

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH VĚD

Ústav porodní asistence

LENKA ŠVECOVÁ

**MEDICÍNSKÉ A PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY  
PŘEDČASNÉHO PORODU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: MUDr. Martina Studničková

OLOMOUC 2011

## **Anotace bakalářské práce**

**Název práce:** Medicínské a psychologické aspekty předčasného porodu

**Název práce v AJ:** Medical and psychological aspects of preterm birth

**Datum zadání:** 2011 - 01 - 30

**Datum odevzdání:** 2011 - 05 – 06

**Vysoká škola, fakulta, ústav:** Univerzita Palackého v Olomouci

Fakulta zdravotnických věd

Ústav porodní asistence

**Autor práce:** Lenka Švecová

**Vedoucí práce:** MUDr. Martina Studničková

### **Abstrakt v ČJ:**

Tématem mé bakalářské práce jsou Medicínské a psychologické aspekty předčasného porodu. Cílem této práce bylo zjistit tři nejčastější komplikace a epidemiologické faktory předčasného porodu v posledním těhotenství u 100 vybraných respondentek, povědomí žen o těhotenství a porodu a zdravotní stav předčasně narozených dětí. Informace jsem získala prostřednictvím výzkumného šetření dotazníkovou metodou a výsledky jsou shrnuty v praktické části bakalářské práce. Do teoretické části bakalářské práce zahrnuji medicínské a psychologické aspekty předčasného porodu, organizaci péče předčasných porodů v ČR a ošetřování předčasných novorozenců po porodu.

### **Abstrakt v AJ:**

The topic of my final thesis is “Medical and Psychological Aspects of Premature Birth”. The aim of this thesis was to determine the three most common epidemiological factors and complications in the last pregnancy in 100 selected respondents; awareness of women about pregnancy and childbirth and the health of

prematurely born babies. The information was obtained through a research survey by means of questionnaires and results are summarized in the practical part of the final thesis. The theoretical part of the thesis covers medical and psychological aspects of premature births; organization of care of premature births in the Czech Republic and care of prematurely born babies.

**Klíčová slova v ČJ:** Těhotenství, předčasný porod, nedonošené dítě, informovanost, komplikace, epidemiologické faktory, pocity.

**Klíčová slova v AJ:** Pregnancy, premature birth, premature baby, information, complications, epidemiological factors, feelings.

**Rozsah:** 55 s., 9 příloh

## **PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedoucím dohledem MUDr. Martiny Studničkové a použila literaturu, která je uvedena v seznamu použitých zdrojů.

V Olomouci dne: 6.5.2011

Lenka Švecová

.....

## **PODĚKOVÁNÍ**

Děkuji MUDr. Martině Studničkové za vedení mé bakalářské práce. Za velkou ochotu, připomínky, cenné rady a svůj čas, který mi věnovala.

Děkuji o.s. Nedoklubko a Centru pro rodiny s dvojčaty Morava. PhDr. P. Tenglerové, Mgr. Z. Starošíkové, K. Csirkové a staniční sestře novorozeneckého oddělení FN Olomouc R. Hanzlíkové za zveřejnění mých dotazníků. Poděkování patří všem respondentkám, díky kterým tato praktická část bakalářské práce vznikla.

Nesmím zapomenout poděkovat mé rodině, která mě po celou dobu studia plně podporovala.

<b>OBSAH</b>	<b>STRANA</b>
<b>ÚVOD</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>9</b>
1. Předčasný porod	
1.1. Příznaky předčasného porodu	9
1.1. Stadia předčasného porodu	10
2. Nejčastější příčiny předčasného porodu	11
2.1 Komplikace v těhotenství	11
2.2 Epidemiologické faktory v těhotenství	14
3. Diagnostika předčasného porodu	15
4. Terapie předčasného porodu	18
4.1 Tokolytika	18
4.2 ATB	19
4.3 Kortikosteroidy	19
5. Způsob vedení předčasného porodu	20
5.1 Vaginální cesta	20
5.2 Císařský řez	20
6. Zvládání narušeného psychického stavu matek předčasně narozených dětí	21
6.1 Bonding	22
6.2 Klokání metoda	22
7. Ošetření předčasně narozeného novorozence	23
7.1 Děti narozené v 35.- 37. týdnu těhotenství	23
7.2 Děti narozené v 31.- 34. týdnu těhotenství	24
7.3 Děti narozené do 30. týdne těhotenství	24
8. Organizace péče o ženy s rizikem předčasného porodu v ČR	25

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

Cíle bakalářské práce	26
Metodika výzkumného šetření	26
Zkoumaný soubor	27
Organizace výzkumného šetření	27
Zpracování výsledků výzkumného šetření	28
Interpretace výsledků výzkumného šetření	28

