

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

ROZUMÍ ŽENY RIZIKŮM SPOJENÝM S PŘEDČASNÝM PORODEM?
BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí práce:

MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D. 2011

Autor:

Tereza Crhová

ABSTRACT

Do women understand the risks connected with the preterm birth?

The main source of information for expecting women are prenatal clinics, where they should learn about the risks of preterm birth and what to do in a case of troubles.

The theoretical part of my paper contains learnings about preterm birth, its risks, causes, diagnostical and therapeutical possibilities, about nursing and consequences for newborns.

The practical part focuses on awareness of pregnant women and assessment of the quality of information by women who have given birth prematurely. To address the issue I used a combination of qualitative and quantitative methods. The quantitative part of my research took the form of a questionnaire given to pregnant women at prenatal clinics. The qualitative part of my research was in the form of semi-structured interviews with women who have given birth prematurely.

There were 6 objectives and therewith related hypotheses and research question. The objective of this thesis was to find out wheather pregnant women are informed about the issues of preterm birth well enough and wheather women, who have given birth prematurely, were informed in prenatal clinics sufficiently. Another objective was to make an educational material for mothers-to-be containing information about preterm birth and another educational material for midwives on how to educate women about issues they might face in this area.

All the objectives were accomplished. The hypothesis claiming that expecting women are aware of the relevant risk factors, as well as the hypothesis presuming awareness of the signs of preterm birth to occur were proved. The hypothesis presuming knowledge of the risks involved for the newborn was proved, too.

This Bachelor's Thesis can be used as an educational material for midwives who can include the topic into prenatal preparation courses and as well as inspiration to prepare educational materials for mothers-to-be.

PROHLÁŠENÍ

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

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

V Českých Budějovicích dne 4. května 2011

Tereza Crhová

PODĚKOVÁNÍ

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Miloši Velemínskému Ph.D. za vedení této bakalářské práce, za jeho rady i věnovaný čas. Díky patří také mým nejbližším, především mé mamince, za pomoc, podporu a velkou dávku trpělivosti.

OBSAH

ÚVOD.....	7
1. SOUČASNÝ STAV	8
1.1 Předčasný porod.....	8
1.2 Příčiny a rizikové faktory předčasného porodu	8
1.2.1 Rizika ze strany matky.....	8
1.2.2 Rizika související s reprodukční anamnézou.....	9
1.2.3 Rizika spojená s těhotenskými komplikacemi.....	10
1.3 Diagnostika předčasného porodu.....	11
1.4 Předčasný odtok vody plodové (defluviu liquoris amnialis praecox)	12
1.5 Terapie předčasného porodu.....	14
1.5.1 Postup při předčasném odtoku vody plodové.....	16
1.6 Vedení předčasného porodu.....	17
1.6.1 Třístupňový diferencovaný systém péče.....	18
1.7 Ošetrovatelská péče o ženu v souvislosti s předčasným porodem.....	19
1.7.1 Ošetrovatelská péče o těhotnou ženu s hrozícím předčasným porodem	19
1.7.2 Ošetrovatelská péče o matku nedonošeného novorozence	21
1.8 Prevence předčasného porodu	22
1.8.1 Prenatální péče jako prevence předčasných porodů	22
1.8.1.1 Zásady prenatální péče.....	22
1.8.2 Edukace žen v prevenci předčasných porodů.....	24
1.8.3 Progesteron v prevenci předčasného porodu	24
1.9 Novorozenec a předčasný porod.....	25
1.9.1 Klasifikace novorozence dle zralosti	26
1.9.2 Tělesné charakteristiky nedonošeného novorozence	26
1.9.3 Možná rizika předčasného porodu pro novorozence	27
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....	29
2.1 Cíle práce	29
2.2 Hypotéza 1	29
2.3 Hypotéza 2	29
2.4 Hypotéza 3	29
2.5 Výzkumná otázka 1	29
3.1 Popis použité metodiky.....	30
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	30
4. VÝSLEDKY	31
4.1 Interpretace dotazníkového šetření s těhotnými ženami.....	31
4.2 Interpretace rozhovorů s ženami, které porodily předčasně	52
4.3 Sumarizační tabulka rozhovorů	54
5. DISKUZE	55
6. ZÁVĚR	61
7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	63

8. KLÍČOVÁ SLOVA	67
9. PŘÍLOHY	68

ÚVOD

Těhotenství je prý nejkrásnějším obdobím v životě ženy. Oba budoucí rodiče trpělivě sledují růst břicha, hádají pohlaví děťátka a představují si, jak asi bude jejich miminko vypadat. Nastávající maminka dělá vše pro to, aby její miminko už teď dobře prospívalo. Přes veškerou péči ale může dojít k neočekávaným komplikacím a děťátko se narodí dřív, než mělo. Zůstává v nemocnici, kde kolem něho obíhá množství lékařů a sestřiček a den, kdy si jej rodiče povezou konečně domů se zdá v nedohlednu.

Předčasný porod je komplikací, která potkává čím dál více maminek a ovlivňuje nejen je, ale celou rodinu. Většina těhotných žen si ani nepřipouští možnost, že by se předčasný porod mohl týkat zrovna jich a snad je to pro jejich duševní pohodu i lepší. Nesmíme však na tento problém zapomínat. Narůstající procento předčasných porodů není zanedbatelné a zatím neexistuje metoda, která by vzniku této komplikace spolehlivě zabránila. V mnohých případech se ani nedaří hrozící předčasný porod včas odhalit.

V dnešní době jsou úspěchy v léčbě předčasného porodu stále vyšší a současně s tím je dokonalejší i péče o předčasně narozené děti. Dnes mají díky těmto úspěchům naději na kvalitní a plnohodnotný život i děti, které by před nemnoha lety neměly šanci přežít jediný den.

Navzdory tomu ale těchto porodů přibývá. Zbývá tedy odhalit i další z mnohých příčin a snažit se jim předcházet. Není to lehký úkol, ale věřím, že najdeme způsob, jak nárůst výskytu předčasných porodů zastavit.

Tato práce se zaměřuje na informovanost budoucích matek o problematice. Protože právě kvalitní edukace těhotných žen by mohla výrazně přispět ke zdokonalování preventivních opatření ve vztahu k předčasným porodům.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Předčasný porod

Předčasným porodem rozumíme, podle definice Světové zdravotnické organizace, těhotenství ukončené před 37. týdnem gestačního stáří. Tímto je definována horní hranice. Jako spodní hranici běžně používáme hranici viability plodu, která je v České republice stanovena na 24. ukončený týden těhotenství. Hranice viability může být v jednotlivých zemích nastavena odlišně vzhledem k nesterilní úrovni neonatální péče. Pokud však údaje o gestačním stáří nejsou důvěryhodné, stanovujeme hranice předčasného porodu podle porodní hmotnosti novorozence, a to od 500 gramů do 2500 gramů. Pokud je porozen plod s porodní váhou menší než 500 gramů, jehož životní projevy přetrvávají déle než 24 hodin, klasifikujeme takové ukončení těhotenství též jako předčasný porod.

V rozvinutých zemích se incidence předčasných porodů pohybuje mezi 5-10 %, v rozvojových zemích je to pak více než 10 %. V České republice je frekvence předčasných porodů zhruba 6 %, přičemž stále stoupá (22).

1.2 Příčiny a rizikové faktory předčasného porodu

V asi polovině případů není možné příčinu předčasného porodu zjistit. Většinou se jedná o souhru více faktorů ve vyvolání předčasného porodu - hovoříme tedy o syndromu předčasného porodu (22).

1.2.1 Rizika ze strany matky

Rizika předčasného porodu ze strany matky můžeme dále rozdělit na rizika, která jsou matkou ovlivnitelná a na rizika, která ovlivnit nelze.

Mezi rizika neovlivnitelná řadíme věk těhotné. Je-li nižší než 18 let, nebo naopak

vyšší než 35 let (22). U mladší rodičky je riziko dáno nedokončeným tělesným vývojem, ale i zvýšeným stresem v souvislosti s často neplánovanou graviditou. Naopak u žen starších souvisí riziko s multiparitou, nebo s nějakým celkovým onemocněním, jež se začíná objevovat (například s hypertenzí, diabetem, či onemocněním ledvin) (8). Dalším takovým rizikem může být i nízký socioekonomický status těhotné, primiparita, či naopak velká multiparita od pěti porodů výš.

Rizikem, které naopak žena ovlivnit dokáže, je například nízký body mass index (pod 20) (22), těžká fyzická práce v těhotenství, zvláště když žena pracuje ve velkém tempu, dlouho chodí, stojí a když je práce spojena se stresem (8). Ve velké míře je rizikové kouření před a v průběhu těhotenství, užívání drog, ale také psychický stres, nebo chybějící prenatální péče (22).

1.2.2 Rizika související s reprodukční anamnézou

Jako anamnézu rizikovou pro rozvoj syndromu předčasného porodu označujeme anamnézu obsahující dva spontánní potraty a nebo umělá přerušení těhotenství v prvním trimestru, nebo také dva potraty v trimestru druhém a předčasný porod (22). Právě výskyt předčasného porodu v reprodukční anamnéze ženy poukazuje na možnost opakování ve stávajícím těhotenství. Toto riziko s počtem předčasných porodů vzrůstá. Ve většině takových případů se předčasný porod může opakovat i ve stejném gestačním věku, jako u předchozí gravidity (8).

1.2.3 Rizika spojená s těhotenskými komplikacemi

Neovlivnitelnými stavy v těhotenství, rizikovými pro předčasný porod, rozumíme například vícečetná těhotenství (22). Obecně můžeme říci, že zhruba 50% žen s vícečetným těhotenstvím rodí předčasně do ukončeného 37. týdne těhotenství. V dnešní době vícečetných těhotenství přibývá díky asistované reprodukci, a tím se zvyšuje i incidence předčasných porodů (8).

Riziková jsou také těžká onemocnění těhotné ve smyslu akutních onemocnění, ale i renální a hypertenzní onemocnění (preeklampsie, eklampsie, HELLP syndrom). Dalšími komplikacemi podílejícími se na zvýšení rizika předčasného porodu mohou být vrozené vývojové vady plodu, krvácení v prvním nebo druhém trimestru, nebo také vývojové vady dělohy a poruchy funkce placenty.

Některým rizikům v těhotenství ale zabránit můžeme. Je to zejména močová infekce, bakteriální vaginóza, sexuálně přenosné choroby, ale i inkompetence hrdla děložního (viz kapitola 1.3) (22).

Nejvýznamnější a nejčastější příčinou předčasného porodu je infekce. Převážná většina předčasných porodů je vyvolána právě infekcí urogenitálního traktu. Ve většině těchto případů se prokáže přítomnost bakterií, vyvolávajících bakteriální vaginózu, streptokoků skupiny B (GBS) a mykoplazmat. Do děložní dutiny pronikají ascendentně z pochvy a cervixu, kde vyvolávají zánět. Možné jsou i další cesty přenosu, jako například transplacentárně, krevní cestou nebo i iatrogenní zanesení infekce při invazivních vyšetřovacích metodách (16).

Těhotné jsou většinou bez příznaků. Prvním projevem infekce bývá předčasný odtok plodové vody, klinické známky chorioamnionitidy (zánětu plodových obalů) (8), jako je dráždivá děloha, teplota matky, tachykardie a hojný hnisavý výtok (16), a předčasný porod (8).

1.3 Diagnostika předčasného porodu

Klinický obraz předčasného porodu zahrnuje děložní kontrakce, dilataci a zkrácení děložního hrdla, předčasný odtok vody plodové, krvácení, či tlak v podbříšku a v oblasti rodidel (32).

Rozlišujeme tři klinická stadia předčasného porodu, a to předčasný porod hrozící (partus praematurus imminens), počínající (partus praematurus incipiens), a předčasný porod v běhu (partus praematurus in cursu).

Hrozící předčasný porod - pocity tlaku v podbříšku, bolesti v zádech a zesílený výtok z pochvy jsou typickými subjektivními potížemi ženy v začátku porodu. Dále jsou to děložní kontrakce, které jsou na počátku trvalého charakteru, nestejně intenzity a bolestivé (1). Žena může také pociťovat křeče provázené průjmem, větší aktivitu plodu, tlak v pánvi, pocit diskomfortu ve vulvě, celkovou slabost (13).

Vaginální vyšetření - při vaginálním vyšetření těhotné zjišťuje lékař zkrácení, dilataci, změnu konzistence a mediální lokalizaci hrdla děložního, což ukazuje na tzv. *inkompetenci*, neboli *nedostatečnost hrdla děložního*. Při vyšetření v zrcadlech může zjistit předčasný odtok plodové vody.

Ultrazvuková vyšetření - pomocí ultrazvuku se odhadne hmotnost plodu, umístění placenty, množství plodové vody, ale také je možno posoudit děložní hrdlo metodou ultrazvukové cervikometrie (1). Cervikometrie je ultrazvukové vyšetření prováděné vaginální sondou, díky kterému můžeme posoudit zkracování a dilataci děložního hrdla (12). Je-li délka hrdla menší než 20 mm, je předčasný porod většinou nevyhnutelný. Ultrazvukovým vyšetřením se dále posuzují změny vnitřní branky a její dilatace, tzv. *funneling*.

Jako další se provádí ultrazvuková flowmetrie (měření průtoku krve pupečnickem). Méně dýchacích pohybů a pohybů končetin může znamenat infekci plodu a plodových obalů, změny ve flowmetrii indikují ukončení těhotenství v zájmu plodu.

Možností je také posouzení biofyzikálního profilu plodu, kdy se sledují dýchací

pohyby plodu, větší pohyby těla a končetin, svalový tonus a množství plodové vody. Tento diagnostický výkon se ale příliš nevyužívá (25).

Infekční markery - dalším postupem při diagnostice předčasného porodu je vyšetření infekčních markerů (ukazatelů zánětu). Zjišťuje se počet leukocytů (ukazuje na infekci při zvýšených hodnotách) s diferenciatním rozpočtem a přítomnost C-reaktivního proteinu (CRP). Pro průkaz infekce je významné i vyšetření cytokinů.

CTG - děložní činnost neobjektivněji zjistíme na kardiokografickém záznamu (CTG), kdy průkaz čtyř a více kontrakcí během 30 minut ukazuje na hrozící předčasný porod (1).

Počínající předčasný porod - počínajícím předčasným porodem rozumíme stav, kdy je hrdlo děložní zcela zaniklé, klenby poševní vyplněné a porodnická branka je větší než 3 cm. Pokud v této situaci děložní kontrakce i přes léčbu sílí, není již možné porodu zabránit.

Předčasný porod v běhu - stav, kdy pokračuje dilatace měkkých cest porodních a velká část plodu vstupuje do pánve.

1.4 Předčasný odtok vody plodové (defluvium liquoris amnialis praecox)

Předčasný odtok vody plodové je stav, kdy porod začíná odtokem plodové vody bez přítomnosti děložních kontrakcí (1).

Bývá rozlišován podle toho, ve kterém týdnu těhotenství voda odtekla. Zkratkou PROM (premature rupture of the membranes) označujeme odtok vody v termínu, tedy po ukončeném 37. týdnu těhotenství. Zkratka pPROM (preterm premature rupture of the membranes) potom ukazuje na odtok vody před 37. týdnem (10).

Incidence předčasného odtoku plodové vody se pohybuje mezi 4,5 - 14 % těhotenství. Čím dříve k odtoku plodové vody dojde, tím závažnější jsou následky. Předčasný odtok vody plodové je příčinou předčasných porodů zhruba ve 30% (18).

Příčiny. Jako vyvolávající příčina předčasného odtoku plodové vody je nejčastěji

udávaná infekce (i sexuálně přenosné choroby). Riziková jsou vícečetná těhotenství, ženy po výkonu na děložním hrdle, ženy s vývojovými vadami dělohy. Tyto ženy by měly být informované o klinických známkách odtoku vody plodové. Určité riziko představuje i pohlavní styk v těhotenství. Porodní asistentka by o tom měla těhotnou ženu informovat, zvláště pokud je její těhotenství označeno za rizikové (19).

Rizika. Předčasný odtok plodové vody není příznivý z důvodu rizika vzniku infekce ať už se jedná o odtok v termínu, či před ním (1). Intraamniální infekce představuje vyšší riziko nemocnosti a úmrtí plodu, nebo novorozence v perinatálním období. Včasné rozpoznání infekce a nasazení odpovídající léčby toto riziko snižuje. Proto je na gynekologicko porodnických odděleních odběr materiálu na mikrobiologický rozbor rutinní záležitostí. Nejen lékaři, ale právě porodní asistentky jsou odpovědné za řádný odběr tohoto materiálu (27).

Projevy. Klinicky se odtékající voda projevuje jako světlý vodnatý výtok z pochvy různé intenzity. Může obsahovat i stopy krve. Po odtoku nastává různě dlouhé latentní období, které trvá do nástupu děložních kontrakcí (10).

Diagnostika. Předčasně odtékající plodovou vodu je možné diagnostikovat při vaginálním vyšetření v zrcadlech, kdy vidíme tekutinu nahromaděnou v zadní poševní klenbě, nebo přímo pozorujeme odtékající vodu. Jako další se k průkazu používá Temesváryho činidlo reagující na zásadité složení plodové vody na vložce těhotné. Toto vyšetření je ale mnohdy falešně pozitivní (19).

1.5 Terapie předčasného porodu

Mezi základní zásady v léčbě hrozícího předčasného porodu patří snaha zastavit děložní činnost a tím zajistit prodloužení těhotenství alespoň o 48 hodin. Tato doba je nezbytná k indukci plicní zralosti pomocí kortikoidů (viz níže) (6).

K úspěšné terapii je samozřejmě zapotřebí včasná a správná diagnóza, což stále zůstává v některých případech problémem. Vlastní léčba pak spočívá v následujících metodách.

Hospitalizace je vždy indikována u žen ohrožených předčasným porodem (22).

Tokolýza, neboli tlumení děložní činnosti pomocí léčiv - tokolytik, je dnes základním způsobem léčby předčasného porodu (8). Tokolýza je preventivně indikována při průkazu děložní činnosti s otevíracím efektem na děložní hrdlo. Dále se tokolytika užívají při předčasném odtoku vody plodové před 33. ukončeným týdnem těhotenství za účelem získání času potřebného pro indukci plicní zralosti plodu.

Klid na lůžku je stále prvním opatřením, které je indikováno při průkazu hrozícího předčasného porodu, ikdyž v současnosti není stále prokázáno, zda má ve výsledku efekt na snížení výskytu předčasných porodů (8). Navíc absolutní klid na lůžku přináší zvýšené riziko výskytu tromboembolické nemoci. I proto se nedoporučuje pohyb omezit úplně a indikován je klid na lůžku relativní. Dále je tu také nárůst psychické a sociální zátěže v souvislosti s klidem na lůžku. I na tento problém by měl ošetrovatelský personál myslet a snažit se pečovat také o duševní zdraví těhotné ženy (29).

