

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Ženy a indukovaný porod

bakalářská práce

Autor práce: Michaela Kelíšková

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Görnerová, PhD.

Jihlava 2019

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Michaela Kelíšková
Studijní program:	Porodní asistence
Obor:	Porodní asistentka
Název práce:	Ženy a indukovaný porod
Cíl práce:	Zjistit nejčastější důvod indukce porodu. Zjistit, jak ženy vnímají indukci porodu.


PhDr. Lenka Görnerová, PhD.
vedoucí bakalářské práce


PhDr. Vlasta Dvořáková, PhD.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Abstrakt

Bakalářská práce je zaměřena na ženy a indukovaný porod. Celá práce je rozdělena do dvou částí. První, současný stav problematiky a druhou výzkumnou. První část má za cíl představit čtenáři současný stav problematiky indukovaného porodu, co je indukovaný porod, indikace a kontraindikace indukce porodu, metody indukce porodu, preindukci porodu a ošetrovatelskou péči o ženy, jež mají podstoupit indukovaný porod. Ve výzkumné části jsou zpracovány výsledky dotazníkového šetření. Tato část je orientována na nejčastější metody indukce porodu a psychický stav rodiček, které podstoupily indukci porodu. Všechny výsledky jsou zaneseny do grafů.

Klíčová slova

Indukovaný porod, metody indukce porodu, preindukce porodu, indikace indukce porodu, kontraindikace indukce porodu.

Abstract

This Bachelor thesis is focused on women and induction of labour. The work is divided into two parts. First, the current state of the issues and second, research part. The first aims to introduce the reader the state of the art of induction of labour, what is induced birth, indication and contraindication induction of labour, methods of labour induction, pre-induction of labour and nursing care for women, who have to undergo induced labor. In research part are processed results of the questionnaire survey. This part is oriented to the most common methods of labor induction and mental condition of mothers, who have undergone induced labor. All results are in graphs.

Key words

Induction of labour, methods of labour induction, pre-induction of labour, indication for induction of labour, contraindication for induction of labour.

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 17. dubna 2019

.....
Podpis

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé bakalářské práce PhDr. Lence Görnerové, PhD. za její připomínky, čas a trpělivost, které mi věnovala. Dále bych chtěla poděkovat všem ženám, které mi vyplnily dotazník a zároveň celé mé rodině, která mi byla oporou.

Obsah

Motivace	10
Cíl práce	11
1 Současný stav problematiky	12
1.1 Indukce porodu.....	12
1.2 Indikace k indukci porodu.....	13
1.2.1 Lékařská indikace	13
1.2.2 Indikace psychologicko – sociální	14
1.2.3 Indikace geografické	15
1.2.4 Indikace lingvistická	15
1.2.5 Indikace bezpečnostní	15
1.2.6 Programovaný porod.....	15
1.3 Kontraindikace indukce porodu	15
1.3.1 Absolutní kontraindikace indukce porodu	16
1.3.2 Relativní kontraindikace indukce porodu	16
1.4 Metody indukce porodu	16
1.4.1 Mechanické metody indukce porodu	16
1.4.2 Farmakologické metody indukce porodu	17
1.4.3 Alternativní způsoby indukce porodu	17
1.5 Preindukce porodu	19
1.6 Metody preindukce porodu	19
1.6.1 Přírozené metody preindukce porodu	19
1.6.2 Mechanické metody preindukce porodu	19
1.6.3 Medikamentózní metody preindukce porodu	20
1.7 Ošetrovatelská péče o ženu při příjmu a porodu	20
1.7.1 Příjem rodičky na porodní sál	21
1.7.2 První doba porodní.....	21
1.7.3 Druhá doba porodní	21
1.7.4 Třetí doba porodní	22
1.7.5 Čtvrtá doba porodní	22
2 Výzkumná část.....	23
2.1 Cíl výzkumu	23
2.2 Výzkumné otázky.....	23
2.3 Metodika výzkumu.....	23
2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí	24

2.5	Průběh výzkumu.....	24
2.6	Zpracování získaných dat.....	24
2.7	Výsledky výzkumu.....	25
3	Diskuze	40
4	Návrh řešení a doporučení pro praxi.....	42
	Závěr	43
	Seznam citované literatury.....	44
	Přílohy A Dotazník	47

Seznam grafů

Graf 1 Věk	25
Graf 2 Počet porodů	26
Graf 3 Poučení o preindukci	27
Graf 4 Využití preindukce	28
Graf 5 Způsob preindukce v praxi	29
Graf 6 Pořadí vyvolávaného porodu	30
Graf 7 Důvod indukce.....	31
Graf 8 Informovanost o indukovaném porodu	32
Graf 9 Způsob indukce	33
Graf 10 Více prostředků k vyvolání porodu	34
Graf 11 Počet indukovaných porodů	35
Graf 12 Délka porodu od začátku indukce	36
Graf 13 Délka porodu od začátku pravidelných stahů.....	37
Graf 14 Hodnocení porodu po psychické stránce	38
Graf 15 Opětovné podstoupení indukovaného porodu	39

Seznam použitých zkratk

VŠPJ	Vysoká škola polytechnická Jihlava
CTG	Kardiotokografie
AZ	Autorský zákon
WHO	Světová zdravotnická organizace
PGE 1	Prostaglandin E ₁ , misoprostol
PGE 2	Prostaglandin E ₂ , dinoproston

Úvod

Indukovaný porod je stále aktuálnějším tématem, o kterém se diskutuje stále více a více ze všech stran pohledu. Indukovaný porod, česky porod vyvolávaný, je umělé vyvolání děložní činnosti s jediným cílem. S cílem ukončit těhotenství. Samotná indukce porodu se může provést pouze za stanovených podmínek a je-li na to rodička připravená. Historickým vývojem dochází k liberalizaci celé medicínské sféry, které neutíká ani gynekologické oddělení. A proto se stává, že rodička nepodstoupí indukovaný porod z důvodu lékařského, ale pouze na svoji vlastní žádost. Tento problém je delší dobu předmětem široké diskuze, zda je takto nastavený systém správný či nikoli. (Hájek, et al., 2014; Roztočil, 2017; Stadelmann, 2009).

Samotná práce se ovšem nezabývá nastíněnou až filozofickou otázkou. První ze dvou částí naopak přinese pragmatickou exkurzi do současné problematiky indukovaného porodu. Zaměří se na indikaci indukce porodu, dále na opak indikace, tedy na kontraindikaci indukce porodu. Posléze se zastavíme u samotných metod indukce porodu. Přiblížíme si ty nejužívanější. Pro nastávající matky může být zajímavá další část, a to preindukce porodu, kde se dozví, jak se například alternativní metodou připravit na porod (Stadelmann, 2009; Worwood, 2009).

Dalším úkolem a jedním z cílů bakalářské práce je prostřednictvím dotazníkového šetření, v druhé části práce, zjistit, kvůli jakým nejčastějším důvodům rodičky podstupují indukovaný porod. A zároveň vyzkoumat cíl druhý. A to jak rodičky, které indukovaný porod podstoupily, vnímají průběh, jaké stopy na nich poznamenal a to především po psychické stránce. Tuto část práce беру za velice důležitou, protože si myslím, že by z výzkumu mohly vzejít zajímavé výsledky, díky kterým bychom mohly najít nástroje jak vnímání indukovaného porodu rodičkám zpříjemnit.

Motivace

Téma bakalářské práce jsem si vybrala ženy a indukovaný porod, protože mě toto téma delší dobu zajímá. Ze své dosavadní praxe zjišťuji, že indukovaných porodů stále přibývá. Především mě zajímá, jak rodičky prožívají a jak na ně působí indukovaný porod, hlavně, jak působí na psychiku rodičky zdlouhavé čekání na porod. A také z jakého důvodu musejí indukovaný porod podstoupit

Cíl práce

Hlavní cíle práce jsem si určila dva. Chci zjistit, jaké důvody vedou k tomu, že ženy musí podstoupit indukovaný porod. Zaměřím se na důvody indukce porodu, které současný doba přináší a přiblížit je.

Druhým cílem práce je psychika rodiček, jež podstoupily indukovaný porod. Chci se zaměřit na samotné vnímání indukovaného porodu rodičkami, a jak působí na jejich psychiku.

1 Současný stav problematiky

1.1 Indukce porodu

Indukce porodu je umělé vyvolání děložní činnosti s cílem ukončit těhotenství. Indukce porodu se může provést pouze tehdy, je-li děložní svalovina normotonická, nejsou přítomny děložní kontrakce a je zcela zachován vak blan. Z časového hlediska je indukce porodu u plodu, který je schopen přežít, žít a vyvíjet se hranice 23 týdnů + 1 den. U indukce mrtvého plodu je hmotnostní hranice 1000 g a více (Roztočil, 2017).

Stadelmann (2009) říká, že se k indukci porodu přikračuje tehdy, jsou-li z vyšetření a pozorování lékařů zřejmé zneklidňující výsledky, přikračuje se k indukci porodu. Rovněž uvádí, že indikací k indukci porodu mohou být zřetelná znamení jako strach, špatné tušení, neklid nebo opakující se předporodní bolesti. Dle Stadelmann není opravdu u některých žen děloha schopna pravých porodních stahů, tudíž jsou kontrakce příliš slabé pro porod. Ovšem domnívá se, že pouze ve vzácných případech dochází k vylučování příliš malého množství hormonů, které vedou k rozhodnutí porod vyvolat. Převážně je překážkou běžného porodu psychický blok, či nejasný termín porodu.

Indukce porodu dle Vlka (2016), je umělé vyvolání děložní činnosti s cílem ukončit těhotenství, respektive vaginální porod. Indukce porodu se provádí, je-li zvýšené riziko poškození matky a/nebo plodu. Indukce porodu patří k preventivním metodám, protože samotný vaginální porod neřeší riziko poškození matky a/nebo plodu, ale velkou měrou zmíněné riziko snižuje.

Indukce porodu znamená vyvolání jeho začátku. Indukce se provádí nejčastěji tehdy, když je matka i plod v pořádku, ale porod nezačíná samovolně přibližně do dvou týdnů po porodu (Chmel, 2018).

V komentáři k článku Roger B. Newman, MD, Mark C. Alanis se Špálová (2009) zmiňuje, že indukci porodu můžeme definovat jako vyvolání pravidelné děložní činnosti ještě před spontánním počátkem porodu. Využíváme mechanické nebo farmakologické metody, které nám pomohou k postupné dilataci děložního hrdla a následnému porodu. Samotní autoři článku uvádí, že během let 1990 až 2005 stoupl počet indukovaných porodů v USA z 9,5 % na 22,3 %. Ovšem pozitivní je, že i přes takto velký nárůst je asi 85 % všech indukovaných porodů medicínsky indikovaných. S čím souhlasí Špálová

v komentáři, kdy dodává, že počet indukovaných porodů roste i v ČR. A odhadem 15 % až 25 % indukovaných porodů není medicínsky indikovaných. Podle Špálové k nastíněnému trendu přispívá organizační, či společenské důvody. Mohou jimi být například velká vzdálenost rodičky od porodnice nebo zajištění přítomnosti partnera u porodu.

1.2 Indikace k indukci porodu

Indikací k indukci porodu je jasný rizikový znak či patologický stav u matky, plodu nebo u obou (Hájek, et al., 2014). Roztočil (2017) dělí indikaci k indukci na lékařskou, na nelékařskou v rámci programovaného porodu, na sociální, lingvistickou, geografickou, klimatickou a další.

1.2.1 Lékařská indikace

Lékařské indikace k indukci porodu jsou především rizikové znaky nebo patologické stavy u matky, plodu nebo u obou. Zatímco nelékařská indikace postrádá medicínský důvod k ukončení těhotenství. Nelékařská indikace k indukci porodu se nazývá programovaný porod (Roztočil & Měchorová, 2013).

