



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Porod plodu na hranici viability

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: **PORODNÍ ASISTENCE**

Autor: Martina Amblerová

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

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem *Porod plodu na hranici viability* jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů 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 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 ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9. 8. 2023

.....

Martina Amblerová

Poděkování

Mé poděkování patří především panu primáři MUDr. Miloši Velemínskému, Ph.D., za vedení, cenné rady, trpělivost a především za jeho čas a ochotu v průběhu zpracování bakalářské práce. Také bych ráda poděkovala všem porodním asistentkám, které mi věnovaly svůj čas a poskytly mi rozhovory do výzkumného šetření. V neposlední řadě patří poděkování mé rodině, přátelům a mému příteli za podporu během celého studia.

Porod plodu na hranici viability

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou porodu plodu na hranici viability.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je popsán předčasný porod, uvedena incidence předčasných porodů v České republice, etiologie, možnosti prevence a predikce, diagnostické metody, terapeutické postupy a možnosti vedení předčasného porodu. Dále jsou v této části představeny potřeby žen a péče porodních asistentek, edukace žen na porodním sále a kompetence porodních asistentek. Následuje popis viability plodu neboli schopnosti plodu přežít mimo dělohu.

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak se porodní asistentky orientují v péči o ženu s diagnózou předčasného porodu na hranici viability plodu. Pro dosažení cíle byla zvolena metodika kvalitativního výzkumu formou rozhovorů. Vybrán byl jeden výzkumný soubor, který zahrnoval porodní asistentky pracující na porodním sále v perinatologickém centru. Samotný výzkum probíhal v červenci 2023 formou rozhovorů při osobním setkání na domluvených místech nebo v domácím prostředí. Všechny respondentky s rozhovorem souhlasily. Po dostatečném sběru dat byla provedena analýza a byly vytvořeny základní kategorie v přehledných tabulkách, ze kterých lze vyčíst výsledky zkoumání.

Ve výzkumném šetření bylo zjištěno, že porodní asistentky se v péči o ženu, která rodí předčasně, velmi dobře orientují. Kromě toho, že vykonávají běžné zdravotnické výkony, poskytují ženám i profesionální psychickou podporu. Všechny jsou empatické a dokážou ženy náležitě edukovat a poskytovat jim informace v rozsahu svých kompetencí. Porodní asistentky jsou si plně vědomy všech svých povinností a kompetencí.

Klíčová slova

Porodní asistentka; předčasný porod; viability plodu; edukace; potřeby žen

Birth of the fetus at the limit of viability

Abstract

This bachelor thesis deals with the delivery of a fetus at the limit of viability.

The bachelor thesis is divided into theoretical and practical parts. The theoretical part describes preterm birth. Incidence of preterm birth in the Czech Republic, etiology, possibilities of prevention and prediction, diagnostic methods, therapeutic procedures and possibilities of management of preterm birth, as well as the needs of women and care of midwives are presented. Education of women in the delivery room and competences of midwives. Fetal viability or the ability of the fetus to survive outside the womb is also described.

The aim of this bachelor thesis was to find out how midwives are oriented in the care of a woman diagnosed with preterm birth at the limit of fetal viability. To achieve the objective, qualitative research methodology in the form of interviews was chosen. A single research population was selected, which consisted of midwives working in the delivery room of a perinatology center. The research itself was conducted in July 2023 in the form of face-to-face meetings or in a home setting. All respondents gave verbal consent to be interviewed. After sufficient data collection, analysis was done and basic categories were created and put into summary tables from which the results of the research can be read.

In the research investigation, it was found that midwives are oriented in their care for a woman who gives birth prematurely. In addition to performing routine procedures, they also provide professional psychological support to women, are empathetic, and are able to educate and inform women appropriately within their scope of competence. Midwives are fully aware of all their competencies.

Key words

Midwifery; preterm birth; fetal viability; education; women's needs

OBSAH

ÚVOD	6
1 SOUČASNÝ STAV	7
1.1 PŘEDČASNÝ POROD.....	7
1.1.1 <i>Viabilita plodu</i>	7
1.2 ETIOLOGIE PŘEDČASNÉHO PORODU.....	8
1.3 RIZIKOVÉ FAKTORY PŘEDČASNÉHO PORODU.....	9
1.4 PREDIKCE PŘEDČASNÉHO PORODU	10
1.5 DIAGNOSTIKA PŘEDČASNÉHO PORODU.....	12
1.5.1 <i>Diagnostické metody</i>	12
1.6 PREVENCE PŘEDČASNÉHO PORODU	14
1.6.1 <i>Progesteron</i>	14
1.6.2 <i>Cerkláž</i>	14
1.7 MANAGEMENT PŘEDČASNÉHO PORODU	15
1.7.1 <i>Léčba tokolytiky</i>	16
1.7.2 <i>Léčba antibiotiky</i>	18
1.7.3 <i>Léčba kortikosteroidy</i>	18
1.8 PŘEDČASNÝ ODTOK PLODOVÉ VODY	18
1.9 VEDENÍ PŘEDČASNÉHO PORODU.....	19
1.9.1 <i>Vaginální předčasný porod</i>	19
1.9.2 <i>Porod císařským řezem</i>	20
1.10 ROLE PORODNÍ ASISTENTKY	20
1.10.1 <i>Potřeby žen u porodu</i>	20
1.10.2 <i>Role porodní asistentky na porodním sále</i>	21
1.10.3 <i>Kompetence porodních asistentek</i>	21
2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	23
2.1 CÍL PRÁCE	23
2.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY	23
2.3 OPERACIONALIZACE POJMŮ	23
3 METODIKA	24

3.1	POUŽITÉ METODY A TECHNIKY	24
3.2	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	24
4	VÝSLEDKY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	25
4.1	CHARAKTERISTIKA RESPONDENTEK	25
4.2	KATEGORIE VÝZKUMU	26
4.3	TABULKA 2 – SETKÁNÍ S ŽENOU S PŘEDČASNÝM PORODEM NA HRANICI VIABILITY PLODU 26	
4.4	TABULKA 3 – VLASTNÍ POCITY	27
4.5	TABULKA 4 – KONKRÉTNÍ PÉČE	28
4.6	TABULKA 5 – EDUKACE ŽEN PŘI PORODU A PO PORODU	30
4.7	TABULKA 6 – PSYCHICKÁ PODPORA	32
4.8	TABULKA 7 – POTŘEBY ŽEN	33
4.9	TABULKA 8 – IV. DOBA PORODNÍ	34
4.10	TABULKA 9 – RIZIKOVÉ FAKTORY	35
4.11	TABULKA 10 – PŘEDPORODNÍ KURZY	36
5	DISKUSE	37
6	ZÁVĚR	41
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	42
8	SEZNAM PŘÍLOH	46
9	SEZNAM ZKRATEK	48

Úvod

O předčasném porodu mluvíme, pokud dojde k porodu před 37. týdnem těhotenství. Spodní hranice předčasného porodu je v různých státech odlišná. Hranice mezi porodem a potratem je stanovena různými kritérii. Mezi nejdůležitější patří porodní hmotnost a známky života plodu. Hranice viability plodu představuje schopnost plodu po porodu přežít mimo dělohu. V České republice (ČR) je tato hranice stanovena na 24. týden těhotenství. Novorozenci narození mezi 22. a 24. týdnem těhotenství se vyskytují v tzv. „šedé zóně“. Je to skupina extrémně nezralých novorozenců, kteří mají velmi často nepříznivou prognózu. Po porodu se respektuje přání rodičů o zahájení intenzivní péče, popřípadě o zahájení paliativní péče.

Porodní asistentka pečuje o ženu před porodem, během porodu i po porodu. Monitoruje životní funkce, celkový zdravotní stav rodičky i její psychický stav. Psychická podpora, empatie a adekvátní informovanost rodičky i jejího partnera patří ke kompetencím, které by měla porodní asistentka ovládat.

Bakalářská práce je zaměřena na péči porodních asistentek na porodním sále o ženu s diagnózou předčasného porodu na hranici viability plodu. Cílem je tedy zjistit, jak se porodní asistentky orientují v péči o takovou ženu. Výzkumné šetření je zaměřeno na porodní asistentky, které pracují na porodním sále v perinatologickém centru v Českých Budějovicích.

Téma bakalářské práce „Porod plodu na hranici viability“ jsem si vybrala proto, že jsem se s ním setkala na oddělení rizikového těhotenství i přímo na porodním sále. Přístup porodních asistentek i lékařů k ženě byl výrazně odlišný než u ženy s porodem v termínu. A podle mého názoru by tak tomu mělo být. Žena rodící předčasně má úplně jiné pocity i potřeby než žena, která rodí v termínu porodu. Předčasný porod je pro ženy velice psychicky náročný a je často doprovázen strachem.

1 Současný stav

1.1 Předčasný porod

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) můžeme předčasný porod definovat jako těhotenství ukončené v období před ukončeným 37. týdnem gestačního stáří plodu (Roztočil, 2017). Horní hranice je dobře definovatelná, přičemž u spodní hranice záleží na neonatální péči v dané zemi (Roztočil, 2017). V ČR je spodní hranice stanovena na ukončený 22. týden těhotenství (Roztočil, 2017). Podle délky trvání lze předčasný porod rozdělit takto : extrémně předčasný – méně než 28. týden (28 + 0), velmi předčasný – od 28 + 0 do 31 + 6, středně předčasný – od 32 + 0 do 33 + 6 a pozdně předčasný – 34 + 0 do 36 + 0 (Procházka 2020).

Předčasný porod je v českém zdravotnictví velký problém, neboť může zahrnovat zdravotní, sociální, rodinné i ekonomické konsekvence (Hájek, 2004). Celosvětově představuje významnou globální zátěž zdravotnictví (Son a Miller, 2017). V ČR se incidence předčasných porodů pohybuje okolo 8 % (Kacerovský, 2017).

Předčasný porod lze podle průběhu rozdělit na spontánní předčasný porod (70–80 %) nebo iatrogenní předčasný porod (20–30 %) (Kacerovský, 2017). Iatrogenní předčasný porod znamená, že těhotenství je ukončeno buď vyvoláním spontánního porodu, nebo je pomocí císařského řezu. Indikací k ukončení těhotenství je buď fetální, mateřská nebo feto-maternální komplikace jako preeklampsie, patologie placenty, IUGR a další (Procházka, 2020).

Dále můžeme spontánní předčasný porod rozdělit na spontánní předčasný porod se zachovaným vakem blan a předčasný odtok plodové vody (Kacerovský, 2017). Spontánní předčasný porod se zachovalým vakem blan znamená, že nastupují pravidelné děložní činnosti, které vedou ke změnám na děložním hrdle. Předčasný odtok plodové vody znamená situaci, kdy dochází k porušení plodových obalů a k odtoku plodové ještě před nástupem děložních kontrakcí (Procházka, 2020).

1.1.1 Viabilita plodu

Viabilita znamená, že plod má schopnost růst a vyvíjet se normálně neboli schopnost přežít mimo dělohu. V ČR je tato hranice stanovena na 24. týden těhotenství. Období 22 + 0 až 23 + 6 týdnů těhotenství je nazýváno jako tzv. „šedá zóna“, tedy období

s nejistou prognózou mortality i morbidity plodu. Jedním z hlavních faktorů přežití novorozence je zralost plic (Göthová, 2013).

Aby takový novorozenec přežil, je nutné zahájit okamžitou intenzivní péči. Vzhledem k nízké pravděpodobnosti přežití a následného psychomotorického postižení nebývá zahájení intenzivní péče v zájmu novorozence. Vždy se musí posoudit individuální rizika novorozence a preference rodiny. Rizikovými faktory jsou gestační věk, porodní hmotnost, mužské pohlaví, vícečetné těhotenství, absence antenatální přípravy a porod mimo perinatologické centrum (Berková, 2022).

Předčasně narozené děti se rodí s nezralým mozkiem a při přijetí na novorozeneckou jednotku intenzivní péče jsou předčasně vystaveny stresujícím procedurám. Postnatální stres může přispět ke změně programování mozku, včetně klíčových systémů, jako je osa hypotalamus–hypofýza–nadledvinky a autonomní nervový systém. Tyto neurobiologické systémy jsou slibnými markery pro etiologii několika afektivních a sociálních psychopatologií. Vzhledem k tomu, že předčasný porod narušuje časný vývoj systémů regulujících stres, mohly by včasné intervence posílit faktory odolnosti a mohly by pomoci snížit škodlivé účinky chronického vystavení stresu (Lammertink et al., 2020).