Indukce plicní zralosti, metoda urychlující maturaci (vyzrávání) plic plodu. Tento léčebný postup spočívá v podávání kortikoidů těhotné ženě ohrožené předčasným porodem, a to mezi 24. a 34. týdnem těhotenství. V případě průkazu nezralosti plic plodu i po 34. týdnu. Kortikoidy jsou nejčastěji podávány ve dvou dávkách po 24 hodinách, nebo ve čtyřech dávkách po 12 hodinách. Důležité je, aby bylo možno oddálit porod o 24 hodin po podání poslední dávky k dosažení účinnosti léčby. Účinnost této metody spočívá ve snížení frekvence a závažnosti novorozeneckých onemocnění souvisejících s

nedonošeností, jako například syndromu respirační tísně novorozence (viz kapitola 1.9.3), snížení délky pobytu na jednotce intenzivní novorozenecké péče a v neposlední řadě snížení novorozenecké úmrtnosti v souvislosti s předčasným porodem (21).

Terapie antibiotiky se používá v případě průkazu infekce, nebo jako profylaxe při odtoku plodové vody (22).

Cerclage je operativním výkonem prováděným na hrdle děložním za účelem dočasného zúžení hrdla, které je za těhotenství rozšířené, tedy inkompetentní. Provádí se kruhový (cirkulární) steh na děložním hrdle (3). Je indikována v případě inkompetence hrdla do 26. ukončeného týdne těhotenství. Nesmí se provádět při pravidelných děložních stazích, při krvácení, předčasném odtoku plodové vody. Před vlastním porodem je třeba steh opět extrahovat (22).

Trendelenburgova poloha, tedy poloha, kdy žena leží na nakloněné rovině a spodní polovina těla je výše než horní, je doporučena pacientkám s inkompetencí, tedy nedostatečností hrdla děložního.

Hydratace se opět uplatňuje v prevenci a léčbě předčasných porodů pouze teoreticky. Tato teorie je založena na faktu, že u žen s předčasným porodem byl zjištěn snížený plazmatický objem (8). Dále při snížení tekutin v organismu narůstá děložní aktivita (29). Nebyla však prokázána účinnost hydratace v léčbě předčasných porodů. Naopak při kombinaci s tokolytickou léčbou vzrůstá riziko dalších komplikací, jako například rozvoje edému plic (8).

1.5.1 Postup při předčasném odtoku vody plodové

Z důvodu předcházení vzniku infekce je po předčasném odtoku plodové vody nutné provést provokaci porodu. Provokace znamená umělé vyvolání děložních kontrakcí v případě předčasného odtoku plodové vody. K tomu se využívají prostaglandiny, nejčastěji ve formě vaginálních tablet. Možné je využít i pesary, nebo vaginální gel (20).

Předčasný odtok vody plodové ve 35. týdnu a více - nezjistíme-li infekci, či špatné podmínky pro vývoj plodu, provokuje se porod za 24 hodin po odtoku. Po 12 hodinách po odtoku vody jsou ženě podána antibiotika v zájmu předejít infekce.

Předčasný odtok vody plodové ve 32. - 34. týdnu - do 34. týdne těhotenství je porod provokován za 48 hodin, do té doby je aplikována tokolýza a indukce plicní zralosti pomocí kortikoidů.

Předčasný odtok vody plodové ve 28. - 31. týdnu - porod je provokován za 72 hodin po odtoku vody plodové, tedy za 24 hodin po ukončení indukce plicní zralosti plodu. Je aplikována preventivní tokolýza a profylakticky nasazena antibiotika.

Předčasný odtok vody plodové před 28. týdnem - aplikace preventivní tokolýzy, indukce plicní zralosti, profylaktická antibiotická léčba a dále individuální přístup ve spolupráci s pediatry, neonatologem (18).

Ošetrovatelská péče. Ošetrovatelská péče o ženu s předčasným odtokem plodové vody spočívá především ve sledování fyziologických funkcí, zvýšenou pozornost věnujeme rodičce se zvýšenou tělesnou teplotou, tachykardií, či dělohou bolestivou na dotek. Dále sledujeme známky infekce a monitorujeme plod.

Rodičku bychom měli připravit na vyšetření, která mohou po odtoku vody následovat. Mezi tato vyšetření patří především laboratorní stanovení markerů infekce z krve, odběr kultivace z pochvy a hrdla děložního. K vyloučení tísňe plodu využíváme kardiokografii (CTG), eventuelně ultrazvukové vyšetření, kde lékař určuje polohu plodu, množství plodové vody a dále provádí flowmetrii.

Vaginální vyšetření je u rodičky s předčasně odtékající plodovou vodou nutné omezit na nejmenší možnou míru, abychom snížili riziko vstupu infekce (19).

1.6 Vedení předčasného porodu

Jestliže předčasnému porodu již nelze zabránit, rozhoduje o jeho vedení zkušený lékař. Předčasný porod může být veden jak vaginálně, tak i císařským řezem, přičemž je rozhodnutí o způsobu vedení vždy individuální.

Vaginálně vedený předčasný porod - děložní činnost je někdy nutné za porodu regulovat pomocí parciální tokolyzy, protože hlavička nedonošeného plodu bývá velmi citlivá k nadměrné děložní činnosti. Osvědčenou metodou je také využití epidurální analgezie, díky které dojde k relaxaci měkkých porodních cest a hlavička plodu není vystavena tak velkému tlaku. Ke snížení traumatizace nezralé hlavičky se doporučuje ponechat vak blan zachován co nejdéle a dále provést vydatnou epiziotomii, tedy nástřih hráze, při porodu hlavičky.

Akutní císařský řez by měl být indikován již při prvních známkách hypoxie plodu (nedostatečností kyslíku u plodu), protože nedonošený plod je k nedostatku kyslíku náchylnější a poškození bývají závažnější (12).

Předčasný porod vedený císařským řezem - u předčasného porodu existuje vyšší pravděpodobnost porodu císařským řezem. Císařský řez by neměl být proveden před 24. týdnem těhotenství. Výjimkou je pouze případ, kdy by císařský řez znamenal záchranu zdraví a života matky (22). Do 26. týdne těhotenství je volen individuální postup po domluvě porodníků a neonatologů s matkou. Císařský řez se u předčasného porodu provádí vždy, je-li plod v děloze uložen koncem pánevním. U vícečetného těhotenství je prováděn do 32. týdne gestace, u staršího těhotenství při uložení plodů jiném, než podélném hlavičkou (18).

Císařský řez v nižších týdnech těhotenství je technicky obtížněji proveditelný

vzhledem k nerozvinutému dolnímu děložnímu segmentu dělohy, kde se řez provádí. S tím může souviset i zhoršené hojení a zvýšené riziko krváčení (12).

1.6.1 Třístupňový diferencovaný systém péče

Neméně důležité je, kde bude předčasný porod veden. V České republice je proto využíván třístupňový diferencovaný systém, kde každý stupeň představuje optimální péči o matku a dítě podle gestačního stáří.

Prvním stupněm prenatální péče je myšlena **základní prenatální péče** poskytována privátním gynekologem, či spádovými nemocnicemi prvního typu. Zde probíhá základní prenatální péče a fyziologické porody.

Druhým stupněm je **intermediární péče** zajištěná některými okresními gynekologicko-porodnickými odděleními, kam se soustřeďují předčasné porody od 32. týdne těhotenství.

Třetí stupeň je intenzivní péče poskytována **perinatologickými centry** při fakultních a regionálních nemocnicích. Zde je snaha koncentrovat předčasné porody od začátku 24. týdne těhotenství do konce 32. týdne. Dále se zde koncentrují případy se závažnými onemocněními matky, či plodu. (viz příloha 1).

Centralizace (soustředění) předčasných porodů do intermediárních a perinatologických center probíhá v nejlepším případě systémem „**transport in utero**“, neboli „převoz v děloze“, aby mohl být porod veden přímo v centru. V opačném případě jsou sem transportováni nedonošení novorozenci ihned po porodu (30).

1.7 Ošetrovatelská péče o ženu v souvislosti s předčasným porodem

Porodní asistentka má za úkol sledovat každý příznak, který by mohl svědčit o předčasném porodu. Tuto funkci mají nejen porodní asistentky na odděleních rizikových těhotenství, ale i porodní asistentky v zařízeních prenatální péče, protože symptomy se mohou objevit u jakékoli těhotné ženy, ať už je její těhotenství vedeno jako rizikové, či nikoli. O příznacích spojených s předčasným porodem by měla porodní asistentka poučovat a pravidelně osvětlovat jejich znalost, zvláště u rizikových těhotných (13).

1.7.1 Ošetrovatelská péče o těhotnou ženu s hrozícím předčasným porodem

Příjem rodičky k hospitalizaci se neobejde bez CTG, tedy kardiokografického záznamu, který porodní asistentka pořídí při sběru anamnestických údajů. Ženě jsou změřeny fyziologické funkce - krevní tlak, puls a tělesná teplota. Dále je nutné rodičku připravit na bimanuální vaginální vyšetření k posouzení porodnického nálezu a vyšetření v zrcadlech, které může odhalit odtok plodové vody. Pokud není odtok plodové vody zjištěn takto při vyšetření, jsou dva možné testy pro průkaz odtoku, a to Temesváryho test, který je založen na změně poševního pH, nebo PROM test, fungující na podkladě imunochromatografické metody, v praxi využíván vzácně.

Pacientka se také podrobí ultrazvukovému vyšetření, a to jak abdominální, tak i vaginální sondou.

Další nutností při příjmu těhotné s podezřením na hrozící předčasný porod je odebrání kultivace z pochvy při vyšetření a odběr krve na základní laboratorní vyšetření - krevní obraz, koagulační parametry, základní biochemické parametry a CRP, jako ukazatele zánětu. Moč odebereme pro vyšetření chemické i kultivační.

O důvodu a průběhu všech vyšetření je důležité rodičku informovat, aby měla ucelenou představu o tom, jak bude postup probíhat a proč (12).

Role porodní asistentky v péči o ženu nezahrnuje formální poradenství o

životaschopnosti novorozenců, o jejich nemocnosti, či úmrtnosti, ani léčbu nedonošenců. Porodní asistentka není ani zodpovědná za rozhodování o postupu léčby. Přesto má významnou funkci v interakci s klienty, s těhotnými ženami a jejich rodinou, či partnerem. Právě pro tuto funkci musí mít porodní asistentky znalosti o problematice předčasných porodů, o možnostech léčby a jejích rizicích, o aktuálních výsledcích v péči o novorozence, aby nedošlo k dezinformaci žen, které jsou vystaveny nebezpečí předčasného porodu. Každý zdravotnický pracovník by měl poskytnout rodičům poradenství v rámci jeho kompetencí, citlivě, jasně, komplexně, ale ne příliš direktivně.

Pro porodní asistentky pečující o ženy s hrozícím předčasným porodem je důležité si uvědomit, že jejich chování a způsob poskytování informací může na ženu působit jako stresor (14). Právě stres může vést ke zhoršení stavu, k předčasnému porodu (7).

Mezi základní ošetrovatelské problémy patří bezesporu stav duševní tísně, strach, úzkost. Projevují se apatií, změnami chování, nálad, tendencí k sebeobviňování, nervozitou, nespavostí, emoční labilitou. Zde se uplatňuje především snaha navázat vztah s matkou, posílení její důvěry v personál, vytváření uklidňujícího prostředí. Důležité je vytvoření prostoru pro vyjádření pocitů, obav. Dalším velkým problémem bývá nedostatek informací těhotné o aktuálním stavu, o následném postupu léčby, o důsledcích. Zde jsme povinni v případě potřeby zajistit ženě a jejímu partnerovi konzultace s porodníky i pediatry, neustále ji informovat o každé změně stavu. Žena musí mít pocit důvěry, pocit, že se může kdykoliv ptát (11).

Příklady ošetrovatelských diagnóz u ženy s hrozícím předčasným porodem - viz příloha 2

1.7.2 Ošetrovatelská péče o matku nedonošeného novorozence

Předčasné narození dítěte je vždy velice stresující událostí, kdy jsou na psychiku matky, jejího partnera a rodiny kladeny vysoké nároky. Proto je od ošetrovatelského personálu vyžadován individuální psychologický přístup, což je nezdárka velice časově náročné.

Otci většinou požadují informace o konkrétních postupech, požadují jednoznačné odpovědi, které ve většině případech není zcela možné poskytnout. Často se zde setkáváme s agresivitou. Matky mívají tendenci nejprve obviňovat sebe a racionální úvahy jsou zastřeny velkým strachem. Ošetroující se u nich často setkává s pocitem vlastního selhání, s pocitem ztráty rodičovství (9).

Rodiče jsou často dezorientováni, což brání adaptaci na nově vzniklou situaci. Ve svém okolí se pomoci nedočkají, protože zde panuje podobná nejistota. Naopak tomu pro zdravotníky nastala téměř běžná situace, o matku a dítě se starají obvyklým, naučeným způsobem. Ačkoli by se zdálo, že tyto racionální postupy, které dělají situaci přehlednou a logickou, povedou k uklidnění rodičů, opak je většinou pravdou. Pro rodiče nastala velká, neočekávaná životní změna, vnímaná jako velmi traumatizující událost.

Velmi důležitý je kontakt s dítětem po porodu. Na rozdíl od fyziologického porodu v termínu to není možné ihned. Většinou jsou první, kdo může miminko spatřit právě otcové. Pro matku dítěte jsou to dlouhé hodiny plné nepříjemných představ a obav. I to je potřeba si neustále uvědomovat a matku informovat o jejím dítěti a poskytnout jí prostor pro dotazy. Velkým problémem bývá i kojení, protože je někdy obtížné udržet laktaci při oddělení dítěte od matky (2).

Příklady ošetrovatelských diagnóz u matky nedonošeného novorozence - viz příloha 3

1.8 Prevence předčasného porodu

Metody prevence předčasného porodu nejsou jednoznačné zejména proto, že existuje mnoho rizikových faktorů jeho vzniku a pravá podstata ještě není zcela zřejmá. Ve světě byly vyzkoušeny mnohé preventivní strategie, jako skórování míry rizika, intenzivní edukace, častá prenatální vyšetření, domácí monitorování děložní činnosti, psychosociální podpora rodin. Tyto programy neměly přílišný efekt, ale přesto se podařilo určitých výsledků dosáhnout. Proto je nutné v prevenci předčasných porodů vyvinout další kroky.

Klíčovým bodem je včasné rozpoznání hrozícího předčasného porodu, což je úkolem poskytovatelů prenatální péče. Základním krokem je poučení těhotných žen v rozpoznání a reakci v případě výskytu některého z nejčastějších příznaků, a to nejen žen se zvýšeným rizikem (26).

1.8.1 Prenatální péče jako prevence předčasných porodů

Prenatální péče je poskytována všem těhotným ženám. Zajišťuje nezbytná vyšetření a opatření pro zjištění odchylek od normálního, tedy fyziologického, průběhu těhotenství. Právě díky této základní péči je možné zachytit rizika vzniku předčasného porodu co nejdříve a tím zlepšit efektivitu následné léčby. Standardní postup při poskytování prenatální péče je znázorněn níže.

Zásady prenatální péče

Ženám s fyziologickým těhotenstvím, tedy takovým, které nemají rizikové faktory v anamnéze a výsledky jejich vyšetření v průběhu těhotenství jsou v normě, je dispenzární prenatální péče poskytována v intervalu čtyř týdnů do 36. týdne těhotenství a jedenkrát týdně od začátku 37. týdne.

Frekvence návštěv ženy s rizikovým těhotenstvím, tedy ženy s anamnézou

zatíženou rizikovými faktory, je závislá na aktuálním vývoji zdravotního stavu těhotné. Pokud se u ženy objeví výsledky vyšetření mimo hranice fyziologie, je těhotenství označováno jako patologické, mluvíme o těhotné s vysokým rizikem. Frekvence návštěv je zde individuální.

Do konce 12. týdne těhotenství by mělo být provedeno komplexní vyšetření těhotné, kam je zařazeno kromě pravidelných vyšetření i měření zevních pánevních rozměrů pelvimetrem a vystavení těhotenské průkazky. Klinická a laboratorní vyšetření v prenatální péči můžeme rozdělit na pravidelná a nepravidelná (17).

Mezi pravidelně prováděná vyšetření patří podrobný sběr anamnézy a stesků ženy. Dále následuje zevní vyšetření, kdy zjistíme hmotnost těhotné a hodnotu krevního tlaku. Provádí se i orientační chemické vyšetření moči indikačními papírky a bimanuální vaginální vyšetření se stanovením *cervix skóre* (zhodnocení změn děložního čípku). Od 24. týdne gravidity se pravidelně provádí detekce známek vitality (životaschopnosti) plodu (17).

Další vyšetření v prenatální péči se provádějí v závislosti na týden těhotenství, říkáme jim nepravidelná.

V **16. týdnu** gravidity se stanoví krevní skupina a Rh faktor, vyšetří se hladina erytrocytárních protilátek, stanoví se hematokrit a počet erytrocytů, leukocytů i trombocytů a hladina hemoglobinu. Následuje vyšetření HIV a HBsAg (australský antigen hepatitidy B) a vyšetření přítomnosti protilátek proti syfilis. Dále biochemický screening vrozených vývojových vad (VVV) a také vyšetření močového sedimentu.

18. - 20. týden se provádí první ultrazvukový screening plodu, kde se posuzuje riziko výskytu některých vývojových vad.

Mezi **24. a 28. týdnem** těhotenství provádíme orální glukózo-toleranční test (OGTT), jako screening poruch glukózové tolerance.

V **30. - 32. týdnu** gravidity se vyšetřuje hladina erytrocytárních protilátek u žen s negativním Rh faktorem a s krevní skupinou 0, opět se vyšetří krevní obraz, protilátky proti syfilis, výběrově HBsAg a HIV a provádí se druhý ultrazvukový screening, kde se stanoví

uložení plodu, placenty a biometrie plodu (17) (posouzení růstu plodu vzhledem ke gestačnímu stáří (25)).

36. - 37. týden čeká ženu v prenatalní poradně vyšetření přítomnosti streptokoků skupiny B (GBS) v pochvě.

Ve **36., 37., 38., 39. a 40. týdnu** se pořizuje kardiokografický záznam (CTG), jako kontrola prospívání plodu a kontrola děložní činnosti (17).