Koterová (2009) uvádí, že mezi nejčastější indikace k indukci patří: prodloužené těhotenství, hypertenzní onemocnění matky, růstová retardace plodu, předčasný odtok plodové vody, abnormality v množství plodové vody, diabetes mellitus, intrauterinní odumrtí plodu a vzestup anti-D protilátek matky.

1.2.1.1 Prodloužené těhotenství

Prodloužené těhotenství je definováno jako potermínová gravidita po ukončeném 41. týdnu těhotenství (Roztočil, 2013).

1.2.1.2 Hypertenze a preeklampsie

Hypertenze je popisována jako klidový krevní tlak 140/90 mmHg a vyšší při dvou měření ze tří v časovém úseku 6 hodin (Marešová, 2014). Hypertenzi v těhotenství se připisuje až jedna třetina mateřské morbidity a je jednou z hlavních příčin mateřské mortality. Preeklampsie je popisována jako hypertenze vyvolána graviditou s proteinurií a i případnými otoky po 20. týdnu gravidity (Lowdermilk, 2016).

1.2.1.3 Růstová retardace plodu (Intrauterinní restrikce plodu)

Růstová retardace je stav, kdy plod není schopen dosáhnout běžných růstových standardů. Příčinou jsou špatné intrauterinní podmínky. Plody postižené růstovou retardací jsou náchylné k perinatální mortalitě a morbiditě (Carrera, 2010). WHO stanovila pro intrauterinní restrikci plodu váhový odhad ležící pod 10. percentilem pro dané gestační stáří. Jiní autoři definují váhový odhad plodu pod 3., 5., či 15. percentilem pro dané gestační stáří (Dlouhá & Kuřerová, 2009).

1.2.1.4 Předčasný odtok plodové vody

Je definován jako odtok plodové vody dříve než jednu hodinu před započítím porodu. K předčasnému odtoku dochází zhruba v 5 – 14 % těhotenství a považuje se za začátek porodu nebo potratu (Měchorová, 2013).

1.2.1.5 Diabetes mellitus

Gravidita se považuje za diabetogenní stav. Během gravidity 3 – 5 % žen neudrží normální glukózovou toleranci a dochází k poruše nazývané gestační diabetes mellitus. Gestační diabetes mellitus je spojen s absencí inzulínu, který je kompenzován roustoucí sekrecí inzulínu z beta buněk pankreatu. Takovéto těhotenství je rizikové jak pro matku, tak i pro plod. V prvním trimestru může dojít ke spontánnímu potratu, či vzniku vrozené vývojové vady. V druhém trimestru může dojít k poruchám psychomotorického vývoje a ve třetím trimestru může dojít ke vzniku diabetické fetopatie, k nitroděložní růstové restrikci, předčasnému porodu plodu a syndromu náhlého nitroděložního úmrtí (Hájek, et al., 2014).

1.2.2 Indikace psychologicko – sociální

Po neočekávaném nástupu děložní činnosti není u těchto rodiček zaručena perfektní ošetrovatelská péče. Mezi příčiny psychologicko – sociální můžeme zahrnout nedostatečnou orientaci, insuficienci okolí nebo nedostačující zdravotnické povědomí rodičky (Hájek, et al., 2014).

1.2.3 Indikace geografické

Tato situace může nastat, kdy je bydliště rodičky nedostupné dopravními prostředky v době nástupu děložní činnosti (Hájek, et al., 2014).

1.2.4 Indikace lingvistická

V době porodu je ke komunikaci s rodičkou zapotřebí tlumočníka, který v té době nemusí být v dosahu (Hájek, et al., 2014).

1.2.5 Indikace bezpečnostní

Dle Hájka a et al. (2014) je v rámci bezpečnosti lepší ukončovat těhotenství v denních hodinách. Jako příklad uvádí města s příliš velkou noční kriminalitou.

1.2.6 Programovaný porod

Programovaný porod spočívá v zahájení indukce bez lékařského důvodu. Jde vždy o dohodu mezi rodičkou a lékařem. Programovaný porod je plánován tak, aby započal v době výhodné pro obě strany. Může jít o připravenost nemocničního servisu, či o manžela u porodu (Koterová, 2009).

Roztočil (2017) uvádí, že programovaný porod je umělé vyvolání děložní činnosti za účelem ukončení zcela fyziologické gravidity mezi 39. a 41. týdnem těhotenství. Programovaný porod by měl proběhnout v ranních hodinách, aby porod proběhl v běžné pracovní době, tedy v čase, který je ideální pro matku, plod a rodinu.

Jako podmínky provedení programovaného porodu Roztočil (Roztočil, 2017) stanovuje donošené těhotenství (39. – 41. týden) s jedním plodem v poloze podélné hlavičkou. Organismus ženy musí být na porod připraven. Orientačně se zjišťuje zralost děložního hrdla (cervix skóre více než 5 bodů). Nesmí být známky hypoxie plodu. A zároveň nesmí být známy kontraindikace k vaginálnímu vedení porodu.

1.3 Kontraindikace indukce porodu

Kontraindikace indukce porodu jsou děleny na kontraindikace absolutní a kontraindikace relativní. Kdy absolutní kontraindikace jsou takové, které indukci porodu zakazují (indukce je zcela nepřípustná). Zatímco kontraindikace relativní

dovolují indukci porodu provést, ale pouze za přesně stanovených podmínek (Hájek, et al., 2014).

1.3.1 Absolutní kontraindikace indukce porodu

Mezi absolutní kontraindikace porodu řadí Hájek et al. (2014): Conjugata diagonalis < 11 cm u eutrofického plodu nebo < 12 cm u hypertrofického plodu, případně jiné závažné pánevní překážky, anamnézu s klasickým císařským řezem, akutní a chronickou hypoxii plodu, akutní porodnické krvácení, nezralost plodu, ale jen pouze tehdy, kdy se s nezralostí nepočítá, příčnou polohu plodu, prolaps pupečníku, stav po myomektomii s průnikem do dutiny děložní, stavy po rekonstrukčních operacích v malé pánvi, těžké vývojové vady dělohy, akutní herpes genitalis matky a karcinom oblasti malé pánve.

1.3.2 Relativní kontraindikace indukce porodu

Mezi relativní kontraindikace porodu řadí Hájek et al. (2014): Vysokou multiparitu (více než šest porodu v anamnéze je kontraindikací k podání prostaglandinu), infekci porodních cest, dělohu s jizvou (jde o stavy po císařských řezech, myomektomiích, metroplastikách a po perforacích děložní stěny. Za kontraindikační se již nepovažuje primárně zhojená jizva sutury hysterotomie po transverzálním císařském řezu v dolním děložním segmentu), nezralé hrdlo (cervix skóre < 5, ovšem pokud je jasná indikace k indukci porodu je nutné využít některou z metod preindukce porodu a nepříznivý nález na hrdle změnit), poloha koncem pánevním a jakékoli chronické onemocnění matky.

1.4 Metody indukce porodu

Roztočil (2017) dělí metody indukce porodu na mechanické a farmakologické.

1.4.1 Mechanické metody indukce porodu

Jedinou používanou metodou je dirupce vaku blan (amniotomie). Jde o protržení vaku blan, což by mělo vyvolat samovolnou porodní činnost. Pokud nedojde k samovolné porodní činnosti do dvou hodin od provedení amniotomie, musí se aplikovat farmakologické metody (Roztočil, 2017).

1.4.2 Farmakologické metody indukce porodu

1.4.2.1 Oxytocin

K indukci porodu se nejčastěji používá syntetický oxytocin. Ve světě se používá v různých lékových a aplikačních formách. Dle Hájka et al. (2014) se podává perorálně, což má ale menší účinnost než intravenózně, nebo také intramuskulárně. Ovšem podání oxytocinu intramuskulárně nevyvolává rychlý nástup pravidelné děložní činnosti a dokonce může způsobit děložní hypertonus se všemi důsledky pro matku i plod. Proto je podání oxytocinu intramuskulárně zcela nevhodné. V současné době se oxytocin podává ve formě kapénkové infuze řízené infuzní pumpou. Jak uvádí Roztočil (2017) při zralém hrdle (po předchozí amniotomii a správném dávkování) je tato metoda velmi účinná a nemá výrazné vedlejší účinky.

1.4.2.2 Prostaglandiny

Za účelem indukce porodu se používají prostaglandiny. Používají se ve dvou formách. Ve formě, která obsahuje PGE1 v perorální i vaginální aplikaci a také ve formě PGE2 ve vaginální aplikaci (Roztočil, 2017). Prostaglandiny jsou tkáňové mediátory, které mají dvojí účinek. Jednak působí na zrání děložního hrdla a také působí uterokineticky na myometrium, kde vyvolávají děložní kontrakce. Nejčastěji se podávají prostaglandiny PGE2 (dinoproston). Dále pak prostaglandiny PGE1 (Misoproston), které mají vysoký účinek, nízkou frekvenci vedlejších účinků a také je zde nižší cena preparátu (Deering, 2018).

1.4.3 Alternativní způsoby indukce porodu

Někteří autoři rozšiřují metody indukce porodu o alternativní způsoby, či jinak nefarmakologické metody indukce.

1.4.3.1 Pohlavní styk

Jde o jednu z nejpříjemnějších nefarmakologických metod indukce porodu. Samotnou indukci porodu zahajují prostaglandiny, které se uvolňují během pohlavního styku, díky dráždění děložního čípku penisem. Ke zvýšenému uvolňování prostaglandinu dochází, pokud je žena silně vzrušena. Samotná soulož by měla být nechráněná, neboť mužské

sperma obsahuje přirozené prostaglandiny, které pomáhají k uvolňování a změkčování děložního hrdla (Stadelmann, 2009).

1.4.3.2 Masáž prsních bradavek

Díky masáži prsních bradavek dochází k vylučování oxytocinu, který by měl vyvolat asi do půl hodiny kontrakce. Ovšem pouze pokud je žena na porod připravena. Samotná masáž se provádí po dobu jedné minuty, pak následuje dvouminutová pauza (Stadelmann, 2009). Gaskin (2010) doporučuje kombinaci pohlavního styku s masáží prsních bradavek.

1.4.3.3 Lněné semínko

Od 37. týdne těhotenství se doporučuje konzumovat lněné semínko. Lněné semínko má schopnost uvolňovat hladkou svalovinu, tudíž dochází k otevírání děložního hrdla a také porodních cest (Renata, 2008).

1.4.3.4 Akupunktura

Vpichováním jehliček do akupunkturních bodů dochází k uvolňování prostaglandinu a oxytocinu. Ty následně vyvolávají stahy děložní svaloviny (Trojková, 2013).

1.4.3.5 Aromaterapie

Před porodem a při porodu je rodička často ve stresu, což brání samovolnému porodu. Proto používáme aromaterapie k uvolnění a uklidnění rodičky. Aromaterapii můžeme aplikovat ve formě éterických olejů do teplé koupele, k inhalaci, k masáži podbřišku, břicha, či zad. Jedinou podmínkou použití aromaterapie je to, že poloha dítěte a děložní hrdlo musí být připraveno k porodu. Éterických olejů se používá celá řada: levandule, skořice, růže, šalvěj luční, jasmín nebo geranium (Worwood, 2009).

1.4.3.6 Klystýr

K celkem úspěšným metodám indukce porodu patří klystýr. Teplý klystýr podpoří střevní peristaltiku a následkem toho dojde u většiny žen ke spontánním děložním stahům (Stadelmann, 2009).

1.4.3.7 Fyzická námaha

Fyzickou námahou se myslí chůze do schodů, kdy dojde k unavení svalstva dolního segmentu, což může vést k vyvolání děložních kontrakcí (Stadelmann, 2009).