Komunikace s rodiči je velmi zásadní. Klíčový je empatický a otevřený rozhovor, během kterého se musí zmínit rizika, odhadovaná pravděpodobnost přežití novorozence, pravděpodobnost psychomotorického postižení a měly by se rodičům představit možné postupy. Preference rodičů se může měnit podle kulturních, náboženských a spirituálních preferencí. I tyto faktory je nutné citlivě prodiskutovat a zohlednit (Berková, 2022).

V období 22 + 0 až 22 + 6 týdnů těhotenství se nedoporučuje zahajovat intenzivní péči, je spíše doporučována paliativní péče. Od 23 + 0 až 23 + 6 týdnů těhotenství je rozhodnutí především na rodičích. Resuscitace se zahajuje, pokud rodiče podepíší informovaný souhlas a stav novorozence je optimální. V případě potřeby lze přejít na komfortní paliativní péči. Od 24. týdne těhotenství se resuscitace zahajuje vždy (Berková, 2022).

1.2 Etiologie předčasného porodu

V některých případech přesnou příčinu předčasného porodu nelze identifikovat (Roztočil, 2017). Jednou z nejčastějších příčin může být infekce. Důležitý je stav vaginální mikroflóry v průběhu těhotenství. Ta je ovlivněna několika faktory: hladinou estrogenů, pH, prokrvení poševních stěn a hladinou glykogenu. Vaginální flóra může být ovlivněna

přenosem infekce pohlavním stykem, změnou pH nebo léčbou antibiotiky. Až u 50 % žen může být infekce asymptomatická (Hájek, 2004).

Další příčinou může být patologie děložního hrdla. Může se jednat o vrozené poruchy (cervikální hypoplazie) nebo traumata (konizace, opakované dilatace hrdla). Vznik předčasného porodu může zapříčinit i abrupce placenty (Roztočil, 2017).

Následnými příčinami mohou být stres matky, abnormální implantace plodového vejce, genetické vlivy, distenze a ischemie myometria, imunologický konflikt a endokrinní porucha hypotalamo-hypofýzo-adrenální osy (Kacerovský, 2017).

1.3 Rizikové faktory předčasného porodu

Předčasný porod je multifaktoriální syndrom. Rozpoznat rizikové faktory blížícího se předčasného porodu může být složité. Platí zde pravidlo – čím dříve se riziko odhalí, tím je větší šance na oddálení porodu (Černý, 2020).

Rizikové faktory můžeme rozdělit na ovlivnitelné a neovlivnitelné (Kacerovský, 2017). Mezi neovlivnitelná rizika patří např. věk rodící ženy. Riziko představuje věk nižší než 18 let, nebo naopak věk vyšší než 35 let.

Mezi další rizika patří: špatné sociální a ekonomické podmínky; primigravidita či multiparita – 5 a více porodů (Roztočil, 2017); předčasný porod v anamnéze; vícečetná těhotenství – největší riziko je u trojčetného těhotenství a u monochoriálních dvojčat; onemocnění matky v anamnéze – zejména se jedná o nefropatie, hepatopatie, preeklampsie, eklampsie, krvácení, polyhydramnion, IUGR nebo malforace plodu (Hájek, 2004); výkony na děložním hrdle, anatomické anomálie na děloze; nízký body mass index (BMI) před těhotenstvím (Kacerovský, 2017); afroamerická rasa; inkompetence děložního hrdla a insuficience placenty (Procházka, 2020)

Mezi ovlivnitelné rizikové faktory pak patří kouření a abúzus drog. Kouř z cigaret obsahuje škodlivé látky, např. nikotin a dehet, které pak přecházejí k plodu přes placentární bariéru. Stejně ovlivňuje těhotenství i abúzus drog. Alkohol nebo pití kávy nemá přímý vliv na zkrácenou dobu trvání těhotenství, ale při pravidelném užívání může způsobit fetální alkoholový syndrom. Většina žen kouření, užívání drog nebo alkoholu omezí nebo je zcela zanechají. V tomto případě je důležitá edukace těchto žen, aby se výskyt předčasného porodu snížil. Dalším faktorem je nedostatečná nebo chybějící

prenatální péče (Hájek, 2004). Jedním z dalších faktorů je namáhavá práce. Žena by neměla pracovat ve velkém tempu, dlouho chodit nebo stát. Dlouhé stání může ovlivňovat nitrobršni tlak. Dále by žena neměla zvedat těžká břemena. Pokud žena nemůže mít v zaměstnání pauzy, jak potřebuje, je vystavena rizikům. V tomto případě by jí měla být poskytnuta pracovní neschopnost do doby, než nastoupí na mateřskou dovolenou (Hájek, 2004). Do námahy může spadat i fyzická aktivita v rámci cvičení. Dále sem může být zařazen krátký interval mezi těhotenstvími – méně než 6 měsíců, ideální je alespoň 12 měsíců (Černý, 2020). Může sem být zařazen i nepřiměřený pohlavní styk nebo onemocnění paradontu (Procházka, 2020).

Všechny tyto faktory mohou působit samostatně nebo kombinovaně a mohou vést k předčasnému porodu (Procházka, 2020).

1.4 Predikce předčasného porodu

Predikce předčasného porodu je velmi důležitá, protože předčasný porod může mít značný vliv na osobní, zdravotní a ekonomické postavení rodiny předčasně narozeného dítěte i na ekonomiku státu. Predikovat předčasný porod je důležité i kvůli potřebě zajištění nadcházejících intervencí, jako jsou podání progesteronu, tokolýzy nebo kortikoidů a další (Suff, 2018). Cílem predikce je rozlišit, které těhotné ženy lze sledovat ambulantně a které rizikové těhotné ženy je potřeba hospitalizovat (Dudášová, 2019).

Predikci předčasného porodu lze rozdělit na dvě skupiny – asymptomatické těhotné ženy a symptomatické těhotné ženy (Kacerovský, 2017).

U asymptomatických žen je využita hlavně identifikace rizikových faktorů. Bývají využity především anamnestické údaje a zkrácení děložního hrdla zjištěné transvaginálním UTZ (Kacerovský, 2017).

Nejvýznamnějšími rizikovými faktory jsou předčasný porod nebo potrat ve II. trimestru v anamnéze. Představují riziko až 32 % (Gregor, 2020).

Odběr anamnézy je nedílnou součástí každého vyšetření. Už z pouhého odebrání anamnestických dat lze určit ženu s vysokým rizikem předčasného porodu. Z pohledu předčasného porodu je nejdůležitější anamnéza gynekologická, osobní, sociální a rodinná. Sběr anamnestických údajů by měl být zaměřen na rizikové faktory, o kterých se autorka už zmínila v podkapitole 1.3 (Dudášová, 2019).

Další metodou používanou v predikci předčasného porodu u asymptomaticky těhotných žen je cervikometrie. Tato metoda má senzitivitu 78 % a specifitu až 82 %. Nejpřesněji lze délku děložního hrdla změřit transvaginálním přístupem. Měříme vzdálenost mezi vnější a vnitřní brankou, tzv. funkční délku. Klíčový nález při cervikometrii je hrdlo kratší než 25 mm, tzv. krátké děložní hrdlo, mezi 20. a 30. týdnem těhotenství (Gregor, 2020). Dále můžeme při cervikometrii posoudit i tzv. funneling neboli insuficienci vnitřní branky. Funneling popisujeme kvantitativně i kvalitativně. Popisujeme tvar T, Y, V, U, s progresí nebo bez progresu při stresu. Pokud je nález funnelingu pozitivní, ale délka děložního hrdla představuje standardní hodnotu, není to považováno za rizikový faktor (Dudášová, 2019).

K predikci předčasného porodu u symptomatických těhotných žen jsou použita následující vyšetření: cervikometrie jako u žen asymptomatických a biochemické metody. Mezi tyto metody patří stanovení fetálního fibronektinu. Fetální fibronectin (dále jen fFN) je glykoprotein produkovaný cytotrofoblastem a amniocyty (Koucký, 2014). Je přítomný ve vaginálním sekretu v rané fázi těhotenství (ÚZIS, 2023). U fyziologické gravidity se nevyskytuje v cervikovaginálním sekretu mezi 22. a 35. týdnem těhotenství. Po 36. týdnu těhotenství se fFN objevuje v cervikálním sekretu fyziologicky (Koucký, 2014). Mezi další biochemické metody patří stanovení placental alpha mikroglobulin-1 (dále jen PAMG-1). Jde o glykoprotein, který se nachází ve vysokých koncentracích v amniální tekutině. V cervikovaginálním sekretu je jeho množství stopové. Pokud je zachovaný vak blan, ale test je pozitivní, předpokládá se, že dochází k mikroperforacím, které způsobují děložní činnosti. Plodová voda pak uniká do cervikovaginálního sekretu, což je známka hrozícího předčasného porodu. Posledním biochemickým markerem je fosforylovaný insulin like growth factor binding protein – 1 (dále jen phIGFBP-1). Tento protein je součástí většího systému inzulinu podobných růstových faktorů, jejich receptorů a vazebných proteinů. V predikci předčasného porodu se používá fosforylovaná část vazebného proteinu 1 IGF z cervikálního sekretu. Je produkovaný deciduou, jejíž aktivizace vede k leaku phIGFBP-1 do porodních cest. Výhodou tohoto testování je pak to, že vzorek nelze kontaminovat plodovou vodou, močí ani recentním pohlavním stykem, jako tomu je u fFN (Dudášková, 2019).

U těhotné ženy se symptomy a zkrácením děložního hrdla pod 15 mm existuje riziko předčasného porodu do 7 dnů až 50 %. V tomto případě nejsou odebírány biochemické parametry. Biochemické parametry nejsou odebírány ani v případě zkrácení děložního

hrdla nad 30 mm, protože riziko předčasného porodu je v tomto případě velmi nízké. Pokud je děložní hrdlo zkráceno na 15–30 mm, lze biochemické parametry odebrat k upřesnění rizika předčasného porodu (Kacerovský, 2017).

1.5 Diagnostika předčasného porodu

Diagnóza předčasného porodu není vždy snadná. Je stanovována pouze na základě symptomů (Kacerovský, 2017), a to ihned při příchodu těhotné ženy na porodnické oddělení. Lékař musí provést velmi důležité rozhodnutí, zda těhotenství udržet a zabránit ukončení těhotenství vybranou léčbou, nebo předčasnému porodu nebránit a těhotenství ukončit (Hájek, 2004). Lékař také musí rozhodnout, zda předčasný porod není důsledek závažné komplikace, jako je například preeklampsie nebo abrupce placenty. Komplikace mohou ohrožovat život matky i plodu a těhotenství je nutné ihned ukončit císařským řezem (Koterová, 2008).

Spontánní předčasný porod má 3 základní patofyziologické jevy: děložní kontrakce (více než 4 kontrakce za 20 minut nebo více než 8 kontrakcí za 60 minut), zkracování a dilatace děložního hrdla nebo předčasný odtok plodové vody (Procházka, 2020).

U předčasného porodu je možné rozeznat 4 klinická stádia: hrozící předčasný porod (*partus praematurus imminens*); počínající předčasný porod (*partus praematurus incipiens*) – stav, kdy je děložní hrdlo zcela zaniklé a porodnická branka je větší než 3 cm; předčasný porod v běhu (*partus praematurus in cursu*) – dilatace měkkých cest pokračuje, odtéká plodová voda a plod vstupuje do pánve a předčasný odtok plodové vody – PPRM (Hájek, 2004).

1.5.1 Diagnostické metody

V diagnostice předčasného porodu by se mělo postupovat v tomto pořadí: sběr anamnestických dat, průkaz děložní činnosti, porodnické vyšetření včetně vyšetření v zrcadlech, abdominální UTZ, průkaz zkrácení děložního hrdla pomocí vaginálního UTZ a průkaz předčasného odtoku plodové vody a laboratorní testy (Hájek, 2004).

Při anamnéze žena udává obvykle pravidelné nebo nepravidelné tvrdnutí v podbřišku, bolest může připomínat menstruační bolest, nebo žena může mít zádové bolesti konkrétně v křížové oblasti. Dále může žena popisovat krvácení nebo krvavý výtok, vodnatý výtok nebo odtok plodové vody (Hájek, 2004).