1.8.2 Edukace žen v prevenci předčasných porodů

Edukace je jako preventivní opatření velmi významná. Mnohé studie již prokázaly, že těhotné ženy ví o předčasném porodu a jeho důsledcích velmi málo a většina by nedokázala rozeznat jeho příznaky. Proto je velmi důležité edukovat ženu o těchto příznacích a co dělat v případě, že se některý ze symptomů objeví. Edukace a zvyšování znalostí těhotných žen může být prevencí předčasného porodu, protože právě včasné rozpoznání umožňuje zahájit léčbu včas (5).

1.8.3 Progesteron v prevenci předčasného porodu

Preventivní aplikace progesteronu není doporučeným postupem, ale jistě je možnou nadějí do budoucna.

Progesteron je steroidní hormon snižující aktivitu děložní svaloviny a při určitých hladinách tlumí tvorbu prostaglandinů (23), které mimo jiné vyvolávají stahy svaloviny dělohy (22). Proto se naskytá myšlenka využití progesteronu v prevenci předčasných porodů.

Jednoznačnou indikací k využití progesteronu je zatím předčasný porod v anamnéze u těhotných žen s jedním plodem.

Výsledky studie z roku 2008 prokázaly, že ve skupině žen s předčasným porodem v anamnéze s preventivní aplikací progesteronu, došlo ke snížení výskytu porodů

novorozenců s hmotností pod 2500 gramů.

Výsledky jsou podle Roztočila slibné, nicméně dodává, že je třeba dalších studií k jednoznačnému zhodnocení výhod a nevýhod preventivní aplikace progesteronu (23).

1.9 Novorozenec a předčasný porod

Péče o novorozence u nás přinesla za posledních 15 let výrazné úspěchy při snižování novorozenecké úmrtnosti. Díky tomu se Česká republika zařadila mezi přední země světa v péči o novorozence. Zároveň dochází i ke zvyšování počtu přežívajících předčasně narozených dětí. Důležitým úkolem je také ovlivnění nepříznivých důsledků předčasného porodu na zdravotní stav a kvalitu dalšího vývoje novorozenců (31).

Úspěchy v péči o novorozence u nás zajišťuje mimo jiné i třístupňový systém péče o novorozence.

Péče o novorozence 1. stupně - zajišťují ji základní úseky péče o fyziologické novorozence. Tyto úseky zvládají péči o fyziologické novorozence, neodkladnou resuscitaci a transport novorozence in utero (v děloze matky), nebo převoz novorozence na pracoviště 2., či 3. stupně.

Péče o novorozence 2. stupně - úseky základní a intermediární péče (IMP). Zde probíhá péče o fyziologické a ohrožené novorozence narozené v 32. - 35. týdnu gravidity s hmotností více než 1500 gramů. Realizují transport jak k sobě, tak dále na pracoviště 3. stupně.

Péče o novorozence 3. stupně - zde probíhá péče základní, intermediární a intenzivní péče na jednotkách intenzivní a resuscitační péče o novorozence. Tato centra se nazývají perinatologická a soustřeďují se na nejzávažnější patologie novorozence (4).

1.9.1 Klasifikace novorozence dle zralosti

Hlavním rizikem pro předčasně narozeného novorozence je jeho nezralost. Stupeň zralosti vyjadřuje, jak dobře je dítě vyvinuto při narození, na jaké úrovni jsou jednotlivé orgány schopny pracovat v prostředí mimo dělohu (13).

Předčasně narozené novorozence dělíme dle zralosti do čtyř skupin.

Lehce nezralý novorozenec (LBW - Low Birth Weight - nízká porodní hmotnost) je novorozenec narozený do 38. týdne těhotenství, s hmotností 2000 - 2499 gramů.

Středně nezralý novorozenec (LBW), narozený do 34. týdne těhotenství, s porodní hmotností 1500 - 1999 gramů.

Velmi nezralý novorozenec (VLBW - Very Low Birth Weight - velmi nízká porodní hmotnost) je narozen do 32. týdne těhotenství, s hmotností 1000 - 1499 gramů.

Extrémně nezralý novorozenec (ELBW - Extremely Low Birth Weight - extrémně nízká porodní hmotnost) je novorozenec narozený do 28. týdne těhotenství, s porodní hmotností 500 - 999 gramů (viz příloha 4) (4).

1.9.2 Tělesné charakteristiky nedonošeného novorozence

Tělesná charakteristika nedonošeného novorozence závisí na jeho gestačním stáří v době porodu (13).

Kůže je u extrémně nezralých novorozenců průsvitná, živě červená, chybí mázek, lanugo je řídké. U velmi nezralých je kůže tmavě červená, pokryta větší vrstvou mázku, lanugem. Kůže předčasně narozených dětí je velmi citlivá ke všem dezinfekčním roztokům, náplastem a podobně.

Rýhování na ploskách nohou a rukou u extrémně nezralých novorozenců chybí, nebo jsou založeny jen hlavní rýhy. U lehce nezralých bývá rýhování více, ale mělké, než u dětí narozených v termínu.

Bradavky u extrémně nezralých jsou jen naznačeny, nejsou pigmentovány. U lehce

nezralých je bradavka pigmentována.

Genitálie jsou malé, u děvčátek velké stydké pysky nepřekrývají malé, vulva zeje (28).

1.9.3 Možná rizika předčasného porodu pro novorozence

Mezi závažná perinatální rizika řadíme ve všech případech akutní či chronickou hypoxii plodu, infekci plodu a novorozence, nitroděložní růstovou retardaci (IUGR) či vrozené vývojové vady. Závažnost těchto rizik je stupňována v souvislosti s nezralostí novorozence, čili prematuritou (31).

Nedostatečná funkce plic způsobená nedokončeným vývojem plic. V druhé polovině těhotenství prodělávají plíce důležité změny - zvětšují se alveoly (plicní sklípky), čímž se i přibližují k plicním kapilárám, kde se odehrává výměna krevních plynů. Dále nejsou vyvinuty svaly hrudníku, stimulace respiračního centra v mozku je nevyzrálá, inervace nedostatečná, jsou tudíž oslabeny reflexy kašle, kýchání.

Syndrom respirační tísně (RDS - respiratory disease syndrom) je způsoben nezralostí plic a dochází zde k nedostatečné výměně dýchacích plynů. V plicích chybí surfaktant, látka udržující povrchové napětí alveolů, čímž zabraňuje jejich kolapsu a navíc obsahuje protein důležitý pro vstřebávání kyslíku v plicích. RDS způsobuje až 30% úmrtnosti nedonošenců.

Apnoe, neboli přerušování dýchání na 20 a více vteřin, je další častou komplikací u nedonošených dětí. Projevuje se bradykardií (zpomalení činnosti srdce, zde pod 100 úderu/min) a cyanózou (promodráání kůže). K obnovení dýchání někdy pomůže tření nožičky, kotníku či zad, pokud ne, přistupuje se k odsátí nosu a ústní dutiny a zvednutí hlavy. Pokud ani tehdy nezačne dítě dýchat, je nutné použít ambuvak k obnovení dýchání.

Sepse je infekce celého krevního řečiště. U nezralých novorozenců je velké riziko této komplikace díky nedostatečnosti přirozených ochranných bariér a snadnému vstupu

infekce. Znamky místní infekce nemusí být patrné, proto je diagnóza velmi náročná. Znamkami rozvinuté sepse bývají nízká tělesná teplota, letargie nebo dráždivost, potíže s výživou, s dýcháním.

Nedostatečná termoregulace je způsobena několika faktory, a to nedostatkem tělesného tuku, větší ztráty tepla díky větší ploše povrchu hlavy, nezralostí termoregulačního centra v mozku, nedostatečností funkce potních žláz. Dále má dítě oslabené svaly, tudíž sníženou schopnost třesu jako obrannému mechanismu proti prochladnutí, držení těla vystavuje větší plochu těla vnějšímu prostředí, čímž stoupá ztráta tepla. Ošetřující personál musí dbát na udržování tělesné teploty dítěte.

Dalšími častými komplikacemi u předčasně narozených je například zvýšená **náchylnost ke krvácení** způsobená nedostatkem srážlivých faktorů, dále **nedostatek cukru v krvi, nedostatek kalcia v krvi, poruchy výživy** spojené s malou kapacitou žaludku a oslabenými svěrači žaludku, projevující se zvracením (13). Dále se objevují potíže spojené s nezralostí ledvin, jako například snadná **dehydratace, acidobazická nerovnováha** v důsledku neúplného vylučování odpadních látek z těla, **intolerance aktivity** a zvýšená únavnost, a v neposledním případě **žloutenka, ikterus**, způsobená nezralostí jater (4).

Co se týče prognózy nedonošených dětí do budoucna, v okamžiku propuštění z nemocnice se toho o dalším vývoji příliš říci nedá. Dítě bude i nadále po propuštění sledováno u lékařů specialistů podle jeho potřeb. Obecně lze říci, že čím dříve je dítě narozeno, tím později ve vývoji „dohání“ své vrstevníky. Ale většinou se i ti nejdříve narození vývojově srovnají během dvou až třech let života (2).

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle práce

Prvním cílem práce bylo zjistit, zda jsou těhotné ženy informovány o rizikových faktorech vzniku předčasného porodu. Druhým cílem bylo zjištění, zda jsou těhotné ženy informovány o možných projevech předčasného porodu. Třetím cílem bylo zjistit, zda jsou těhotné ženy informovány o možných rizicích předčasného porodu pro novorozence. Čtvrtým cílem práce bylo zjistit, zda ženy, které předčasně porodily, byly v prenatálních poradnách dostatečně informovány o problematice předčasného porodu. Pátým cílem práce bylo vytvoření edukačního materiálu pro matky, týkajícího se rizik spojených s předčasným porodem. Cílem šestým a posledním bylo vytvoření edukačního materiálu pro porodní asistentky, týkajícího se edukace matek o rizicích spojených s předčasným porodem.

2.2 Hypotéza 1

Těhotné ženy jsou informovány o rizikových faktorech vzniku předčasného porodu.

2.3 Hypotéza 2

Těhotné ženy jsou informovány o možných projevech předčasného porodu.

2.4 Hypotéza 3

Těhotné ženy jsou informovány o možných rizicích předčasného porodu pro novorozence.

2.5 Výzkumná otázka 1

Jak byly ženy, které předčasně porodily, v prenatálních poradnách informovány o problematice předčasného porodu?

3. METODIKA

3.1 Popis použité metodiky

V první části výzkumného šetření, šetření o informovanosti žen o rizikových faktorech vzniku předčasného porodu, o možných projevech předčasného porodu a možných rizicích předčasného porodu pro novorozence byl zvolen kvantitativní výzkum. Výzkum byl proveden pomocí dotazníků, z nichž každý obsahoval 24 otázek (viz příloha 5). Ženy odpovídaly písemnou formou. Otázky v dotazníku byly otevřené, uzavřené, polootevřené a filtrační. Dotazníky jsem rozdala v sedmi prenatálních poradnách v Jihočeském kraji. Ve třech poradnách ve městě Vimperk, ve dvou poradnách v Prachaticích, dále v prenatální poradně ve Čkyni a Vlachově Březí. Dotazníkové šetření probíhalo v měsíci dubnu.

Ve druhé části byl použit výzkum kvalitativní k zjištění jak byly ženy, které předčasně porodily, v prenatálních poradnách informovány o problematice předčasného porodu. Byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Celý průběh rozhovorů byl zaznamenán písemně.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

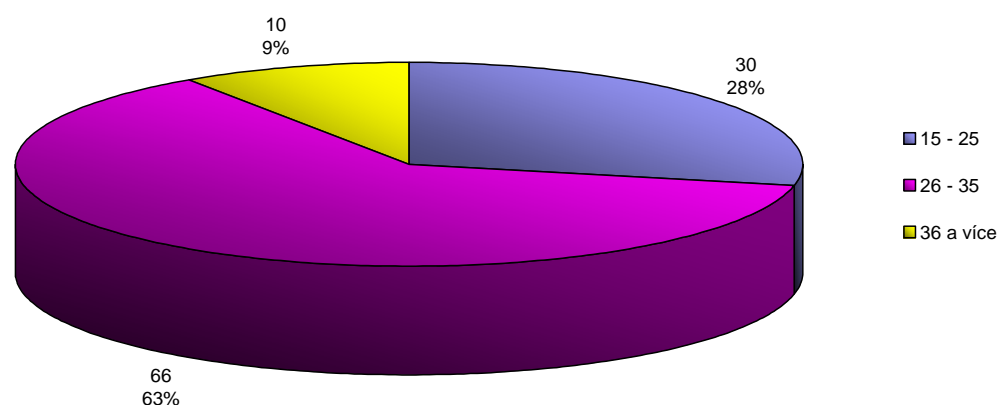
Pro kvantitativní část výzkumu byly respondentkami těhotné ženy v prvním a druhém trimestru gravidity navštěvující výše uvedené prenatální poradny. Bylo rozdáno 130 dotazníků, vrátilo se 116 dotazníků a 10 dotazníků nebylo řádně vyplněno. Konečný počet dotazníků použitých k výzkumu byl 106 (100%).

Pro kvalitativní část byly respondentkami tři ženy z Jihočeského kraje, které předčasně porodily.

4. VÝSLEDKY

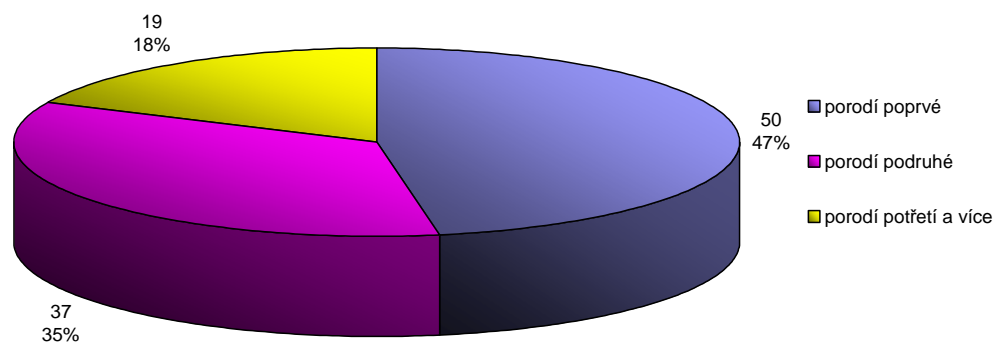
4.1 Interpretace dotazníkového šetření s těhotnými ženami

Graf č. 1 Věk respondentek



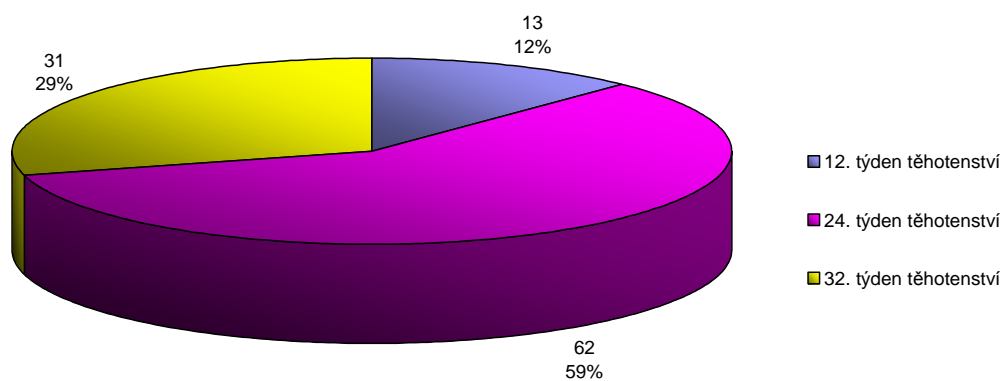
Z celkového počtu 106 respondentek (100 %) je ve věku 15 – 25 let 30 respondentek (28 %), ve věku 26 – 35 let 66 respondentek (63 %) a ve věku 36 let a více 10 respondentek (9 %).

Graf č. 2 Počet porodů



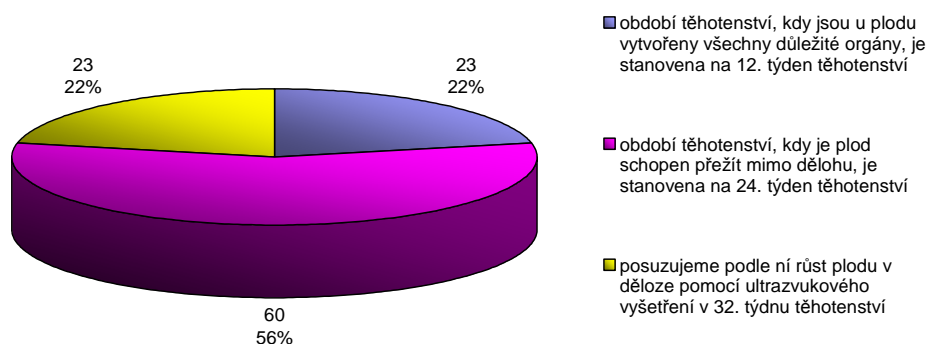
Z celkového počtu 106 respondentek (100 %) 50 respondentek (47 %) porodí poprvé, 37 respondentek (35 %) porodí podruhé, 19 respondentek (18 %) porodí potřetí a více.

Graf č. 3 Spodní hranice předčasného porodu dle názoru respondentek



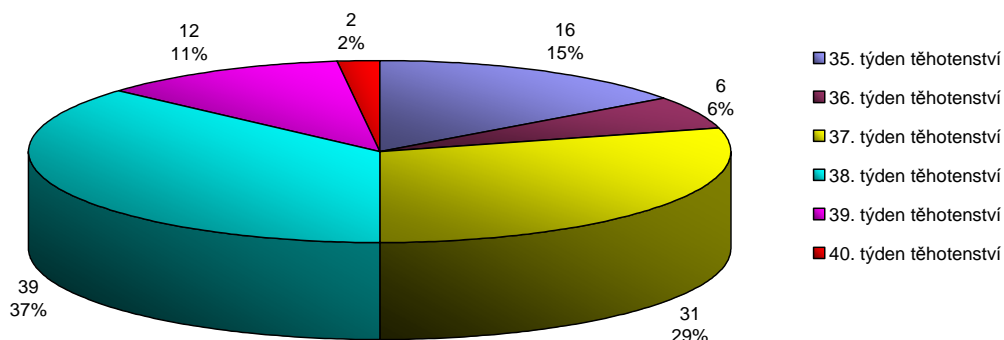
Z celkového počtu 106 respondentek (100 %) udává 62 respondentek (59 %) jako spodní hranici předčasného porodu 24. týden těhotenství, 31 respondentek (29 %) udává 32. týden a 13 respondentek (12 %) udává 12. týden těhotenství.