<b>DISKUZE</b>	<b>44</b>
----------------	-----------

<b>ZÁVĚR</b>	<b>48</b>
--------------	-----------

<b>LITERATURA</b>	<b>49</b>
-------------------	-----------

<b>SEZNAM ZKRATEK</b>	<b>52</b>
-----------------------	-----------

<b>SEZNAM TABULEK</b>	<b>53</b>
-----------------------	-----------

<b>SEZNAM GRAFŮ</b>	<b>54</b>
---------------------	-----------

<b>SEZNAM PŘÍLOH</b>	<b>55</b>
----------------------	-----------

<b>PŘÍLOHY</b>	<b>56</b>
----------------	-----------

## ÚVOD

Čekání příchodu dítěte na svět je nejhezčí životní období a chvíle každé ženy. Již v průběhu těhotenství se snaží většina budoucích matek udělat pro zdraví, spokojenost a pohodu svého dosud nenarozeného dítěte maximum. Ale i přes důslednou péči se mohou v těhotenství dostavit komplikace, které mohou mít různé příčiny. Novorozenec se narodí dřív, než byl určen termín porodu, a jeho první cesta směřuje na novorozeneckou JIP, nebo na oddělení Intermediální péče. Tam se o něj starají porodní asistentky, specializované zdravotní sestry a lékaři. „Nedonošenost a předčasný porod není pouze zdravotní problémem, který má svůj průběh, své komplikace, příčiny a prognózy. Je to problém složitě strukturovaný, který nepostihuje pouze matku a dítě, ale dotýká se celé rodiny, příbuzných, odborné a laické veřejnosti“ (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, s. 9 - s. 26).

„Ročně se v ČR narodí 8 tisíc nedonošených dětí. Předčasný porod biologicky probíhá podobně jako porod v termínu. Narodí se dítě a u ženy začnou hormonální změny pracovat ve prospěch laktace a rozvoje rodičovského a pečovatelského chování. Zde ale přichází zásadní rozdíl. Matka nemá o koho pečovat, protože dítě putuje do inkubátoru. Jeho životní funkce jsou nestabilní a musí být kontinuálně monitorovány. Ve vážných případech jsou životní funkce novorozence podporovány přístrojovým zařízením“ (www.nedonosenci.blogspot.com, cit. [on-line] 2011-03-10).

Téma mé bakalářské práce jsem si vybrala, protože je velmi diskutabilní a procento předčasných porodů u nás v České republice stále mírně stoupá (dnes je to okolo 6 % - 7%). Vybraná problematika mě velmi zajímá a chtěla jsem si prohloubit vědomosti. Prvním a druhým cílem závěrečné bakalářské práce bylo především zjistit, jaké tři příčiny v těhotenství vyvolaly u 100 vybraných respondentek předčasný porod. Dále jsem se v bakalářské práci zajímala a zároveň třetím cílem zjišťovala, jaký byl zdravotní stav nedonošených dětí ihned po porodu a jejich aktuální zdravotní stav. Zároveň jsem zjišťovala povědomí matek předčasně narozených dětí o těhotenství a porodu. K zjištění těchto cílů jsem poprosila o vyplnění dotazníku maminky dětí z FN Olomouc, z o.s. Nedoklubka (Sdružení rodičů a přátel nedonošených dětí), Rodinného centra Heřmáněk a ženy z ostatních mateřských center na webových stránkách. Bakalářská práce je zakončena edukačním materiálem – Vojtova metoda.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. PŘEDČASNÝ POROD

Fyziologická délka těhotenství trvá celkem 280 dnů (40 týdnů, 10 lunárních měsíců, 9 měsíců). Za předčasný porod je považováno ukončené těhotenství před 37. týdnem těhotenství (méně než 259 dní od prvního dne poslední menstruace a do 245 dní od koncepce). Předčasně narozené děti jsou nezralé a mají nedokonale vyvinuté adaptační mechanismy. Jejich životaschopnost je tím nižší, čím dříve se dostaly na svět. Nedonošenci, kteří přežijí novorozenecké období, jsou po celý svůj kojenecký věk ohroženi větším rizikem výskytu nemocí. Frekvence předčasných porodů v České republice je kolem 6 - 7 %. Podílí se na neonatální úmrtnosti až v 70 % případů (Čech, 2006, s.189; [www.rodina-deti.doktorka.cz](http://www.rodina-deti.doktorka.cz) cit. [on-line] 2011-03-10)

### 1.1 Příznaky předčasného porodu

„Známek, signalizujících začátek předčasného porodu, je několik. Vždy je nutné obtíže konzultovat se svým lékařem - gynekologem. Příznaky předčasného porodu bývají obvykle typické. Jako první se dostaví děložní stahy (kontrakce), které jsou doprovázené bolestmi v podbřišku a v oblasti křížové kosti. Kontrakce dělohy jsou při hrozícím porodu častější, intenzivnější a bolestivější. Při počínajícím porodu jsou kontrakce pravidelné a intervaly se mezi nimi zkracují. Pacientky udávají také hluboké bolesti v zádech, tlak v malé pánvi a křeče připomínající bolest jako při menstruačním krvácení.