1.5 Preindukce porodu

V situaci, kdy je indikovaná lékařská indukce porodu a zároveň je organismus matky nepřipraven k vaginálnímu porodu (nezralost čípku) je nutné matku na vaginální porod, respektive indukci porodu připravit. Matka se na indukci porodu připravuje preindukcí, což je soubor metod, které mají za cíl vést k uzrání děložního hrdla, přesněji k jeho zkrácení a prosáknutí. Tím se zvýší senzibilita organismu matky (děložních tkání) k působení indukčních preparátů (Roztočil, 2017).

1.6 Metody preindukce porodu

Roztočil (2017) dělí metody preindukce na přirozené, mechanické a medikamentózní.

1.6.1 Přirozené metody preindukce porodu

Mezi přirozené metody preindukce porodu řadíme nechráněný pohlavní styk a masáž prsních bradavek. Při nechráněném pohlavním styku dochází k orgasmu, což spolu s ejakulátem, který obsahuje prostaglandin E, stimuluje děložní aktivitu a urychluje začátek porodu. Masáž prsních bradavek má za následek vyvolání endogenních sekrecí oxytocinu. Ty následně nepřímo vedou k zrání děložního hrdla (Roztočil, 2017).

1.6.2 Mechanické metody preindukce porodu

1.6.2.1 Hamiltonův hmat

Hamiltonův hmat se provádí při vaginálním vyšetření ženy. Lékař vsune prst hluboce do pochvy (podmínkou je alespoň částečně propustné hrdlo), kde se snaží krouživým pohybem oddělit vak blan od děložní stěny. Zároveň druhou rukou tlačí na břišní stěnu. Tyto pohyby vedou ke stimulaci endogenní sekrece prostaglandinu a tím k rychlejšímu zracím procesům v dolním děložním segmentu (Hájek, et al., 2014).

1.6.2.2 Zavedení hydrofilních tyčinek

Jako hydrofilní tyčinky se používá Dilapan S nebo Dilasoft). Tyto tyčinky mají schopnost absorpce okolních tekutin z cervikálního kanálu, kam se zavádí. Následně absorpcí zvětšují svůj objem a rozšiřují děložní hrdo. Tyčinky se zavádí večer. Druhý den ráno musí být vytaženy a pokračuje se indukcí porodu. Pokud dojde ke kontrakcím, musí být okamžitě vyjmuty (Murray, 2009).

1.6.3 Medikamentózní metody preindukce porodu

Medikamentózní metody jsou všechny založeny na účincích preparátů, které se zavádějí do porodních cest, přesněji do cervikálního kanálu. Roztočil (2017) uvádí, že dnes se nejčastěji používají preparáty obsahující prostaglandiny. Prostaglandiny jsou nenasyčené 20 uhlíkové mastné kyseliny, které jsou v místě účinku na tkáňových membránách (decidua, amnion) produkovány a rychle metabolizovány. Na samotném konci gravidity mají dvojí účinek. Jednak díky kolagenolytické aktivitě dozrává čípek a díky uterokinetickým působením na myometrium vyvolávají děložní kontrakce. V současnosti se nejvíce používají preparáty obsahující prostaglandiny PGE2 (dinoproston – buď ve formě vaginálního gelu, tablet nebo pesaru). Dále se v praxi používá PGE1 (misoprostol).

Negativní vedlejší účinky jsou po aplikaci prostaglandinu minimální. Může jít pouze o příznaky gastrointestinální (zvracení, průjem), děložní hypertonus, vazodilatační erytém nebo o hypotenzi.

1.7 Ošetřovatelská péče o ženu při příjmu a porodu

Péče na porodním sále se dělí mezi porodní asistentku, porodníka a dětskou sestru. Porodní asistentka má kompetence poskytovat nezbytný dohled, péči a rady ženám obvykle na konci těhotenství, pečovat o rodičí ženu i novorozence. Aktivně se podílí na vedení porodu vyjma komplikovaných případů, kdy asistuje lékaři (Slezáková, 2011).

Velmi důležitou součástí psychoprofylaktické přípravy je edukace. Jde o informování, a díky tomu, ke zvyšování úrovně znalostí žen. Porodní asistentka musí zvolit optimální čas na edukaci a snaží se poskytnout ženě informace jasně a zřetelně (Hudáková & Kopáčíková, 2017).

1.7.1 Příjem rodičky na porodní sál

Na porodní sál přijímá rodičku lékař, který posoudí stav ženy a zvolí strategii vedení porodu. V průběhu příjmu a hospitalizace na porodním sále je rodička ve stálém kontaktu s ošetřujícím personálem, zvláště s porodní asistentkou. Příjem rodičky se týká navázání kontaktu, kdy se porodní asistentka rodičce i jejímu doprovodu představí. Dále příjem spočívá v odebrání anamnézy, v celkovém a porodnickém vyšetření, ve vstupním CTG, v laboratorním vyšetření dle potřeby. Dále porodní asistentka změří tělesnou teplotu, krevní tlak, pulz a váhu. Poskytne pacientce ústavní prádlo a nabídne ženě klyzma a holení zevních rodidel. Tento proces zakončí umístěním rodičky na porodní pokoj a poučí ji o provozu oddělení (Roztočil, 2017).

1.7.2 První doba porodní

Během první doby porodní se porodní asistentka zaměřuje na somatický a psychický stav matky, na funkci fetoplacentární jednotky a adekvátní postupování porodu. Je nezbytné naslouchat požadavkům rodičky, radit jí i jejímu partnerovi, vyjádřit empatii, vyvolat důvěru a dbát na prostředí, ve kterém žena se svým doprovodem rodí. Porodní asistentka se zaměřuje na děložní kontrakce, srdeční ozvy plodu, sledování nálezu, bolest a vstupování hlavičky. Informace o charakteru kontrakcí získáme buď palpačně, nebo anamnesticky od pacientky. Terapeuticky je nutné ovlivňovat silné, slabé tak i nadměrně bolestivé kontrakce. Srdeční ozvy plodu se monitorují po dobu 20 – 30 minut, pokud je záznam fyziologický. V tomto případě se monitorace opakuje každé 2 – 3 hodiny, pokud má rodička pravidelné kontrakce. Kontinuální CTG monitorování je potřebné v případě rizikového a patologického porodu. Progresi nálezu na děložním hrdle sleduje porodní asistentka pomocí vaginálního vyšetření v 2 – 3 hodinových intervalech. Při významných kontrakcích pozoruje hrdlo dříve. Sleduje také vyprazdňování (obzvláště močení), bolest, která může být negativním faktorem během porodu, a kontroluje vstupování hlavičky do pánve (Roztočil, 2017).

1.7.3 Druhá doba porodní

Druhou dobu porodní lze vést v poloze na zádech, v polosedě s podepřením nohou pomocí Schautových opěrek nebo třmenů, na porodním stole nebo posteli. Vhodnější u fyziologického porodu je spíše zvolení vertikálních poloh – vestoje, vsedě na porodní

židličky, v podřepu nebo vkleče. Záleží vždy na domluvě mezi porodní asistentkou a rodící ženou. Je důležité zachování intimity, pološera a ticha, omezení pachů zejména z dezinfekce, pokud to provozní podmínky dovolí (Roztočil, 2017).

V druhé době porodní se pokračuje v monitorování buď kontinuálně, nebo se poslouchají ozvy plodu po každé kontrakci. Porodní asistentka klade důraz na to, aby rodící žena mezi kontrakcemi zhluboka dýchala a relaxovala, popřípadě inhalovala kyslík. V případě naplnění močového měchýře, ženu vycévkuje za přísně sterilních podmínek. Před samotným porodem plodu provede dezinfekci zevních rodidel. Pokud by hrozila ruptura hráze, provede mezi prsty zavedenými do pochvy epiziotomii. Příliš rychlému prořezání hlavičky a následné ruptuře lze také zabránit chráněním hráze dominantní rukou s rouškou a prsty druhé ruky opírajícími se o hlavičku. S rodičkou udržuje neustálý slovní kontakt (Hájek, et al., 2014). Po porodu je novorozenec položen na hrudník matky a je uskutečněn pokus o přisátí. Rozvinuje se vztah matky s dítětem, což nazýváme bonding (Roztočil, 2017).

1.7.4 Třetí doba porodní

Třetí doba porodní je nejčastěji charakterizována aktivní aplikací uterotonik intravenózně po porodu hlavičky plodu. To zapříčiní urychlené odloučení a vypuzení placenty a díky tomu stažení cév dělohy, což sníží krevní ztrátu. Po porodu placenty porodní asistentka zkontroluje celistvost placenty a plodových blan. Délka třetí doby porodní nesmí překročit 30 minut, pokud rodička nekrvácí (Roztočil, 2017).

1.7.5 Čtvrtá doba porodní

Čtvrtá doba porodní je zaměřena na kontrolu a ošetření rodičky po porodu. Spočívá ve vyhledání porodního poranění na hrázi, v pochvě a na čípku a následném ošetření. Porodní asistentka kontroluje poporodní krvácení a určuje krevní ztrátu, která by u fyziologického porodu neměla překročit 300 ml. Zevní rodidla omyje dezinfekčním prostředkem a umístí pod ženu vložky. Sleduje vitální funkce a to krevní tlak, pulz a diurézu. Žena odpočívá dvě až tři hodiny na porodním boxu, po té je přeložena na oddělení šestinedělí. Po celou dobu porodní asistentka sleduje psychický stav rodičky (Roztočil, 2017).

2 Výzkumná část

2.1 Cíl výzkumu

1. Zjistit nejčastější důvody indukce.
2. Zjistit, jak ženy vnímají indukci porodu.

2.2 Výzkumné otázky

1. Jaké jsou důvody pro indukovaný porod?
2. Jaký vliv měl indukovaný porod na psychiku rodičky?

2.3 Metodika výzkumu

Výzkumná část bakalářské práce byla zpracována na základě výsledku dotazníkového šetření. Data byla získávána formou kvantitativního výzkumu v podobě dotazníku, který byl určen pouze pro ženy, které podstoupily indukovaný porod. Kompletní dotazníkové šetření bylo anonymní. Dotazník byl složen z celkem 15 otázek, z nichž jedna byla polootevřená, a u třech bylo možné vybrat více odpovědí.

Cílem práce bylo zjistit, z jakých důvodů ženy nejčastěji podstupují indukovaný porod a zároveň se zaměřit na to, jak ženy indukovaný porod vnímají po psychické stránce.

Samotný dotazník (viz příloha č. 1) byl distribuován v elektronické podobě. První dvě otázky zjišťovaly informace o respondentkách, kolik jim je let a kolikrát rodily. Na další tři otázky respondentky odpovídaly, zda byly informovány o preindukci porodu (přípravě porodních cest), zda využili preindukci porodu a jakou konkrétní metodu případně využily. Otázky 6. až 11. mířily na samotnou indukci porodu, kde respondentky odpovídaly, zda byly dostatečně informovány, že u nich může dojít k indukci porodu, kolikrát jejich porod byl indukovaný, jak dlouho trval porod, jaké metody indukce respondentky podstoupily a kolikrát byl jejich porod indukovaný. V samotném závěru dotazníku byly čtyři otázky směřovány na psychiku respondentek, konkrétně jak psychicky zvládaly indukovaný porod.

2.4 Charakteristika vzorku respondentů a výzkumného prostředí

Bakalářská práce je orientována na ženy, které podstoupily indukci porodu (viz příloha č. 1). Výzkum probíhal elektronickou formou, kdy byl vyvěšen na sociálních sítích a na webových stránkách (diskuzních fórech). Do vyplnění dotazníku se zapojilo 100 žen, které podstoupily indukovaný porod. Bylo vyplněno a zároveň vyhodnoceno 100 dotazníků.

