně mění tak, aby bylo připravené vyživovat 9 měsíců plod a následně ho porodit. Psychické změny se projevují změnou nálad, změnou svých vlastních hodnot, rolí a vztahů ve svém okolí. To může vést k ambivalentním pocitům v průběhu celého těhotenství.

Dílčí cíl č. 4

Zmapovat prožitky v průběhu porodu.

U participantky č. 1 porod začal spontánním odtokem plodové vody. Žena byla šťastná, že se porod rozbíhá sám. V porodnici ji ale bylo sděleno, že porodní cesty nejsou na porod připraveny a hospitalizovali ji s tím, že se bude čekat, zda se porod rozběhne. Žena cítila tlak ze strany lékařů, kteří ji sdělili, že porod bude vyvolán, pokud se do 24 hodin sama nerozrodí. Připadala si bezradná. Porod byl nakonec vyvolávaný, z důvodu odteklé plodové vody a nepřipravenosti porodních cest k porodu. Participantka byla zklamaná, jelikož si přála porod bez jakýchkoliv zásahů. Porod se po indukci rozběhnul velmi rychle a žena měla velké bolesti. Popisovala, že byla dost vyděšená z kontrakcí, které přišly z ničeho nic tak rychle a velmi intenzivně. Nakonec byl porod pro hrozící hypoxii plodu ukončen císařským řezem. Participantka se v tu chvíli strachovala o zdraví miminka. Nebyla si jistá, zda bude v pořádku. Mrzelo jí, že jí nemohl doprovázet její přítel, který nestihnul dojet do porodnice. Byla smutná, že neviděla syna hned po porodu, protože byla v celkové anestezii. Ženě bylo líto, že porod nevyšel podle jejich představ a nebylo jí splněno ani jedno porodní přání.

Participantka č. 2 měla plánovaný císařský řez pro stav po frakturách pánve a předchozí císařský řez. Žena byla v době termínu porodu vystresovaná, že bydlí daleko od porodnice a kdyby začala rodit předčasně, tak že nestihne dojet do porodnice. Zároveň se obávala předčasného odtoku plodové vody z důvodu pozitivivity GBS, kdy je důležité přijet do porodnice včas z důvodu antibiotické profylaxe. Porod nakonec probíhal podle plánu, kdy měla žena dohodnutý termín porodu. Ze samotného porodu byla nervózní, ale pocity nedochvilnosti a nadšení, až uvidí dceru, byly mnohem silnější. Žena byla vděčná za podporu manžela i personálu. V porodnici jí vyšly se vším vstříc, takže byla s péčí velmi spokojená. Po porodu probíhal bonding s otcem dítěte. Následně byla novorozená dcera přiložena k prsu matky ještě na sále. Participantka byla šťastná, že vše proběhlo podle jejího plánu po předchozí domluvě s nemocničním personálem. S císařským řezem byla od začátku těhotenství smířená, vzhledem k její anamnéze. Nevnímala to jako negativní fakt. O častějších indikacích k císařskému řezu u těhotných žen ve vyšším věku se ve svém výzkumu zmiňuje Veronika Šolcová (2015, s. 55–56).

Dílčí cíl č. 5

Specifikovat roli porodní asistentky k dané problematice.

Tabulka 3: Výzkumná otázka č. 5

Jak participantky vnímaly porodní asistentku v průběhu těhotenství?	
Participantka č. 1	Participantka č. 2
<ul style="list-style-type: none">• Kooperace s lékařem• Odběr biologického materiálu• Komunikace• Zajištění příjemného prostředí a klidné atmosféry• Empatie – psychická podpora	<ul style="list-style-type: none">• Kooperace s lékařem• Odběr biologického materiálu• Komunikace• Edukace• Respekt• Zajištění příjemného prostředí a klidné atmosféry• Empatie – psychická podpora