Závažným příznakem a příčinou předčasného porodu je předčasný odtok plodové vody. Fyziologicky se jedná o nažloutlou a čirou tekutinu, která představuje ideální ochranné prostředí pro vyvíjející se plod. Pokud vznikne podezření na odtok plodové vody, je vhodné, aby žena přinesla vzorek tekutiny zachycený vložkou. Na základě tohoto vzorku lékař nebo porodní asistentka pomocí Temesvaryho testu zjistí, zda se opravdu o plodovou vodu jedná. Dalšími příznaky jsou krvácení, zvýšený výtok z rodidel, odchod hlenové zátky a zvýšené močení“ ([www.zenska-neploidnost.cz](http://www.zenska-neploidnost.cz), cit. [on-line] 2011-03-10).

## 1.2 Stadia předčasného porodu

Rozeznáváme 4 stadia předčasného porodu:

- **Partus praematurus immines** = hrozící předčasný porod
- **Partus praematurus incipiens** = počínající předčasný porod
- **Partus praematurus in cursu** = předčasný porod v běhu
- **Hydrorrhoea amnialis praeterterminalis** = předčasný odtok plodové vody

**Partus praematurus immines** = hrozící předčasný porod

Ženu pronásledují nepříjemné bolesti v okolí podbřišku a hojný výtok z rodidel. Výtok z rodidel může obsahovat příměs krve. Při vaginálním vyšetření lékař obvykle zjistí pokročilý nález tj. zkrácení čípku a otevírání porodnické branky. V tomto případě je pro těhotnou nutná hospitalizace v nejbližší nemocnici, nebo v perinatologickém centru s dostatečným klidem na lůžku (Borek, 2001, s. 23).

**Partus praematurus incipiens** = počínající předčasný porod

U počínajícího předčasného porodu jsou přítomny pravidelné kontrakce. Dochází ke zkracování a otvírání děložního čípku. Při pokročilém vaginálním nálezu nelze již porodu zabránit. Důležitý je převoz (TRANSPORT IN UTERO = transport plodu v děloze) rodičky do perinatologického centra, kde je ženě a novorozenci poskytnuta veškerá špičková, lékařská a ošetrovatelská péče (Borek, 2001, s. 23).

**Partus praematurus in cursu** = předčasný porod v běhu

Kontrakce se zesilují a intervaly mezi nimi se neustále zkracují. Čípek se spotřebovává, zevní a vnitřní branka se spojí v porodnickou branku a ta se začíná neustále zvětšovat – spotřebovává se. Naléhající část plodu vstupuje do vchodu pánve (Borek, 2001, s. 23).

**Hydrorrhoea amnialis praeterterminalis** = předtermínový odtok plodové vody

Předčasný odtok plodové vody patří z 30 % mezi nejčastější příčiny předčasného porodu. Vzniká při porušení plodových obalů. Při předtermínovém odtoku plodové vody dochází většinou do 24 hodin k nástupu děložní činnosti a tím k začátku porodu (Borek, 2001, s. 23).

## 2. NEJČASTĚJŠÍ PŘÍČINY PŘEDČASNÉHO PORODU

Příčiny předčasného porodu se podaří určit jen v polovině případů. Mnohé příčiny se dají objasnit. Některé z nich lékaři předpokládají, ale jejich vliv je obvykle nejasný. Přibližně 20%-30% předčasných porodů je způsobeno vznikem medicínských komplikací (preeklampsie, hypertenze, diabetes mellitus, abrupce placenty). „Okolo 50 % předčasných porodů nelze vysvětlit zdravotními, sociálně-psychologickými ani jinými faktory“ (www.forumzdravi.cz, cit. [on-line] 2011-03-11).

### 2.1 Komplikace v průběhu těhotenství (přímé faktory)

#### **Infekce**

Infekce (genitálního traktu) je uváděna jako nejčastější příčina předčasného porodu. Mezi časté vyvolávající agens patří: streptokoky skupiny B (GBS), Chlamydia trachomatis, Mykoplazmata (M. hominis a U. urealyticum), Trichomoníada a bakterie vyvolávající bakteriální vaginózu. „Mikroorganismy pronikají ascendentně z pochvy a cervixu do dutiny děložní. Vyvolají zánět deciduy a chorioamnionitidu. Předčasný porod mohou vyvolat i neléčené celkové infekce matky“. Může to být například onemocnění pneumonie, pyelonefritida, tyfus (Hájek, 2004, s. 285- s. 286).