Děložní činnost hodnotíme podle kardiokografu. Výskyt 4 děložních kontrakcí za 30 minut může být známkou počínajícího předčasného porodu. Kardiokografem lze hodnotit i oxygenaci plodu (Roztočil, 2017).

Porodnické vyšetření zahrnuje vaginální a bimanuální vyšetření. Při vaginálním vyšetření se hodnotí zkrácení děložního hrdla, jeho dilatace, změna konzistence, lokalizace (ventrálně, sakrálně) a stupeň vývoje poševní klenby, tzv. cervix skóre (Hájek, 2014). Dále hodnotíme děložní tonus (Roztočil, 2017). Součástí porodnického vyšetření je i vyšetření v zrcadlech. Tímto vyšetřením lze zjistit předčasný odtok plodové vody, výhřez vaku blan nebo prolabující malé části plodu (Hájek, 2014). Také lze vyšetření v zrcadlech využít k odběru kultivace z hrdla a pochvy nebo k provedení PROM testu (Hájek, 2004).

Abdominální ultrazvuk slouží k posouzení polohy plodu nebo k biometrii plodu, k odhadu porodní hmotnosti, dále pak lokalizuje placentu, ukáže tvar dělohy a její možné abnormality a také množství plodové vody (Hájek, 2004). Dále lze abdominální ultrazvuk využít k dopplerovské flowmetrii děložních placentárních a fetálních cév (Roztočil, 2017) nebo ke sledování stavu plodu pomocí průtoku krve v a. umbilicalis (Hájek, 2004).

Vaginální ultrazvuková cervikometrie: vyšetření umožňuje zjistit, zda je děložní hrdlo zkráceno a zda je naznačen funneling (Hájek, 2004).

Průkaz odtoku plodové vody: nejčastěji se využívá Temešváryho test – plodová voda na vložce zmodrá. Test ale může být falešně pozitivní – například u vzorku s příměsí krve. Další metodou je actim PROM test a amnisure PROM test, které pracují na podkladě imunochromatografické metody (Hájek, 2014).

Laboratorní testy: patří sem kultivace z moči, poševního a cervikálního sekretu, krevní obraz, C-reaktivní protein (CRP) nebo hladina fFN (Roztočil, 2017). Dále pak koagulační parametry, biochemické parametry a chemické vyšetření moče i její kultivace (Koterová, 2008).

Diagnóza předčasného porodu je stanovena na základě splnění objektivních (progrese vaginálního nálezu, odtok plodové vody a další) a subjektivních kritérií (pravidelná děložní činnost). I když jsou všechna tato kritéria splněna, v klinické praxi může nastat situace, kdy žena do 7 dní neporodí (Procházka, 2020).

1.6 Prevence předčasného porodu

Prevence je jedním z hlavních cílů porodnické péče. Prevenční programy jsou navrhovány tak, aby včas odhalily riziko předčasného porodu, a to ještě před objevením prvních symptomů. Ne všechny příčiny lze ovlivnit (např. sociální zabezpečení, národnost, věk nebo vícečetnost těhotenství) (Hájek, 2004).

Mezi základní možnosti prevence patří: léčba urogenitálních infekcí; léčba bakteriální vaginózy; ukončení kouření, popř. aplikace drog (Roztočil, 2017; podávání progesteronu nebo cerkláž děložního hrdla (Procházka, 2020).

1.6.1 Progesteron

Progesteron inhibuje kontraktilitu myometria. Při vaginálním podání působí protizánětlivě. Je podáván asymptomaticky těhotným ženám s krátkým děložním hrdlem (Procházka, 2020). U žen, které mají v anamnéze předčasný porod nebo pozdní potrat ve II. trimestru, lze zvážit podávání progesteronu od 16. do 35. týdne těhotenství (Kacerovský, 2017). Doporučené podávání je 200 mg vaginálně na noc (Procházka, 2020).

1.6.2 Cerkláž

Cerkláž děložního hrdla představuje sekundární prevenci předčasného porodu i terapeutický výkon. U žen s dilatací děložního hrdla a prolabujícím se vakem blan lze využít cerkláž se založením polypropylenové sítky. Okluze sítky chrání plodové obaly a zpevňuje dilatované děložní hrdlo, dále zabraňuje vzniku infekce a jejího šíření do plodových obalů (Lužnik, 2006). Indikovat cerkláž lze ženám na základě anamnézy – u asymptomatických žen s anamnézou tří a více předčasných porodů nebo těhotenských ztrát ve II. trimestru. Cerkláž se může provést mezi 12. a 14. týdnem těhotenství (Procházka, 2020). Další indikací je výsledek transvaginálního ultrazvuku – cervikometrie. Záchrannou (tzv. emergency) cerkláž lze indikovat v případě dilatace děložního hrdla s prolabujícím vakem blan do pochvy (Procházka, 2020). Může oddálit předčasný porod až o 5 týdnů. Tento postup může snížit incidenci předčasného porodu do 34. týdne těhotenství až o polovinu. Pokud je dilatace děložního hrdla větší než 4 centimetry a vak blan je před zevní brankou, existuje vysoké riziko selhání výkonu. Pokud je vyloučen zánět v plodové vodě, šance na úspěch je vyšší (Kacerovský, 2017).

Cerkláž lze provést třemi operačními technikami: transvaginální cerkláž dle McDonalda, vysokou transvaginální cerkláž dle Shirodkara a transabdominální cerkláž per laparoskopiam nebo per laparotomiam. Cerkláž má i své kontraindikace. Patří mezi ně děložní činnost, klinické známky chorioamnionitidy, vaginální krvácení, PPRM, známky fetálního distresu, neviabilní plod – mrtvý plod, vrozené vývojové vady plodu a další (Procházka, 2020).

Cerkláž provedená transvaginálně se odstraňuje většinou mezi 36. a 37. týdnem těhotenství. Při plánovaném císařském řezu může být cerkláž odstraněna až v den samotného výkonu. Pokud u žen dojde k zahájení děložních kontrakcí nebo předčasně odteče plodová voda, je vhodné cerkláž odstranit z důvodu snížení rizika poranění hrdla dělohy. U transabdominálně provedené cerkláže je porod veden císařským řezem a cerkláž může být ponechána na místě (Procházka, 2020).

1.7 Management předčasného porodu

Při stanovování strategie léčby předčasného porodu musí být rozhodnuto, zda je proces předčasného porodu ve fázi, kdy ho ještě lze zastavit a těhotenství může pokračovat. V případě, že těhotenství může pokračovat, je nutné nasadit léčbu. V případě, že v těhotenství nelze pokračovat, je nutné připravit adekvátní podmínky pro porod nezralého novorozence (Roztočil, 2017).

Pokud u ženy existuje velké riziko, že porodí předčasně, měla by být hospitalizována na gynekologicko-porodnickém oddělení. Pokud se jedná o již počínající předčasný porod, měla by být transportována do adekvátního pracoviště (Procházka, 2020). V ČR je porodnická péče rozdělena do tří stupňů. První stupeň péče představují regionální pracoviště, která jsou určena pro fyziologické a donošené novorozence. Pracoviště druhého stupně jsou intermediární centra, kde spadají předčasně narození novorozenci od 32. týdne těhotenství. Pracoviště třetího stupně poskytují péči extrémně nezralým novorozencům a kriticky nemocným novorozencům (Lamberská). Nejlepší způsob převozu ženy představuje transport plodu v děloze, tzv. in utero (ÚZIS, 2023).

Jako každá léčba má i léčba předčasného porodu své kontraindikace. Absolutní kontraindikací je smrt plodu, vrozené vývojové vady plodu neslučitelné se životem a také stavy plodu a matky vyžadující okamžité ukončení těhotenství. Mezi relativní

kontraindikace patří krvácení, preeklampsie, chronický a akutní distress plodu, nitroděložní růstová retardace a průkaz odtoku plodové vody (Roztočil, 2027).

Vlastní léčba spočívá v následujících léčebných metodách: hospitalizace, klid na lůžku, antibiotická terapie, kortikosteroidy, terapeutická cerkláž, hydratace a tokolytická léčba (Roztočil, 2017).

1.7.1 Léčba tokolytiky

Tokolytika jsou preparáty, které zastavují nebo zmírňují činnost dělohy, čímž oddalují předčasný porod. Účelem této léčby je hlavně získat čas pro aplikaci kortikosteroidů k indukci plicní zralosti plodu a pro transport in utero do perinatologického centra (Procházka, 2020). V současné době je tokolýza základním postupem k léčbě předčasného porodu. Úspěšná je taková léčba, která zabrání předčasnému porodu do 48 hodin. Tokolýza je indikována u žen těhotných od 24. týdne těhotenství, po dosažení gestačního stáří 33 + 6 se již nedoporučuje (Hájek, 2004). Tokolýzu lze rozlišit na parciální tokolýzu, která reguluje nadměrnou děložní činnost u spontánně vedeného předčasného porodu (Procházka, 2020). Parciální tokolýzu lze využít i u stavu intrapartální hypoxie plodu u stavu před provedením akutního císařského řezu (Roztočil, 2017). Další možností je tokolýza akutní. Ta slouží k zástavě děložní činnosti. Léčba není účinná před 20. týdnem těhotenství. Trvání léčby by nemělo přesáhnout 48 hodin. V případě potřeby ji lze opakovat. Indikacemi k zahájení tokolýzy jsou zastavení nebo oddálení předčasného porodu, úprava děložních kontrakcí, utlumení děložní činnosti, hyperaktivita dělohy, zevní obrat plodu a v perioperačním období provedení cerkláže (Procházka, 2020). Kontraindikací podání tokolýzy s ohledem k aktuálnímu stavu patří těhotenství mladší než 24. týden a starší než 34. týden, IUGR, suspektní nebo patologické CTG, děložní krvácení, HELLP syndrom, těžká preeklampsie, mrtvý plod, placenta praevia, chorioamnionitida a alergie na tokolytikum (Procházka, 2020).

Volba preparátu je závislá na zkušenostech daného pracoviště. V našich podmínkách do této skupiny patří progesteron, ionty hořčíku, beta₂-mimetika a blokátory oxytocinových receptorů (Roztočil, 2017). Dalšími preparáty jsou inhibitory syntézy prostaglandinů a blokátory kalciového kanálu (Procházka, 2020).

Preparáty obsahující progesteron: podává se 100 mg progesteronu ve formě vaginálních čípků ženám s rizikem předčasného porodu mezi 24. a 34. týdnem těhotenství, přičemž je podáván preventivně (Roztočil, 2017).

Antagonisté oxytocinových receptorů: například Atosiban. Používá se při zástavě děložních kontrakcí u předčasného porodu. Léčba by neměla přesáhnout 48 hodin. Nežádoucí účinky jsou vzácné, ale mohou se vyskytovat. Patří mezi ně hypotenze, nespavost, pruritus nebo alergická reakce (Procházka, 2020).

Beta₂-mimetika jsou blízka katecholaminům a stimulují beta-receptory. Dochází k redukci vápníku a snížení senzitivity myozin-aktin kontraktilní jednotky. Nejčastěji je u nás aplikován hexoprenalin, konkrétně Gynipral. Vedlejšími účinky jsou hypotenze, tachykardie, arytmie, hypokalémie, hypokalcemie a kožní vyrážka. Vedlejší účinky plodu jsou tachykardie a arytmie. Vedlejší účinky mohou přejít i na novorozence. Těmi jsou hypotenze, hypoglykemie, hypokalcemie, myokardiální ischemie a hyperbilirubinemie. Kontraindikací pro matku jsou těžká preeklampsie, eklampsie, nekompenzovaný diabetes mellitus, hypertenzní choroba, migréna, febrilní stav matky, pokročilá dilatace porodních cest, hypothyreóza, ischemická choroba srdeční a arytmie. Kontraindikace pro plod jsou tyto: délka gestace nad 37 týdnů, odhad porodní hmotnosti nad 2500 gramů, anomálie plodu, chorioamnionitida a mrtvý plod (Hájek, 2014). Beta₂-mimetika lze využít i v parciální tokolýze. Děložní činnost není zastavena, ale snižují se amplitudy a frekvence děložních kontrakcí, prodlužuje se mezikontrakční období a amplitudy raných decelerací (Hájek, 2014).