2.5 Průběh výzkumu

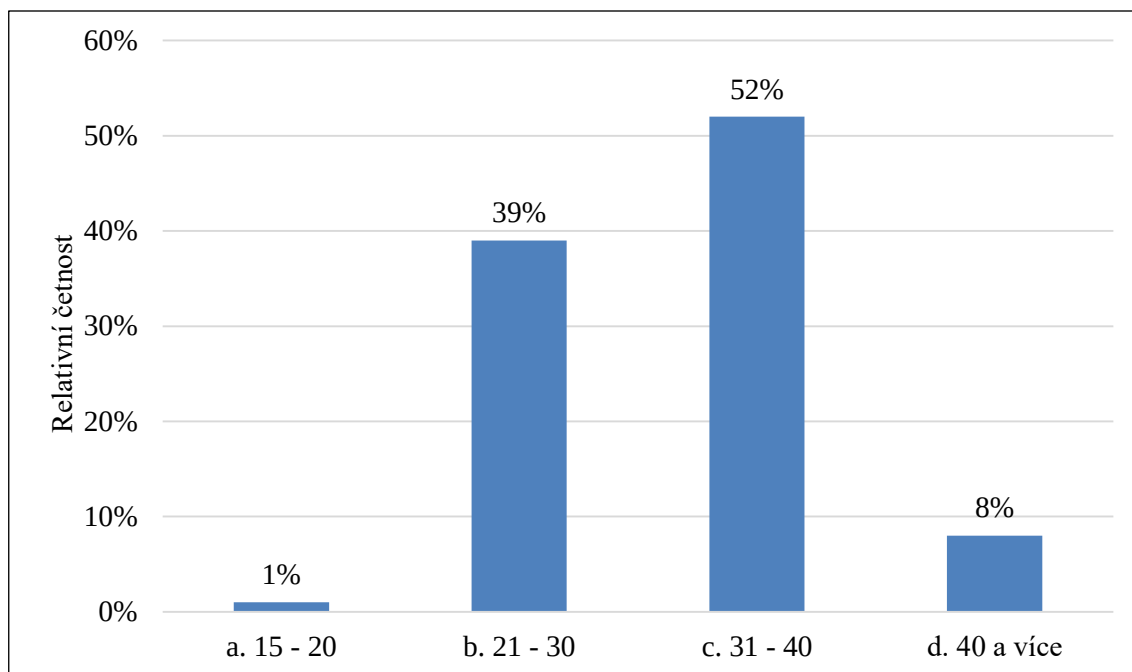
Sběr dat probíhal od prosince 2018 do dubna 2019. V dotazníku nebyla otázka, která by směřovala na zjištění bydliště respondentek. A zároveň, s přihlédnutím k tomu, že byl dotazník vyvěšen elektronicky na diskuzních fórech, si troufám říci, že respondentky byly z celé České republiky.

2.6 Zpracování získaných dat

Získaná data byla zpracována softwarem Microsoft Office Word. Samostatné grafy byly zpracovány v aplikaci Microsoft Office Excel. Všechny výsledky dotazníku byly promítnuty do sloupcových grafů (lepší přehlednost) a zaokrouhleny na celá procenta.

2.7 Výsledky výzkumu

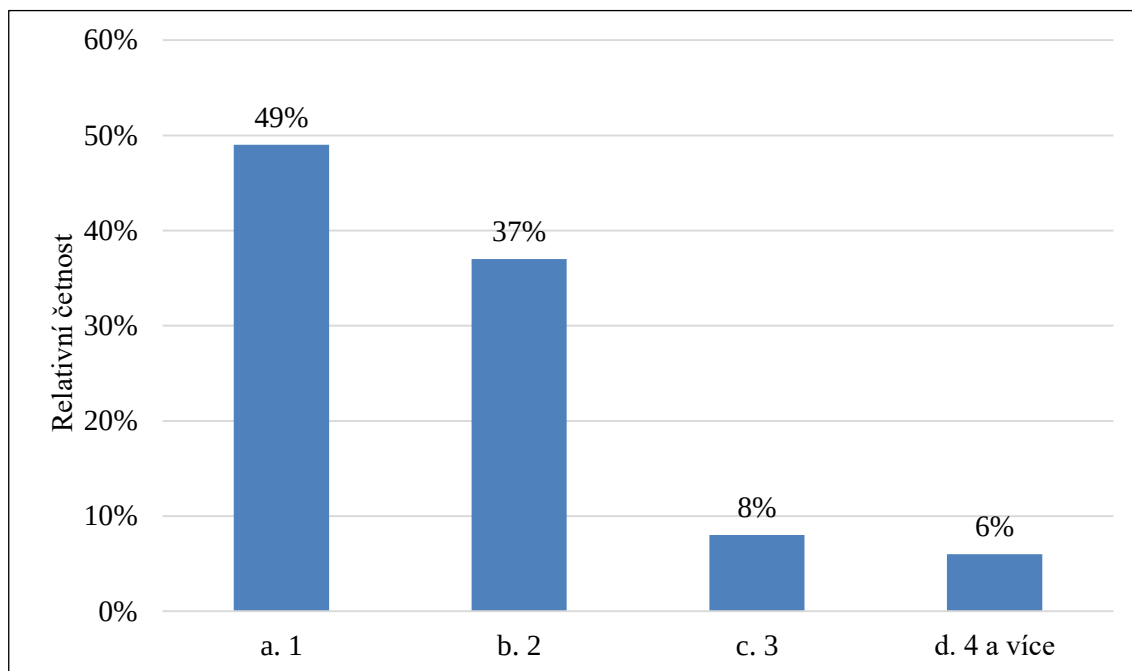
Otázka č. 1. Kolik je Vám let?



Graf 1 Věk

Ze 100 % žen bylo 1 % (1) žen ve věku 15 – 20 let. 39 % (39) žen bylo ve věku 21 – 30 let. 52 % (52) bylo ve věku 31 – 40 let. A 8 % (8) bylo ve věku 40 a více let.

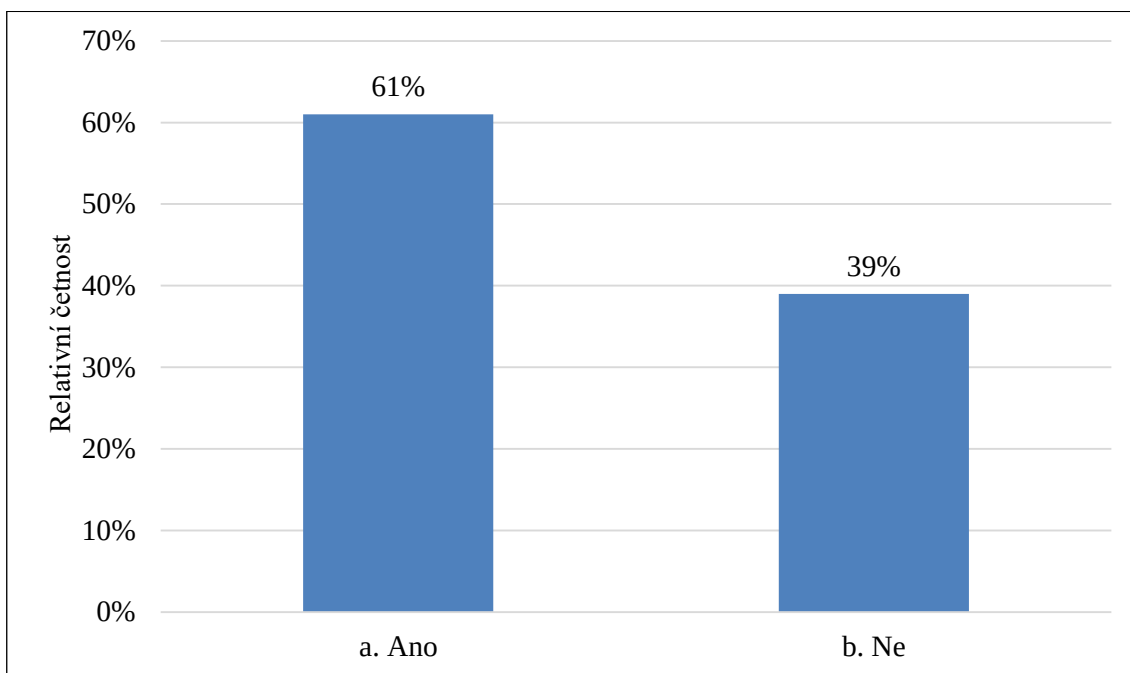
Otázka č. 2. Kolikrát jste rodila?



Graf 2 Počet porodů

Ze 100 % respondentek rodilo 49 % (49) jednou, 37 % (37) dvakrát, 8 % (8) třikrát a 6 % (6) čtyřikrát a více.

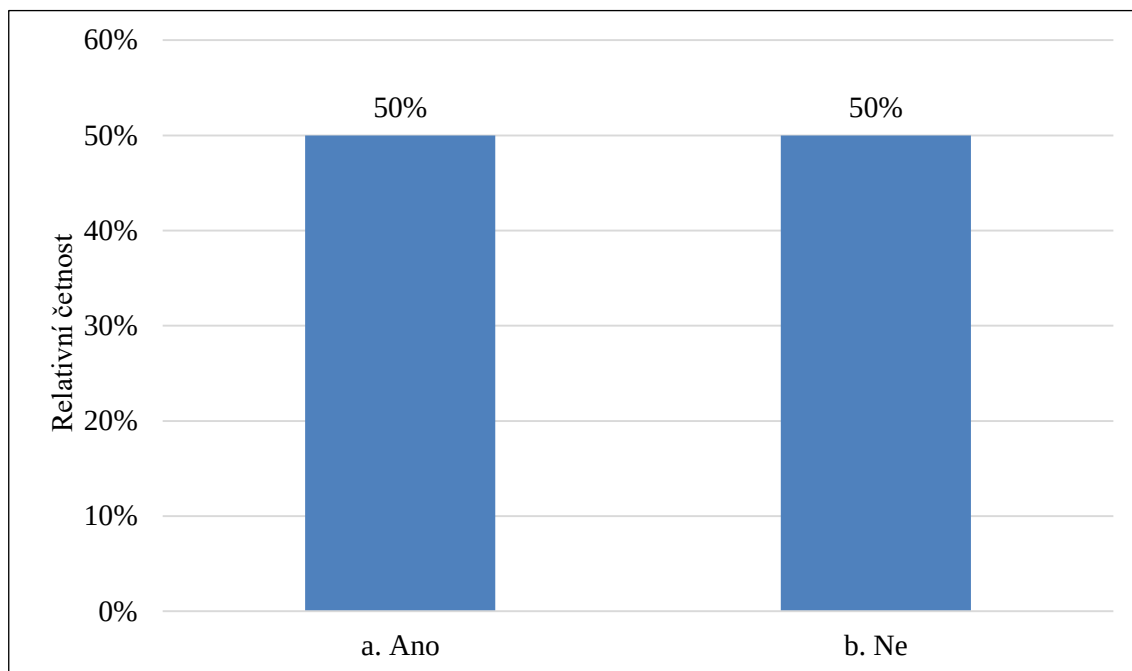
Otázka č. 3. Byla jste seznámena s možností přípravy porodních cest k porodu?



Graf 3 Poučení o preindukci

Ze 100% žen bylo 61% (61) poučeno o možnosti preindukce a 39% (39) žen nebylo informováno.