Zdroj: vlastní zpracování

Participantky byly spokojeny s průběhem prenatální péče. Co se týče edukace, participantka č. 1 uvedla, že by uvítala od lékařů či porodních asistentek více informací o průběhu prenatálních vyšetření a porodu. Zmínila se, že si spoustu informací musela vyhledávat sama a pak se následně na ně doptat. Informace si vyhledávala v knihách, na internetu nebo se radila s kamarádkami, které už děti mají. Participantka č. 2 byla spokojená s komunikací a edukací lékařů a porodních asistentek. Obě uvedly, že se k nim porodní asistentky chovaly mile, byly ochotné a snažily se odpovídat na všechny dotazy tak, aby je ženy pochopily. Představovaly pro ně psychickou podporu. Stejně tomu bylo i v následné péči na rizikovém oddělení. Participantka č. 2 uvítala, že se k ní porodní asistentky chovaly s respektem a nekomentovaly její rizikový věk. Při porodu porodní asistentku vnímaly jako osobu, která je doprovází v náročné situaci. Popisují a vysvětlují, co ženu čeká a snaží se vyhovět všem přání, které má. Participantky si váží jejich péče.

Online předporodní kurz navštívila za své těhotenství pouze participantka č. 1. Participantka č. 2 žádné kurzy nenavštívila. Jelikož už jedno dítě doma má, neměla pocit, že by

předporodní kurz potřebovala. Příprava obou participantek na těhotenství a porod spočívala ve vyhledávání potřebných informací, převážně v knihách a na internetu. Ženy si byly vědomy určitých rizik, která jsou spojená s vyšším věkem rodiček, a proto si vyhledávaly co nejvíce informací.

LIMITY VÝZKUMU

Jsem si vědoma, že výsledky, které z výzkumu bakalářské práce vycházejí, mají své limity.

K limitům práce bych zařadila proces výběru participantek. Pozdní mateřství je v dnešní době celkem běžné, a tedy nemělo by být problém, najít vhodné participantky pro tento výzkum. Jedná se ale o citlivé téma, kterém mnoho žen nechce s veřejností sdílet. Setkala jsem se s ženami, které nebyly ochotny se výzkumu účastnit z toho důvodu, že jsou společností zařazeny do kategorie starších žen pro mateřství.

Dále je dle mého názoru limitem výzkumu vedení rozhovoru pomocí online aplikace Skype. Nebyla možnost se s jednou participantkou setkat osobně a toto byla druhá nejvhodnější varianta formy rozhovoru. Nevýhodou tohoto způsobu je, že se výzkumník s participantkou tolik nepoznají, rozhovor není tak osobní, nevznikne vhodná atmosféra, která by pomohla se účastníkům více uvolnit a následně sdílet své zkušenosti a prožitky. Také ne vždy, se dá zajistit dobrý signál.

DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Z výsledků praktické části vyplývá několik návrhů a doporučení pro praxi.

- Porodní asistentky v ordinaci gynekologa by měly více edukovat ženy, které jsou poprvé těhotné, o průběhu prenatálních vyšetření a průběhu porodu.
- Větší informovanost porodních asistentek a lékařů o prožitcích a pocitech starších žen v průběhu těhotenství a porodu. Zabývat se více bio-psycho-sociálními a spirituálními potřebami žen ve vyšším věku.
- Doporučit těhotným ženám ve vyšším věku komunitní porodní asistentku. Žena by tak měla individuální péči i přístup, kde by byl čas a prostor sdílet strachy i radosti ženy. Žena by se tak mohla podělit o své pocity a obavy.

- Doporučit ženám psychoprofylaktickou přípravu vedenou porodními asistentkami, zaměřenou na graviditu ve vyšším věku, která by se týkala určitých specifik této problematiky. V příloze č. 3 uvádím návrh letáku na tento kurz.

SEBEREFLEXE

Před provedením rozhovorů, jsem musela provést důkladnou přípravu okruhů a otázek k rozhovoru. Samotné vedení rozhovorů pro mě bylo více obtížné, než jsem čekala. Z mé strany se pravděpodobně jednalo o pochybnosti ze správné reakce na odpovědi žen zúčastněných výzkumu. Také jsem si vědoma, že velkou roli hrála nervozita, jak u mne, tak i u participantek. Na začátku obou rozhovorů, jsme se snažila participantky více seznámit jak se svou osobou, tak i mým výzkumem. Myslím, že to vedlo k větší otevřenosti a důvěře participantek. Jelikož jeden z rozhovorů musel probíhat přes videohovor, je proto možné, že bylo pro participantku obtížné rozebírat citlivá témata touto formou. Nebylo ani snadné vést rozhovor s cizími ženami o jejich osobních zkušenostech a zážitcích. Zároveň si vážím jejich upřímnosti, otevřenosti, a hlavně ochoty se mnou tyto zkušenosti sdílet. Participantky jsem vždy na začátku rozhovoru informovala o dobrovolnosti v odpovídání na kladené otázky a možnosti rozhovor kdykoliv ukončit. Snažila jsem se v průběhu celého rozhovoru být co nejvíce objektivní, aby nebyl výzkum ovlivněn mým názorem.