Inhibitory syntézy prostaglandinů se v ČR většinou nepoužívají kvůli vedlejším účinkům na matku i plod (Procházka, 2020).

Blokátory kalciového kanálu zabraňují vstupu kalcia do buněk hladkého svalu a tím vzniku kontrakcí. Vedlejší účinky jsou mírnější než u beta₂-mimetik (Procházka, 2020).

Hořčík ve formě magnezium sulfátu využívá komplexního účinku. U těhotných má také neuroprotektivní účinek na plod. Hořčík lze podávat v perorální nebo parenterální formě. U nás je často využíván jako tokolytikum (Špálová, 2003). Podávání má samozřejmě vedlejší účinky, jako jsou nauzea, zvracení, zácpa, pocení, dyspnoe, glykosurie nebo neuromuskulární blokády (Göthová, 2013).

1.7.2 Léčba antibiotiky

Cílem podávání ATB je snížení incidence časných a pozdních mateřských a neonatálních infekcí (Procházka, 2020). Snižují výskyt chorionamnionitidy, neonatální morbiditu a frekvenci oxygenoterapie. Při PPROM na hranici viability volíme individuální postup po konzultaci s neonatologem. Aplikace ATB je vždy intravenózní (Göthová, 2013). V ČR je se jako první volba využívá penicilin G, alternativní možností je ampicilin, a pokud je žena alergická na penicilinové ATB, volí se cefalosporiny 1. generace nebo klindamycin (Procházka, 2020).

1.7.3 Léčba kortikosteroidy

Aplikace kortikosteroidů se využívá k urychlení maturace plicní zralosti (Göthová, 2013). Kortikosteroidy zvyšují tvorbu surfaktantu v plicích plodu, což následně snižuje riziko syndromu respirační tísně u nezralých plodů (Procházka, 2020). Aplikace tím pádem snižuje perinatální mortalitu a morbiditu. Patří tedy mezi nejdůležitější porodnickou intervenci v léčbě předčasného porodu (Ye, 2021). Podání kortikosteroidů je doporučováno v období 24 + 0 až 34 + 6 týdnů těhotenství. Aplikace by měla být ženě indikována pouze v případě, že existuje předpoklad porodu do 7 dní. Pokud žena neporodí, kúra se může opakovat výjimečně po 14 dnech. V ČR se terapie zahájí u 85 % předčasných porodů s extrémně nezralými plody, u 40–50 % je terapie dokončena (Göthová, 2013). Nejvíce využívanými přípravky jsou u nás betamethason 12 mg à 24 hodin i. m., celkem dvě dávky (Diprofos) a dexamethason 6 mg à 12 hodin, celkem 4 dávky (Dexona) (Kacerovský, 2017).

1.8 Předčasný odtok plodové vody

Předčasný odtok plodové vody je způsoben porušením plodových obalů před nástupem pravidelné děložní činnosti před 37. týdnem těhotenství. PPROM se podílí zhruba na jedné třetině všech předčasných porodů (Kacerovský, 2017). U žen s PPROM je nejdůležitější rozhodnout, zda zvolit přístup aktivní, nebo konzervativní.

Konzervativní neboli expektační přístup volíme u PPROM před 34. týdnem těhotenství (34 + 0). U těhotenství před ukončeným 22. týdnem těhotenství, tzn. před dosažením viability plodu, je přístup vždy individuální po konzultaci s ženou, porodníkem a neonatologem (Procházka, 2020). Dále je doporučena hospitalizace v perinatologickém centru a poté intenzivní neonatologická péče (Fulová, 2023). Od 24. týdne je ženě

naordinován tělesný klid, aplikace antibiotik, tokolytik a kortikoidů. Pokud žena nemá infekci a její stav nesvědčí o rozvoji infekce, lze v těhotenství pokračovat. Každý týden, který prodlouží graviditu, je pro plod žádoucí a zvyšuje jeho šanci na přežití (Roztočil, 2017). U PPRM po 34. týdnu těhotenství není určen přesný postup. Postupuje se proto individuálně a zvažuje se buď indukce porodu, nebo ukončení těhotenství (Procházka, 2020).

Aktivní přístup volíme v případě, že jsou u ženy přítomny známky infekce. Ta se může projevit zvýšenou teplotou, vzestupem leukocytů, pozitivitou CRP, hypertonem dělohy a tachykardií. Největším nebezpečím je infekce a zánět u plodu – syndrom fetální zánětové odpovědi (Hájek, 2014).

1.9 Vedení předčasného porodu

Vedení předčasného porodu se liší od vedení porodu v termínu porodu (Hájek, 2014). Předčasný porod by měl být veden tak, aby byl pro plod co nejšetrnější. Vedení porodu závisí na aktuálních porodnických podmínkách. Způsoby vedení předčasného porodu by měly respektovat indikace k císařskému řezu. Dále by se měly řídit zvyklostmi pracoviště, kde žena rodí, a zkušenostmi porodníka. Způsob porodu mezi 22. až 25. týdnem těhotenství je vždy individuální, a to po odborném konziliu a diskusí se ženou a jejím partnerem. Profesionální péče zahrnuje i poskytnutí informací o rizicích a následcích s ohledem na psychický stav rodičů (Procházka, 2020).

1.9.1 Vaginální předčasný porod

Vaginální porod je možný pouze tehdy, pokud je plod v poloze záhlavím. U konce pánevního se volí císařský řez, pokud má plod hmotnost do 2500 gramů (Hájek, 2014). Výjimku tvoří stavy, kdy z časového hlediska nelze císařský řez provést (Roztočil, 2017). K vaginálnímu porodu musí porodník posoudit určité podmínky. Jednou z nich je zralost děložního hrdla, jeho konzistence a postavení. U cervix skóre je to pak hodnocení větší než 7 (Hájek, 2014). U předčasného porodu je téměř pokaždé velké riziko nadměrné děložní činnosti (Procházka, 2020). Je nutné děložní činnost monitorovat, alespoň pomocí CTG. Lze tak monitorovat výši amplitud, délku mezikontrakčního období a hloubku decelerací. U předčasného porodu můžeme pozorovat časné decelerace, které vznikají tlakem hlavičky na nerozvinutou porodnickou branku. U donošeného plodu nejsou nebezpečné, ale u nedonošeného způsobují hypoxii. Frekvence kontrakcí by neměla být

vyšší než 4 kontrakce za 10 minut, mezikontrakční období by mělo trvat alespoň 40 sekund (Hájek, 2004). Při nadměrné děložní činnosti je nutno podat parciální tokolyzu nebo epidurální analgezii. Pokud je na záznamu CTG u plodu zjištěna jakákoliv známka intrauterinní hypoxie, je nutné porod okamžitě ukončit císařským řezem (Hájek, 2004). Před 34 + 0 je kontraindikováno použití vakuuumextrakce. Provedení preventivní epiziotomie není prospěšné (Procházka, 2020). Rovněž využití forceps není tak hojně využíváno (Hájek, 2004).

1.9.2 Porod císařským řezem

Císařský řez není indikován u porodů do 24. týdne těhotenství, pokud není ohroženo zdraví a život matky (Roztočil, 2017). Plod je previabilní, riziko poranění dělohy je vyšší než šance plodu na přežití. V období mezi 24 + 0 až 24 + 6 se postupuje individuálně podle anamnézy matky. Pokud je císařský řez prováděn od 26. týdne v perinatologickém centru, je šance na přežití plodu velká. Při císařském řezu u plodů, které mají hmotnost pod 1000 gramů, je nutné, aby výkon prováděl zkušený porodník, protože zde existuje velké riziko poranění dělohy (Hájek, 2004). Nejčastější indikací k císařskému řezu je poloha plodu koncem pánevním. Další častou indikací je vícečetné těhotenství nebo chorioamnionitida, krvácení matky, hypoxie plodu a další.

1.10 Role porodní asistentky

Role porodní asistentky u předčasného porodu je velmi důležitá už v prenatální péči. V prenatální péči by měla porodní asistentka ženu edukovat o rizikových faktorech, konkrétně jak jim předejít a čeho se vyvarovat. Porodní asistentka by měla umět rozpoznat známky hrozícího a probíhajícího předčasného porodu (Procházka, 2020).

1.10.1 Potřeby žen u porodu

U porodu má každá žena své potřeby. Úkolem porodní asistentky je tyto potřeby naplňovat. U porodu je to například potřeba jídla. Při běžícím porodu by měla porodní asistentka nabízet především sacharidy, které dodávají energii. Ženě může být k dispozici banán, hroznový cukr, meloun, přesnídávka, čokoláda, piškoty nebo nanuk. Žena by neměla zapomínat ani na tekutiny, porodní asistentka by měla ženě nabízet sladký čaj, v případě, že má žena gestační diabetes mellitus, tak čaj hořký a vodu. Pokud žena zvrací a je vyčerpaná, může ji být nabídnuta coca-cola. Další nezbytnou potřebou je bezproblémové dýchání. Pokud žena u porodu dobře dýchá, vyhne se únavě, křečím nebo

brnění, nemá pocit nauzey, popřípadě nezvrací. Porodní asistentka napomáhá v realizaci správného dýchání v době kontrakce (Dušová, 2019).

1.10.2 Role porodní asistentky na porodním sále

Práce porodní asistentky na porodním sále klade velké nároky na erudici, zručnost, rychlost v rozhodování, znalost přístrojové techniky, znalost léčebných přípravků, psychickou odolnost a schopnost pracovat v týmu. U porodu porodní asistentka zavede periferní žilní katétr, kontroluje krvácení z rodidel, děložní činnost, natáčí CTG, měří fyziologické funkce a kontroluje vyprazdňování. Pokud lékař indikuje akutní císařský řez, porodní asistentka připraví a edukuje rodičku ohledně ukončení těhotenství císařským řezem (Šálková, 2015). Pokud dochází k akutnímu císařskému řezu, žena by s ním měla být dostatečně obeznámena. Pro ženu je velmi stresující, často má pocit, že ztrácí kontrolu, proto by jí měly být podány veškeré informace. Měla by vědět, co se s ní bude dít a jak bude operace probíhat, měla by být informována o volbě anestezie, přítomnosti partnera, jak bude probíhat péče o novorozence. Porodní asistentka by měla ženu podporovat, být vstřícná a empatická a zmírňovat její strach a úzkost (Takács, 2015).

Pokud je u předčasného porodu ženě podána epidurální analgezie, porodní asistentka poskytne ženě informované souhlasy. Dále zavede periferní žilní katétr a podá ženě infuzní roztoky dle ordinace lékaře, a to z důvodu správného krevního tlaku. Porodní asistentka by měla ženě vysvětlit, že epidurální analgezie zcela od bolesti neuleví, ale utlumí kontrakce a poskytne částečnou úlevu (Dušová, 2019).

Předčasný porod představuje pro ženu i její rodinu náročnou situaci. Pokud je žena hospitalizovaná kvůli předčasnému porodu, porodní asistentka monitoruje nejen její stav, ale rovněž stav plodu. Po celý průběh porodu ženě poskytuje psychickou podporu (Procházka, 2020).

1.10.3 Kompetence porodních asistentek

Porodní asistentka je plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který plně spolupracuje se ženami a novorozenci. Poskytuje jim potřebnou podporu a péči během těhotenství, během celého porodu a také po porodu (mzcr.cz.,2021).

Mezi její kompetence patří například poskytovat informace o životosprávě a o přípravě na porod, dále pomáhá s otázkami sociálně-právními ve spolupráci s příslušnými orgány (Vyhláška č. 391/2017 Sb.).

Sama porodní asistentka může provádět návštěvy v rodině po porodu ženy a sledovat její zdravotnický stav. Porodní asistentka ženu podporuje a edukuje v péči o novorozence. Dále porodní asistentka sleduje fyziologicky těhotnou ženu, samostatně odvádí fyziologické porody. V případě zjištění komplikací, odkáže ženu do péče lékaře (vyhláška č. 391/2017 Sb.).

Při porodu sleduje stav plodu v děloze všemi možnými prostředky. Rozpoznává u matky nebo plodu příznaky patologií, které vyžadují zásah lékaře. Lékaři pomáhá v případě zásahu, při nepřítomnosti lékaře může provést neodkladná opatření. Pod přímým vedením lékaře porodní asistentka asistuje u komplikovaných porodů (vyhláška č. 391/2017 Sb.).