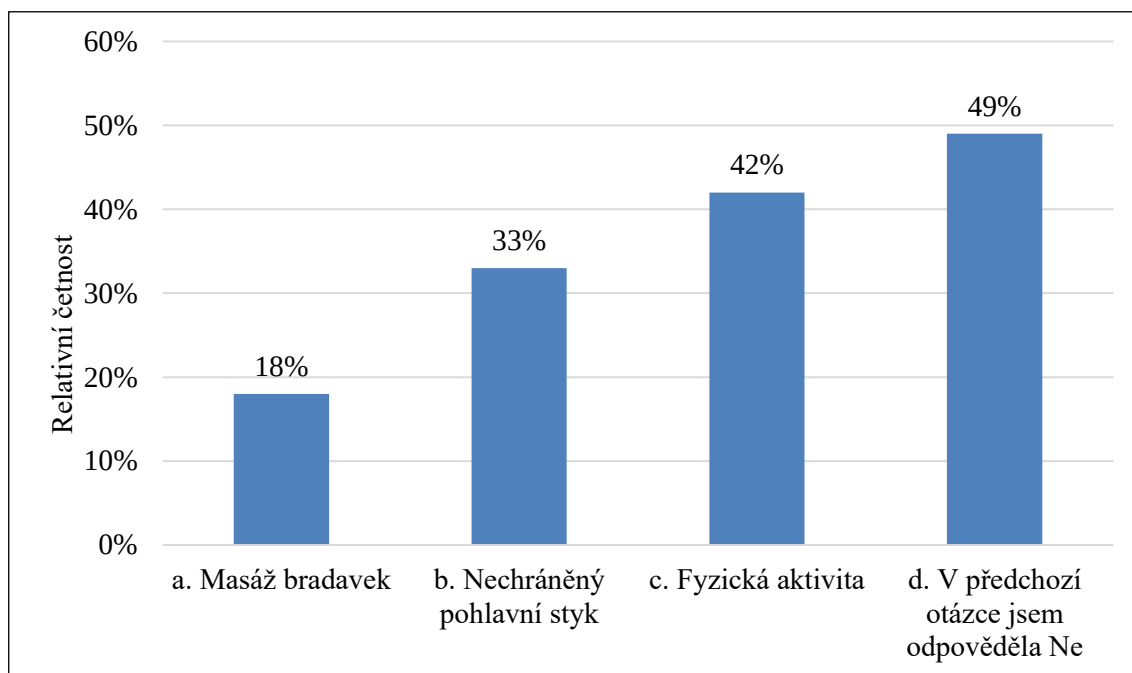
Otázka č. 4. Využila jste přípravu porodních cest k porodu?



Graf 4 Využití preindukce

Ze 100% respondentek vyzkoušelo preindukci 50% (50), 50% (50) ji nevyužilo.

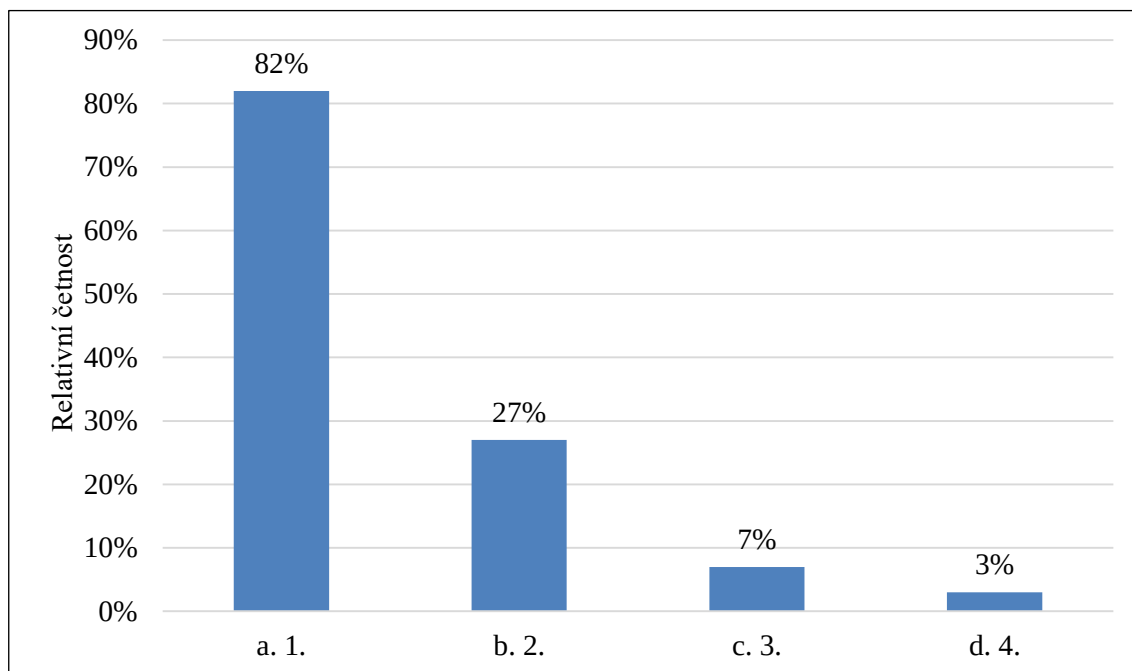
Otázka č. 5. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla ano, odpovězte, jakou formu jste využila k přípravě porodních cest?



Graf 5 Způsob preindukce v praxi

Ze 100% žen 49% (49) se k otázce nevyjadřovalo. 42% (42) respondentek se pokusilo o fyzickou aktivitu, 33% (33) využilo nechráněný pohlavní styk a 18% (18) se stimulovalo masáží bradavek.

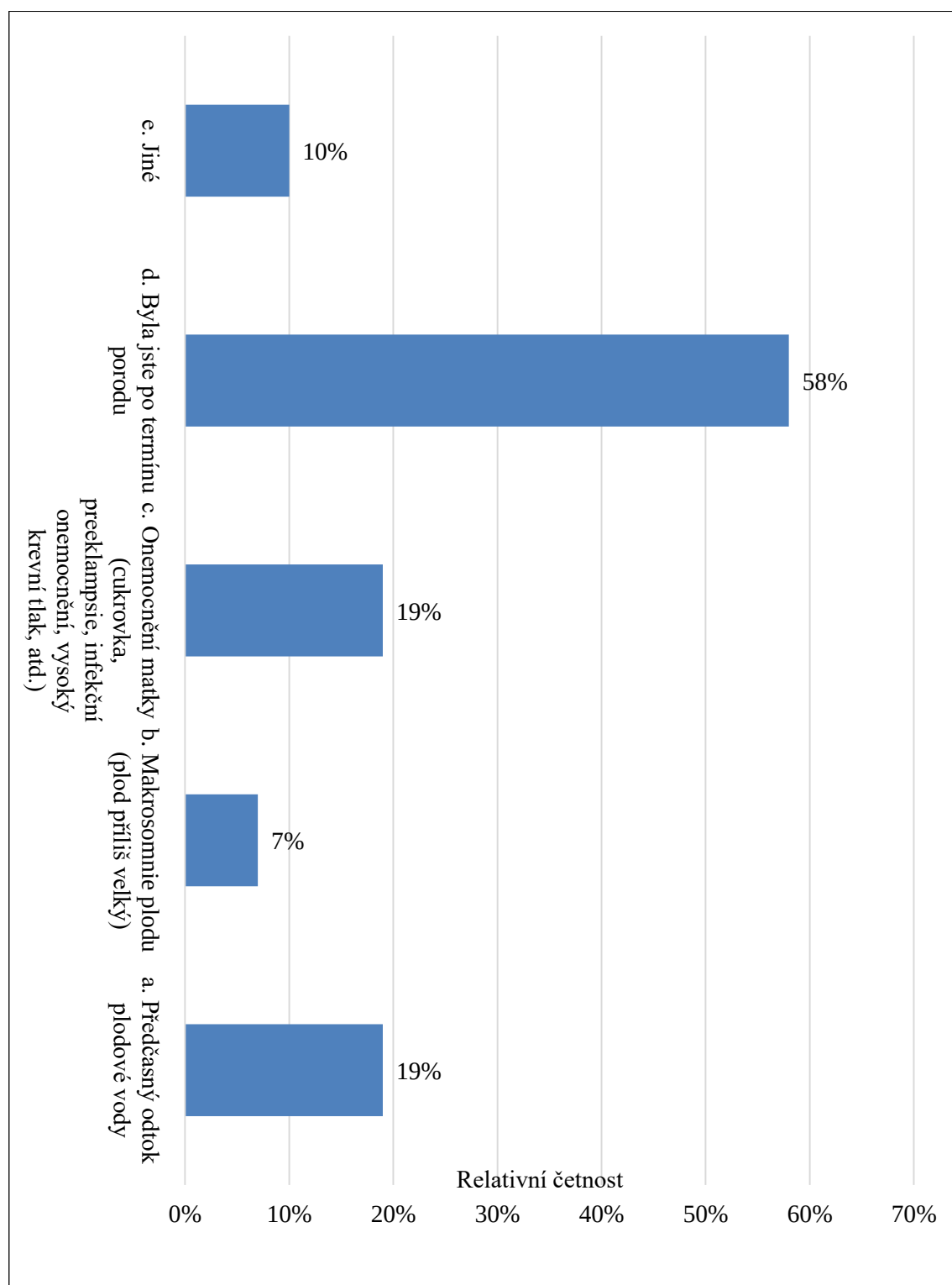
Otázka č. 6. Kolikátý v pořadí byl Váš porod vyvolávaný?



Graf 6 Pořadí vyvolávaného porodu

Ze 100% respondentek mělo indukovaný porod v pořadí prvním 82% (82). 27% (27) žen mělo vyvolávaný porod až u druhého dítěte, 7% (7) u třetího dítěte a 3% (3) u čtvrtého dítěte.

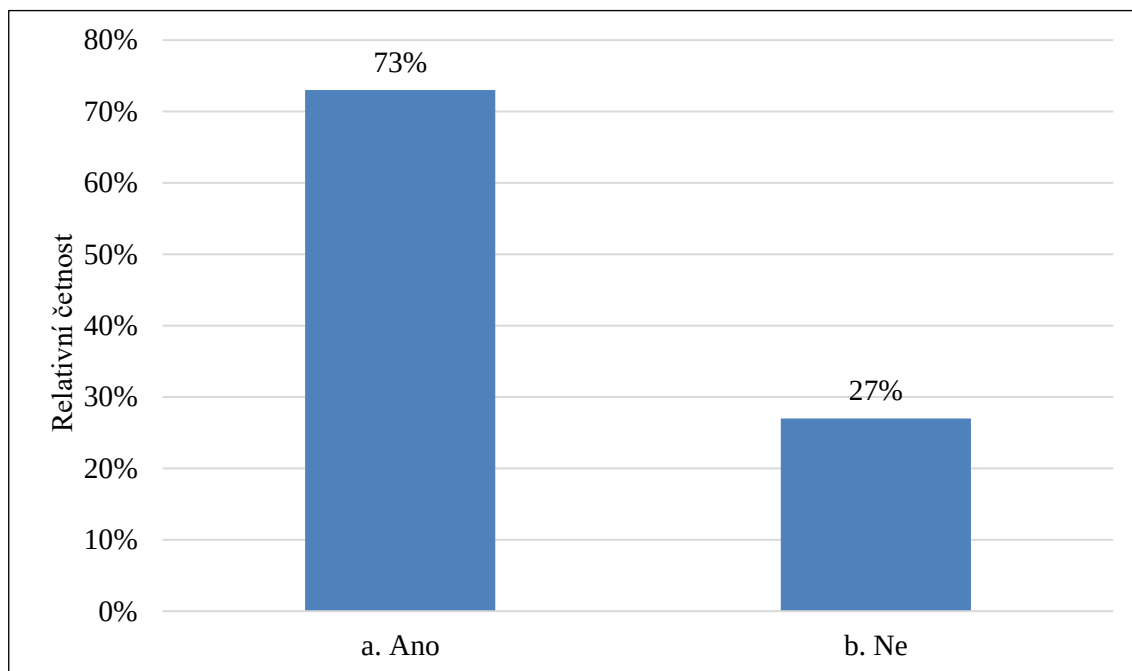
Otázka č. 7. Z jakého důvodu byl Váš porod vyvolávaný?



Graf 7 Důvod indukce

Ze 100% žen uvedlo 58% (58), že byly po termínu porodu, 19% (19) odtekla předčasně plodová voda. 19% (19) vyvolali porod z důvodu onemocnění matky, 7% (7) uvedlo makrosomii plodu a zbylých 10% (10) uvedlo jiné důvody.