Graf č. 4 Definice hranice viability plodu dle názoru respondentek



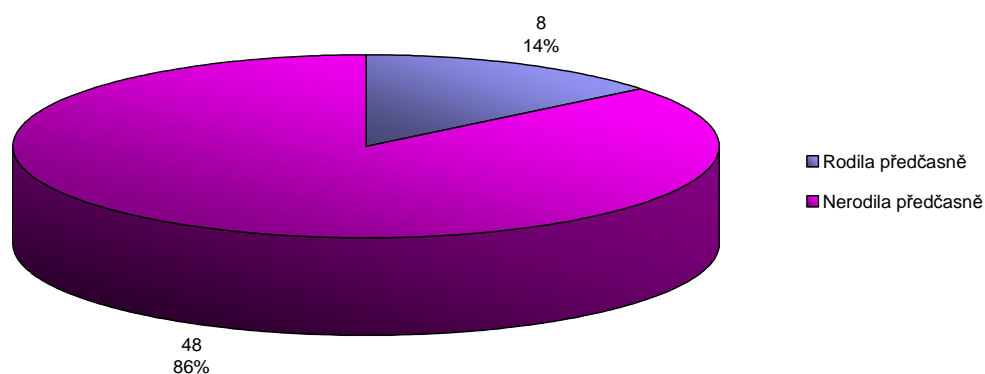
Z celkového počtu 106 respondentek (100 %) udává 60 respondentek (56 %) definici hranice viability plodu jako období těhotenství, kdy je plod schopen přežít mimo dělohu matky, 23 respondentek (22 %) jako období, kdy jsou u plodu vytvořeny všechny důležité orgány a 23 respondentek (22 %) jako hranici, podle níž posuzujeme růst plodu pomocí ultrazvukového vyšetření.

Graf č. 5 Horní hranice předčasného porodu dle názoru respondentek



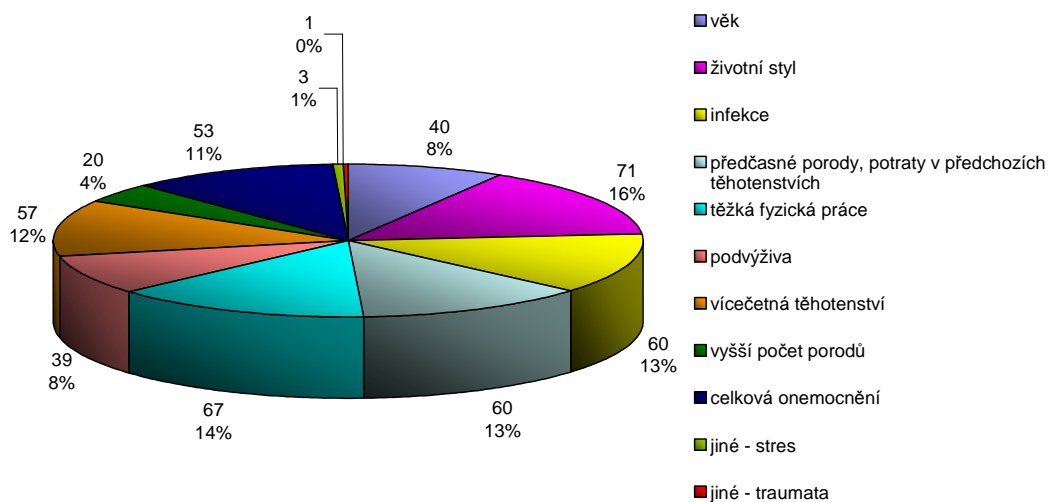
Z celkového počtu 106 respondentek (100 %) udalo 39 respondentek (37 %) jako horní hranici předčasného porodu 38. týden těhotenství, 31 respondentek (29 %) udalo 37. týden, 16 respondentek (15 %) udalo 35. týden, 12 respondentek (11 %) udalo 39. týden, 6 respondentek (6 %) udalo 36. týden a 2 respondentky (2 %) udaly 40. týden těhotenství.

Graf č. 6 Počet respondentek, které rodily předčasně



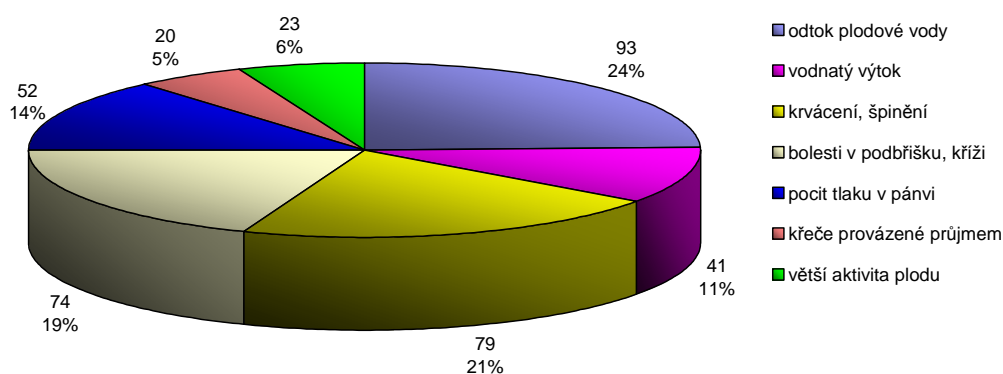
Z celkového počtu 56 respondentek – vícerodiček (100 %) rodilo předčasně 8 respondentek (14 %), 48 respondentek (86 %) předčasně nikdy nerodilo.

Graf č. 7 Faktory, které mohou vést k předčasnému porodu



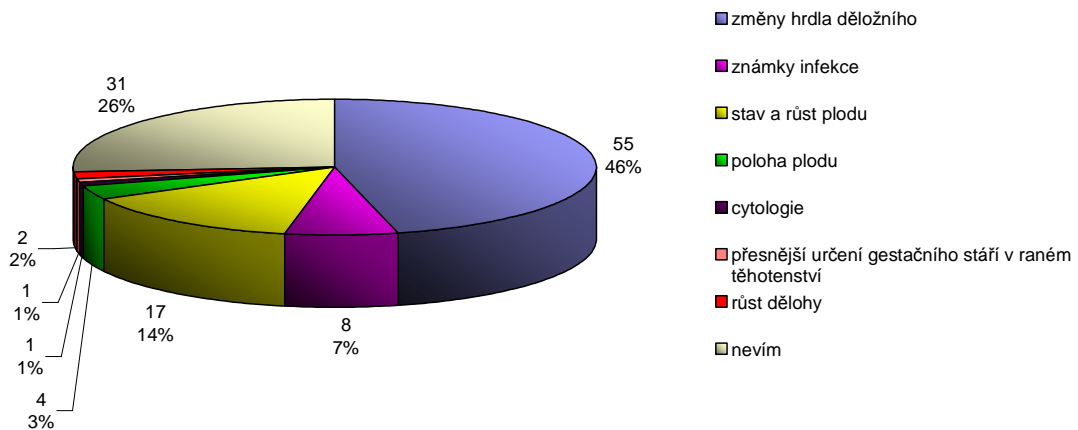
Z celkového počtu 471 odpovědí (100 %) byl věk jako rizikový faktor vzniku předčasného porodu uveden 40 krát (8 %), životní styl byl uveden v 71 případech (16 %), infekce byla uvedena 60 krát (13 %), předčasné porody a potraty v osobní anamnéze byly uvedeny 60 krát (13 %), těžká fyzická práce byla zvolena v 67 případech (14 %), podvýživa byla uvedena 39 krát (8 %), vícečetná těhotenství byla uvedena 57 krát (12 %), vyšší počet porodů byl uveden ve 20 případech (4 %), celková onemocnění v 53 případech (11 %), stres byl uveden 3 krát (1 %), traumata byla uvedena 1 krát (méně než 1 %).

Graf č. 8 Příznaky hrozícího předčasného porodu



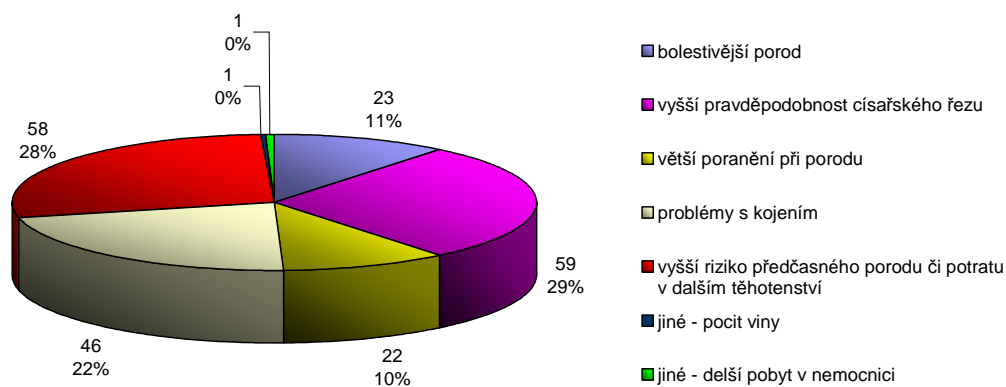
Z celkového počtu odpovědí 382 (100 %) byl odtok plodové vody jako příznak hrozícího předčasného porodu zvolen 93 krát (24 %), vodnatý výtok byl zvolen v 41 případech (11 %), krvácení a špinění bylo zvoleno 79 krát (21 %), bolesti v podbřišku a kříži byly udány v 74 případech (19 %), pocit tlaku v pánvi byl zvolen 52 krát (14 %), křeče provázené průjmem byly zvoleny 20 krát (5 %) a větší aktivita plodu byla udána ve 23 případech (6 %).

Graf č. 9 Důvod vaginálního vyšetření v prenatální péči dle názoru respondentek



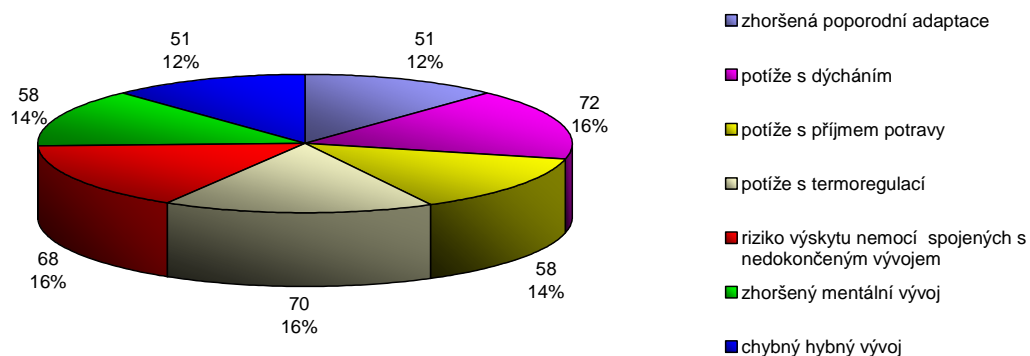
Z celkového počtu odpovědí 119 (100 %) byly změny hrdla děložního jako důvod vaginálního vyšetření uvedeny v 55 případech (46 %), známky infekce byly uvedeny v 8 případech (7 %), stav a růst plodu byl uveden 17 krát (14 %), poloha plodu byla uvedena 4 krát (3 %), cytologie byla zaznamenána 1 krát (1 %), přesnější určení gestačního stáří v raném těhotenství bylo udáno 1 krát (1 %), růst dělohy byl udán 2 krát (2 %), ve 31 případech respondentky nevěděly (26 %).

Graf č. 10 Rizika předčasného porodu pro matku



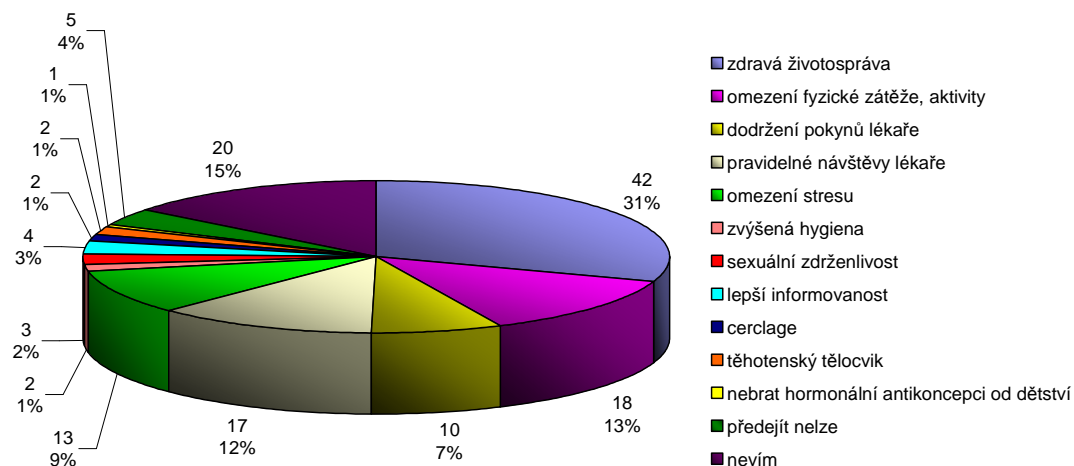
Z celkových 210 odpovědí (100 %) byl bolestivější porod jako riziko předčasného porodu pro matku zvolen 23 krát (11 %), vyšší pravděpodobnost císařského řezu byla zvolena 59 krát (29 %), větší poranění při porodu bylo udáno 22 krát (10 %), problémy s kojením byly zvoleny ve 46 případech (22 %), vyšší riziko předčasného porodu či potratu v dalším těhotenství bylo zvoleno 58 krát (28 %), pocit viny byl udán 1 krát (méně než 1 %), delší pobyt v nemocnici byl udán 1 krát (méně než 1 %).

Graf č. 11 Rizika předčasného porodu pro dítě



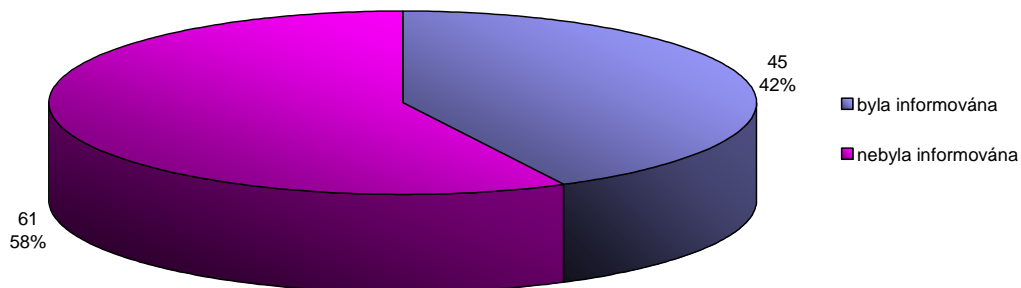
Z celkových 428 odpovědí (100 %) byla zhoršená poporodní adaptace jako riziko předčasného porodu pro dítě udána 51 krát (12 %), potíže s dýcháním byly udány 72 krát (16 %), potíže s příjmem potravy byly udány 58 krát (14 %), potíže s termoregulací byly zvoleny 70 krát (16 %), riziko výskytu nemocí spojených s nedokončeným vývojem bylo zvoleno 68 krát (16 %), zhoršený mentální vývoj byl udán v 58 případech (14 %), chybný hybný vývoj byl zvolen v 51 případech (12 %).

Graf č. 12 Možnosti prevence předčasných porodů dle názoru respondentek



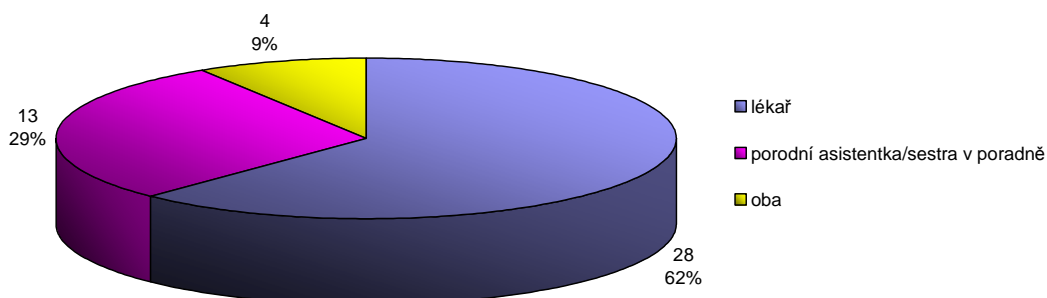
Z celkového počtu odpovědí 139 (100 %) byla zdravá životospráva udána jako možnost prevence předčasných porodů 42 krát (31 %), omezení fyzické zátěže 18 krát (13 %), dodržení pokynů lékaře bylo udáno 10 krát (7 %), pravidelné návštěvy lékaře 17 krát (12 %), omezení stresu bylo udáno 13 krát (9 %), zvýšená hygiena 2 krát (1 %), sexuální zdrženlivost 3 krát (2 %), lepší informovanost byla udána 4 krát (3 %), cerclage byla udána 2 krát (1 %), těhotenský tělocvik byl udán 2 krát (1 %), odpověď nebrat hormonální antikoncepci od dětství byla udána 1 krát (1 %), že předejít předčasnému porodu nelze bylo udáno 5 krát (4 %) a odpověď nevím byla uvedena ve 20 případech (15 %).

Graf č. 13 Počet respondentek, které byly v prenatalní poradně informovány o problematice předčasných porodů



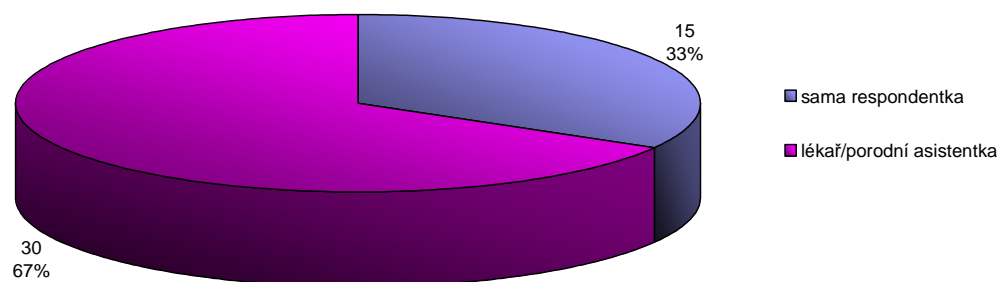
Z celkového počtu 106 respondentek (100 %) bylo 45 respondentek (42 %) v prenatalní poradně informováno o problematice předčasných porodů, 61 respondentek (58 %) o problematice informováno nebylo.