Porodní asistentka pečuje o ženu s odumřelým plodem ve vyšším stupni těhotenství, s přerušným těhotenstvím od 12. týdne z genetické indikace či zdravotní indikace ženy ve všech dobách porodních. Porodní asistentka také sleduje a vyhodnocuje rizika s tím spojená (vyhláška č. 391/2017 Sb.).

Celkově porodní asistentka analyzuje, zajišťuje a hodnotí kvalitu poskytované ošetrovatelské péče. Mimo porodní sál asistuje u gynekologických výkonů, stará se o ženy na gynekologii nebo může instrumentovat na operačním sále při císařském řezu (vyhláška č. 391/2017 Sb.).

Mezi další obecné kompetence patří manipulace se zdravotnickými prostředky nebo manipulace s léčivými přípravky (vyhláška č. 391/2017 Sb.).

2 Cíl práce a výzkumné otázky

2.1 Cíl práce

Cíl práce: Zjistit, jak se porodní asistentky orientují v péči o ženu s předčasným porodem a s důrazem na porod plodu na hranici viability.

2.2 Výzkumné otázky

Otázka 1.: Jak vnímají porodní asistentky péči o ženu s diagnózou předčasného porodu na hranici viability plodu?

Otázka 2.: Jaká je konkrétní péče porodní asistentky o ženu s předčasným porodem na hranici viability plodu?

Otázka 3.: Jak porodní asistentky edukují ženy s předčasným porodem na hranici viability plodu?

2.3 Operacionalizace pojmů

Porodní asistentka – „*Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník; pracuje v partnerství se ženami, aby jim poskytla potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádné naléhavé situaci.*“ (mzcr.cz, 2021)

Předčasný porod – porod do týdne těhotenství 37 + 0 (Kacerovský, 2017).

Viabilita plodu – životaschopnost či schopnost přežít mimo dělohu (Zlatohlávková, 2011).

Edukace – termín zahrnující jak výchovu, tak vzdělávání (Dušová, 2019).

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky

Výzkumná část byla prováděna metodou kvalitativního výzkumného šetření. Ke sběru dat byla použita technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumné šetření bylo prováděno se souhlasem porodních asistentek, které pracují nebo pracovaly na porodním sále v perinatologickém centru. Sběr dat byl uskutečněn v červenci roku 2023.

Výzkum v nemocnici byl uskutečněn na gynekologicko-porodnickém oddělení za souhlasu hlavní sestry. Jako odpovědný pracovník podepsala dokument „Žádost o provedení výzkumu v nemocničním zařízení“, který je obsažen v přílohách bakalářské práce (viz příloha 2). Další rozhovory byly uskutečněny pomocí aplikace Messenger. Rozhovory obsahovaly 13 otázek, jež byly doplněny dalšími podotázkami tak, aby byla do výzkumu zahrnuta všechna důležitá témata (viz příloha 1). Porodní asistentky byly seznámeny s tématem bakalářské práce a také byly informovány o anonymitě šetření. Proto jsou porodní asistentky označeny jako P1 až P6.

Samotná realizace rozhovorů probíhala na předem domluveném místě a ve společně stanoveném čase. Rozhovory probíhaly individuálně a byly zapisovány do textového editoru Microsoft Word nebo na papír. Délka rozhovoru se pohybovala od 20 do 30 minut.

Z doslovného přepisu byly vytvořeny základní údaje o respondentkách a vybrány nejdůležitější informace, které byly dosazeny do tabulek. Analýza výzkumu byla prováděna metodou kódování v ruce (Švaříček, Šedřová, 2014).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný vzorek se skládal z 6 respondentek. Kritériem pro rozhovor bylo to, že respondentka musela pracovat na porodním sále v perinatologickém centru. Respondentkám byly ve věku od 26 do 63 let. Všechny respondentky s provedením a použitím rozhovoru pro účely této bakalářské práce souhlasily. Základní údaje o těchto respondentkách jsou uvedeny v tabulce 1.

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Charakteristika respondentek

Tabulka 1 – Identifikační údaje o respondentkách

Respondentky	Věk	Vzdělání	Celková doba praxe	Délka praxe na porodním sále
P1	28 let	Vysokoškolské, bakalářské	5 let	5 let
P2	30 let	Vysokoškolské, magisterské	7 let	7 let
P3	44 let	Vysokoškolské, bakalářské	Více než 10 let	Více než 10 let
P4	26 let	Vysokoškolské, bakalářské	3 roky	1 rok
P5	39 let	Vysokoškolské, bakalářské	Více než 10 let	Více než 10 let
P6	63 let	Středoškolské s maturitou	Více než 10 let	Více než 10 let

Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce jsou uvedeny informace o porodních asistentkách, které pracují nebo pracovaly na porodním sále v perinatologickém centru. Do identifikačních údajů řadíme věk, nejvyšší dosažené vzdělání, celkovou dobu praxe a délku praxe na porodním sále.

Respondentce P1 je 28 let, vystudovala vysokou školu, na porodním sále pracuje 5 let.

Respondentce P2 je 30 let, vystudovala vysokou školu, na porodním sále pracuje 7 let.

Respondentce P3 je 44 let, vystudovala vysokou školu, na porodním sále pracuje více než 10 let.

Respondentce P4 je 26 let, vystudovala vysokou školu, na porodním sále pracuje přes 1 rok.

Respondentce P5 je 39 let, vystudovala vysokou školu, na porodním sále pracuje přes 10 let.

Respondentce P6 je 63 let, má vystudovanou střední odbornou školu s maturitou, na porodním sále pracuje přes 10 let.

4.2 Kategorie výzkumu

Na základě analýzy dat byly vytvořeny dvě hlavní kategorie (viz tabulka 2). První oblast se týká edukace. Dotazovala jsem se porodních asistentek, které informace poskytují ženám rodičím předčasně na hranici viability plodu. Ve druhé kategorii jsem se porodních asistentek doptávala, jaká je jejich náplň práce v péči o ženu s předčasným porodem na hranici viability plodu.

Tabulka 2 – Kategorie výzkumu

Porodní asistentky	Edukace žen
	Náplň práce

Zdroj: vlastní zpracování

V rozhovorech se odpovědi často opakovaly. Díky tomu bylo možné vytvořit schémata obsahující kategorii výzkumu a k ní výsledek. Odpovědi respondentek byly označeny jako P1 až P6 a umístěny do přehledných tabulek. Výsledky výzkumného šetření byly zaznamenány se slovním komentářem pod jednotlivé tabulky.

4.3 Tabulka 2 – Setkání s ženou s předčasným porodem na hranici viability plodu

Méně než 5x	P4
Více než 5x	P1
Více než 10x	P2, P3, P5, P6

Zdroj: vlastní zpracování

Na začátku rozhovoru jsem se respondentek ptala, jak často se s předčasným porodem ve své praxi setkávají, konkrétně s porodem na hranici viability plodu. Pouze jedna respondentka (P4) uvedla, že tato situace pro ni není až tak častá: „*Zatím s těmito porody moc zkušeností nemám, pokud byl u ženy diagnostikovaný hrozící předčasný porod, podařilo se porodu zabránit a žena byla umístěna na stanici rizikového těhotenství. Pokud jsem byla přítomna u předčasného porodu na hranici viability plodu, jednalo se o císařské řezy, indikace byla ze strany matky.*“ Další respondentka (P1) uvedla, že se s těmito porody setkala už víckrát, ale jestli to bylo víc než 10x, to si neodhadne tvrdit.

Celkem 4 respondentky (P2, P3, P5, P6) uvedly, že se s těmito porody setkávají často, jelikož pracují v perinatologickém centru a mají delší praxi než respondentky P1 a P4. Nicméně i respondentka P3 uvedla, že se spíše setkává s předčasným porodem, který je proveden císařským řezem. Ve většině případů se jedná o indikaci ze strany matky, například o preeklampsii.

4.4 Tabulka 3 – Vlastní pocity

Psychicky náročné	P1, P2, P3, P5
Nejistá prognóza	P3, P6
Stejně jako u porodu v termínu	P5
Stejně jako u jiného patologického porodu	P4

Zdroj: vlastní zpracování

V kategorii Vlastní pocity jsem se respondentek ptala, jak vnímají péči o takovou ženu a jaké z ní mají pocity. Pro respondentky P1, P2 a P3 je taková péče velmi těžká, hlavně z psychické stránky. Respondentka P3 to okomentovala takto: „*Péče o předčasně rodící ženu je poněkud náročná, zejména psychicky. Předčasný porod v takhle malém týdnu je velmi nevyzpytatelný a velmi rychlý.*“

Respondentka P6 uvedla: „*Předčasný porod je velmi nepředvídatelná situace, celý proces je velmi rychlý, bývá s nejasnou prognózou pro plod a vše je velmi náročné. Je zde zapotřebí hodně intervencí z naší strany.*“

Další z respondentek (P5) odpověděla, že časem se její vnímání těchto situací změnilo. Okomentovala to takto: „*Dříve to bylo pro mě náročné hodně psychicky. Potom jsem měla už své děti. Nyní už mám všechny své porody za sebou a jsem šťastná, že se tohoto nemusím bát. Snažím se k ženám přistupovat profesionálně, vykonávat svou práci řádně. Předčasný porod v takhle nízkém týdnu vnímám stejně jako porod v termínu.*“

Respondentka P4 sdělila, že tyto porody vnímá stejně jako jiné patologické porody: „*Jak jsem říkala na začátku, s předčasným porodem na hranici viability jsem se přímo moc neseťkala, tudíž nemám tolik zkušeností. Ale byl to pro mě stejný pocit jako u jiných patologických porodů, například jako u mrtvého plodu nebo pokud má plod vrozenou vývojovou vadu.*“

4.5 Tabulka 4 – Konkrétní péče

PŽK	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Podání O ₂	P1, P5, P6
Polohování	P1, P3
Pomoc s prodýcháváním kontrakcí	P3
Příprava infuzních roztoků dle OL	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Podávání léků dle OL	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Natáčení CTG záznamu	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Psychická podpora	P1, P2
Záznam do dokumentace	P6
Příprava k akutnímu s. c.	P4

Zdroj: vlastní zpracování; legenda: PŽK – periferní žilní katétr, O₂ – kyslík, OL – ordinace lékaře, s. c. – císařský řez

V kategorii Konkrétní péče mě zajímalo, jaká je konkrétní péče porodní asistentky o ženu s předčasným porodem na hranici viability plodu.

Všechny respondentky (P1, P2, P3, P4, P5, P6) odpověděly, že zavedou PŽK, dále se všechny respondentky shodly na tom, že plní ordinace lékaře, ať už jde o přípravu a podání infuzí nebo jiné intervence, které jsou v tu chvíli potřebné. Všechny se také zmínily o natáčení CTG záznamu nebo poslouchání OP.

Respondentka P1 uvedla: *„Předčasný porod odvádí lékař, já ženě vždy zavedu PŽK, po celou dobu natáčím CTG záznam, plním ordinace lékaře v průběhu celého porodu, asistuji lékaři, ženu polohuji, snažím se být psychickou podporou jak pro ženu, tak pro jejího partnera.“*

Respondentka P2 sdělila: *„Má konkrétní péče je plnění ordinací od lékaře, kontrola OP, natáčení CTG záznamů, pokud lékař naordinuje tokolýzu, tak ji podám, zavedu PŽK a dále tvořím především psychickou oporu.“*

Respondentka P3 uvedla: *„Porod odvádí lékař, takže mu asistuji, pokud potřebuje, plním jeho ordinace, například podání tokolýzy, natáčím CTG záznam, zavádím PŽK, pomáhám ženu polohovat a prodýchávat s ní kontrakce a jsem ji k dispozici, kdyby něco potřebovala.“*

Respondentka P4 sdělila: *„Pokud se jedná o císařský řez, tak ženu připravím k s. c., zavedu PŽK i PMK, dám ji podepsat náležitě informované souhlasy, dále plním ordinace lékaře. A ženu doprovodím na operační sál, doplním si dokumentaci a kontroloji OP. S tímto mám největší zkušenost. U vaginálního porodu bych taktéž plnila ordinace lékaře, natáčela CTG záznam.“*

Respondentka P5 uvedla: *„Asistuji lékaři, plním jeho ordinace, podávání infuzí nebo jiné ordinace, natáčím a kontroloji CTG záznam, v případě potřeby podám ženě kyslík.“*

Respondentka P6 sdělila: *„Lékař vede porod, takže mu asistuji, plním všechny jeho ordinace, natáčím CTG záznam, souběžně ho kontroloji, v případě potřeby ženě podávám kyslík nebo ji polohuji. Vše zapisuji do dokumentace.“*

4.6 Tabulka 5 – Edukace žen při porodu a po porodu

SOVP	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Krvácení	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Ukázka signalizačního zařízení	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Prodýchávání kontrakcí/zesílení kontrakcí	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Edukace o výkonech (EDA, podání Gynipralu atd.)	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Péče o porodní poranění	P1, P2, P3, P6
Kde bude žena po porodu umístěna	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Edukace po porodu	P1, P2, P3, P4, P5, P6

Zdroj: vlastní zpracování; legenda: SOVP – spontánní odtok plodové vody, EDA – epidurální analgezie

V kategorii Edukace žen při porodu a po porodu jsem se zajímala, jak respondentky (P1, P2, P3, P4, P5, P6) edukují ženy během předčasného porodu na hranici viability plodu. Ve většině případů respondentky uváděly stejné nebo velmi podobné odpovědi. Dále všechny respondentky uvedly, že když má žena nějaký dotaz, je jí zodpovězen. A také má prostor na otázky.