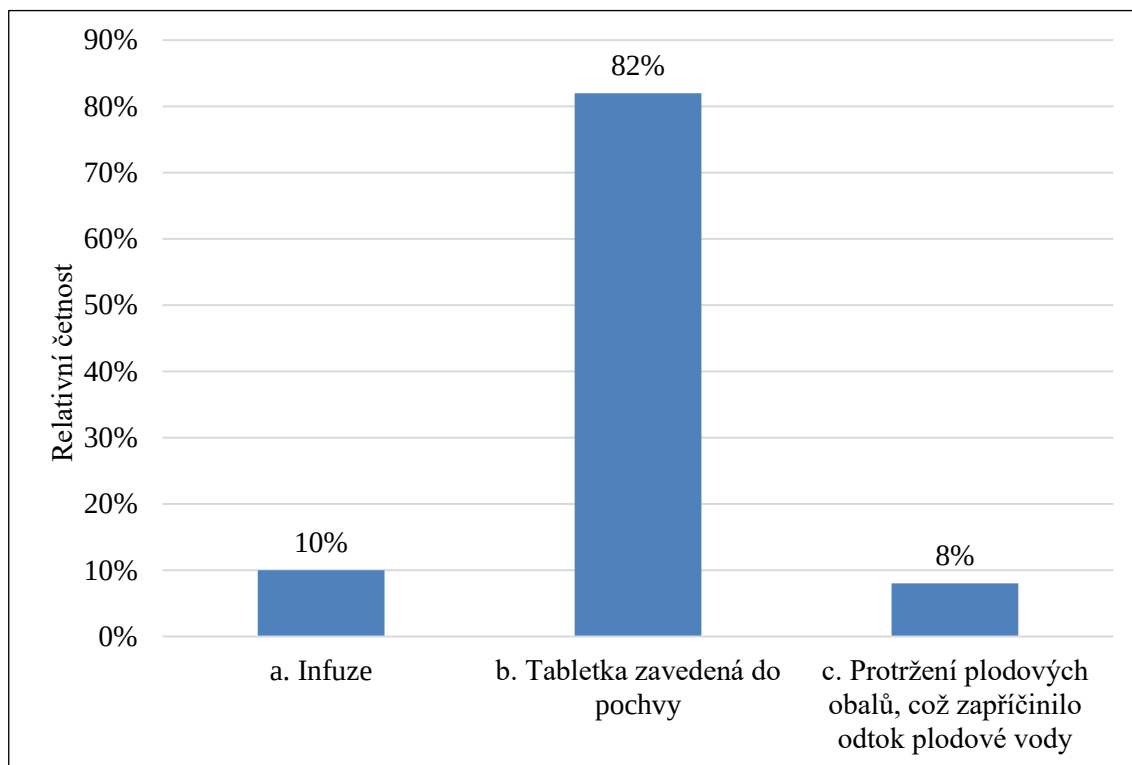
Otázka č. 8. Věděla jste, že u Vás může nastat vyvolávaný porod?



Graf 8 Informovanost o indukovaném porodu

Ze 100% žen 73% (73) vědělo, že u nich může nastat indukovaný porod. 27% (27) o možné indukci nevědělo.

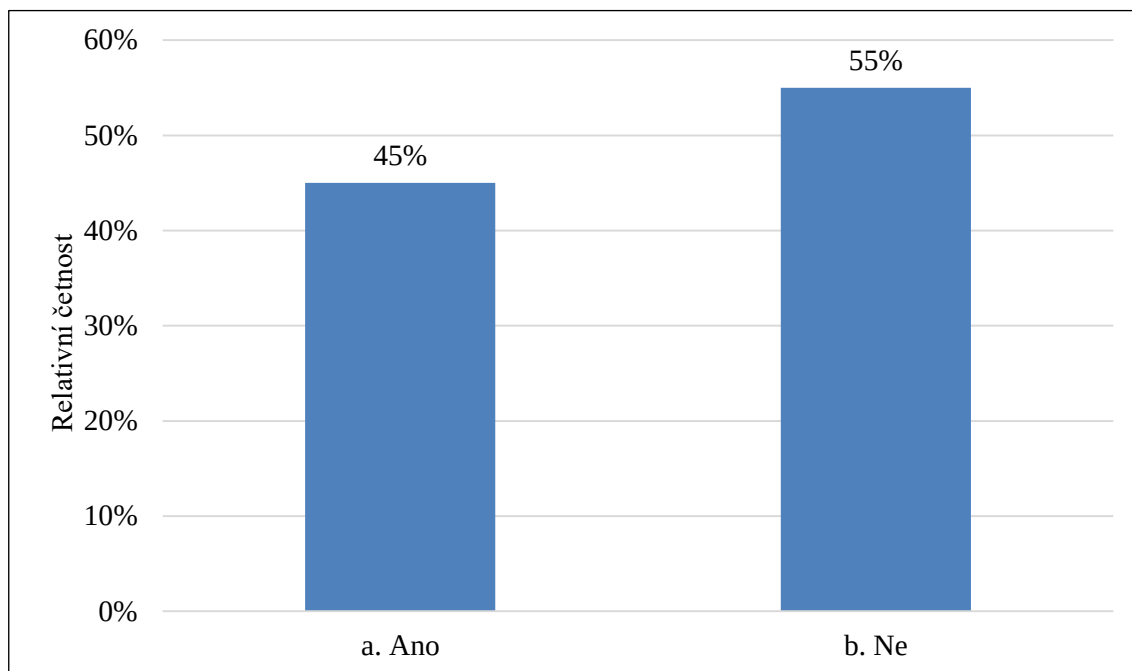
Otázka č. 9. Čím byl Váš porod vyvolávaný?



Graf 9 Způsob indukce

Ze 100% respondentek uvedlo 82% (82), že k indukci byla využita tabletka zavedená do pochvy. U 10% (10) byla aplikována infuze a u 8% (8) dirupce vaku blan.

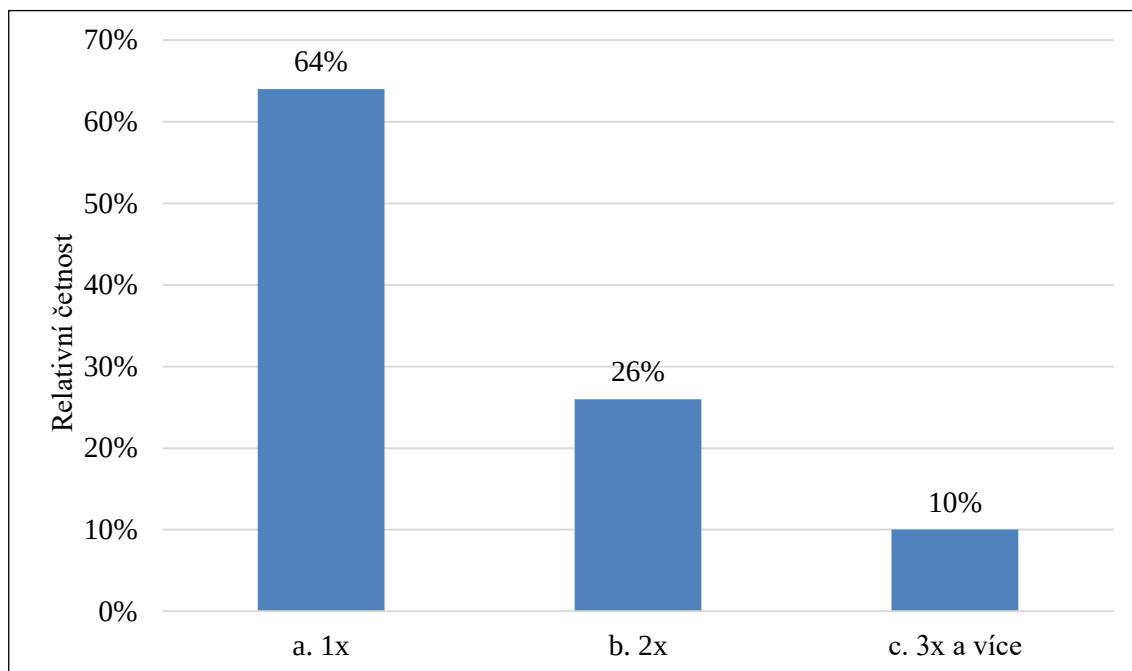
Otázka č. 10. Bylo u Vás využito více prostředků k vyvolání porodu?



Graf 10 Více prostředků k vyvolání porodu

Ze 100% respondentek bylo využito více prostředků u 45%(45) žen.

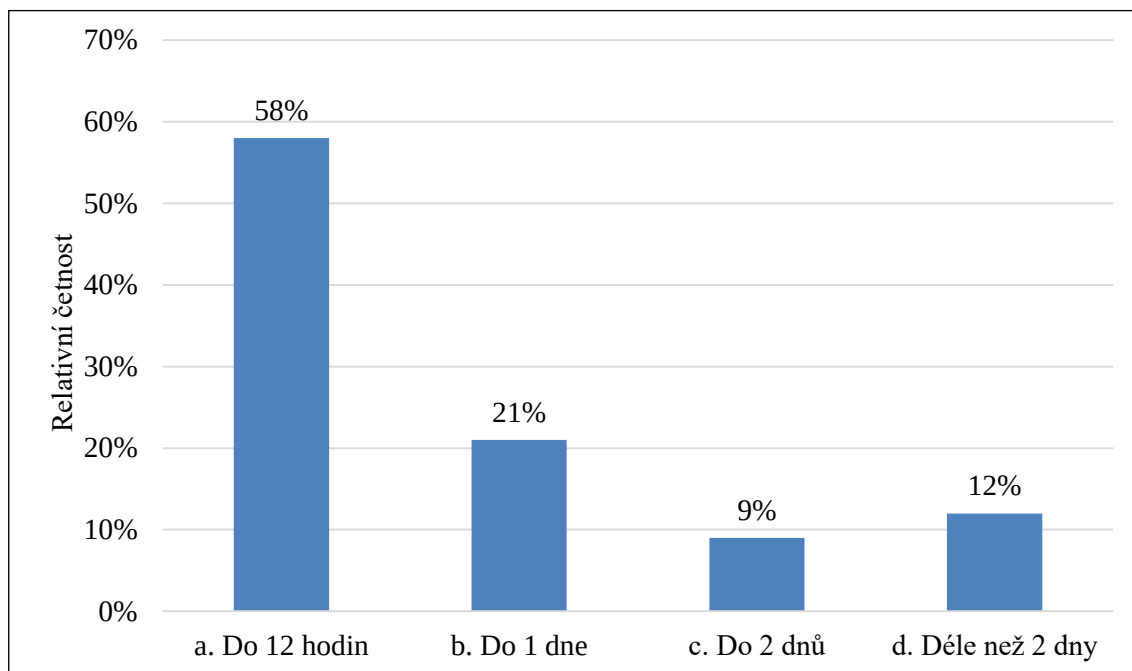
Otázka č. 11. Kolikrát byl Váš porod vyvolávaný?



Graf 11 Počet indukovaných porodů

Ze 100% respondentek odpovědělo 64% (64), že jejich porod byl vyvolán jedenkrát. 26% (26) uvedlo dvakrát a 10% (10) třikrát a více.