#### **Vícečetné těhotenství**

Vícečetné těhotenství je fyziologický stav, při kterém se v děloze současně vyvíjí a při porodu se rodí více plodů. Podle počtu plodů v děloze matky rozeznáváme dvojčata (gemini), trojčata (trigemini), čtyřčata (quadrigemini). Vícečetná gravidita se velmi významně uplatňuje u předčasných porodů. Zhruba polovina těhotných žen rodí předčasně do dokončeného 37. týdne těhotenství a asi polovina novorozenců z vícečetné gravidity má porodní hmotnost nižší než 2500 g. Procento vícečetného těhotenství dnes přibývá díky umělému oplodnění. Fyziologické dispozice dělohy jsou uzpůsobeny pro donošení jednoho plodu, ale je možno donosit i vícečetné těhotenství. Na základě toho se dvojčata rodí kolem 36. týdne těhotenství, trojčata ve 32. týdnu těhotenství a čtyřčata ve 28. týdnu těhotenství. U monochoriálních dvojčat a trojčat se ve velké míře vyskytuje perinatální mortalita - úmrtnost a perinatální morbidita - nemocnost (Hájek, 2004, s. 267; Dráč, 1983, s. 141).

### **Inkompetence hrdla děložního**

Inkompetence hrdla je nebolestivé rozšíření děložního čípku, která vede k ukončení těhotenství ve druhém a třetím trimestru gravidity. Vyskytuje se kolem dvanáctého týdne těhotenství a způsobuje předčasný porod, nebo pozdní potrat. Příčinou jsou traumatické faktory, předchozí zákroky na čípku, faktory výživy a kongenitální vlivy. Při rozšíření děložního hrdla je pro ženu důležitý přísný klid na lůžku, hospitalizace a Trendelenburgova poloha. Chirurgickou metodou je cerklage děložního hrdla - stažení děložního hrdla stehem (Roztočil, 2008, s. 163, s. 322).

### **Placentární insuficience**

Jedná se o nedostatečnost placenty, která postihuje několik jejích funkcí. Příčiny mohou být jak v prokrvení placenty, tak v poruše vlastní placenty. Způsobuje výživovou nedostatečnost plodu a také hormonální změny. Porucha funkce placenty může ovlivnit vývoj plodu v děloze a vede až k jeho intrauterinní růstové retardaci (IUGR). Při akutních stavech je vhodné těhotenství co nejrychleji předčasně ukončit císařským řezem ([www.nedoklubko.cz](http://www.nedoklubko.cz), cit. [on-line] 2011-03-15).

### **Vývojové vady dělohy**

VV dělohy nejsou příliš časté. Děloha se zakládá ze dvou Müllerových vývodů. Porucha splynutí Müllerových vývodů má za následek řadu vývojových vad dělohy - zdvojená děloha, jednorohá děloha, dvourohá děloha, děloha s přepážkou a hypoplazie dělohy. Děloha proto není schopná svou kapacitou donosit plod do termínu porodu a novorozenec se narodí předčasně. Pokud není VV dělohy spojena s jinými vadami, probíhá většinou skrytě ([www.porodnice.cz](http://www.porodnice.cz), cit. [on-line] 2011-03-15).

### **Vrozené vývojové vady plodu**

Vrozené vývojové vady plodu jsou defekty orgánů, ke kterým dochází během vývoje plodu uvnitř dělohy matky a jsou přítomné i po narození dítěte. Příčinou jsou mutace genu a různé vnější vlivy (léky, alkohol, drogy, RTG záření, infekce matky a nemoci matky). Nejdůležitější jsou defekty neurální trubice a břišní stěny (anencefalus, spina bifida, hydrocefalus, omfalokéla). Vrozenými vývojovými vadami plodu se zabývá Prenatální diagnostika vrozených vývojových vad a dědičných onemocnění jedinců (Roztočil, 2008, s. 248- s. 249).

## **Preeklampsie**

„Preeklampsie je definována jako těhotenstvím podmíněná hypertenze s proteinurií a případně edémy po 20. týdnu gravidity. Před 20. týdnem gravidity se můžeme s hypertenzí jako projevem preeklampsie setkat u hydatiformní moly či u neimunologického hydropsu plodu“ (Hájek, 2004, s. 95).

## **Predispozice k preeklampsii**

„Vyskytuje se u 10 – 14 % primipar a 5 – 7 % multipar. Zvýšené riziko preeklampsie lze očekávat u těchto těhotných:

- Primipary
- Vícečetné těhotenství
- Nízký socioekonomický status těhotné
- Výskyt preeklampsie v rodině
- Chronická renální onemocnění
- Preeklampsie v minulé graviditě
- Diabetes mellitus
- Non – imunitní hydrops, nola hydatidosa
- Obezita
- Avitaminózy“ (Čech, 2006, s. 255)

## **Diabetes mellitus v těhotenství**

„Diabetes mellitus je skupina metabolických onemocnění, které se projevují hyperglykemiemi vlivem nedostatečné sekrece inzulínu pankreatem, zvýšením inzulínové rezistence, nebo kombinací obou.

Vznik této intolerance je vázán na průběh těhotenství, zejména na jeho druhou polovinu. Ve většině případů odeznívá s ukončením těhotenství. Může se znovu manifestovat v těhotenství následujícím. Diabetes mellitus v těhotenství se dělí na gestační diabetes mellitus (GDM) a preexistující diabetes mellitus (PreDM). Gestační diabetes mellitus je intolerance sacharidů, která je poprvé diagnostikována v průběhu těhotenství. Preexistující diabetes mellitus je metabolická porucha charakterizována hyperglykemií vzniklou na podkladě poruchy v produkci nebo funkci inzulínu, která je zjištěna před otěhotněním“ (Čech, 2006, s. 290 – s. 293).