ZÁVĚR

Bakalářská práce je zaměřena na graviditu ve vyšším věku. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část začíná obecným výkladem gravidity. Věnujeme se změnám v organismu těhotné ženy, kde jsou zmíněné fyziologické změny na reprodukčních orgánech, změny na ostatních systémech těla a v neposlední řadě psychické změny. Zaobíráme se prenatální péčí, ve které jsou popsány pravidelná a nepravidelná těhotenská vyšetření. Je zde věnována část vyšetřovacím metodám vrozených vývojových vad u plodu, která je zaměřena převážně na invazivní prenatální vyšetření. Dále pokračuje kapitola se specifiky gravidity ve vyšším věku, kde je popsána problematika plodnosti zaměřená na vyšší věk žen. Poté jsou rozebrány komplikace spojené s vyšším věkem matky jak pro ženu, tak i pro plod. V poslední kapitole je zmíněna role porodní asistentky v péči o těhotnou ženu ve vyšším věku a co by měla obnášet psychoprofylaktická příprava, kterou vedou porodní asistentky.

Praktická část bakalářské práce vznikla na základě kvalitativního výzkumu pomocí polostrukturovaného rozhovoru s dvěma ženami. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zmapovat prožívání gravidity žen ve vyšším věku. Pro účely zpracování bakalářské práce byla zvolena hranice věku 35 let. Na základě hlavního cíle bylo stanoveno 5 dílčích cílů. V dnešní době víme o možných komplikacích, které s sebou může přinést vyšší věk žen. To se často odráží na psychice žen a jejich prožívání v průběhu celého těhotenství. Tyto ženy bývají více úzkostné a převládají u nich obavy o zdraví jejich miminka. Pokud se žádná komplikace nepotvrdí, jsou těhotenské pocity a prožitky převážně stejné, jako u žen v nižším věku. Zjistila jsem, že obě participantky, které se výzkumu účastnily, chtěly být dobře informované o postupech vyšetření a všech výkonech. Samy si vyhledávaly co nejvíce informací týkajících se této problematiky. Také pro ně byla důležitá psychická podpora hlavně ze strany partnera a nemocničního personálu. Způsob komunikace se zdravotníky byl pro obě participantky klíčový.

I když někteří lidé mohou chápat pozdní mateřství negativně, má však i jisté výhody, na které by se nemělo zapomínat. Starší rodiče jsou často více zodpovědní při výchově dětí. Věnují jim dostatek času a umí lépe vnímat a reagovat na potřeby, požadavky a nároky svých dětí.

Na základě výzkumného šetření, jsem jako řešení pro praxi navrhla zvýšení povědomosti porodních asistentek o prožitcích a pocitech starších žen v průběhu těhotenství a porodu. Dále by se porodní asistentky měly více zabývat bio-psycho-sociálními a spirituálními

potřebami žen ve vyšším věku a doporučit ženám psychoprofylaktickou přípravu zaměřenou na graviditu ve vyšším věku, která by se týkala určitých specifík této problematiky.