Graf č. 14 Informátor respondentek v prenatalních poradnách v oblasti předčasných porodů



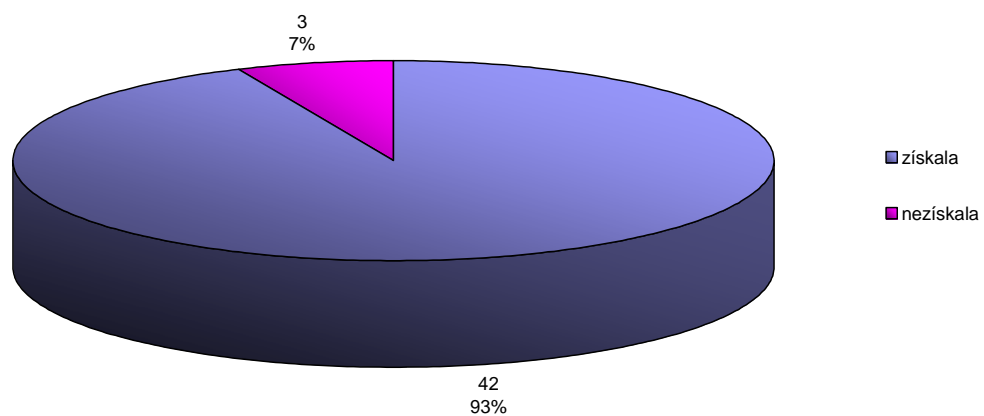
Z celkového počtu 45 respondentek informovaných v prenatalní poradně (100 %) bylo 28 respondentek (62 %) informováno lékařem, 13 respondentek (29 %) bylo informováno porodní asistentkou/sestrou v poradně a 4 respondentky (9 %) byly informovány oběma.

Graf č. 15 Účastník, který dal impuls k hovoru o problematice předčasných porodů



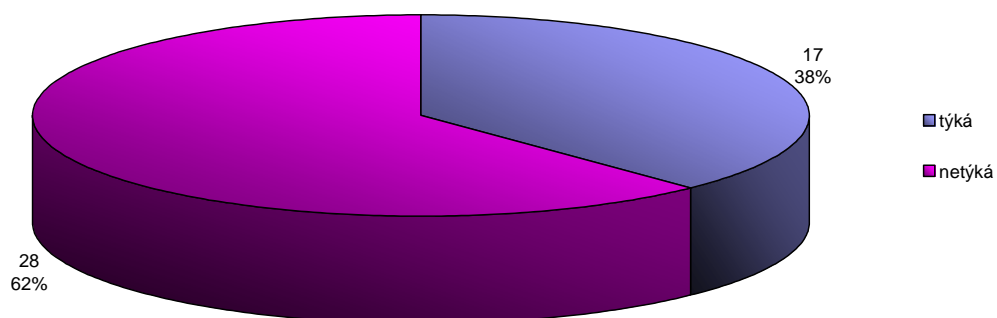
Z celkového počtu 45 respondentek, které byly informovány o problematice předčasných porodů (100 %) dala v 15 případech (33 %) k hovoru impuls sama respondentka, ve 30 případech (67 %) pak dal impulz k hovoru lékař/porodní asistentka.

Graf č. 16 Počet respondentek, které získaly informace o rizikových faktorech předčasného porodu



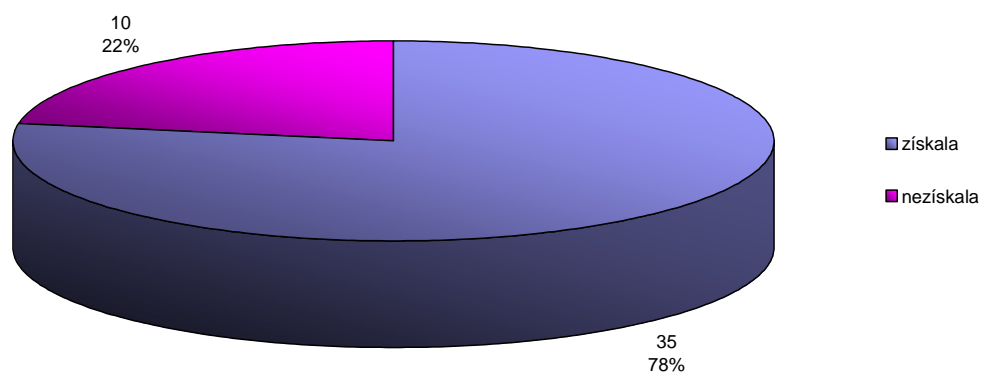
Z celkového počtu 45 respondentek, které byly informovány o problematice předčasných porodů (100 %) získalo 42 respondentek (93 %) informace o rizikových faktorech předčasného porodu, 3 respondentky (7 %) tyto informace nezískaly.

Graf č. 17 Počet respondentek, kterých se týká některý z rizikových faktorů předčasného porodu, uvedených v hovoru



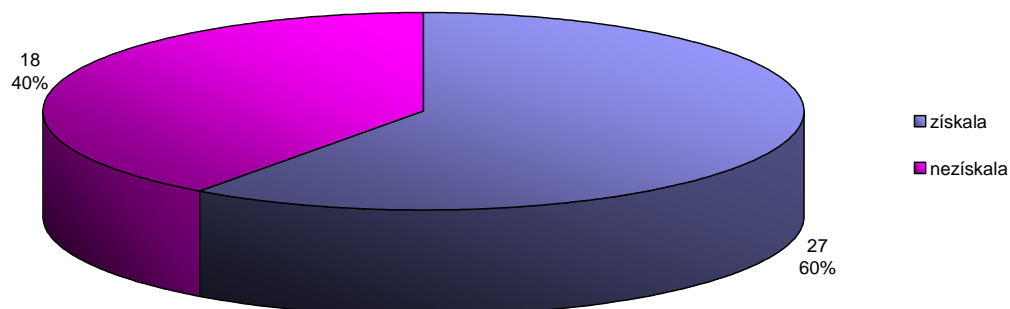
Z celkového počtu 45 respondentek informovaných o problematice předčasných porodů (100 %) se v případě 17 respondentek (38 %) týká některý z uvedených rizikových faktorů, v případě 28 respondentek (62 %) se uvedené rizikové faktory předčasného porodu netýkají.

Graf č. 18 Počet respondentek, které získaly informace o příznacích počínajícího předčasného porodu



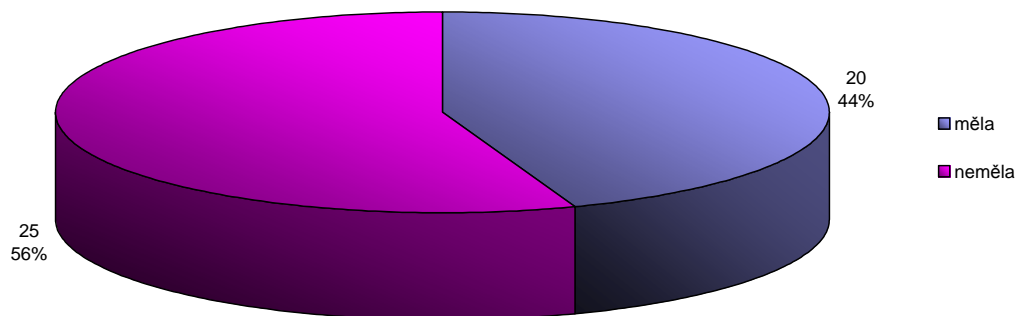
Z celkového počtu 45 respondentek, které získaly informace o problematice předčasných porodů (100 %) získalo 35 respondentek (78 %) informace o příznacích předčasného porodu, 10 respondentek (22 %) tyto informace nezískalo.

Graf č. 19 Počet respondentek, které získaly informace o rizicích vyplývajících z předčasného porodu pro novorozence



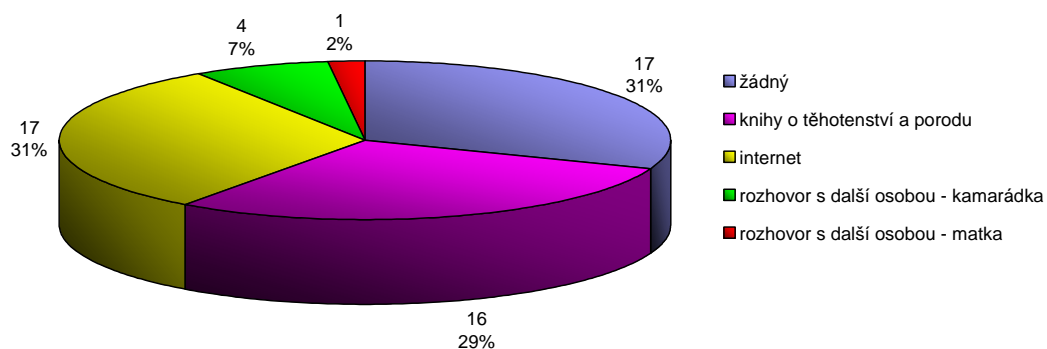
Z celkového počtu 45 respondentek, které získaly informace o problematice předčasných porodů (100 %) získalo 27 respondentek (60 %) informace o rizicích předčasného porodu pro novorozence, 18 respondentek (40 %) tyto informace nezískalo.

Graf č. 20 Počet respondentek, které měly doplňující dotazy ohledně předčasného porodu



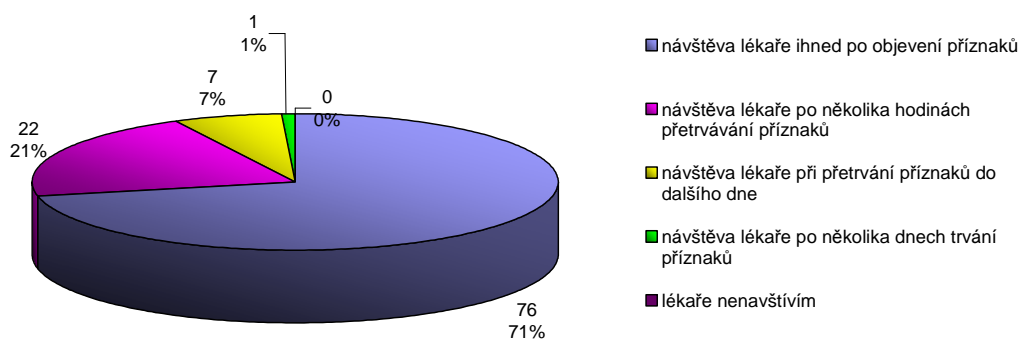
Z celkového počtu 45 respondentek, které byly informovány o problematice předčasných porodů (100 %) mělo 20 respondentek (44 %) doplňující dotazy, 25 respondentek (56 %) doplňující dotazy ohledně předčasných porodů nemělo.

Graf č. 21 Zdroj dalších informací ohledně předčasného porodu



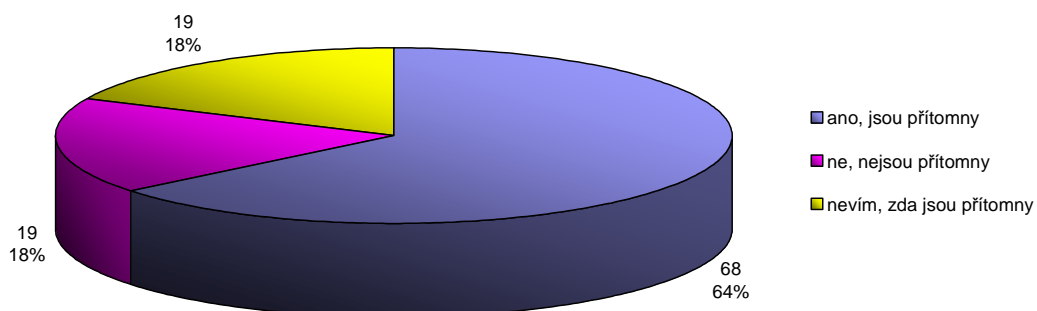
Z celkového počtu 45 respondentek, které byly informovány o problematice předčasných porodů (100 %) nevyhledávalo žádný další zdroj informací 17 respondentek (31 %), v knihách o těhotenství a porodu vyhledávalo další informace 16 respondentek (29 %), na internetu vyhledávalo další informace 17 respondentek (31 %), rozhovorem s kamarádkou vyhledávaly další informace 4 respondentky (7 %), rozhovorem s matkou 1 respondentka (2 %).

Graf č. 22 Reakce na vznik některého ze známých příznaků předčasného porodu



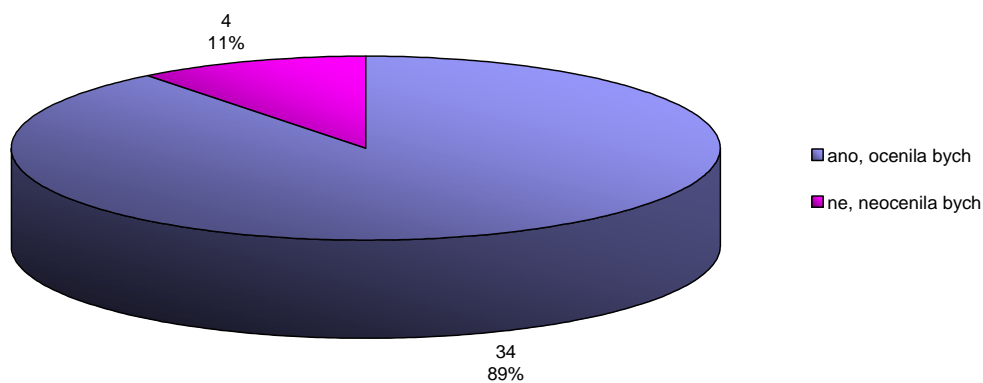
Z celkového počtu 106 respondentek (100 %) by 76 respondentek (71 %) navštívilo lékaře ihned po objevení příznaků předčasného porodu, 22 respondentek (21 %) by navštívilo lékaře po několika hodinách trvání příznaků, 7 respondentek (7 %) by navštívilo lékaře při přetrvání příznaků do dalšího dne, 1 respondentka (1 %) by navštívila lékaře až po několika dnech trvání příznaků, žádná z respondentek neoznčila možnost „lékaře nenavštívím“.

Graf č. 23 Přítomnost informačních materiálů týkajících se nejčastějších potíží v těhotenství, při porodu a v šestinedělí ve vybraných těhotenských poradnách



Z celkového počtu 106 respondentek (100 %) odpovědělo 68 respondentek (64 %), že v ordinaci jejich lékaře jsou přítomny informační materiály o nejčastějších potížích v těhotenství, při porodu a v šestinedělí, 19 respondentek (18 %) udalo, že takové materiály v ordinaci jejich lékaře nejsou, 19 respondentek (18 %) neví, zda takové materiály v ordinaci jejich lékaře jsou.

Graf č. 24 Počet respondentek, které by ocenily přítomnost materiálů týkajících se nejčastějších potíží v těhotenství, při porodu a v šestinedělí v prenatálních poradnách



Z celkového počtu 38 respondentek, které nemají v prenatální poradně k dispozici materiály týkající se nejčastějších potíží v těhotenství, při porodu a v šestinedělí, nebo o nich neví (100 %), udalo 34 respondentek (89 %), že by takové materiály ocenily, 4 respondentky (11 %) uvedly, že by takové materiály neocenily.

4.2 Interpretace rozhovorů s ženami, které porodily předčasně

Respondentka č. 1

Žena, 32 let, primigravida/primipara. Porodila ve 34. týdnu těhotenství po předčasném odtoku vody plodové.

Těhotenství probíhalo od začátku fyziologicky, ke konci těhotenství měla zvýšený krevní tlak. V těhotenské poradně o problematice předčasných porodů informována nebyla. Byla pouze vyzývána k návštěvě ordinace při vzniku blíže nespecifikovaných potíží, a to porodní asistentkou. V době, kdy navštívila lékaře pro odtok plodové vody nedostala žádné jednoznačné odpovědi, ikdyž se o ně zajímala. Byla lékařem odeslána k hospitalizaci. Ani při příjmu k hospitalizaci stále nevěděla, co by mělo následovat. Porodila v den příjmu k hospitalizaci. Respondentka zpětně hodnotí, že by strach, který pociťovala umírnily alespoň zevrubné informace o tom, co se s ní bude dít. Dle jejího názoru by bylo dobré těhotné ženy informovat o možném riziku předčasného porodu již v prenatální poradně.

Respondentka č. 2

Žena 30 let, secundigravida/secundipara. První dítě porodila ve 39. týdnu těhotenství. Druhé dítě porodila předčasně ve 34. týdnu těhotenství. Toto těhotenství bylo provázené vyššími hodnotami krevního tlaku zhruba od 22. týdne, regulovaného medikací. V těhotenské poradně o problematice předčasných porodů informována nebyla. Byla upozorněna lékařem, aby se dostavila v případě, že by se necítila dobře. V době, kdy navštívila lékaře kvůli "zašpinění" a píchání v oblasti podbřišku, byla lékařem informována o nutnosti hospitalizace kvůli předejití možného rizika předčasného porodu. Respondentka na otázku, zda je pravděpodobné, že opravdu předčasně porodí, dostala odpověď, že toto riziko zhodnotí lékaři v nemocnici po nezbytných vyšetřeních a že záleží na účinnosti

případné léčby. Respondentka byla odpovědí uspokojena. Při příjmu k hospitalizaci měla respondentka pocit, že chápe důvod hospitalizace a jednotlivých vyšetření a dostává informace o následujícím postupu včas. Porodila desátý den hospitalizace. Více informací o problému získala až v průběhu hospitalizace. Zpětně hodnotí, že by bylo lepší vědět o problematice předčasných porodů více již před počátkem potíží. Dle jejího názoru by ke zlepšení prevence stačilo informovat ženy o projevech předčasného porodu. Informační letáky v prenatalních poradnách by hodnotila jako prospěšné.

Respondentka č. 3

Žena 32 let, primigravida/primipara. Porodila v gestačním stáří 33+3. Těhotenství bylo provázené riziky velké nadváhy a léčeného vysokého krevního tlaku. V těhotenské poradně byla o problematice předčasných porodů informována ve 4. měsíci těhotenství. Byla informována lékařem o příznacích předčasného porodu, o velkém riziku v jejím případě již v době než začaly potíže. Jen o rizicích předčasného porodu pro novorozence informována nebyla, ale dotazy k tématu neměla, protože neměla sebemenší představu, jak by to mohlo s dítětem vypadat. Na internetu vyhledávala další informace, ale sama uvádí, že většina z nich nebyla spolehlivá, jednalo se pouze o zkušenosti jiných matek. Po běžné kontrole byla odeslána gynekologem k hospitalizaci kvůli preeklampsii. Při příjmu k hospitalizaci již měla od svého lékaře informace o důvodu hospitalizace, jaká jsou rizika a proč není možná ambulantní léčba.