Respondentka P1 uvedla: „Tyhle předčasné porody bývají velmi rychlé, tudíž na dlouhé edukace někdy není úplně prostor. Jinak ženy edukují stejně jako u jiných porodů. Například aby mi sdělila, pokud ji odteče plodová voda, když zesílí kontrakce, ukážu ji signalizační zařízení. Když do porodu zasahujeme nějak jinak, např. podáním EDY, tak ji edukuji o tom výkonu. A po porodu ženu edukuji opět stejně jako po jiném porodu.“

Edukace bývá stejná jako u porodů v termínu porodu. To uvedla respondentka P2. Dále sdělila: *„Edukace je důležitá zejména tehdy, pokud by žena začala krvácet, vše se jí v tu chvíli musí vysvětlit; dále pokud ji odteče plodová voda, aby mě informovala, pokud bude pociťovat, že kontrakce sílí. Myslím si, že u této ženy je vždy důležitá i edukace od neonatologů.“*

Respondentka P3 odpověděla: „Edukace během první doby porodní bývá stejná jako u termínových těhotenství, akorát je vše rychlejší. Ženu edukuji především o tom, kdyby se jakkoliv změnil jejich stav (odtekla plodová voda, začala by krvácet, bylo ji nevolno atd.), aby mě o tom informovala. Vždy jí ukážu signalizační zařízení a jak ho používat. Popřípadě s ní prodýchávám kontrakce. Po porodu ženu zkontroluji a vysvětlím jí, že teď tady bude ještě nějakou dobu ležet, budu ji průběžně kontrolovat a pak bude převezena na 4. patro. Pokud má žena nějaké porodní poranění, vysvětlím jí, jak se o něj starat.“

Další odpověď – od respondentky P4 – na mou otázku byla podobná: „Edukuji ženu, aby mi sdělila změny během porodu, pokud jí odteče plodová voda, budou zesilovat kontrakce, bude ji špatně, cítila by, že krvácí. Dále ženě vysvětluji, jak prodýchávat kontrakce. Pokud do porodu zasahujeme nějakými intervencemi, tak to ženě vysvětlím. Po porodu říkám vše, co říkám po termínovém porodu. Ukážu ženě signalizační zařízení, dále jí vysvětlím, kam bude převezena.“

Respondentka P5 mou otázku okomentovala: „Ženy edukuji stejně jako u porodu v termínu. Prodýchávám s nimi kontrakce. Pokud by se změnil jejich stav, aby mě o tom informovaly. Edukuji je o našich intervencích, které provádíme. Po porodu jim zase říkám to samé. Informuji je o tom, že budou převezeny na 4. patro a děťátko bude na 1. patře.“

Respondentka P6 uvedla: „Edukace žen při předčasném porodu je náročnější, jelikož jde vše velmi rychle. Edukuji ženy o průběhu porodu, co se děje v danou chvíli, o odtoku plodové vody, krvácení nebo intervencích. Po porodu ženu edukuji o následovné péči, jak dlouho tu ještě bude ležet, kam bude poté převezena. Pokud má žena porodní poranění, vysvětlím jí, jak o něj pečovat.“

4.7 Tabulka 6 – Psychická podpora

Ano, slova uklidnění	P1, P3, P4
Ano, možnost doprovodu po celou dobu	P1, P3, P5
Ano, profesionální přístup	P1, P2, P3, P4, P6
Ano, rozhovory	P2
Ne, stejný přístup	P5

Zdroj: vlastní zpracování

U této kategorie mě zajímalo, jestli se respondentky snaží být pro ženu psychickou podporou. Pokud ano, chtěla jsem znát metody, které jim v tom pomáhají.

Všechny respondentky (P1, P2, P3, P4, P5, P6) se shodly na tom, že se snaží zachovávat profesionální přístup. Respondentka P2 uvedla: „*Porodní asistentka by měla každé ženě být i psychickou oporou, dát ženě najevo, že jsme profesionálové a že se o nás může opřít a plně nám důvěřovat. Pokud to jde, snažím se ženu vyslechnout, eventuálně poradit, jak zvládat bolesti atd.*“ Ostatní respondentky (P1, P3, P4) sdělily, že se stále snaží ženu uklidnit, dopřát jí mít u sebe partnera. Pouze respondentka P5) měla jiný názor: „*Většinou se snažím mít ke všem ženám stejný přístup, podporuji je v každé situaci. Ale jako hlavní bod celé psychické podpory vnímám ženy partnera, ten by měl, dle mě, tvořit hlavní osobu, která by tam pro tu ženu měla být.*“ V tomto tvrzení se respondentka P5 shodla s respondentkami P1 a P3. I ty vnímají přítomnost partnera jako velkou psychickou oporu a žena by ho měla mít u sebe, pokud to tak ona chce. Respondentka P3 uvedla: „*Snažím se ženu uklidnit, dodat jí pocit bezpečí, ale ne každá žena o to má zájem a chce být sama v klidu, popřípadě s partnerem.*“

4.8 Tabulka 7 – Potřeby žen

Stejně jako porod v termínu	P4, P5
Potřeba informací	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Potřeba jídla/pití	P4
Potřeba zachování intimity	P1, P2, P6

Zdroj: vlastní zpracování

V této kategorii jsem se zaměřila na potřeby žen při porodu na hranici viability plodu. Ptala jsem se respondentek, jaké potřeby ženy nejčastěji mají a jak se jim snaží potřeby naplnit. Všechny respondentky (P1, P2, P3, P4, P5, P6) se opětovně shodly na jedné odpovědi. Většina žen chce vědět hlavně hodně informací, které se týkají novorozence, co se bude dít po porodu, kam bude novorozenec umístěn, zda ho bude moct vidět, zda za ní může přijít partner. Další informace, které ženy vyžadují, se týkají jejich zdravotního stavu, např. proč začaly předčasně rodit, zda budou po porodu na šestinedělí a další. Respondentky udávaly, že se snaží ženám na vše odpovědět v rámci svých kompetencí. Pokud na to odpovědět nemohou, snaží se najít ženě jinou kompetentní osobu. Respondentka P3 sdělila: *„Podle mě potřebují ženy hlavně hodně informací, mají strach o sebe i o dítě. Je to pro ně velmi stresující situace, ty informace jim můžou pomoci situaci pochopit a popasovat se s tím. V tomto ohledu je důležité, abychom my jako zdravotníci spolu spolupracovali a mohli ženě předat kvalitní informace v rámci našich kompetencí. Pokud ženě na něco zodpovědět nemůžu, snažím se ženě někoho sehnat, většinou se jedná o neonatologa. Já ženě poskytuji informace o tom, co se děje během porodu a jak to bude probíhat po porodu.“*

Další potřeba, která se opakovala u 3 respondentek (P1, P2, P6), byla potřeba zachování intimity a soukromí. Respondentky uváděly, že se na tuto potřebu někdy zapomíná, neboť se do porodu hodně zapojuje celý neonatologický tým. Žena nemá moc čas ani prostor tu situaci zpracovat. Respondentky uváděly, že se jim snaží soukromí zajistit, například tím, že o ženu pečuje pouze jedna porodní asistentka. Respondentka P1 uvedla: *„Ženy chtějí mít i soukromí, bohužel tato potřeba se někdy plní těžce. Na porodním boxu je celý porodnický tým a samozřejmě tam je i spousta lidí z neonatologického týmu. Někdy jsou všichni potřební a někdy mám pocit, že tam je těch lidí zbytečně moc. Pro nás zdravotníky*

to je zajímavost, chceme vše pozorovat, ale pro tu ženu to je jedinečná situace a osobní zážitek. Na to bychom neměli zapomínat.“

Respondentky P4 a P5 na tuto otázku odpověděly, že ženy mají většinou stejné potřeby jako u porodu v termínu. Potřebu informací mají větší, ale zbytek potřeb vnímají stejně. Respondentka P4 zmínila, že ženy projevují také potřebu pití nebo jídla, když jim dochází energie. Respondentka P4 uvedla, že ženě poskytne slazený čaj nebo vodu, popřípadě hroznový cukr. Ostatní jídlo spíše nedoporučuje, kdyby došlo ke komplikacím a žena musela podstoupit anestezii.

4.9 Tabulka 8 – IV. doba porodní

Kontrola krvácení	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Kontrola zavinování dělohy a výšky fundu	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Kontrola TK, P, TT	P1, P2, P3, P4, P5, P6
Psychická podpora	P1, P2, P3, P6
Zajištění klidu, soukromí	P1, P2, P3

Zdroj: vlastní zpracování; legenda: TK – krevní tlak, P – pulz, TT – tělesná teplota

V této kategorii mě zajímala péče respondentek po porodu, tedy ve IV. době porodní. Ptala jsem se, jaké činnosti vykonávají a zda je ta péče rozdílná od porodu v termínu.

Všechny respondentky (P1, P2, P3, P4, P5, P6) se opět shodovaly v několika odpovědích. Respondentky uvedly, že poporodní péče je stejná jako u porodu v termínu. Respondentky konkrétně uváděly, že kontrolují krvácení, zavinování dělohy a výšku fundu a samozřejmě kontrolují fyziologické hodnoty ženy, jako jsou hodnoty krevního tlaku, tělesná teplota a pulz.

Na otázku, zda dělají i něco jiného kromě této činnosti, respondentky P1, P2, P3 a P6 odpověděly, že se snaží ženě být stále psychickou podporou. Pokud o to žena stojí, zůstávají s ní v boxu a povídají si. V opačném případě ženy chtějí klid a soukromí. Respondentka P2 uvedla: „*Kromě těch výkonů, které dělám po každém porodu, za ženou*

přijdu, zeptám se, zda něco nepotřebuje, prohodím milé slovo, držím ji za ruku nebo ji ponechám s partnerem o samotě. V tom případě se pokusím udělat přítmí, podám ženě zvoneček, zavřu za sebou dveře a odcházím.“

4.10 Tabulka 9 – Rizikové faktory

Dostatečné	-
Nedostatečné	P1, P2, P4, P6
Nemůžu posoudit	P3, P5

Zdroj: vlastní zpracování

V další kategorii bylo mým cílem zjistit, co si myslí respondentky o edukaci žen v prenatální poradně, tedy zda je jejich edukace o předčasném porodu dostatečná, nebo si myslí, že ženy edukované nejsou. Na mou otázku 4 respondentky (P1, P2, P4, P6) odpověděly, že edukace jim přijde nedostatečná. Dvě respondentky (P3, P5) si nebyly odpovědí jisté, nedokázaly to posoudit.