## **2.2 Epidemiologické faktory v těhotenství (nepřímé faktory)**

### **Věk matky, parita a sociální faktory**

Vysoká frekvence předčasných porodu je u žen, kterým je méně než dvacet let. Je to způsobeno nedokončeným tělesným vývojem. Rizikovým faktorem je taky vysoký věk žen nad 35 let, které trpí celkovou chorobou (např. diabetes mellitus). Špatné socioekonomické podmínky lze sledovat u mladých, svobodných a sociálně izolovaných žen s nízkým dosaženým vzděláním, nízkým finančním příjmem, nezaměstnaností, nepřiměřenou výživou a nedostatečným zdravotním zajištěním. Předčasným porodem jsou nejvíce ohroženy těhotné ženy - prvoroďčky (Borek, 2001, s. 18; Dráč, 1983, s. 73).

### **Kouření, alkohol a drogy**

Kouření jako nepřímý faktor má vliv na předčasný porod. Více jak 10 cigaret denně může způsobit předčasný odtok plodové vody, abrupci placenty, vcestnou placentu praevia a intrauterinní růstovou retardaci plodu. Požívání alkoholu nejvíce ohrožuje plod na úplném začátku gravidity. Při pravidelné konzumaci alkoholu může vzniknout alkoholový syndrom plodu. „Farmakologické účinky drog na předčasný porod je většinou složité odlišit od dalších faktorů, které aplikaci drog provázejí (stres, těžká infekce)“. U dítěte dochází v důsledku užívání drog k RDS, aspirační pneumonii, Intrauterinní asfyxii (Borek, 2001, s. 20-21; Hájek, 2004, s. 268; Dráč, 1983, s. 95).

### **Riziko opakování předčasného porodu**

Pokud se v anamnéze těhotné ženy vyskytuje v předchozím těhotenství předčasný porod, tak je riziko ve stávající graviditě opakovaného předčasného porodu vysoké. Při výskytu jednoho porodu před TP je riziko 2,2 - krát vyšší, při výskytu dvou 3,7 - krát vyšší a čtyř 4,9 - krát vyšší riziko, že těhotná žena bude opět родit před termínem porodu. U těhotné je nutný zvýšený dohled (Hájek, 2004, s. 267).

### **Zaměstnání**

Těhotnou ženu není nutno vyřazovat z pracovního prostředí. Pouze pokud ji práce unavuje, je v třísměnném provozu, do práce daleko dojíždí, nebo pokud pracuje převážně ve stoje. Nesmí zvedat těžká břemena nad 12 kg. ( Hájek, 2004, s. 268).

### 3. DIAGNOSTIKA PŘEDČASNÉHO PORODU

Před termínem porodu těhotnou ženu přivádí do nemocnice subjektivní potíže, které mohou signalizovat předčasný porod. Žena udává bolesti v podbřišku podobné menstruační bolesti. Může trpět výtokem z pochvy, bolestmi zad a na začátku porodu může mít bolestivé kontrakce nestejné intenzity. Předčasný odtok plodové vody se objevuje u 30 % případů (www.porodnice.cz, cit. [on-line] 2011-03-15).

Lékař musí diagnostikovat předčasný porod a provést rozhodnutí, zda se těhotenství udrží a vhodnými prostředky zabráni předčasnému porodu, nebo do průběhu porodu nebude zasahovat a porod nechá volně běžet. Základem je zhodnotit možnosti vzhledem ke gestačnímu stáří plodu. Před 22. týdnem těhotenství je plod previable a těhotenství je ukončeno pouze na podkladě anamnézy a věku matky a po konzultaci s oběma rodiči. Ve 22. - 26. týdnu gravidity je plod ve stádiu přechodné viability a těhotenství může být ukončeno v zájmu plodu. Podmínkou je hospitalizace ženy v perinatologickém centru. Nad 26. týden těhotenství je plod viable a zde se rozhoduje stejně jako u plodu narozeného v termínu porodu (Hájek, 2004, s. 268 - s. 269).

#### **Diagnostika zahrnuje:**

- Anamnézu; Ultrazvuk
- Porodnické vyšetření
- Posouzení děložní činnosti
- Průkaz předčasně odtékající plodové vody
- Laboratorní vyšetření
- Biofyzikální profil předčasného porodu

#### **Anamnéza**

Anamnéza je důvěrný rozhovor rodičky s lékařem, který vyžaduje navození příjemné a důvěrné atmosféry. Odehrává se na začátku těhotenství a při příjmu těhotné na porodní sál. Skládá se z anamnézy porodní, gynekologické, osobní a rodinné. Při předčasném porodu lékaře hlavně zajímá, zda má těhotná bolesti v podbřišku, děložní stahy, bolesti v zádech, dysurii a polakisurii. Dále jestli se u těhotné vyskytuje vodnatý výtok, odtok plodové vody (předčasný) a krvácení (Hájek, 2004, s. 269).