Po přijetí do nemocnice dostávala velice strohé, neurčité informace, po většinu času nevěděla, co se děje. Novou informací bylo, že bezprostřední porod nehrozí, že ji budou sledovat a kontrolovat. Během pobytu v nemocnici respondentka často zažívala situaci, že natočený monitor byl špatný a probíhala porada, zda bude rodit, nebo se porod ještě o nějakou dobu posune – to byl pro ni hodně velký psychický stres.

Informovanost o tom, co se děje s dítětem hodnotí jako nulovou.

Porodila dvacátý den hospitalizace, císařským řezem kvůli patologickému monitoru. Zpětně hodnotí, že z prenatalní poradny byla informována dostatečně. Dle jejího názoru chybí informace ohledně rizik předčasného porodu, např. riziko hypertenze, gestačního diabetu...

Informační letáky hodnotí kladně, měly by obsahovat zdůraznění situací, kdy by ženy měly navštívit lékaře.

4.3 Sumarizační tabulka rozhovorů

	respondentka 1	respondentka 2	respondentka 3
věk	32	30	32
gravidita/parita	1.g./1.p.	2.g./2.p.	1.g./1.p.
porod v týdnu	34. tt	34. tt	34. tt
rizika v těhotenství	v počátku žádná, poté hypertenze	hypertenze	nadváha, hypertenze
informace v prenatalní poradně - rizika	Ne	ne	ano
informace v prenatalní poradně - projevy	Ne	ne	ano
informace v prenatalní poradně - rizika pro dítě	Ne	ne	ne
zdroj informací	/	/	lékař
informace v době potíží/před vznikem potíží	/	v době vzniku potíží	před vznikem potíží
rozhovor na téma začal	/	lékař	lékař
vyhledání dalších zdrojů informací	Ne	ne	ano
důvod odeslání k hospitalizaci	předčasný odtok vody plodové	krvácení, bolesti v podbřišku	preeklampsie
odeslána/z vlastního rozhodnutí	Odeslána	odeslána	odeslána
znalost důvodu nutnosti hospitalizace	nedostatečné	dostatečné	dostatečné
délka hospitalizace před porodem	méně než 1 den	10 dní	20 dní
potřeba více informací již před vznikem potíží	Ano	ano	ne
názor na informační materiály pro těhotné	Prospěšné	prospěšné	prospěšné

5. DISKUZE

Předčasný porod je komplikací, která potkává čím dál více maminek a ovlivňuje nejen je, ale celou rodinu. Většina těhotných žen si ani nepřipouští možnost, že by se předčasný porod mohl týkat zrovna jich a snad je to pro jejich duševní pohodu i lepší. Nesmíme však na tento problém zapomínat. Narůstající procento předčasných porodů není zanedbatelné a zatím neexistuje metoda, která by vzniku této komplikace spolehlivě zabránila. V mnohých případech se ani nedaří hrozící předčasný porod včas odhalit.

Výzkumné šetření bylo zaměřeno na informovanost těhotných žen o problematice, zda rozumí rizikům předčasného porodu. První část šetření probíhala metodou kvantitativní, pomocí dotazníků. Výzkumným souborem byly těhotné ženy v prenatálních poradnách.

Výzkumného šetření se zúčastnilo nejvíce respondentek ve věku 26 – 35 let – 66 (63 %), respondentek ve věku 15 – 25 let bylo 30 (28 %), nejméně účastnic bylo ve věku 36 let a více, a to 10 (9 %), viz graf č. 1. Největší skupinu tvořily prvorodičky v počtu 50 (47 %), druhorodičky byly zastoupeny 37 ženami (35 %) a skupinu žen, které rodily potřetí a vícekrát, tvořilo 19 respondentek (18 %), viz graf č. 2. Z respondentek – vícerodiček (56 žen) rodilo předčasně 8 žen (14 %), jak dokládá graf č. 6.

Předčasným porodem rozumíme, podle definice Světové zdravotnické organizace, těhotenství ukončené před 37. týdnem gestačního stáří. Tímto je definována horní hranice. Jako spodní hranici běžně používáme hranici viability plodu, která je v České republice stanovena na 24. ukončený týden těhotenství (22). Graf č. 3 znázorňuje, že 24. týden jako spodní hranici předčasného porodu označilo 62 žen (59 %). Graf č. 4 potom ukazuje, že o pojmu „hranice viability plodu“ má správné povědomí 60 respondentek (56 %). V grafu č. 5 pak dokazují, že 37. týden těhotenství, jako horní hranici předčasného porodu označilo 31 respondentek (29 %), více respondentek (39, tj. 37 %) označilo jako horní hranici 38. týden. Doba mezi 37. ukončeným a 38. týdnem je krátká, proto nepředkládám volbu této

odpovědi jako příliš chybnou.

Mezi rizika neovlivnitelná řadíme věk těhotné. Je-li nižší než 18 let, nebo naopak vyšší než 35 let (22). U žen starších souvisí riziko s multiparitou, nebo s nějakým celkovým onemocněním, jež se začíná objevovat (například s hypertenzí, diabetem, či onemocněním ledvin) (8). Rizikem je také například nízký body mass index (pod 20) (22), těžká fyzická práce v těhotenství (8). Ve velké míře je rizikové kouření před a v průběhu těhotenství, užívání drog, ale také psychický stres. Jako anamnézu rizikovou pro rozvoj syndromu předčasného porodu označujeme anamnézu obsahující dva spontánní potraty a nebo umělá přerušování těhotenství v prvním trimestru, nebo také dva potraty v trimestru druhém a předčasný porod. Neovlivnitelnými stavy v těhotenství, rizikovými pro předčasný porod, rozumíme například vícečetná těhotenství (22). Nejvýznamnější a nejčastější příčinou předčasného porodu je infekce (16). Graf č. 7 dokládá, že největší počet respondentek 71 (16 % všech odpovědí) uvádí jako riziko životní styl. Ve velké míře byla také volena infekce, těžká fyzická práce a anamnéza zatížená předčasnými porody či potraty. Naopak nejmenší povědomí je o multiparitě, traumatech a stresu jako o rizikových faktorech. Zde se počet odpovědí pohyboval do 4 % všech označených.

Pocity tlaku v podbřišku, bolesti v zádech a zesílený výtok z pochvy jsou typickými subjektivními potížemi ženy v začátku porodu. Dále jsou to děložní kontrakce, které jsou na počátku trvalého charakteru, nestejně intenzity a bolestivé (1). Žena může také pociťovat křeče provázené průjmem, větší aktivitu plodu, tlak v pánvi, pocit diskomfortu ve vulvě, celkovou slabost (13). Jako hlavní příznaky označily respondentky odtok plodové vody v 93 případech (24 % odpovědí), dále krvácení v 79 případech (21 %), bolesti v podbřišku byly uvedeny 74 krát (19 %). V závislosti na tomto grafu bych ráda upozornila na nutnost zvýšit informovanost žen o možných projevech předčasného porodu.

Mezi pravidelně prováděná vyšetření patří bimanuální vaginální vyšetření se stanovením *cervix skóre* (zhodnocení změn děložního čípku) (17). To dle grafu č.9 uvádí pouze 55 respondentek, tato odpověď je uvedena v 46 % všech odpovědí. Těhotné ženy by určitě měly znát důvod jednotlivých vyšetření prováděných v prenatalní péči.

U předčasného porodu existuje vyšší pravděpodobnost porodu císařským řezem. Osvědčenou metodou při vaginálním vedení je využití epidurální analgezie, díky které dojde k relaxaci měkkých porodních cest a hlavička plodu není vystavena tak velkému tlaku. Ke snížení traumatizace nezralé hlavičky se doporučuje provést vydatnou epiziotomii, tedy nástřih hráze, při porodu hlavičky (12). Velkým problémem předčasného porodu bývá i kojení, protože je někdy obtížné udržet laktaci při oddělení dítěte od matky (2). Na otázku ohledně rizik předčasného porodu pro matku byly odpovědi následující. 59 respondentek (29% všech odpovědí) označilo vyšší pravděpodobnost císařského řezu, 58 respondentek (28 % všech odpovědí) udává větší riziko předčasného porodu či potratu v příštím těhotenství, problémy s kojením udalo 46 respondentek ve 22 % všech odpovědí. Ostatní odpovědi neudalo více jak 23 respondentek (méně než 11% všech odpovědí), viz graf č. 10. Z tohoto grafu je zřejmé, že rizika, kterými je ohrožena matka nejsou zcela v povědomí.

Znalost rizik předčasného porodu pro novorozence byla hodnocena grafem č. 11. Největší zastoupení mělo riziko potíží s dýcháním, což udalo 72 respondentek (16 % všech odpovědí), dále potíže s termoregulací udané v 70 případech a riziko výskytu nemocí spojených s nedokončeným vývojem v 68 případech. Další odpovědi byly udány v méně než 58 případech (14 % všech odpovědí). Celkově však byly odpovědi víceméně vyrovnané v počtu zastoupených procent.

Metody prevence předčasného porodu nejsou jednoznačné zejména proto, že existuje mnoho rizikových faktorů jeho vzniku a pravá podstata ještě není zcela zřejmá. Ve světě byly vyzkoušeny mnohé preventivní strategie, jako skórování míry rizika, intenzivní edukace, častá prenatální vyšetření, domácí monitorování děložní činnosti, psychosociální podpora rodin. Základním krokem je poučení těhotných žen v rozpoznání a reakci v případě výskytu některého z nejčastějších příznaků, a to nejen žen se zvýšeným rizikem (26). Ptala jsem se na možnost prevence předčasného porodu dle názoru respondentek. V naprosté většině případů (42, tj. 31% uvedených odpovědí) bylo uvedeno dodržování správné životosprávy. Ostatní odpovědi nedosahovaly vyššího počtu než 20 (15 %). Naopak

informovanosti žen přikládají významnost pouze 4 respondentky (3 % všech odpovědí), viz graf č. 12. Graf č. 13 pak dokazuje, že celých 61 respondentek (58 %) nebylo v prenatalní poradně o problematice informováno. Ze zbylých 42 %, 45 respondentek, které informovány byly, bylo 62 % (28 žen) edukováno pouze lékařem, 29 % (13 žen) pouze porodní asistentkou, 9 % (4 ženy) pak oběma z nich, viz graf č. 14. Graf č. 15 poté dokládá, že celých 33 % (15 žen) muselo dát impuls k hovoru na dané téma samo. Myslím, že právě porodní asistentky jsou kompetentní o problému edukovat a mohou tím výrazně přispět ke zvýšení informovanosti žen obecně.

Co se týče edukace o rizikových faktorech a příčinách předčasného porodu, získalo tyto 42 respondentek, což je celých 93 %, jak můžeme vidět v grafu č.16, přičemž 17 respondentek (38 %) se některé z uvedených rizik přímo týkalo (viz graf č. 17). O možných příznacích předčasného porodu bylo informováno už méně respondentek, a to v počtu 35 (78 %), viz graf č. 18. Podle mého názoru je toto jedna z nejdůležitějších informací, které by ženy měly znát, aby bylo možné odhalit hrozící předčasný porod včas. Graf č. 19 potom ukazuje, kolik respondentek bylo uvědoměno také o důsledcích pro novorozence. Výsledkem je počet 27, což je 60 % žen. 20 respondentek (44 %) pak mělo ještě další doplňující dotazy (viz graf č. 20). 38 respondentek (69 %) vyhledávalo další zdroje informací, nejčastěji internet (31 %) a knihy (29%), jak je vidět v grafu č. 21. Zbytek respondentek bylo s množstvím informací spokojeno. Podle mého názoru je dobře, že ženy využívají za zdroj informací ve velké míře i literaturu a ne jen internet. Bohužel, kvalitní literatury zaměřené na problematiku předčasných porodů je velmi poskrovnu.

Dále mě v dotazníku zajímalo, jaká by byla nejspíš reakce těhotných žen na vznik případných projevů hrozícího předčasného porodu. Tímto se zabýval graf č. 22. Naprostá většina respondentek, 76 (71 %) by lékaře vyhledala ihned po objevení potíží. Po několika hodinách přetrvávání příznaků by navštívilo lékaře 22 respondentek (21 %). Uspokojivé bylo, že žádná z respondentek neuvedla možnost nevyhledání lékařské pomoci.

Možností edukace žen jsou i všudypřítomné letáky, brožury a jiné edukační materiály. Zda jsou opravdu všudypřítomné hodnotí graf č. 23. V něm 68 žen (64 %)

potvrzuje přítomnost takových materiálů v ordinaci jejich lékaře, 19 z nich (18 %) o nich nevědělo. Ostatní s jistotou uvedly, že v dané poradně přítomny nejsou. Na otázku, zda by přítomnost takových materiálů ocenily, byla odpověď téměř jednoznačná – v 89 % (34) by je respondentky ocenily. Návrh na edukační materiál je jedním z cílů této práce.

V další části výzkumného šetření byly výzkumným souborem ženy, které porodily předčasně. Informace byly získávány pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

První ze tří respondentek bylo 32 let, byla prvorodičkou a porodila v 34. týdnu těhotenství po předčasném odtoku plodové vody. Druhé respondentce bylo 30 let, rodila podruhé a to ve 34. týdnu těhotenství, porod se zde projevil krvácením a počínajícími kontrakcemi. Třetí a poslední respondentka byla ve věku 32 let, byla prvorodičkou a rodila taktéž ve 34. týdnu těhotenství. V tomto případě byla rizikem preeklampsie a distres plodu. Všechny respondentky byly doporučeny k hospitalizaci svým gynekologem, žádná z nich se nedostavila do nemocnice z vlastního uvážení.

Respondentky odpovídaly na otázky o kvalitě informovanosti z prenatalních poraden. Dále mě zajímal jejich názor na možnost, že by o problematice věděly více již před počátkem potíží a také názor na edukační materiály pro těhotné v poradnách.

První i druhá respondentka uvádí, že o předčasných porodech v prenatalní poradně informována nebyla. První z nich dokonce ani v době, kdy začal předčasný porod hrozit. Na rozdíl od respondentky č. 2, která v okamžiku vzniku potíží získala základní informace o možnosti, že porodí předčasně a důvodu, proč je odeslána k hospitalizaci. Tyto informace jí poskytl lékař. Respondentka 3 naopak o problematice informována byla již před počátkem potíží, byla upozorněna na toto riziko na základě vlastních rizikových faktorů. Na rozdíl od dvou prvních respondentek byla tato žena informována jak o rizicích, tak o projevech předčasného porodu, a to lékařem. Všechny respondentky ale postrádaly informace o důsledcích porodu pro dítě. Překvapující bylo, že jediná z respondentek, která o problematice informována byla si ještě vyhledávala další zdroje informací. Informace o důvodu k hospitalizaci pak jako jediná označila respondentka 1 jako nedostatečné, neměla představu, co se děje a co bude následovat. Možná k tomu také přispěl fakt, že jako jediná

porodila hned v den přijetí k hospitalizaci, na rozdíl od respondentky 2, která pobývala ještě 10 do porodu v nemocnici, v případě třetí respondentky to bylo 20 dní. Respondentka 1 a 2 se shodly, že by zpětně ocenily možnost vědět o předčasném porodu více již v době, kdy bylo jejich těhotenství ještě neohrožené rozvojem této komplikace. Třetí z nich považovala informace, které v této době měla za dostatečné. Všechny respondentky označily případné edukační materiály o problematice předčasných porodů za prospěšné.

Přestože velké množství zdrojů literatury považuje edukaci žen za jeden z podstatných a užitečných kroků v prevenci předčasných porodů, lze zde konstatovat, že tato není příliš rozšířena. Cílem této práce bylo tedy také vytvoření materiálu, který by mohl být příkladem edukace žen v prenatální péči. Myslím, že zlepšení informovanosti žen není náročným úkolem a i přesto může přinést znatelné výsledky.

6. ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývala problematikou předčasných porodů - riziky, příčinami, projevy, diagnostickými a léčebnými možnostmi, možnostmi prevence i důsledky předčasného porodu pro novorozence.

Praktická část se zabývala informovaností žen v dané oblasti. Celkem bylo stanoveno 6 cílů. Prvním cílem práce bylo zjistit, zda jsou těhotné ženy informovány o rizikových faktorech vzniku předčasného porodu. Druhým cílem bylo zjištění, zda jsou těhotné ženy informovány o možných projevech předčasného porodu. Třetím cílem bylo zjistit, zda jsou těhotné ženy informovány o možných rizicích předčasného porodu pro novorozence. Čtvrtým cílem práce bylo zjistit, zda ženy, které předčasně porodily, byly v prenatalních poradnách dostatečně informovány o problematice předčasného porodu. Pátým cílem práce bylo vytvoření edukačního materiálu pro matky, týkajícího se rizik spojených s předčasným porodem. Cílem šestým a posledním bylo vytvoření edukačního materiálu pro porodní asistentky, týkajícího se edukace matek o rizicích spojených s předčasným porodem. Všechny tyto cíle byly splněny.

V první části výzkumného šetření byl zvolen kvantitativní výzkum pomocí dotazníků. Respondentkami byly těhotné ženy navštěvující vybrané prenatalní poradny v Jihočeském kraji. Ve druhé části byl použit výzkum kvalitativní, technikou polostrukturovaného rozhovoru se ženami, které předčasně porodily.

Hypotéza 1 „Těhotné ženy jsou informovány o rizikových faktorech vzniku předčasného porodu.“ byla potvrzena grafem č. 7, který dokládá, že více než polovina rizikových faktorů byla uvedena ve více než 50 % odpovědí. Cíl 1 byl splněn. Hypotéza 2 „Těhotné ženy jsou informovány o možných projevech předčasného porodu.“ byla potvrzena dle grafu č. 8, kde více než polovina možných projevů byla označena ve více než padesáti případech. Cíl 2 byl splněn. Hypotéza 3 „Těhotné ženy jsou informovány o možných rizicích předčasného porodu pro novorozence.“ byla potvrzena grafem č. 11, kde všechna rizika pro novorozence byla označena ve více než padesáti případech. Cíl 3 byl splněn. Výzkumná otázka „Jak byly

ženy, které předčasně porodily, v prenatálních poradnách informovány o problematice předčasného porodu?“ byla zodpovězena: kvalita informovanosti je poněkud horší, poskytované informace jsou neúplné, nedostačující. Cíl 4 byl splněn. Byl vytvořen edukační materiál pro ženy v prenatálních poradnách, týkající se předčasných porodů. Cíl 5 byl splněn. Byl vytvořen edukační materiál pro porodní asistentky, týkající se edukace těhotných žen o problematice předčasných porodů. Cíl 6 byl splněn.