SEZNAM LITERATURY

Knižní zdroje

1. BAŠKOVÁ, Martina. *Metodika psychofyzické přípravy na porod*. Grada, 2015, 112 s. ISBN 978-80-247-5361-4.
2. ČEPICKÝ, Pavel a kol. *Kapitoly z diferenciální diagnostiky v gynekologii a porodnictví*. Grada, 2018, 232 s. ISBN 978-80-247-5604-2.
3. DUŠOVÁ, Bohdana a Jana MAREČKOVÁ. *Úvod k péči porodní asistentky o ženu s patologickým a rizikovým těhotenstvím*. Ostravská univerzita v Ostravě, Fakulta zdravotnických studií. 2009, 235 s. ISBN 978-80-7368-611-6.
4. DUŠOVÁ, Bohdana a kol. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Grada, 2019, 144 s. ISBN 978-80-271-0837-4.
5. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-5579-3.
6. GREGORA, Martin a Miloš VELEMÍNSKÝ. *Těhotenství a mateřství*. Praha: Grada, 2017, 256 s. ISBN 978-80-247-5579-3.
7. HÁJEK, Zdeněk, Evžen ČECH, Karel MARŠÁL a kol. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2014, 576 s. ISBN 978-80-247-4529-9.
8. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Portál, 2005, 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4.
9. HENDRYCH LORENZOVÁ, Eva. *Přirozené metody podporující zdraví v praxi porodní asistentky*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 2021, 129 s. ISBN 978-80-261-1077-4.
10. HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ. *Příprava na porod*. Grada, 2017, 136 s. ISBN 978-80-271-0274-7.
11. KOBILKOVÁ, Jitka a et al. KOPÁČIKOVÁ. *Základy gynekologie a porodnictví*. Praha: Galén, 2005, 368 s. ISBN 80-7262-315-X.
12. KUTNOHORSKÁ, Jana. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada, 2009, 176 s. ISBN 978-80-247-2713-4.
13. PROCHÁZKA, Martin a kol. *Porodní asistence: Učebnice pro vzdělávání i každodenní praxi*. Maxdorf, 2020, 788 s. ISBN 978-80-7345-618-4.

14. RATISLAVOVÁ, Kateřina. *Aplikovaná psychologie porodnictví*. Praha: Reklamní atelier Area, 2008, 106 s. ISBN 978-80-254-2186-4.
15. ROZTOČIL, Aleš a kol. *Porodnictví v kostce*. Praha: Grada, 2020, 592 s. ISBN 978-80-271-2098-7.
16. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví. 2.*, přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.
17. SLEZÁKOVÁ, Lenka a ko. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví: 2., přepracované a doplněné vydání*. Praha: Grada, 2017, 280 s. ISBN 978-80-271-0214-3.
18. STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod*. One Woman Press, 2009, 514 s. ISBN 978-80-86356-50-1.

Internetové zdroje

1. ACOG: *Having a Baby After Age 35: How Aging Affects Fertility and Pregnancy* [online]. 2020 [cit. 2022-01-19]. Dostupné z: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/having-a-baby-after-age-35-how-aging-affects-fertility-and-pregnancy>
2. *Bmj: Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register based study* [online]. © BMJ Publishing Group, 2019 [cit. 2021-12-20]. Dostupné z: <https://www.bmj.com/content/364/bmj.l869>
3. BRUCKNER, Tim A., Parvati SINGH, Nathalie LELONG a Babak KHOSHNOOD. *Wiley Online Library: Down syndrome among primiparae at older maternal age: A test of the relaxed filter hypothesis*. 2019. ISSN 24721727. Dostupné z: [doi:http://dx.doi.org/10.1002/bdr2.1553](http://dx.doi.org/10.1002/bdr2.1553)
4. Canva. *Canva* [online]. [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.canva.com>
5. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna: *Maminkou v pozdějším věku* [online]. © Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, 2021 [cit. 2021-11-10]. Dostupné z: <https://www.cpzp.cz/clanek/1684-0-Maminkou-v-pozdejsim-veku.html>
6. ČGPS ČLS JEP: *Management hypertenzních onemocnění v těhotenství* [online]. 2019 [cit. 2021-12-15]. Dostupné z: <https://www.perinatologie.eu/wp-content/uploads/2019/04/2019-06-management-hypertenznich-onemocneni-v-tehotenstvi-dp-cgps-cls-jep-revize.pdf>
7. *Fakultní nemocnice Ostrava: Riziková gravidita* [online]. © Fakultní nemocnice Ostrava 2022 [cit. 2022-01-19]. Dostupné z: <https://www.fno.cz/gynekologicko-porodnicka-klinika/casto-kladene-otazky-rizikova-gravidita>