## **Ultrazvuk**

Je dostupná, neinvazivní, nebolestivá, častá, rutinní a opakovatelná zobrazovací metoda v porodnictví a gynekologii, která hodnotí průběh těhotenství. Lékař vyšetřuje pomocí sondy ultrazvukového přístroje přes břišní stěnu vyvíjející se plod. Na konci těhotenství se ultrazvuk provádí opakovaně. Před vyšetřením není žádná zvláštní příprava.

Ultrazvukové vyšetření podává informace o porodní hmotnosti nezralého plodu, poloze plodu a stáří (měřením jednotlivých kostí včetně průměru hlavičky). Dokáže určit stav orgánů, morfologii dolního děložního segmentu, uložení placenty v děloze, tvar dělohy a množství plodové vody. Tzv. Dopplerovským vyšetřením se zhodnotí průtok krve placentou. Pomocí ultrazvukového vyšetření se posuzuje také hrdlo děložní (ultrazvuková cervikometrie). Provádí se transvaginální sondou, kterou se měří délka cervixu mezi zevní a vnitřní děložní brankou. Rizikovým faktorem je zkrácení hrdla pod 25 mm. Průkazem hrozícího předčasného porodu je dále rozšíření vnitřní děložní branky ve tvaru písmene Y, V, nebo U, které se zvětšuje při břišním lisu (Čech, 2006, s. 190-191, Hájek, 2004, s. 269).

## **Porodnické vyšetření**

Porodnické vyšetření se provádí na porodním stole (lůžku). Rozlišujeme dvě základní vyšetření. Zevní vyšetření slouží k posouzení ženské pánve a k měření jejich rozměrů. Dále k určení polohy plodu (situs), postavení plodu (positio), držení plodu (habitus) a naléhání velké části plodu do malé pánve (presentatio). Lékař si u ženy všímá její hmotnosti, vzrůstu a stavby těla, varixů a otoků dolních končetin. Pomocí vnitřního vyšetření gynekolog zjišťuje palpačně zralost porodních cest po opláchnutí zevních rodidel dezinfekčním roztokem. Hodnotí čípek, zevní a vnitřní branku, velikost porodnické branky, vak blan a při prasknutí vaku blan hodnotí charakter plodové vody (čirá, zkalená).

K porodnickému vyšetření může lékař zvolit zrcadla (spekuly). Rozeznáváme zrcadla Trélatova, Simonova a Scherbakova. Vyšetření v zrcadlech je důležité pro odběr kultivace z hrdla, odběr kultivace z pochvy a k vyšetření PROM testu. Nejčastěji se volí vyšetření Trélatovým zrcadlem. Při vyšetření se může také zjistit profúzní odtok plodové vody (Čech, 2006, s. 107 - s. 119).



### **Posouzení děložní činnosti**

Děložní činnost se posuzuje pomocí kardiokografu. Pokud jsou na CTG záznamu zaznamenány čtyři a více kontrakcí během 30 minut, mluví se o hrozícím předčasném porodu a žena je hospitalizována. Na záznamu se hodnotí nejen děložní činnost, ale i frekvence a charakter srdečních ozev plodu (Hájek, 2004, s. 269).

### **Průkaz předčasně odtékající plodové vody (PROM)**

Odtok plodové vody se zjistí pomocí Temesvaryho zkoumadla. Pokud se jedná o plodovou vodu, tak po aplikaci zkoumadla se plodová voda na vložce zbarví do modré barvy. Zkouška je založena na změně kyselého pH pochvy na pH zásadité. Test, kdy sekret obsahuje příměs krve, je falešně pozitivní. Přesnějším testem je actim PROM test na podkladě imunochromatografické metody (Hájek, 2004, s. 269).

### **Laboratorní vyšetření**

K laboratornímu vyšetření patří kultivace moče, kultivace poševního sekretu a cervikálního sekretu. Mezi infekčními markery jsou nejvíce uplatňovány počty leukocytů (bílé krvinky). Další test, který se používá, je C-reaktivní protein. Hladina C-reaktivního proteinu nad 10 mg/l signalizuje infekci v těle. Fibronektin je protein, který se nachází v extravilózním trofoblastu. Jeho přítomnost v cervikálním sekretu signalizuje kolem 24. týdne těhotenství předčasný porod. Při vzniku infekce se zvýší hladina cytokinů (IL6, IL8, IL1). Cytokiny jsou menší signální proteiny, které se účastní na imunitní odpovědi organismu. Dále je možné stanovit množství estriolů ve slinách těhotné ženy, protože jejich množství odráží stav placenty (Čech, 2006, s. 191; Hájek, 2004, s. 270).