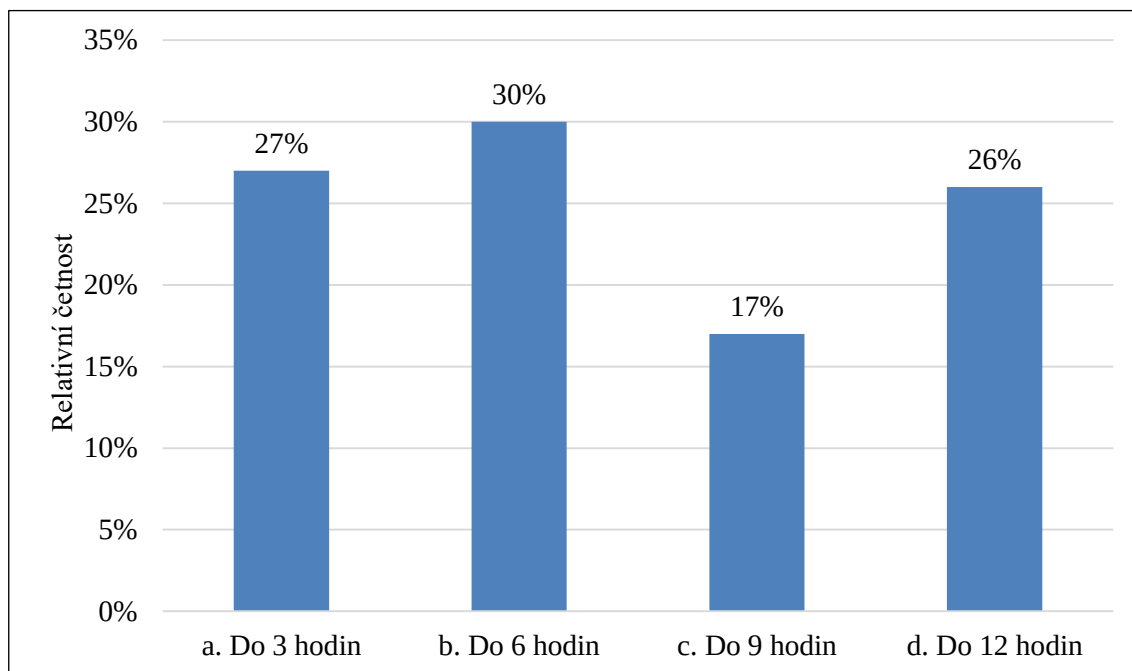
Otázka č. 12. Jak dlouho trval Váš porod od zahájení vyvolávání?



Graf 12 Délka porodu od začátku indukce

Ze 100% žen uvedlo 58% (58) trvání porodu do 12 hodin, 21% (21) do 1 dne, 9% (9) do 2 dnů a více než 2 dny odpovídělo 12% (12).

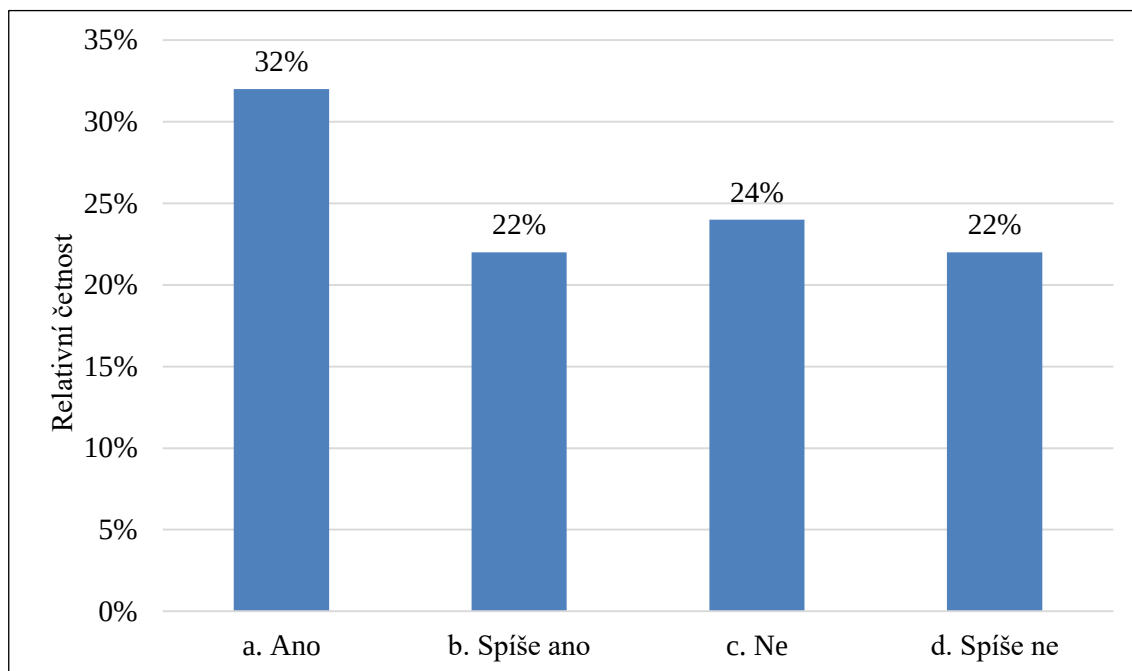
Otázka č. 13. Jak dlouho trval Váš porod od začátku pravidelných stahů?



Graf 13 Délka porodu od začátku pravidelných stahů

Ze 100% respondentek porodilo do 3 hodin 27% (27), do 6 hodin 30% (30), do 9 hodin 17% (17) a do 12 hodin 26% (26).

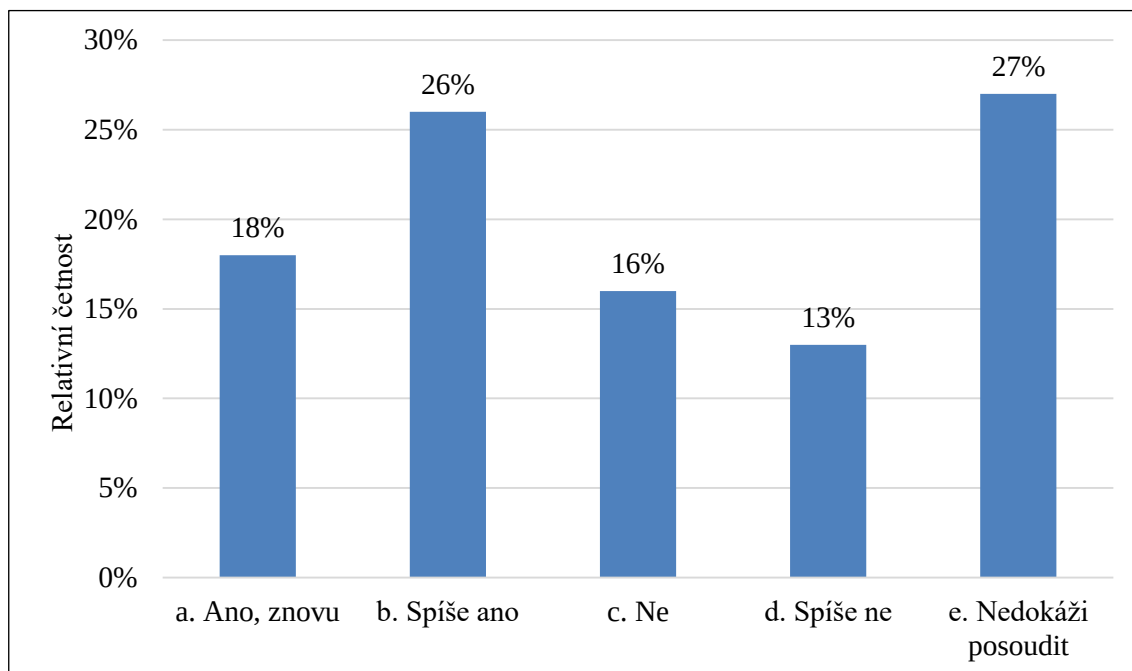
Otázka č. 14. Hodnotíte vyvolávaný porod jako psychicky náročný?



Graf 14 Hodnocení porodu po psychické stránce

Ze 100% žen uvedlo 32% (32), že indukovaný porod byl psychicky náročný. 22% (22) hodnotilo porod spíše psychicky náročný, 22% (22) se přiklábělo k odpovědi spíše psychicky nenáročný. Zbylým 24% (24) nepocit'ovalo porod psychicky náročný.

Otázka č. 15. Podstoupila byste znovu vyvolání porodu?



Graf 15 Opětovné podstoupení indukovaného porodu

Ze 100% respondentek by 18% (18) podstoupilo znovu indukci porodu, 26% (26) spíše ano, 13% (13) spíše ne, 16% (16) by znovu vyvolávaný porod nepodstoupilo. Zbýlých 27% (27) nedokáže posoudit.

3 Diskuze

Ve výzkumné části byly zvoleny dva cíle. Každý cíl obsahoval jednu výzkumnou otázku. Samotným cílem bylo zjistit z jakého důvodu je nejčastěji porod indukován a jak velký vliv na psychiku rodiček měl indukovaný porod.

Výzkumná otázka č.1: Jaké jsou důvody pro indukovaný porod?

Pod tuto výzkumnou otázku bylo zařazeno devět otázek z dotazníku: „Byla jste seznámena s možností přípravy porodních cest k porodu?“, „Využila jste přípravu porodních cest k porodu?“, „Pokud jste v předchozí otázce odpověděla Ano, odpovězte, jakou formu jste využila k přípravě porodních cest.“, „Kolikrát v pořadí byl Váš porod vyvolávaný?“, „Z jakého důvodu byl Váš porod vyvolávaný?“, „Věděla jste, že u Vás může nastat vyvolávaný porod?“, „Čím byl Váš porod vyvolávaný?“, „Bylo u Vás využito více prostředků k vyvolání porodu?“, „Kolikrát byl Váš porod vyvolávaný?“. Všechny informace byly získány od 100 žen, které podstoupily indukovaný porod a výsledky jsou zaneseny do grafů č. 3., 4., 5., 6., 7., 8., 9., 10. a 11.

Ze sesbíraných dat vyplívá, že 61 % (61) respondentek bylo seznámeno s možností preindukce porodu. Celých 50% (50) respondentek využilo některou z metod preindukce porodu. Z toho 42 % (42) využilo fyzickou aktivitu, 33 % (33) nechráněný pohlavní styk a 18 % (18) využilo jako metodu preindukce porodu masáž bradavek. 73 % (73) respondentek bylo obeznámeno s tím, že u nich může dojít k indukci porodu. Tento výsledek se liší s výzkumem, který prováděla Valoušková (2017) ve své bakalářské práci. Z tohoto výzkumu vzešlo, že informovanost o indukci porodu je nižší. O indukci porodu vědělo pouze 58 % respondentek. Takový rozdíl přisuzuji špatně položené otázce v dotazníku, kde byl uveden termín indukce porodu, zatímco já jsem používala pro respondentky srozumitelnější slova (vyvolání porodu). Jako nejčastější důvod indukce porodu respondentky uvádějí potermínovou graviditu 58 % (58). Shodně 19 % (19) a 19 % (19) respondentek uvádí jako důvod indukce porodu předčasný odtok plodové vody a onemocnění matky (diabetes mellitus, preeklampsie,...), 7 % (7) uvedlo makrosomii plodu a 10 % (10) uvedlo jiný důvod, který uvedly: příliš málo plodové vody, tachykardii plodu, mrtvé dítě, příliš malý plod, nebo decelerace plodu. Při srovnání s výzkumem, který je zveřejněn v bakalářské práci Malúšková (2011), se dozvíme, že se důvody k podstoupení indukce porodu příliš neliší. Nejčastějším

důvodem byla rovněž potermínová gravidita a to z 69 %. Druhý nejčastější důvod byl rovněž v obou výzkumech shodný, a to gestační diabetes mellitus s 8 % a předčasný odtok plodové vody s 6 %. Z výzkumu dále vyplívá, že se k vyvolání porodu nejčastěji používá tabletky zavedené do pochvy 82 % (82). Další z možností vyvolání porodu vzešly z výzkumu infuze a protržení plodových obalů s 10 % (10) a 8 % (8).

Výzkumná otázka č. 2: Jaký vliv měl indukovaný porod na psychiku rodičky?