8. JACOBSSON, Bo, Lars LADFORS a Ian MILSOM. *Advanced maternal age and adverse perinatal outcome*. *Obstetrics*, 2004. Dostupné z: doi:10.1097/01.AOG.0000140682.63746.be
9. KOZÁKOVÁ, Radka, Šárka VÉVODOVÁ, Jiří VÉVODA a Lukáš MERZ. Důvody oddálení narození prvního dítěte u matek po 35. roce. *PROFESE ONLINE* [online]. 2015 [cit. 2022-03-03]. Dostupné z: https://profeseonline.upol.cz/artkey/pol-201501-0003_DUVODY_ODDALENI_NAROZENI_PRVNIHO_DITETE_U_MATEK_PO_35_ROCE.php
10. *Mayo Clinic: Pregnancy after 35: Healthy moms, healthy babies* [online]. © 1998-2022, 2022 [cit. 2022-03-03]. Dostupné z: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/getting-pregnant/in-depth/pregnancy/art-20045756>
11. *Medical Tribune: Jaká je šance otěhotnět po 35. narozeninách?* [online]. © 2022 Medical Tribune, 2016 [cit. 2022-01-10]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/archiv/jaka-je-sance-otehotnet-po-35-narozeninach>
12. *Medimerck: Těhotenství 40+ a možná rizika* [online]. © Merck spol. s r.o., 2022 [cit. 2022-01-21]. Dostupné z: <https://www.medimerck.cz/cz/home/support/news/797-pubftrl-Tehotenstvi-40-plus-a-mozna-rizika.html>
13. *Moje zdraví: Amniocentéza* [online]. © 2001–2022 [cit. 2022-01-08]. Dostupné z: <https://www.mojezdravi.cz/vysetreni/amniocenteza-1912.html>
14. NEUBERGEROVÁ, Barbora. *Maminka: Znáte rizika těhotenství v pozdním věku?* [online]. 2014 [cit. 2022-01-06]. Dostupné z: <https://www.maminka.cz/clanek/znate-rizika-tehotenstvi-v-pozdnim-veku>
15. NEUDECKEROVÁ, Jana. *Gyn Medico: Jaký je nejlepší věk pro otěhotnění?* [online]. © CARE MEDICO s.r.o, 2021 [cit. 2021-11-25]. Dostupné z: <https://www.gynmedico.cz/zajimavosti/jaky-nejlepsi-vek-otehotneni/>
16. NICHOLS, Hannah. *Medical News Today: Pregnancy after 35: What are the risks?* [online]. 2017 [cit. 2021-12-18]. Dostupné z: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/317861>
17. PAŘÍZEK, Antonín. *Věk partnerů plánujících rodičovství* [online]. © 2014 Mother-Care-Centrum s.r.o [cit. 2021-12-19]. Dostupné z: <http://www.porodnice.cz/tehotenstvi-a-z/vek-partneru-planujicich-rodicovstvi>
18. PAŠKOVÁ, Andrea. *Gyn Medico: Mimoděložní těhotenství* [online]. © CARE MEDICO s.r.o, 2021 [cit. 2021-12-30]. Dostupné z: <https://www.gynmedico.cz/zajimavosti/mimodelozni-tehotenstvi>

19. *Sanatorium Helios: Ženská a mužská neplodnost v souvislosti s věkem* [online]. © 2022 [cit. 2022-01-05]. Dostupné z: https://www.sanatoriumhelios.cz/zenska-a-muzska-neplodnost-v-souvislosti-s-vekem/#Vek_anbspplodnost_unbspzen
20. ŠÍDLO, Luděk, Anna ŠŤASTNÁ, Jiřina KOCOURKOVÁ a Tomáš FAIT. *Vliv věku matky na zdravotní stav novorozenců v Česku* [online]. 2019 [cit. 2021-11-03]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/91917738/13005319q3_155.pdf/9d6f5de7-9309-4c8d-9390-fb469599c416?version=1.1
21. ŠÍPEK JR., Antonín, Vladimír GREGOR a Antonín ŠÍPEK. *Vliv věku rodičů na při početí na zdraví dítěte* [online]. [cit. 2021-11-03]. Dostupné z: http://www.vrozenevady.cz/prezentace/pdf/Vekova_rizika.pdf
22. UNIPA: *Těhotenská průkazka a průvodce těhotenstvím* [online]. © 2022 Unie porodních asistentek [cit. 2022-01-02]. Dostupné z: <https://www.unipa.cz/produkt/tehotenska-prukazka-a-pruvodce-tehotenstvím/>
23. ÚZIS ČR: *Potraty 2019* [online]. © ÚZIS ČR, 2021 [cit. 2021-12-15]. ISSN 1210-8642. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008355/potraty2019.pdf>
24. VLACHOVÁ, KOCOURKOVÁ a FAIT. Vyšší věk matky – rizikový faktor pro nízkou porodní váhu. *Česká gynekologie* [online]. © 2008-2022 MeDitorial, 2018 [cit. 2022-01-15]. ISSN 1803-6597. Dostupné z: <https://www.cs-gynekologie.cz/casopisy/ceska-gynekologie/2018-5-12/vyssi-vek-matky-rizikovy-faktor-pro-nizkou-porodni-vahu-107318>
25. Vyhláška č. 55/2011 Sb.: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. *Zákony pro lidi* [online]. © AION CS, s.r.o. 2010-2022, 2011 [cit. 2022-03-14]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Diplomové práce