### **Biofyzikální profil v diagnostice předčasného porodu**

Biofyzikální profil v diagnostice předčasného porodu spočívá v 30. minutovém sledování dýchacích pohybů plodu a pohybů jeho končetin. Dále v UZ flowmetrii a posouzení množství plodové vody. Plod musí vykonat dva pohyby končetinami a 30 dýchacích pohybů za jednu minutu. Amniální pool (množství plodové vody) nesmí být zmenšen pod 1cm. Změny v UZ flowmetrii (patologický průtok krve v arterii umbilicalis; zero flow, reverse flow) indikují distress plodu. Těhotenství se při této komplikaci musí co nejrychleji ukončit (Čech, 2006, s. 191).

## 4. TERAPIE PŘEDČASNÉHO PORODU

Terapie předčasného porodu musí být včasná a účinná, protože rozhoduje o osudu předčasně narozeného novorozence v prvních hodinách jeho života. Spočívá v potlačení děložní činnosti, v přípravě novorozeneho dítěte na život mimo dělohu a v potlačení infekce. Léčba může být kauzální, nebo symptomatická. Kauzální léčba je taková léčba, která odstraňuje příčinu předčasného porodu (např. podání antibiotik při infekci). Za symptomatickou léčbu se označuje podávání tokolytik (látky, které tlumí děložní stahy). Pokud předčasnému porodu nelze zabránit, matce se podávají kortikoidy (látky urychlující dozrávání plic nedonošeného plodu). Díky léčbě kortikoidy se velmi snižuje úmrtnost a nemocnost dětí.

Důležitou součástí péče o nedonošené děti je transport in utero. Transportem in utero se myslí transport plodu v děloze do perinatologického centra. V současné době má Česká republika 12 perinatologických center, které novorozenci i ženě poskytnou nejkvalitnější intenzivní péči. Šance na přežití nedonošeného novorozence narozené v perinatologickém centru je pětikrát vyšší, než narození dítěte mimo centrum. Úspěšnost léčby nezávisí pouze na porodníkovi, ale i na neonatologovi. Spolupráce mezi porodníkem a neonatologem je velmi důležitá ([www.nedoklubko.cz](http://www.nedoklubko.cz), cit. [on-line] 2011-03-28).

### 4.1 Terapie tokolytiky

Tokolytika jsou základní lékovou skupinou ve farmakologické léčbě hrozícího předčasného porodu, která slouží k zastavení svalové děložní činnosti. Může být úplná (potlačuje děložní aktivitu) a parciální (nižší dávka tokolytik netlumí úplně děložní kontrakce). Podává se ženám v období od 24 + 0 týdnů. Po 33 + 6 gestačním týdnem léčba tokolytiky není doporučována (Hájek, 2004, s. 272).

Pokud tokolýza zabrání předčasnému porodu do 48 hodin, považuje se léčba za úspěšnou. Během 48 hodin se také podávají těhotné kortikoidy k indukci dozrání plic plodu a těhotná žena se převáží do již výše zmiňovaného perinatologického centra. Indikací tokolýzy jsou děložní kontrakce s otevírajícím efektem dolního děložního segmentu, při kterém dochází ke zvětšování nálezu na děložním hrdle. Další indikací je předčasný odtok plodové vody před ukončeným 33. týdnem těhotenství. Kontraindikací léčby je krvácení z rodidel a infekce (Roztočil, 2008, s. 167- s. 168).

## Přehled léků s tokolytickými účinky na děložní sval:

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ B - sympatomimetika stimulují B - receptory v těle = fenoterol, hexoprenalin, Isoxsuprin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Blokátory kalciového kanálu snižují průchod vápníku přes buněčnou membránu = nifedipin</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inhibitory prostaglandinové syntézy Inhibují syntézu prostagland.= indometacin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nitroglycerin Relaxace hladkého svalstva dělohy</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antagonisté oxytocinu = nejvíce se používá atosiban (i.v)</li> </ul>	

### 4.2 Terapie antibiotiky

Antibiotická terapie se nasazuje při prokázané infekci, odtoku plodové vody (pokud žena neporodí dítě do dvanácti hodin po odtoku plodové vody), pozitivním GBS. „Nejčastěji jsou ATB podávána pro prokazatelnou kolonizaci genitálního traktu ženy chlamydiemi, ureaplazmaty a streptokoky skupiny B“. Z řad antibiotik se nejčastěji se aplikuje penicilin G, ampicilin, clindamycin (při alergii těhotné ženy na penicilin se volí u předčasných porodů clindamycin). Není doporučováno podávat antibiotickou léčbu déle než 7 dnů. Po podání léků se u některých žen můžou dostavit komplikace například v podobě anafylaktické reakce a vzniku rezistentních kmenů (Hájek, 2004, s. 274).