Respondentka P2 na mou otázku odpověděla: *„Myslím si, že edukace v prenatální péči dostatečná není, nemyslím jenom rizikové faktory v graviditě spojené s předčasným porodem, ale celkově – co se týká péče o ženu v gynekologii a porodnictví. Je to dle mého způsobeno množstvím žen na jednoho obvodního gynekologa a způsoby úhrady péče od zdravotních pojišťoven. Nicméně ať je to jakkoliv, naše porodnictví je na vysoké úrovni, a pokud je gravidita bez obtíží, dle mého není důvod těhotnou ženu strašit možnými riziky.“*

Respondentka P1 otázku okomentovala takto: *„Pokud už žena dochází do rizikové poradny, tak na to bude gynekolog i porodní asistentka klást důraz a ženu budou náležitě edukovat. Ale v prenatální péči si myslím, že ženy v tomto tématu edukovány nejsou.“* Podobnou odpověď mi sdělila i respondentka (P4). *„Myslím si, že pokud obvodní gynekolog nebo porodní asistentka v prenatální péči odhalí nějaký rizikový faktor u těhotné ženy, tak ženu edukovat budou, popřípadě ji více sledovat. Možná u žen kuřáček nebo jinak závislých o tom budou více mluvit. Jinak v prenatální poradně toto téma neřeší.“*

4.11 Tabulka 10 – Předporodní kurzy

ANO, poskytují předporodní kurzy	P1, P3
NE, neposkytují předporodní kurzy	P2, P4, P5, P6

Zdroj: vlastní zpracování

V poslední kategorii jsem se zabývala tématem, zda porodní asistentky poskytují ženám i předporodní kurzy. Dále jsem se jich doptávala, zda se na kurzech v rámci nějaké lekce zabývají i riziky předčasného porodu.

Předporodní kurzy poskytují pouze dvě respondentky (P1, P3). Respondentka P1 odpověděla: *„Předporodní kurzy poskytují, ale o předčasném porodu se zmiňuji jenom okrajově. Nechci ženy úplně strašit. Říkám jim, jak poznají, že začíná porod a mají vyrazit do porodnice. U toho se zmíním, že porod nemusí začínat až po 38. týdnu, ale že mohou začít rodit i dříve. V tom případě mají okamžitě vyrazit do porodnice.“* Respondentka P3 to okomentovala: *„Předporodní kurzy poskytují. Na kurzu řešíme spousty dalších témat. Ženy jsou z každého kurzu hodně zahlcené informacemi. Myslím si, že toto téma by s nimi měl konzultovat jejich praktický gynekolog, popřípadě soukromá porodní asistentka.“*

Ostatní respondentky (P2, P4, P5, P6) předporodní kurzy vůbec neposkytují. Respondentka P2 mi na otázku, zda toto téma patří do obsahu předporodních kurzů, odpověděla: *„Předporodní kurzy neposkytují, ale myslím si, že těhotná žena by měla mít alespoň hrubé znalosti o možných rizicích, které by mohly nastat. Proto si myslím, že alespoň zhruba by ženy měly být na předporodních kurzech informovány.“* Respondentka P6 mi na stejnou otázku odpověděla: *„Nevím, já kurzy neposkytují. Asi záleží na celkovém obsahu a zaměření předporodního kurzu. Taký asi záleží na tom, pro koho jsou kurzy dělané. Myšleno – v jakém týdnu gestace ženy jsou. Pokud žena bude na začátku třetího trimestru, tak pro ni tyto informace už nebudou přínosné.“*

5 Diskuse

Bakalářská práce se zabývá problematikou porodu na hranici viability plodu. Předčasný porod definuje WHO jako ukončení těhotenství v období kratším než v 37. týdnu gestačního stáří, tj. méně než 259 dní od prvního dne poslední menstruace (Roztočil et al., 2017). V současné době je předčasný porod nejvýznamnější porodnické téma v hospodářsky rozvinutých zemích. V ČR se narodí předčasně 8000 dětí, to je asi 7 % z celkového počtu novorozenců (ÚZIS, 2020). V USA je četnost předčasných porodů okolo 12–13 % (Goldenberg et al., 2008), v afrických zemích tvoří 18 % předčasných porodů (Anum et al., 2008).

Hranice viability plodu je určena gestačním stářím, kdy plod dokáže přežít mimo dělohu. Ve vyspělých zemích bývá tato hranice stanovena na 22.–25. týden gestace. Jednotlivé země si hranice definují podle určitých kritérií. Těmi jsou sociálně-ekonomické a kulturní faktory. V ČR je tato hranice stanovena na 24. + 0 týden těhotenství. V roce 2007 byla definována „šedá zóna“, tedy označení pro období, v němž jsou výsledky péče nejisté. Nejedná se pouze o přežití, ale i o kvalitu života. Rozmezí je stanoveno na 22. až 25. týden gestace. Přístup k aktivní péči o novorozence je pak velmi individuální. Zohledňuje se postoj lékařů a rozhodnutí rodičů (Kachlová et al., 2022).

V bakalářské práci s názvem „Porod plodu na hranici viability“ se zabývám péčí porodních asistentek o ženu s předčasným porodem na hranici viability plodu. Výzkumné šetření, které je součástí této bakalářské práce, bylo prováděno kvalitativní metodou sběru dat prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů s porodními asistentkami. Z rozhovorů byla použita důležitá data. Výsledky výzkumného šetření byly analyzovány a zpracovány do přehledných tabulek.

Celkem byla data sbírána od 6 respondentek. Výzkumný soubor tvořily porodní asistentky, které pracují na porodním sále v Perinatologickém centru v jihočeském kraji.

Výzkumné šetření zkoumalo, jak se porodní asistentky orientují v péči o ženu rodící předčasně – na hranici viability plodu. Všechny respondentky svou péči dělily na edukaci a konkrétní péči o ženy.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak se porodní asistentky orientují v péči o ženu s předčasným porodem na hranici viability plodu. Tento cíl byl vybrán na základě toho, že právě porodní asistentky spolu s lékaři se o ženu v průběhu porodu a po porodu starají

a jsou jí na blízku. Porodní asistentka v tomto procesu hraje významnou roli. Poskytuje ženám především psychickou pomoc v tak těžké chvíli.

V první výzkumné otázce mě zajímalo, jak porodní asistentky vnímají péči o ženu s diagnózou předčasného porodu na hranici viability plodu. Nejdříve jsem zjišťovala, jak často se porodní asistentky s předčasnými porody na hranici viability plodu setkávají, tedy zda je to pro ně rutina, nebo ojedinělá záležitost. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že většina respondentek (P2, P3, P5, P6) se s předčasným porodem setkala už více než desetkrát. Je to dáno i tím, že tyto respondentky pracují na porodním sále delší dobu než respondentky P1 a P4. Podle počtu zkušeností s předčasným porodem se mění jejich vnímavost k těmto rizikovým porodům. Nicméně i tak se jejich pocity lehce mění. Pro respondentky P3 a P6 je předčasný porod nevyzpytatelný. Respondentka P5 uvedla: *„Dříve to bylo pro mě náročné hodně psychicky. Potom jsem měla už své děti. Nyní už mám všechny své porody za sebou a jsem šťastná, že se tohoto nemusím bát. Snažím se k ženám přistupovat profesionálně, vykonávat svou práci řádně. Předčasný porod v takhle nízkém týdnu vnímám stejně jako porod v termínu.“* Všechny respondentky se shodly na tom, že tyto porody bývají psychicky náročné. Pro každou jiným způsobem. Koller (2015) ve svém článku zmiňuje, že porodní asistentky pracující na porodním sále jsou často vystaveny nelehkým pracovním podmínkám, které nelze odhadnout předem.

Jako další výzkumnou otázku jsem si stanovila, jaká je konkrétní péče porodní asistentky o ženu s diagnózou předčasného porodu na hranici viability plodu. Péči porodních asistentek jsem si rozdělila na otázky týkající se psychické podpory žen, plnění jejich potřeb a konkrétních výkonů, které porodní asistentky u žen provádějí.

Respondentky mi sdělily, jejich hlavní úlohou při poskytování psychické opory je dodržovat profesionální přístup. Na tomto faktu se shodly všechny respondentky. Mezi další odpovědi patřilo to, že respondentky volí slova útěchy, snaží se ženu uklidnit, povídat si s ní. Dalším významným bodem pro respondentky je přítomnost partnera od začátku porodu, i když je žena teprve na čekacím pokoji nebo přímo v porodním boxu. Podle jejich slov partner dokáže ženu podpořit mnohem lépe. S partnerem pocítují stejné pocity a mohou si být vzájemnou oporou. Respondentka P5 vnímá partnera rodící ženy jako hlavní součást ucelené psychické podpory. Sama respondentka se ke všem ženám chová stejně. Dušová (2019) uvádí, že pokud bude rodička cítit podporu ze strany partnera a empatii ze strany zdravotnického personálu, bude se cítit v bezpečí.

Další důležitou činností porodních asistentek na porodním sále je plnění potřeb rodících žen. Jako nejdůležitější a nejčastěji udávanou potřebu respondentky uvedly potřebu mít k dispozici dostatek informací. Ženy potřebují znát informace o svém zdravotním stavu, potřebují informace týkající se následné péče o novorozence nebo přesně vědět, co se s nimi momentálně děje. Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování, mají porodní asistentky kompetence podávat pacientům pouze takové informace, které se týkají výkonů, jež samy mohou provádět (Pediatrie pro praxi, 2015). Respondentky mi sdělily, že pokud informaci nemohly ženě podat samy, zavolaly kompetentní osobu, ošetřujícího lékaře nebo neonatologa, pokud se jejich otázky týkaly plodu či novorozence.

Potřeba, na kterou hodně zdravotníků zapomíná, a to nejen na porodním sále, je zachování intimity, potažmo soukromí. Jak samy respondentky sdělily, na tuto potřebu rodících žen samy zapomínají, popřípadě ji neuspokojuje ani zbytek personálu. Respondentka P1 má tento pohled: *„Ženy chtějí mít i soukromí, bohužel tato potřeba se někdy plní těžce. Na porodním boxe je celý porodnický tým a samozřejmě tam je i spousta lidí z neonatologického týmu. Někdy jsou všichni potřební a někdy mám pocit, že tam je těch lidí zbytečně moc. Pro nás zdravotníky to je zajímavost, chceme vše pozorovat, ale pro tu ženu to je jedinečná situace a osobní zážitek. Na to bychom neměli zapomínat.“*

Dle mého názoru se to děje docela často. Pokud se jedná o patologický porod, porodní box je plný zdravotnického personálu. Myslím si, že pokud tam má každý člen zdravotnického týmu svou roli, je na místě, aby u porodu byl. Pokud ale porod pouze sleduje, může být vnímán jako rušivý element.

Dále se výzkumné šetření zabývalo otázkou, jaká je konkrétní péče porodních asistentek u předčasného porodu. Všechny respondentky jednoznačně odpověděly plnění ordinací lékaře. Dále se shodovaly na tom, že ženě zavádí ihned PŽK a monitorují ozvy plodu nejčastěji pomocí CTG záznamu. Pařízek (2020) uvádí, že pokud je žena hospitalizována pro předčasný porod, porodní asistentka monitoruje stav matky a plodu. Dále ji poskytuje především psychickou oporu. Respondentka P3 uvedla, že ženě pomáhá s prodýcháváním kontrakcí. Respondentka P2 odpověděla takto: *„Má konkrétní péče je plnění ordinací od lékaře, kontrola OP, natáčení CTG záznamů, pokud lékař naordinuje tokolyzu, tak ji podám, zavedu PŽK a dále tvořím především psychickou oporu.“*

Poslední výzkumná otázka se týkala edukace žen s předčasným porodem na hranici viability plodu. Porodních asistentek jsem se ptala, jak edukují ženy během porodu a po porodu.

Nejčastější oblastí edukace během porodu byla změna stavu rodičky. Respondentky rodičky informovaly o tom, že pokud ucítí, že jim otekla plodová voda, začnou krváčet z rodidel, pocítí silnější kontrakce či nutkání k tlačení nebo se jim udělá nevolno, měly by o tom porodní asistentku informovat. Na tuto edukaci navazuje edukace v oblasti signalizačního zařízení. Respondentky přizpůsobují svou edukaci vždy situaci v porodním boxu.

Z výzkumného šetření dále vyplynul rozdílný pohled respondentek na edukaci žen v prenatální poradně. Edukace v prenatální péči je podle respondentek nedostatečná. Pokud jsou u ženy zjištěna rizika, měla by být v problematice předčasného porodu edukována. Dále se respondentky shodly na tom, že pokud je těhotenství plně fyziologické, není na místě ženy v této problematice edukovat a strašit je.

Podle Dušové (2019) je nejnáročnější rolí porodní asistentky na porodním sále právě péče o rodící ženu. Porodní asistentka by se měla pravidelně vzdělávat a získávat nové poznatky, které pak může využít v praxi. Mezi ně patří i efektivní edukace žen. Pozitiva porodní asistentky jsou především dobrá komunikační schopnost, empatie a citlivost. Tyto vlastnosti pomáhají porodní asistenci navázat vztah s rodící ženou.