1. CHLANOVÁ, Tereza. *Problematika plodnosti 21. století* [online]. Plzeň, 2020 [cit. 2022-01-19]. Bakalářská práce. Západočeská univerzita v Plzni, Fakulta zdravotnických studií.
2. MALOVICKÁ, Barbora. *Odkládané mateřství a rizika s tím spojená z pohledu porodní asistentky* [online]. Praha, 2021 [cit. 2022-01-19]. Bakalářská práce. Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5.

3. ŠOLCOVÁ, Veronika. *Vliv věku ženy na průběh těhotenství a porodu* [online]. Pardubice, 2015 [cit. 2022-03-03]. Bakalářská práce. Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií.

SEZNAM PŘÍLOH

- Příloha č. 1 – Informovaný souhlas
- Příloha č. 2 – Okruhy k rozhovoru
- Příloha č. 3 – Leták
- Příloha č. 4 – Ukázka kódování

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS

GRAVIDITA VE VYŠŠÍM VĚKU

STUDENT

Jméno: Rebeca Šmejcká
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: smejckar@students.zcu.cz

VEDOUcí BP:

Jméno: PhDr. Jana Horová
Katedra ošetrovatelství a porodní asistence
Fakulta zdravotnických studií ZČU
e-mail: jhorova@kos.zcu.cz

CÍL STUDIE

Cílem studie je zmapovat prožívání gravidity žen po 35. roce věku.

S Vaším svolením bude proveden rozhovor s Vámi, který bude zaznamenán na diktafon. Pořízený záznam nebude sdílen nikým jiným než studentem a vedoucím bakalářské práce. Záznamy budou ihned po kompletaci studie vymazány. Úryvky z rozhovoru mohou být použity při prezentaci studie, ale tyto citace budou vždy anonymní. Vaše identita nebude rozpoznána, bude použit pseudonym. 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. 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:

Příloha č. 2 – Okruhy k rozhovoru

Tabulka 4: Okruhy k rozhovoru

Okruh	Téma k rozhovoru
Základní údaje o ženě	<ul style="list-style-type: none">- Identifikační údaje- Anamnéza ženy
Těhotenství	<ul style="list-style-type: none">- Plánované rodičovství- Důvody pozdního mateřství- Prenatální péče- Komplikace
Prožitky	<ul style="list-style-type: none">- Změny v těhotenství- Komplikace- Příprava na roli matky- Role partnera- Potřeby
Porod	<ul style="list-style-type: none">- Příprava na porod- Průběh- Potřeby- Prožitky- Partner
Role porodní asistentky	<ul style="list-style-type: none">- Přístup porodní asistentky- Vztah s porodní asistentkou- Podpora od porodní asistentky- Zkušenosti s porodní asistentkou

Zdroj: vlastní zpracování

Příloha č. 3 – Leták

Obrázek 1: Leták

Kurz předporodní přípravy

Určený pro nastávající maminky starší 35 let
Zaměřený na problematiku pozdního mateřství

Psychoprofylaktická příprava těhotenství, porodu a šestinedělí
Prenatální vyšetření
Rizika pro matku a dítě?
Strach i obavy a jejich zmírnění