Pod tuto výzkumnou otázku byly zařazeny čtyři otázky z dotazníku: „Jak dlouho trval Váš porod od zahájení vyvolávání?“, „Jak dlouho trval Váš porod od začátku pravidelných stahů?“, „Hodnotíte vyvolávaný porod jako psychicky náročný?“ a „Podstoupila byste znovu vyvolání porodu?“ Tyto otázky byly položeny 100 ženám, které podstoupili indukovaný porod formou dotazníku a výsledky jsou zaneseny v grafech č. 12., 13., 14. a 15.

Z dotazníkového šetření vyplívá, že u 58 % (58) respondentek trval vyvolávaný porod do 12 hodin a u dalších 21 % (21) trval do 1 dne. Samotný porod od začátku pravidelných stahů trval u 27 % (27) respondentek do 3 hodin. U dalších 30 % (30) do 6 hodin u 26 % (26) do 12 hodin a u 17 % (17) trval do 9 hodin. Tyto otázky byly zařazeny, protože si myslím, že s délkou porodu souvisí jednak fyzická náročnost, ale zároveň i náročnost psychická. Na kterou primárně směřovala otázka dotazníku č. 14. Ve srovnání výzkumu Valouškové (2017) je patrné, že čas doba porodu je shodná, kdy Valouškové vyšlo najevo, že porod do 12 hodin trval 67 % respondentek. Z ní vyšlo najevo, že indukovaný porod hodnotí jako psychicky náročný 54 % (54) respondentek. Některé výsledky nebylo možné srovnat s jinými výzkumy.

4 Návrh řešení a doporučení pro praxi

Pro psychickou pohodu rodiček je velice důležitá informovanost. Informovaný člověk má čas si vše promyslet a na vše se připravit. Z výzkumu vyšlo najevo, že informovanost rodiček o indukovaném porodu je velká, ne však stoprocentní.

Mým doporučením je podporovat rodičky už během těhotenství právě informacemi. Tuto možnost drží v ruce právě porodní asistentky, které by měly těhotné připravovat na všechna úskalí porodu právě informacemi již během těhotenství, kdy jsou rodičky v psychické pohodě. Ty pak mají čas si vše promyslet, probrat s partnery a v celkovém důsledku je cíl splněn: psychická pohoda rodiček.

Závěr

Bakalářská práce na téma „Ženy a indukovaný porod“ měla jasný cíl. Nastínit aktuální vědění o indukovaném porodu, výzkumem zjistit z jakého nejčastějšího důvodu je porod indukovaný a jak ženy vnímají indukovaný porod. Šlo o velmi aktuální a zajímavé téma.

Celá práce byla rozdělena do dvou částí. V první části byl nastíněn současný stav problematiky a v části druhé byl popsán výzkum. Současný stav problematiky obsahuje, co je indukovaný porod, indikace a kontraindikace indukovaného porodu, samotné metody indukce porodu. Část je věnována preindukci porodu a v závěru první části je nastíněna problematika ošetrovatelské péče o ženy, jež podstupují indukovaný porod.

Druhá část přináší výzkum a obsahuje výsledky dotazníkového šetření. Samotný výzkum probíhal od prosince 2018 do dubna 2019. Dotazník byl distribuován skrze sociální sítě a diskuzní fóra webových stránek. Všechny výsledky byly zaneseny do grafů. Výzkumu se účastnilo 100 žen, které podstoupily indukovaný porod. Dále je v této části uvedena metodika výzkumu, charakteristika vzorku respondentů a charakteristika výzkumného prostředí.

Z dotazníkového šetření bylo zjištěno, jaká je nejčastější metoda indukce porodu a zároveň jak velký psychický tlak byl na rodičky, jež podstoupily indukovaný porod.

Bakalářská práce měla stanoveny dva cíle, ke kterým se vztahovala vždy jedna výzkumná otázka. Cílem první výzkumné otázky bylo zjistit jaký je nejčastější důvod indukce porodu. Výzkumem bylo zjištěno, že nejčastějším důvodem indukce porodu je potermínová gravidita, kdy tento důvod uvádělo 58 % (58) respondentek ze 100 % (100). Na místě druhém se umístily shodně s 19 % (19) a 19 % (19) respondentek předčasný odtok plodové vody a onemocnění matky.

Cílem druhé výzkumné otázky bylo zjistit, jaký vliv měl indukovaný porod na psychiku rodičky. Z výzkumného šetření vyšlo najevo, že 54 % (54) respondentek hodnotí indukovaný porod jako psychicky náročný.

Cíle bakalářské práce byly splněny.

Seznam citované literatury

CARRERA, Jose M., Francesc FIGUERAS a Eva MELER. Ultrasound and Doppler Management of Intrauterine Growth Restriction. Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology. 2010, roč. 4, č. 3, s. 259-274.

DEERING, Shan. *A prastical manual to Labor and Delivery*. 2. vydání. New York: Cambridge University, 2018. ISBN 978-1-108-40783-0.

DLOUHÁ, Klára a Ivana KUČEROVÁ. Intrauterinní růstová retardace v klinické praxi. Postgraduální medicína. 2009, 11(5), 531-538. ISSN 1212-4184.

GASKIN, Ina May. 2010. Zázrak porodu. Doubice: One Woman Press. ISBN 978- 808-6356-488.

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

HUDÁKOVÁ, Zuzana a Mária KOPÁČIKOVÁ. *Příprava na porod: fyzická a psychická profylaxe*. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-271-0274-7.

CHMEL, Roman. *Otázky a odpovědi o porodu - 2., aktualizované a doplněné vydání*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing, 2018. ISBN 8024721422.

KOTEROVÁ, K. Prodloužené těhotenství a jeho management. In: Moderní babictví: odborný časopis pro porodnictví a gynekologii. [on line] Praha: Levret, 2009, č. 17, s. 3-8. [cit. 2019 03-08] ISSN:1214-5572, dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2009-17/?pdf=1>

LOWDERMILK, Deitra Leonard et al., 2016. Maternity & women's health care. 11th edition. St. Louis, MO: Elsevier. ISBN 978-0323265584.

Malúšková, S., 2011. *Indukovaný porod*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Fakulta zdravotnických věd, Ústav porodní asistence.

MAREŠOVÁ, Pavlína, 2014. Moderní postupy v gynekologii a porodnictví. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 9788020431530.

MĚCHUROVÁ, A. 4. Současné názory na management odtoku plodové vody. *Česká gynekologie*. 2013, (Supplementum), s. 15-17. ISSN 1210-7832.

MURRAY, Michelle a Gayle HUELSMANN, 2009. Labor and delivery nursing: a guide to evidence-based practice. New York: Springer. ISBN 978-0-8261-1803-5.

Renata. Jak vyvolat porod!. *Femina.cz* [online]. Limemedia, a.s, 2008 [cit. 2019-04-02]. Dostupné z: <https://www.femina.cz/jak-vyvolat-porod/>

Roztočil, 2013. Preindukce a indukce porodu - doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2013, (Supplementum), s. 19-20. ISSN 1210-7832.

ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing, 2017. ISBN 978-80-247-5753-7.

ROZTOČIL, Aleš a A MĚCHUROVÁ. 5. Potermínová gravidita – doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2013, (Supplementum), s. 18-19. ISSN 1210-7832.

SLEZÁKOVÁ, Lenka. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví*. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3373-9.

STADELMANN, Ingeborg. *Zdravé těhotenství, přirozený porod: citlivý průvodce těhotenstvím, porodem, šestinedělím a kojením, který nabízí ověřené praktické návody, jak v těchto obdobích využít bylinek, homeopatických přípravků a éterických olejů*. 3., přeprac. vyd. Přeložil Barbora SADÍLKOVÁ, přeložil Barbora TOMEČKOVÁ. Praha: One Woman Press, 2009. ISBN 978-808-6356-501.

ŠPÁLOVÁ. Indukce porodu u termínového těhotenství s komplikacemi: kdy, proč a jak?. *Medical Tribune CZ: Tribuna lékařů a zdravotníků* [online]. 2009, 2009 [cit. 2019-02-10]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/13972-indukce-porodu-u-terminoveho-tehotenstvi-s-komplikacemi-kdy-proc-a-jak>

TROJKOVÁ, Sabina. 2013. Indukovaný porod [online]. Olomouc [cit. 2019-04- 04]. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Fakulta zdravotnických věd. Dostupné z: <http://theses.cz/id/w09oiw/00181837-765045285.pdf>

Valoušková, V., 2017. *Potermínová gravidita*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií.

VLK, Radovan. Preindukce a indukce porodu – doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2016, č. 2, s. 87-88. ISSN 1210-7832.

WORWOOD, Valerie Ann, 2009. Voňavá lékárna. Praha: One Woman Press. ISBN 978-808-6356471.

Přílohy A Dotazník

Dobrý den,

mé jméno je Michaela Kelíšková, jsem studentkou Vysoké školy polytechnické Jihlava, obor Porodní asistentka. Chtěla bych Vás požádat o vyplnění krátkého dotazníku na téma vyvolávaný porod. Dotazník je určen ženám, kterým byl porod vyvolán, a bude sloužit k výzkumné části mé bakalářské práce. Prosím, vyberte jednu odpověď, pokud není uvedeno jinak. Vše je zcela anonymní. Prosím Vás o pravdivé vyplnění.

Děkuji za Váš čas a ochotu mi pomoci.

1. Kolik je Vám let?
 - a. 15 – 20
 - b. 21 – 30
 - c. 31 – 40
 - d. 40 a více
2. Kolikrát jste rodila?
 - a. 1
 - b. 2
 - c. 3
 - d. 4 a více
3. Byla jste seznámena s možností přípravy porodních cest k porodu?
 - a. Ano
 - b. Ne
4. Využila jste přípravu porodních cest k porodu?
 - a. Ne
 - b. Ano
5. Pokud jste v předchozí otázce odpověděla Ano, odpovězte, jakou formu jste využila k přípravě porodních cest. (Můžete vybrat více odpovědí.)
 - a. Masáž bradavek
 - b. Nechráněný pohlavní styk
 - c. Fyzická aktivita

6. Kolikátý v pořadí byl Váš porod vyvolávaný? (Můžete vybrat více odpovědí.)
- a. 1.
 - b. 2.
 - c. 3.
 - d. 4.
7. Z jakého důvodu byl Váš porod vyvolávaný? (Můžete vybrat více odpovědí.)
- a. Předčasný odtok plodové vody
 - b. Makrosomie plodu (plod příliš velký)
 - c. Onemocnění matky (cukrovka, preeklampsie, infekční onemocnění, vysoký krevní tlak, atd.)
 - d. Byla jste po termínu porodu
 - e. Jiné (napíš:.....)
8. Věděla jste, že u Vás může nastat vyvolávaný porod?
- a. Ano
 - b. Ne
9. Čím byl Váš porod vyvolávaný?
- a. Infuze
 - b. Tabletky zavedené do pochvy
 - c. Protržení plodových obalů, což zapříčinilo odtok plodové vody
10. Bylo u Vás využito více prostředků k vyvolání porodu?
- a. Ano
 - b. Ne
11. Kolikrát byl Váš porod vyvolávaný?
- a. 1x
 - b. 2x
 - c. 3x a více
12. Jak dlouho trval Váš porod od zahájení vyvolávání?
- a. Do 12 hodin
 - b. Do 1 dne
 - c. Do 2 dnů
 - d. Déle než 2 dny
13. Jak dlouho trval Váš porod od začátku pravidelných stahů?
- a. Do 3 hodin
 - b. Do 6 hodin

- c. Do 9 hodin
- d. Do 12 hodin

14. Hodnotíte vyvolávaný porod jako psychicky náročný?

- a. Ano
- b. Spíše ano
- c. Ne
- d. Spíše ne

15. Podstoupila byste znovu vyvolání porodu?

- a. Ano, znovu
- b. Spíše ano
- c. Ne
- d. Spíše ne
- e. Nedokáži posoudit