Tato bakalářská práce může posloužit jako edukační materiál pro porodní asistentky, které mohou téma zařadit do předporodní přípravy a také jako inspirace pro vytvoření edukačních materiálů pro budoucí matky. Dále by se na základě výsledků mohlo uvažovat o zkvalitnění edukace těhotných žen v oblasti možných rizik, vyplývajících z předčasného porodu pro novorozence.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ČECH, E. et al. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 546 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
2. DOKOUPILOVÁ, M., et al. *Narodilo se předčasně*. Praha : Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-552-3 .
3. DOLEŽAL, A. *Porodnické operace*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing , 2007. 376 s. ISBN 978-80-247-0881-2.
4. FENDRYCHOVÁ, J.; BOREK, I. *Intenzivní péče o novorozence*. 1. vydání. Brno : NCO NZO, 2007. 404 s. ISBN 978-80-7013-447-4.
5. FREDA, M. C. Nursing's contribution to the literature on preterm labor and birth. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*. 2003, roč. 32, č. 5, s. 659-667. ISSN 0884-2175.
6. FUCHS, Vladimír et al. *Vybrané kapitoly z perinatologie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 328 s. ISBN 80-246-0114-1.
7. GENNARO, S. Psychological and physiological stress: impact on preterm birth. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*. 2003, roč. 32, č. 5, s. 668-675. ISSN 0884-2175.
8. HÁJEK, Zdeněk et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.

9. JANÁČKOVÁ, L. Aplikovaná zdravotnická psychologie v gynekologii IV. *Medical Tribune* [online]. 2008, 36, [cit. 2011-03-15]. Dostupný z WWW: <<http://www.tribune.cz/clanek/13147-aplikovana-zdravotnicka-psychologie-v-gynekologii-iv>>.
10. JAZAYERI, A. *emedicine* [online]. [cit. 2010-5-7]. Dostupné z: <<http://emedicine.medscape.com/article/261137-overview>>
11. KAMENÍKOVÁ, M.; KYASOVÁ, M. *Ošetrovatelské diagnózy na porodním sále*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing , 2003. 92 s. ISBN 80-247-0285-1.
12. KOTEROVÁ, Kateřina. Předčasný porod. *Moderní babičství* [online]. 2008, roč. 6, č. 15 [cit.2011-01-10]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/clanek.php?c=1>. ISSN 1214-5572.
13. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 988 s. + 5 s. přílohy. ISBN 80-247-0668-7.
14. LUNDEEN, S. When the preterm patient asks “what would you do?“. *Nursing for Women’s Health*. 2009, roč. 13, č. 4, s. 276-278. ISSN 1751-486.
15. MAREČKOVÁ, J. *Ošetrovatelské diagnózy v NANDA doménách*. 1. vydání. Praha : Grada Publishing , 2006. 264 s. ISBN 80-247-1399-3.
16. MAŠATA, Jaromír - JEDLIČKOVÁ, Anna et al. *Infekce v gynekologii a porodnictví*. Praha: Maxdorf, 2004. 371 s. ISBN 80-7345-38-0.
17. MĚCHUROVÁ, A., et al. Zásady dispenzární péče ve fyziologickém těhotenství - doporučený postup. *Česká gynekologie*. Březen 2010, 75, suppl. 1, s. 3-4. ISSN 1210-7832.

18. MĚCHUROVÁ, A. – ROKYTOVÁ, V. Předčasný odtok plodové vody – doporučený postup. *Česká gynekologie*. 2010, roč. 75 (suppl. 1), s. 7-9. ISSN 1210-7832.
19. MĚCHUROVÁ, A; ROKYTOVÁ, V. *Www.levret.cz* [online]. 2010 [cit. 2011-03-15]. Předčasný odtok plodové vody. Dostupné z WWW: <<http://www.levret.cz/doskolovani/nesnaze/postupy/files/deflamnipraecox.htm>>.
20. ROZTOČIL, A. Indukce a provokace porodu. *Gynekolog*. [online]. 2007, č. 3 [2011-2-7]. Dostupné z: <<http://www.gyne.cz/clanky/2007/307cl2.htm>>.ISSN 1210-1133
21. ROZTOČIL, A. Indukce plicní zralosti. *Moderní gynekologie a porodnictví*. 2010, roč. 19, č. 2, s. 193-196. ISSN 1211-1058.
22. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.
23. ROZTOČIL, A. Terapie gestageny v těhotenství. *Moderní gynekologie a porodnictví*. červen 2010 , 19, 2, s. 190-192. ISSN 1211-1058.
24. *Sekce perinatální medicíny* [online]. c2007 [cit. 2011-04-18]. Seznam pracovišť, která jsou oprávněna poskytovat specializovanou perinatologickou péči podle kódů OD 00080 a OD 00082. Dostupné z WWW: <<http://www.perinatologie.cz/seznam-pracovist.php>>.
25. SMITH, Norman C. - SMITH, A. Pat M. *Ultrazvuk v porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 192 s. ISBN 80-247-1107-9.
26. SPRAGUE, A et al. Community education on preterm birth. Does it change practice?. *Canadian Family Physician*. 2002, roč. 48, č. 4, s. 727-734. ISSN 0008-350.

27. VELEMÍNSKÝ, M., et al. Relationship of vaginal microflora to PROM, pPROM and the risk of early-onset neonatal sepsis. *Neuroendocrinol Letters* [online]. 2008, 29, 2, [cit. 2011-04-11]. Dostupný z WWW: <http://node.nel.edu/?node_id=7175>. ISSN 0172-780X.
28. VRÁŽELOVÁ, J. *Vztah matky a nezralého novorozence*. Brno, 2006. 81 s. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Lékařská fakulta.
29. WITCHER, P. S. Treatment of preterm labor. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*. 2002, roč. 16, č. 1, s. 25-46. ISSN 0893-2190.
30. PAŘÍZEK, A. www.porodnice.cz [online]. 2010 [cit. 2011-03-15]. Prenatální péče. Dostupné z WWW: <<http://lekari.porodnice.cz/prenatalni-pece>>.
31. ZOBAN, P. *"Když není všechno tak, jak si přáli": informace pro týmy porodnic a perinatologických center*. 2. přeprac. vydání. Praha : Společnost pro ranou péči, 2010. 11 s. ISBN 978-80-254-4614-0.
32. ZWINGER, Antonín et al. *Porodnictví*. Praha: Galén, 2004. 532 s. ISBN 80-7262-257-9.

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Nedonošený novorozenec

Ošetrovatelská péče

Prevence vzniku předčasného porodu

Projevy předčasného porodu

Předčasný porod

Příčiny předčasného porodu

9. PŘÍLOHY

Příloha 1 Seznam perinatologických center a intermediárních center

Příloha 2 Ošetrovatelské diagnózy v péči o ženu s hrozícím předčasným porodem

Příloha 3 Ošetrovatelské diagnózy v péči o matku nedonošeného novorozence

Příloha 4 Růst plodu v děloze

Příloha 5 Dotazník

Příloha 6 Rozhovor

Příloha 7 Edukační materiál pro těhotné

Příloha 8 Edukační materiál pro porodní asistentky

Příloha 1 Seznam perinatologických center a intermediárních center (24)

Seznam perinatologických center

Fakultní nemocnice - Motol Praha 5

Všeobecná fakultní nemocnice Praha 2

Ústav pro péči o matku a dítě Praha 4

Nemocnice Most

Masarykova nemocnice v Ústí n.L.

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Nemocnice Č. Budějovice

Fakultní nemocnice Plzeň

Fakultní nemocnice Brno

Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava Poruba

Fakultní nemocnice Olomouc 5

Baťova krajská nemocnice Zlín

Seznam intermediárních center

Fakultní Thomayerova nemocnice s poliklinikou Praha 4

Nemocnice Karlovy Vary

Krajská nemocnice Liberec

Nemocnice Písek

Nemocnice Kladno

Krajská nemocnice Pardubice

Příloha 2 Ošetrovatelské diagnózy v péči o ženu s hrozícím předčasným porodem (15)

00004 Riziko infekce v souvislosti s předčasným odtokem vody plodové.

Cíl:

Infekce nevznikne v průběhu hospitalizace.

Intervence:

Sleduj všechny rizikové faktory pro vznik infekce a eliminuj jejich výskyt v průběhu hospitalizace.

Dodržuj standardní hygienická opatření při jakémkoli styku s klientkou.

Sleduj fyziologické funkce v průběhu hospitalizace.

Edukuj klientku o adekvátní hygienické péči a ujisti se o jejím dodržování v průběhu hospitalizace.

Sleduj možné projevy infekce v průběhu hospitalizace.

Dodržuj aseptický postup při vaginálním vyšetření a eventuálních odběrech.

Podej medikaci dle ordinace lékaře.

Závěr:

Po aplikaci intervencí infekce nevznikne v průběhu hospitalizace.

00125 Bezmocnost v souvislosti s hrozícím předčasným porodem, projevující se pasivitou, pocity viny, pochybnostmi o své roli, pocity neschopnosti ovlivnit výsledek.

Cíl:

Klientka se necítí bezmocná do 1 týdne.

Kritéria:

Klientka se aktivně zapojuje do ošetrovatelského a léčebného procesu do 1 týdne.

Klientka se neobviňuje z nastalé situace do 1 týdne.

Klientka nepochybuje o zvládnutí své role do 1 týdne.

Klientka nepocituje bezmoc v ovlivnění výsledku do 1 týdne.

Intervence:

Akceptuj klientku, její nálady a uznaj přítomnost pocitů bezmoci v průběhu kontaktu s klientkou.

Vysvětli klientce důležitost její spolupráce s ošetrovatelským týmem do 1 dne.

Zapoj klientku do ošetrovatelského procesu v průběhu hospitalizace.

Trpělivě vysvětli, co se bude v průběhu s klientkou dít a nech ji samostatně rozhodovat o jejím aktivním zapojení do procesu v průběhu hospitalizace.

Podněcej v klientce zvědavost, zájem o problém a o možnosti řešení v průběhu hospitalizace.

Informuj klientku o možných příčinách vzniku syndromu předčasného porodu, ubezpeč ji, že na nastalé situaci nenese vinu. Zajisti rozhovor s lékařem na dané téma, pokud klientka projeví přání.

V průběhu hospitalizace upevňuj v klientce vědomí role budoucí matky, ujisti ji, že tato role není nastalou situací porušena.

V průběhu hospitalizace podporuj vlastní aktivitu klientky, zdůrazni, že aktivní spolupráce pozitivně ovlivňuje výsledek ošetrovatelského a léčebného procesu.

Závěr:

Po aplikaci intervencí se klientka necítí bezmocná do 1 týdne.

00120 Situačně snížená sebeúcta v souvislosti s hrozícím předčasným porodem, projevující se negativním hodnocení sebe sama, nerozhodností.

Cíl:

Klientka nemá sníženou sebeúctu do 1 měsíce.

Kritéria:

Klientka se nehodnotí negativně do 1 měsíce.

Klientka se sama rozhoduje do 14 dnů.

Intervence:

Akceptuj klientku a uzněj přítomnost pocitů méněcennosti po dobu hospitalizace.

Poskytni klientce prostor projevit pocity, úzkosti a smutky při rozhovoru.

Zvyšuj sebedůvěru klientky, pochval každý její pokrok v průběhu hospitalizace.

Při rozhovorech ubezpeč klientku, že nastalá situace není důsledkem jejího selhání jako budoucí matky.

Informuj o možnosti využití pomoci psychologa, zajisti jeho přítomnost v případě potřeby.

Závěr:

Po aplikaci intervencí klientka nemá sníženou sebeúctu do 1 měsíce.

Příloha 3 Ošetřovatelské diagnózy v péči o matku nedonošeného novorozence (15)

00105 Přerušené kojení v souvislosti s nezralostí novorozence, projevující se oddělením matky od novorozence.

Cíl:

Laktace je udržena až do doby možného kojení.

Kritéria:

Matka má dostatek informací o způsobu udržení laktace po dobu oddělení od dítěte.

Matka a novorozenec nejsou odděleni jakmile to stav novorozence dovolí.

Intervence:

Informuj matku o způsobu udržení laktace po porodu.

Nauč matku správnou techniku odstříkávání mateřského mléka po porodu.

Informuj matku o správném uchovávání mateřského mléka při nácviu odstříkávání.

Informuj matku o možnosti pomoci laktačního poradce, zprostředkuj jeho pomoc v případě potřeby.

Umožni matce kontakt s dítětem kdykoli to bude možné.

Umožni matce přikládat dítě k prsu, jakmile to jeho stav dovolí.

Zajisti pobyt matky s dítětem na oddělení, jakmile to stav dítěte dovolí.

Závěr:

Po aplikaci intervencí je laktace udržena až do doby možného kojení.

00058 Riziko oslabení vazby rodičů a dítěte v souvislosti s odloučením po předčasném porodu.

Cíl:

Vazba rodičů a dítěte zůstane zachována po dobu odloučení.

Intervence:

Vysvětlí rodičům důvod odloučení novorozence ihned po překladi dítěte na oddělené oddělení.

Zajisti rozhovor s neonatologem v případě zájmu rodičů.

Umožni kontakt rodičů s dítětem kdykoli to bude možné.

Informuj rodiče o klockování, vysvětlí princip a pomoz se zaujetím vhodné polohy jakmile to stav dítěte dovolí.

Podporuj rodiče v komunikaci s dítětem při každém jejich kontaktu.

Informuj rodiče o organizacích zaměřených na předčasně narozené děti a jejich rodiče při rozhovoru na dané téma.

Závěr:

Po aplikaci intervencí zůstane vazba rodičů a dítěte zachována po dobu odloučení.

00126 Deficitní znalost v oblasti péče o předčasně narozené dítě v souvislosti s nedostatkem zkušeností s daným stavem projevující se verbalizací, opakovanými dotazy, odmítáním samostatného pečování.

Cíl:

Klientka je informována v oblasti péče o předčasně narozené dítě do odchodu do domácí péče.

Kritéria:

Klientka udává znalost základních úkonů v péči o dítě v den propuštění do domácí péče.

Klientka nevznáší opakované dotazy po ukončení edukace v daném problému.

Klientka se aktivně zapojuje do péče o dítě v průběhu hospitalizace.

Intervence:

Zjistí oblast deficitu znalostí u klientky do 3 dnů.

Zjistí příčinu nedostatku informací v dané oblasti do 4 dnů.

Podporuj klientku ve vznášení dotazů po dobu hospitalizace.

Poskytuj informace ve vhodnou chvíli, v klidu a po částech, ponech klientce dostatek prostoru pro zpracování informací a doplňující dotazy v průběhu hospitalizace.

Zajisti rozhovor s lékařem v případě potřeby a zájmu klientky.

Pomoz klientce s nácvičkou základních úkonů v péči o předčasně narozené dítě v průběhu hospitalizace.

Nacvič s klientkou základní manipulaci s případnou zdravotnickou technikou při zapojování této techniky (inkubátor, monitor dechu).

Sleduj, zda klientka provádí úkony dle edukace v průběhu hospitalizace.

Ověř si zvládnutí péče a znalost důležitých informací při propouštění do domácí péče.

Informuj klientku o organizacích soustředících se na předčasně narozené dítě a jeho rodiče při propouštění do domácí péče.

Závěr:

Po aplikaci intervencí je klientka informována v oblasti péče o předčasně narozené dítě do odchodu do domácí péče.

Příloha 4 Růst plodu v děloze

stáří plodu (ukončený měsíc těhotenství)	hmotnost (g)	délka (cm)
1	-	1
2	5	4
3	15	9
4	100-200	16
5	250-280	25
6	500-700	30
7	1100-1300	35
8	1500-1900	40
9	2500-2800	45
10	3200-3700	50

Příloha 5 Dotazník

Vážená maminko,

jsem studentkou oboru Porodní asistentka na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích. Píši

bakalářskou práci na téma: "Rozumí ženy rizikům spojeným s předčasným porodem?" a ráda bych Vás

požádala o vyplnění dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a bude zpracován pouze v mé bakalářské práci.

Děkuji Vám za ochotu a čas věnovaný tomuto dotazníku.

Tereza Crhová

1. Kolik je Vám let?

- a) 15-25
- b) 26-35
- c) 36 a více

2. Pokolikáté budete rodit?

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

3. Víte, **od** jakého týdne těhotenství mluvíme o předčasném porodu?

- a) od 12. týdne
- b) od 24. týdne
- c) od 32. týdne

4. Co znamená hranice viability plodu?

a) vymezuje období těhotenství, kdy jsou u plodu vytvořeny všechny důležité orgány a je stanovena na

12. týden těhotenství

b) vymezuje období těhotenství, kdy je plod schopen přežít mimo dělohu matky a je stanovena na

24.

týden těhotenství

c) posuzujeme podle ní růst plodu v děloze pomocí ultrazvukového vyšetření v 32. týdnu

těhotenství

5. Víte, **do** jakého týdne těhotenství mluvíme o předčasném porodu?

- a) do 35. týdne
- b) do 36. týdne
- c) do 37. týdne
- d) do 38. týdne
- e) do 39. týdne
- f) do 40. týdne

6. Rodila jste někdy předčasně? (pokud budete rodit poprvé, na otázku neodpovídejte)

- a) ano
- b) ne

7. Které z následujících možností byste označila jako faktory, které mohou vést k předčasnému porodu? (můžete zaškrtnout více možností)

- a) věk
- b) životní styl (kouření, alkohol, drogy)
- c) infekce
- d) předčasné porody, či potraty v předchozích těhotenstvích
- e) těžká fyzická práce
- f) podvýživa
- g) vícečetná těhotenství (dvojčata, trojčata...)
- h) vyšší počet porodů (4, 5 porodů a více)
- i) celková onemocnění (např. vysoký krevní tlak, ledvinná onemocnění...)
- j) jiné (vypište).....

8. Které z následujících možností byste označila za příznaky hrozícího předčasného porodu? (můžete zaškrtnout více možností)

- a) odtok plodové vody
- b) vodnatý výtok
- c) krvácení, špinění
- d) bolesti v podbřišku, v kříži
- e) pocit tlaku v pánvi
- f) křeče provázené průjmem
- g) větší aktivita plodu
- h) jiné (vypište).....

9. Víte, co Váš obvodní gynekolog sleduje při vaginálním vyšetření v těhotenské poradně a jak výsledek vyšetření zaznamená do těhotenské průkazky?
(vypište)

.....
.....

10. Jaká rizika s sebou přináší předčasný porod pro Vás? (můžete zaškrtnout více možností)

- a) bolestivější porod
- b) vyšší pravděpodobnost porodu císařským řezem
- c) větší poranění při porodu
- d) problémy s kojením
- e) vyšší riziko předčasného porodu či potratu v příštím těhotenství
- f) jiné (vypište).....