Je možné absolvovat celý kurz nebo navštěvovat jednotlivé lekce

Pod vedením XY
Od X.Y.202X
Rodinné a komunitní centrum XY, Praha

Bližší informace a registrace
www.xy.cz/prihlaska
xy@seznam.cz

Zdroj: Canva.com

Příloha č. 4 – Ukázka kódování

Obrázek 2: Ukázka kódování

<p>Jak jste to vnímala? Na konci těhotenství jsem dělala všechno pro to, abych se sama rozrodila a nemuseli mi vyvolávat porod. Jakmile mi v porodnici řekli, že pokud se do X hodin sama nerozrodím, tak mi budou muset vyvolat, začala jsem cítit tlak ze strany doktorů. Nejhorší je, že v tu chvíli to sama moc neovlivníš, jestli se otvíráš začnete nebo ne. Cítila jsem se bezradná. Hrozný bylo i to, že jsem na to byla v tu chvíli úplně sama. Přítele totiž poslali domů a řekli mu, že až to bude k porodu, tak mu zavolají. Ale já cítila, že ho potřebuji hned.</p>	<p>Průběh porodu Vnímání Pocity Potřeby</p>
<p>Jak porod probíhal dál? Porod se bohužel sám nerozběhnul, takže jsem se s lékaři dohodli, že tomu trochu pomůžou. Nebyla jsem z toho moc nadšená, ale asi jsme už čekali moc dlouho a nebylo jiné řešení. Zavedli mi tabletu, která prý měla připravit porodní cesty na porod a vyvolat bolesti. Navíc jsem preventivně dostala kapat antibiotika.</p>	<p>Průběh porodu Pocity</p>
<p>Cítila jste nějakou změnu co se týče bolesti/ kontrakcí od podání tablety? Ano, cítila. Asi po 3 hodinách mi začaly celkem silné a pravidelné bolesti. Převezli mě proto už na rodiči pokoj. Trochu mě vyděšilo, jak to začalo z ničeho nic, ale na to mě předtím upozornili. Zároveň jsem měla radost, že se to konečně někam pohnulo a že nejspíš ten den porodím.</p>	<p>Průběh porodu Strach Radost</p>
<p>Kdo Vás během porodu podporoval, když jste tam neměla partnera? Při porodu pro mě byla porodní asistentka velkou psychickou podporou. Jelikož můj přítel nestihl přijet k porodu, byla jedinou osobou, která mě v tu chvíli doprovázela a podporovala. Po celou dobu porodu byla můj "partákem". O všem mě informovala a vysvětlovala, co se právě s dítětem a mým tělem děje. Snažila se mi poradit, jak bolesti lépe zvládat.</p>	<p>Psychická podpora Edukace</p>
<p>Jak to probíhalo na porodním sále? Při porodu mě i miminko dost hlídali. Na monitoru malého se jim ale něco nezdálo a řekli mi, že z toho důvodu ho budou nepřetržitě monitorovat, aby zjistili, co se děje.</p>	
<p>Jaké jste z toho měla pocity? Začala jsem mít divný pocity, že se opravdu "něco" děje. Monitor se ale nezlepšil a malému začaly padat ozvičky a nakonec to skončilo akutním císařským řezem. Všechno proběhlo tak rychle, že partner nestihl ani dojet do porodnice, takže malého neviděl a já samozřejmě taky ne, když jsem byla v celkové anestezii. Malého jsem poprvé viděla až na JIPce, kde proběhlo i první přiložení. Partner ho viděl, až když si pro nás jel do porodnice. Z důvodu Covidové situace totiž nebyly povolené návštěvy na šestinedělí.</p>	<p>Strach Průběh porodu Zklamání</p>
<p>Jak jste vnímalo to, že porod skončil císařským řezem? Strašně mě to mrzelo, že to takhle dopadlo. Přála jsem si porodit přirozeně bez zásahů doktorů v přítomnosti partnera a vlastně nic z toho nevyšlo. Byla jsem z toho zklamaná.</p>	<p>Smutek Zklamání</p>
<p>Jaký názor na to máte teď s odstupem času? Teď zpětně když na to pomyslím, tak si říkám, že přece to, že jsem měla vyvolávaný porod, který nakonec skončil císařem, mělo svůj důvod. Nedělo se to jen tak. Důležité je, že to všechno dobře skočilo. Oba dva jsme zdraví, a to je hlavní."</p>	<p>Povznesení se</p>

Zdroj: vlastní zpracování