6 Závěr

Bakalářská práce se zabývala tématem předčasného porodu na hranici viability plodu. V teoretické části je definován předčasný porod a hranice viability plodu. Pro dosažení cíle bylo využito kvalitativního výzkumného šetření. Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak se porodní asistentky orientují v péči o ženu s diagnózou předčasného porodu na hranici viability plodu.

První výzkumná otázka se zabývala pocity porodních asistentek u předčasného porodu. Respondentky uváděly, že předčasné porody jsou pro ně psychicky náročné z různých důvodů.

Druhá výzkumná otázka se zabývala konkrétní péčí porodních asistentek. Respondentky uváděly stejné výkony a shodovaly se v postupu práce. Dále respondentky zmiňovaly, že jejich péče se odvíjí od současné situace a na ní bezprostředně reagují. V tomto případě pracují pod dohledem lékaře a plní jeho ordinace.

Třetí výzkumná otázka se týkala edukace žen s předčasným porodem samotnými porodními asistentkami. Edukace byla rozdělena na edukaci během porodu, po porodu a v prenatální péči. Respondentky odpovídaly opět velmi podobně. Dozvěděla jsem se, že předčasné porody bývají velmi rychlé, ale i tak se respondentky snaží ženám předávat kvalitní informace, aby jim porod usnadnily. Dále z výzkumného šetření vyplynulo, že edukace po porodu se příliš neliší od edukace po termínovém porodu. V poslední řadě jsme řešily edukaci o předčasném porodu v prenatální péči. Respondentky se shodly na tom, že vzdělávání v problematice předčasného porodu je dle jejich názoru nedostatečné. Zároveň by ženám měly být poskytovány informace tak, aby věděly, co se děje, ale aby nebyly vyděšené. Z výzkumu vyplynulo, že komunikace je nejdůležitějším nástrojem porodních asistentek.

Výsledky výzkumného šetření v rámci této bakalářské práce mohou být využity na seminářích pro porodní asistentky, dále jako zpětná vazba pro porodní asistentky pracující na porodním sále v perinatologických centrech s cílem zlepšit péči o rodící ženy.

7 Seznam použité literatury

1. ANUM, E., SPRINGEL, E., SHIVER, M. et al., 2008. *Genetic Contributions to Disparities in Preterm Birth. Pediatr Res.* 65, 1–9. doi: [org/10.1203/PDR.0b013e31818912e7](https://doi.org/10.1203/PDR.0b013e31818912e7)
2. BERKOVÁ, K., 2022. *Hranice viability*. [online]. Neopaliativa. 2022 [cit. 2023-7-18]. Dostupné z: <https://neopaliativa.cz/hranice-viability/#>
3. ČERNÝ, A., 2020. *Nejčastější jevy vedoucí k předčasnému porodu*. [online]. Nedoklubko. [cit. 2023-7-18]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/2020/11/01/nejcastejsi-jevy-vedouci-k-predcasnemu-porodu/>
4. DUDÁŠOVÁ, J., KOUCKÝ, M., PAŘÍZEK, A., ŠIMJÁK, P., 2019. *Současné možnosti predikce předčasného porodu*. Česká gynekologie. 84(5), 355–360. ISSN 1805-4455.
5. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., JANÍKOVÁ, E., SALOŇOVÁ, R., 2019. *Edukace v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0836-7.
6. DUŠOVÁ, B., HERMANNOVÁ, M., MAJDYŠOVÁ, V., 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0837-4.
7. FULOVÁ, V., PILKA, R., 2023. *Předčasný odtok plodové vody před termínem porodu*. Česká gynekologie. 88(1), 27–32. DOI: 10.48095/cccg202327
8. GOLDENBERG, R. L., CULHANE, J. F., IAMS, J. D., ROMERO, R., 2008. *Epidemiology and causes of preterm birth*. The Lancet. ISSN 0140-6736.
9. GÖTHOVÁ, M., 2013. *Postup u předčasného porodu s plodem na hranici viability (22.–25. týden) těhotenství*. Česká gynekologie. 78(6), 573–583. ISSN 1805-4455.
10. GREGOR, M., 2020. *Predikce předčasného porodu – cervikometrie a biomarkery*. Aktuální gynekologie a porodnictví. 12, 20–24. ISSN 1803-9588.

11. HÁJEK, Z., 2004. *Rizikové a patologické těhotenství*. Vyd. 1. české. Praha: Grada. ISBN 80-247-0418-8.
12. HÁJEK, Z., ČECH, E., MARŠÁL, K., 2014. *Porodnictví*. 3., zcela přepracované a doplněné vydání Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4529-9.
13. KACEROVSKÝ, M., a spol., 2017. *Předčasný odtok plodové vody před termínem porodu: Doporučený postup*. Česká gynekologie. 82(2). ISSN 1210-7832.
14. KACEROVSKÝ, M., a spol., 2017. *Spontánní předčasný porod: Doporučený postup*. Česká gynekologie. 82(2). ISSN 1805-4455.
15. KACHLOVÁ, M., KUČOVÁ, J., PETRÁŠOVÁ, V., 2022. *Ošetrovatelská péče v neonatologii*. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-3176-1.
16. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY, 2021., *Kdo je porodní asistentka a jak se stát porodní asistentkou?* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2023-7-27]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/kdo-je-porodni-asistentka-a-jak-se-stat-porodni-asistentkou/>
17. KOUCKÝ, M., SMÍŠEK, J., 2014. *Spontánní předčasný porod*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-416-6.
18. KOTEROVÁ, K., 2008. *Předčasný porod*. Moderní babictví. Levret, (15). ISSN 1214-5572.
19. KOLLER, M., 2015. *Ergonomie v práci porodní asistentky*. [online]. Zraví.euro.cz. [cit. 2023-8-3]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanky/ergonomie-v-praci-porodni-asistentky/>
20. LAMBERSKÁ, T., *Organizace neonatologické péče v ČR*. [online]. Nedoklubko. [cit. 2023-7-23]. Dostupné z: <https://www.nedoklubko.cz/2020/11/26/organizace-neonatologicke-pece-v-cr/>

21. LAMMERTINK, F., VINKERS, C. H., TATARANNO, M. L., BENDERS, M. J. M. L., 2020. *Premature Birth and Developmental Programming: Mechanisms of Resilience and Vulnerability*. *Psychiatry: Child and Adolescent Psychiatry*. (11). DOI: 10.3389/fpsy.2020.531571
22. LUŽNIK, M., 2006. *Use of mesh cerclage in prevention of early preterm delivery: A promising new surgical method for women with dilated cervix and membrane herniation?*. *Wien Klin Wochenschr.* (118), 76–79. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00508-006-0550-0>
23. *Pediatric pro praxi: Úskalí poučení pacienta sestrou* [online], 2015. Olomouc: Solen, 16(1) [cit. 2023-28-7]. ISSN 1803-5264.
24. PROCHÁZKA, M., [2020]. *Porodní asistence*. Praha: Maxdorf. Jessenius. ISBN 978-80-7345-618-4.
25. ROZTOČIL, A., 2017. *Moderní porodnictví. 2.,* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5753-7.
26. SLEZÁKOVÁ, L., ANDRÉSOVÁ, M., KADUCHOVÁ, P., ROUČOVÁ, M., STAROŠTÍKOVÁ, E., 2017. *Ošetrovatelství v gynekologii a porodnictví. 2.,* přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0214-3.
27. SON, M., MILLER, E.S., 2017. *Predicting preterm birth: Cervical length and fetal fibronectin*. *Seminars in Perinatology* [online]. 41(8), 445–451 [cit. 2023-7-19]. DOI: 10.1053/j.semperi.2017.08.002
28. SUFF, N., SHENNAN, A., STORY, L., 2018. *The prediction of preterm delivery: What is new?*. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. 24(1), 27–32. ISSN 1744-165X.
29. ŠÁLKOVÁ, J., 2021. *Intenzivní péče v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0844-2.

30. ŠPÁLOVÁ, I., 2003. *Současné možnosti tokolytické léčby*. Perinatologie. (2). ISSN 1210-7832.
31. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2014. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.
32. TAKÁCS, L., SOBOTKOVÁ, D., ŠULOVÁ, L., 2015. *Psychologie v perinatální péči: Praktické otázky a náročné situace*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5127-6.
33. ÚZIS., 2020. *Předčasný porod mohou lékaři předpovědět*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistik ČR. [cit. 2023-8-3]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=aktuality&aid=8425>
34. ÚZIS, 2023. *Co je to fetální fibronektin*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. [cit. 2023-7-19]. Dostupné z: <https://nsc.uzis.cz/predcasnyporod/index.php?pg=co-je-fetalni-fibronektin>
35. ÚZIS, 2023. *Riziko předčasného porodu*. [online]. Screening rizika předčasného porodu. [cit. 2023-7-23]. Dostupné z: <https://nsc.uzis.cz/predcasnyporod/index.php?pg=o-projektu>
36. Vyhláška č. 391/2017 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2017. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 137, s. 4360. ISSN: 1211-1244.
37. YE, C.-X., CHEN, S.-B., WANG, T.-T., SHANK, S.-M., 2021. *Risk factors for preterm birth: a prospective cohort study*. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. 23(12). DOI: 10.7499/j.i
38. ZLATOHLÁVKOVÁ, B., 2011. *Viabilita plodu a novorozence*. Aktuální gynekologie a porodnictví. (3), 47–51. ISSN 1803-9588.

8 Seznam příloh

Příloha 1: Otázky k rozhovoru

- 1) Kolik je Vám let?
- 2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- 3) Jak dlouho vykonáváte práci porodní asistentky?
- 4) Jak dlouho pracujete na porodním sále? Popřípadě jak dlouho jste tam pracovala?
- 5) Setkáváte se často s předčasným porodem na hranici viability plodu?
- 6) Jak vnímáte péči o ženu s předčasným porodem na hranici viability plodu?
- 7) Jaká je Vaše konkrétní péče v I. době porodní?
- 8) O čem ženu edukujete během předčasného porodu, vaginálního nebo s. c.?
- 9) Snažíte se být ženě i psychickou podporou? Popřípadě jak?
- 10) Jaké má žena během porodu potřeby? Jsou rozdílné od porodu v termínu?
- 11) Jak probíhá Vaše péče o ženu během IV. doby porodní?
- 12) Případá Vám vzdělávání žen v problematice rizik předčasného porodu dostatečná? Co v prenatálních poradnách?
- 13) Poskytujete předporodní kurzy? Pokud ano, řešíte tam tuto problematiku?

Příloha 2: Žádost o výzkum

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Studijní program/obor: Porodní asistence

Jméno a příjmení studenta/studentky: Martina Amblerová

Kontaktní údaje (e-mail, tel.): amblerovama@seznam.cz, 728762992

Název zdravotnického zařízení: Nemocnice České Budějovice, a.s.

Oddělení: Gynekologicko – porodnické oddělení

Název práce: Porod plodu na hranici viability

Výzkumné otázky:

VO1: Jak vnímají porodní asistentky péči o ženu s diagnózou předčasného porodu na hranici viability plodu?

VO2: Jaká je konkrétní péče porodní asistentky u ženy s předčasným porodem na hranici viability plodu?

VO3: Jak porodní asistentky edukují ženy s předčasným porodem na hranici viability plodu?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

Výzkum této bakalářské práce bude kvalitativní metodou rozhovorů, které budou prováděny v nemocnici s porodními asistentkami.

Předpokládané výstupy:

Výsledky z výzkumného šetření mohou být prezentovány na seminářích pro porodní asistentky.

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce:

Jméno: MUDr. Miloš Velemínský, Ph.D.

Podpis:

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

31. 4. 2023

Jméno:

Podp

Mgr. Hana Dohnalová
náměstkyně pro ošetrovatelskou péči
Nemocnice České Budějovice, a.s.

9 Seznam zkratek

IUGR – růstová restrikce plodu

PPROM – předčasný odtok plodové vody před 37. týdnem těhotenství

PROM – odtok plodové vody po ukončeném 37. týdnu těhotenství

CTG – kardiokograf

ATB – antibiotika

PMK – permanentní močový katétr

WHO – Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)