11. Jaká rizika s sebou přináší předčasný porod pro dítě? (můžete zaškrtnout více možností)

- a) zhoršená poporodní adaptace (přizpůsobení se prostředí mimo dělohu)
- b) potíže s dýcháním
- c) potíže s příjmem potravy
- d) potíže s termoregulací (udržování tělesné teploty)
- e) riziko výskytu nemocí spojených s nedokončeným vývojem v děloze (nemoci ústrojí dýchacího, trávicího, vylučovacího...)
- f) dítě se může hůře mentálně vyvíjet (mentální poruchy)
- g) dítě může mít chybný hybný vývoj (zhoršená schopnost naučit se sedět, lézt, chodit...)
- h) jiné (vypište).....

12. Jak by se podle Vás dalo předčasnému porodu předejít?
(vypište)

.....
.....

13. Probíral s Vámi někdo v prenatální poradně problematiku předčasných porodů? (pokud je Vaše odpověď ne, pokračujte na otázku č.22)

- a) ano
- b) ne

14. Kdo s Vámi o tomto tématu mluvil?

- a) lékař
- b) porodní asistentka/sestra v poradně

15. Zajímala jste se o problém sama, nebo hovor začal/a lékař/porodní asistentka?

- a) sama
- b) hovor na téma začal lékař/porodní asistentka

16. Mluvili jste o rizikových faktorech, které mohou vést k předčasnému porodu?

- a) ano
- b) ne

17. Týká se některý z uvedených rizikových faktorů Vás osobně?

- a) ano
- b) ne

18. Mluvili jste také o možných příznacích počínajícího předčasného porodu?

- a) ano
- b) ne

19. Dotkli jste se také možných rizik, která vyplývají z předčasného porodu pro novorozence?

- a) ano
- b) ne

20. Měla jste doplňující dotazy ohledně předčasného porodu?

- a) ano
- b) ne

21. Vyhledávala jste si ještě další informace o předčasném porodu? Pokud ano, kde? (můžete zaškrtnout více možností)

- a) nevyhledávala
- b) ano, v knihách o těhotenství a porodu
- c) ano, na internetu
- d) ano, rozhovorem s další osobou (vypište s kým).....
- e) jiné (vypište).....

22. Mezi příznaky hrozícího předčasného porodu patří také špinění, krvácení, bolesti v podbřišku, či zádech, pocity tlaku v pánvi, hojnější vodnatý výtok. Co byste nejspíš dělala, kdyby se u Vás objevil některý z uvedených příznaků?

- a) Navštívila bych lékaře ihned po objevení některého z příznaků.
- b) Vyčkala bych několik hodin, zda příznaky nevymizí. Pokud by přetrvávaly, navštívila bych lékaře.
- c) Vyčkala bych do příštího dne, pokud by příznaky přetrvávaly, vyhledala bych lékaře.
- d) Lékaře bych vyhledala po několika dnech trvání příznaků.
- e) Lékaře bych nevyhledávala.

23. Jsou v ordinaci Vašeho lékaře nějaké informační materiály týkající se těhotenství, porodu, šestinedělí a nejčastějších potíží v tomto období? (pokud je Vaše odpověď "ano", další otázku již nevyplňujte)

- a) ano
- b) ne
- c) nevím

24. Ocenila byste v ordinaci takové materiály?

- a) ano
- b) ne

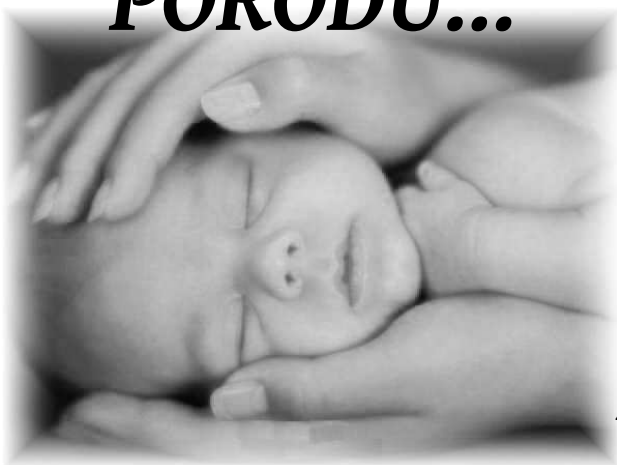
Příloha 6 Rozhovor

1. V jakém roce jste se narodila?
2. Pokolikáté jste rodila? Pokolikáté jste byla těhotná? (V jakém týdnu byly narozeny první děti?)
3. V jakém týdnu těhotenství jste nyní rodila?
4. Bylo Vaše těhotenství od začátku problémové, nebo bylo až do počátku potíží vše v pořádku? Měla jste nějaká rizika, pro která jste byla sledována? Pokud byly problémy celé těhotenství, jaké?
5. Když jste chodila do těhotenské poradny, informoval Vás někdo o předčasném porodu? O rizicích, které k předčasnému porodu mohou vést, o příčinách a o tom, jak se projevují první příznaky? Mluvili jste také o rizicích, která vyplývají z předčasného porodu pro dítě? Kdo Vás o tom informoval?
6. Informovali Vás v době, kdy začaly potíže, nebo již v době, kdy bylo vše v pořádku?
7. Pokud jste informace dostala, zajímala jste se o ně sama, nebo hovor začal lékař/PA?
8. Vyhledávala jste si ještě další informace? Kde?
9. Kvůli čemu jste byla odeslána do nemocnice? Jaké jste měla potíže?
10. Odeslal Vás Váš lékař, nebo jste jela do nemocnice sama bez doporučení?
11. Když Vás přijímali do nemocnice, měla jste pocit, že víte, co se nejspíš děje a proč jste do nemocnice přijímána?
12. Jak dlouho jste byla v nemocnici, než jste porodila?
13. Myslíte, že jste byla z těhotenské poradny o problému informována dobře, nebo jste informace získala až při hospitalizaci v nemocnici?
14. Byla byste radší, kdybyste již před počátkem potíží věděla o problému více?
15. Co si myslíte o informačních letáčích o předčasném porodu v těhotenských poradnách? Myslíte, že by se měly v každé objevit, nebo by spíš maminky stresovaly?

Příloha 7 Edukační materiál pro těhotné – viz níže

Příloha 8 Edukační materiál pro porodní asistentky – viz níže

CO BYSTE MĚLA VĚDĚT O PŘEDČASNÉM PORODU...



Zdroj c)

Milá maminko,

předčasný porod je komplikací, která potkává stále více žen. Zatím se nepodařilo zjistit, proč tomu tak je a proto je velmi složité předčasnému porodu předcházet. Je ale zřejmé, že právě vy, nastávající maminky, byste měly být o tomto problému dostatečně informovány. Cílem následujících řádek je proto poskytnout Vám odpovědi na nejčastější otázky ohledně předčasného porodu.



Co je předčasný porod?

zdroj a)

Předčasným porodem rozumíme těhotenství ukončené před 37. týdnem gestačního stáří. Tímto je definována horní hranice. Jako spodní hranici běžně používáme takzvanou hranici viability plodu, která je v České republice stanovena na 24. ukončený týden těhotenství. Tato hranice označuje týden těhotenství, od kterého je dítě schopné přežít mimo dělohu matky (6).

Jsem ohrožená vznikem předčasného porodu právě já?

Existuje mnoho faktorů, které mohou více či méně zvýšit riziko předčasného porodu. Mezi nejvýznamnější z nich patří:

- *infekce*
- *věk těhotné (je-li nižší než 18, nebo naopak vyšší než 35 let)*
- *životní styl (kouření, alkohol, drogy)*
- *podvýživa*
- *těžká fyzická práce*
- *celková onemocnění, se kterými se léčíte (např. vysoký krevní tlak, onemocnění ledvin, srdce...)*
- *předčasné porody, či potraty v předchozích těhotenstvích*
- *vícečetná těhotenství (dvojčata, trojčata...) (3, 6).*



Jak poznám předčasný porod?

zdroj b)

Objektivními známkami předčasného porodu jsou děložní stahy, rozšíření a zkrácení děložního hrdla, předčasný odtok plodové vody, krvácení, či tlak v podbříšku. Varujícími obtížemi jsou následující:

- *vodnatý výtok*
- *krvácení, nebo špinění*
- *bolesti v podbříšku, bolesti v křížové oblasti*
- *pocit tlaku v pánvi*
- *křeče provázené průjemem*
- *větší aktivita plodu*

V některých případech se ale nemusí žádná z těchto potíží objevit (1, 5).

Co mám dělat, když se objeví některý z příznaků?

Nejlepší věc, kterou můžete udělat, je informovat svého lékaře. Ten zhodnotí, co je příčinou Vašich potíží. Pokud by opravdu hrozil předčasný porod, je nutná hospitalizace v nemocnici. V nemocnici se pak postarají o všechna vyšetření, která určí nejpravděpodobnější příčinu. Na základě toho lékaři určí další postup, jak nejlépe předčasný porod odvrátit, či alespoň co nejvíce oddálit.

Čím je miminko ohrožené, pokud je narozené předčasně?

Předčasně narozené miminko má velikou nevýhodu v tom, že nestihlo dokončit svůj vývoj v nejvhodnějším prostředí – v děloze matky. Není ještě zcela připravené opustit bezpečí mamincina břicha a najednou se musí samo začít starat o dýchání, přijímání stravy, o udržení tělesné teploty. Tyto pro nás tak přirozené věci jsou pro miminko tím obtížnější, čím dřív přišlo na svět. Nedonošený novorozenec se po porodu hůře přizpůsobuje vnějšímu prostředí, může mít potíže s dýcháním, s příjmem potravy, s udržením teploty, vylučováním a to vše v důsledku nedokončeného vývoje vnitřních orgánů. Do budoucna jsou tyto dětičky ohrožené mentálními poruchami, poruchami pohybového aparátu. Bohužel dopředu nikdo nedokáže říct, jak se miminko do budoucna vyrovná s horším startem do života (2).

Kde bude miminko po porodu ležet a jak dlouho po porodu bude muset zůstat v nemocnici?

Pro nedonošená miminka jsou u nás zřízena specializovaná pracoviště. Po porodu jsou umístěna podle stupně nezralosti a poruchy přizpůsobení se prostředí mimo dělohu na jednotce intenzivní péče nebo na intermediárním oddělení. Tato pracoviště poskytují svým vybavením větší možnost sledovat stav miminka a v případě potřeby mu poskytnout nezbytnou péči. Pokud se miminko narodilo v běžné porodnici, musí být na tato pracoviště převezeno sanitkou, nebo vrtulníkem. Délka pobytu v nemocnici závisí na celkovém stavu miminka, jestli zvládlo ztížný start do života a dohnalo tak miminka narozená v termínu (2).

V čem je pro mě jiný předčasný porod oproti porodu v termínu?

Jakým způsobem bude předčasný porod veden je otázka velmi individuální. Je zde vyšší pravděpodobnost, že bude veden císařským řezem. O nejvhodnějším způsobu ale vždy rozhoduje zkušený lékař. Pokud je porod veden normální cestou, vaginálně, bývá často využívána epidurální analgezie, což zmírňuje porodní bolesti rodičky a hlavně usnadňuje malému miminku průchod porodními cestami. Dále bývá téměř vždy proveden nástřih hráze v lokálním umrtvení, aby mělo miminko co nejvíc prostoru. Pro vás to znamená zvýšenou péči o šití po porodu (4).

Váš lékař, či Vaše porodní asistentka Vám poskytnou další informace. Nebojte se zeptat – je to Vaše těhotenství, Vaše dítě...

Seznam použitých zdrojů:

1. ČECH, E. et al. *Porodnictví*. 2. přepracované a doplněné vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. 546 s. ISBN 978-80-247-1303-8.
2. DOKOUPILOVÁ, M., et al. *Narodilo se předčasně*. Praha : Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-552-3
3. HÁJEK, Zdeněk et al. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8.
4. KOTEROVÁ, Kateřina. Předčasný porod. *Moderní babičtví* [online]. 2008, roč. 6, č. 15 [cit.2011-01-10]. Dostupné z: <http://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2008-15/clanek.php?c=1>. ISSN 1214-5572.
5. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 988 s. + 5 s. přílohy. ISBN 80-247-0668-7.
6. ROZTOČIL, Aleš. *Moderní porodnictví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1941-2.

Zdroje fotografií:

- a. *Extra krása* [online]. c2008 [cit. 2011-04-18]. Těhotná už třetí měsíc. Dostupné z WWW: <http://www.extrakrasa.cz/tehotenstvi-deti/tehotna-uz-treti-mesic/>.
- b. *Medela* [online]. c2005 [cit. 2011-04-18]. Výživa nedonošených dětí. Dostupné z WWW: <http://www.dnformed.cz/medela/nedonosene-deti/?odsavani-materskeho-mleka>.
- c. *Naděje neumírá* [online]. 2008 [cit. 2011-04-18]. Naděje neumírá. Dostupné z WWW: <http://zdisblog.txt.cz/rubriky/14658/pro-tebe/>.

EDUKACE TĚHOTNÝCH ŽEN

V PRAXI PORODNÍ ASISTENTKY

PŘEDČASNÝ POROD

Vážené kolegyně,

je všeobecně známo, že předčasný porod je, i přes obrovské úspěchy v perinatologii, nevyzpytatelnou hrozbou. Přes veškerou péči věnovanou těhotným ženám se tato komplikace vyskytuje stále častěji. Incidence předčasných porodů se v České republice pohybuje kolem 6%, přičemž stále stoupá. Naším úkolem je snaha o zdokonalování preventivních opatření, mezi která nepopíratelně patří kvalitní edukace těhotných žen. Právě edukací můžeme výrazně přispět k prevenci, nebo alespoň včasnému odhalení hrozícího předčasného porodu.

Na základě výzkumného šetření, prováděného ve vybraných těhotenských poradnách v Jihočeském kraji, předkládáme hlavní cíle edukace těhotných žen v oblasti předčasných porodů. Tento materiál je určen porodním asistentkám v prenatální péči i vedoucím kurzů předporodní přípravy.

Role porodní asistentky v prevenci předčasných porodů

Porodní asistentka má významnou funkci v interakci s klienty, s těhotnými ženami a jejich rodinou, či partnerem. Právě pro tuto funkci musí mít porodní asistentky znalosti o problematice předčasných porodů, o možnostech léčby a jejích rizicích, o aktuálních výsledcích v péči o novorozence, aby nedošlo k dezinformaci žen, které jsou vystaveny nebezpečí předčasného porodu (2).

Porodní asistentka má za úkol sledovat každý příznak, který by mohl svědčit o předčasném porodu. Tuto funkci mají nejen porodní asistentky na odděleních rizikových těhotenství, ale i porodní asistentky v zařízeních prenatální péče, protože symptomy se mohou objevit u jakékoli těhotné ženy, ať už je její těhotenství vedeno jako rizikové, či nikoli (1).

Hlavní cíle edukace v oblasti předčasných porodů:

- **Rizikové faktory a příčiny** – rizikové faktory vzniku předčasných porodů většinou lékař, či porodní asistentka, odhalí při sběru anamnestických dat při převzetí těhotné do prenatální péče. Jedná se většinou o neovlivnitelná rizika související s věkem, stávajícími onemocněními či komplikacemi vzniklými v průběhu těhotenství. Neméně důležité je ale informovat ženu o rizikových faktorech, které svým chováním může redukovat. V zásadě se jedná o dodržování správné životosprávy v těhotenství. Měly bychom ženu poučit o zásadách ve stravování, hygieně, oblékání, bezpečném cestování, sexuální aktivitě, i o škodlivosti návykových látek apod.
- **Charakteristické projevy** – zásadním cílem edukace je naučit ženu rozpoznat potíže, kterými se může předčasný porod projevovat. Nelze se však omezit jen na nejvýznamnější projevy jako je krvácení, děložní stahy projevující se bolestmi v podbřišku či v oblasti sakrální a odtok plodové vody. Musíme upozornit i na vodnatý výtok, pocity tlaku v pánvi, křeče provázené průjmem, větší aktivitu plodu, či celkovou slabost.

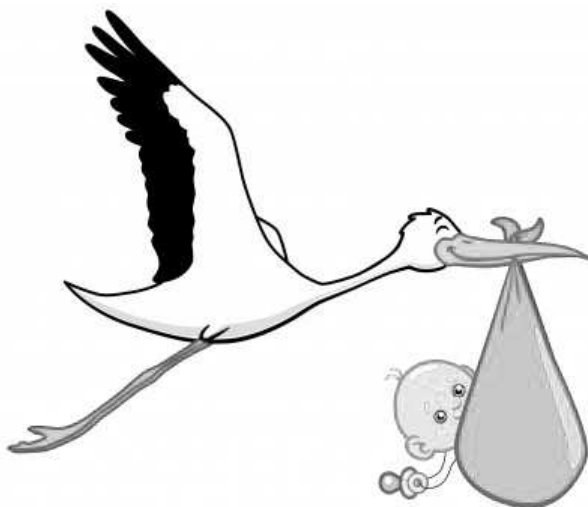
- **Reakce na vznik potíží** – i žena poučená o rizicích a projevech předčasného porodu může na vznik potíží reagovat pozdě, či vůbec nereagovat. Taková reakce může být i projevem nejistoty, či strachu ze stanovení diagnózy. Musíme proto ženu motivovat k návštěvě lékaře při vzniku potíží i v případě její pochybnosti o jejich významnosti.
- **Důsledky pro novorozence** – mnozí by mohli namítnout, že u ženy, kde zatím nevzniklo riziko předčasného porodu, je zbytečné a stresující mluvit o důsledcích této komplikace pro novorozence. Nicméně je nezbytné, aby žena měla o problematice ucelené vědomosti. Navíc tyto informace mohou motivovat ženu k jednání v případě vzniku potíží.

Znalosti a vědomosti těhotných žen je nutné pravidelně osvěžovat. Známkou správně provedené edukace může být ověření nabytých vědomostí například zpětným dotazováním.

Velmi důležité je při rozhovoru o problematice věnovat dostatek času i doplňujícím dotazům klientek a v případě potřeby i zajistit rozhovor na dané téma s lékařem.

Doufejme, že zkvalitnění edukace, v rámci prevence předčasných porodů, přinese znatelné úspěchy.

Zdroj (3)



Seznam použitých zdrojů:

1. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 988 s. + 5 s. přílohy. ISBN 80-247-0668-7.
2. LUNDEEN, S. When the preterm patient asks “what would you do?”. *Nursing for Women´s Health*. 2009, roč. 13, č. 4, s. 276-278. ISSN 1751-486.
3. *Maminkám.cz* [online]. c2008 [cit. 2011-04-20]. 40. týden těhotenství. Dostupné z WWW: <<http://www.maminkam.cz/40-tyden-tehotenstvi>>.