### 4.3 Terapie kortikosteroidy-glukokortikoidy

Kortikosteroidy jsou hormony z kůry nadledvinek (přírodní látky). Léčba je indikována v období 24 + 0 týdnů až 33 + 6 týdnů těhotenství. Napomáhají plodu k urychlení plicní zralosti, indukují tvorbu surfaktantu a snižují riziko syndromu dechové tísně. Patří mezi ně betametazon 14 mg i.m. dvě dávky během 48 hodin, nebo dexametazon 8 mg 4 dávky po 6 až 12 hodinách. „Aplikace by se měla indikovat tehdy, hrozí-li riziko, že těhotná předčasně porodí do 7 dnů. Některé studie prokazují lepší efekt betametazonu, který je prevencí intraventrikulární hemoragie a leukomalacie“ (Hájek, 2004, s. 274).

## 5. VEDENÍ PŘEDČASNÉHO PORODU

K vedení předčasného porodu se přistupuje individuálně. Dbá se především na šetrné vedení předčasného porodu z důvodu náchylnosti nedonošeného dítěte k traumatu a citlivosti na nedostatečný přísun kyslíku. Plod je nejvíce ohrožen krvácením do centrálního nervového systému, čili krvácení do mozku. Než lékař rozhodne, jakým způsobem se povede porod, musí mezitím posoudit řadu údajů. Jedná se především o gestační stáří plodu, přítomnost infekce, známky hypoxie plodu, oligohydramnion, preeklampsie, předčasný odtok plodové vody, zda byly podány kortikosteroidy, nebo tokolytika a jestli jde o jednočetné nebo vícečetné těhotenství. Kontraindikován je porod vakuumextrakcí. Vedení porodu v termínu se zásadně liší od vedení porodu před termínem porodu (Hájek, 2004, s. 276; [www.nedoklubko.cz](http://www.nedoklubko.cz), cit. [on-line] 2011-03-30).

### 5.1 Porod vaginální cestou

Vaginální cestou je indikován pouze porod při poloze plodu podélné hlavičkou. Porodník musí posoudit zralost, postavení a konzistenci děložního hrdla. Podmínkou vedení porodu vaginální cestou je číslo cervixu skóre více než 6. Během porodu se monitoruje činnost dělohy. Pokud je intenzita kontrakcí nad 60 torrů, jejich frekvence častá (více než 4 kontrakce v 10 minutách) a délka mezi dvěma kontrakcemi kratší než 40 s, je nutno děložní stahy tlumit parciální tokolýzou nebo epidurální analgezií. Hypoxie plodu, decelerace ozev, nepostupující porod apod. vedou k ukončení porodu akutním císařským řezem (Čech, 2006, s. 194).

### 5.2 Porod císařským řezem

Císařský řez se indikuje při poloze plodu koncem pánevním- KP, v některých případech u vícečetného těhotenství, například pokud je odhadovaná hmotnost plodů pod 1500 g, u hypoxie plodu, při rozvoji chorioamnionitidy a u nezralého vaginálního nálezu. Není indikován u plodu před 24. týdnem těhotenství (plod je *previabilní*). Během 24+0 - 24+6 týdne se císařský řez indikuje v zájmu matky (plod je *přechodně viabilní*). Od 26. týdne těhotenství se již indikuje v zájmu plodu (plod je *viabilní*). Naděje na přežití nezralého dítěte je největší a nejspolehlivější, pokud se císařský řez vede v Perinatologickém centru (Čech, 2006, s. 194; Roztočil, 2008, s. 277).

## **6. ZVLÁDÁNÍ NARUŠENÉHO PSYCHICKÉHO STAVU MATEK PŘEDČASNĚ NAROZENÝCH DĚTÍ**

Předčasný porod představuje zátěžovou a stresovou situaci pro matku i otce nedonošeného dítěte i jejich okolí. Ani jeden z rodičů nepočítá s možností, že se jejich dítě dostane na svět dříve, než v devátém měsíci. Porod před termínem se dostaví nečekaně mimo plán a odráží se na psychické změně rodičů. Dostaví se u nich stres, strach o život a zdraví dítě, emoční zmatek, nejistota, šok, výčitky a další negativní emoce. V tomto případě je vhodná psychologická pomoc ze strany zdravotnického personálu a optimální je přímo psychologická pomoc odborníka (rozhovor s psychologem).

Předčasně rodící ženy potřebují získávat pravdivé informace o zdravotním stavu dítěte (nebo dětí u vícečetného těhotenství). Informace, jak se novorozenci daří, jak prospívá, zda se u něj vyskytují nějaké komplikace, následky a jaké dítě čeká vyšetření. Dále se rodičům potřebuje dostat konkrétní rada a instrukce, co mohou v daný okamžik pro sebe a pro své dítě udělat. Nepravdivé podávání informací je nevhodné, protože mohou navodit rodičům falešné naděje, se kterými se potom těžko vyrovnávají a na psychiku nemají dobrý vliv. Potřebují také prostor pro sdělení svých vnitřních pocitů a ventilovat navenek své negativní myšlenky, aby uvolnili napětí, které pociťují.

Navštěvovat své nedonošené dítě na neonatologické jednotce intenzivní péče je pro matku i pro otce náročné a stresující. Rané odloučení dítěte od matky může způsobit přerušování vztahu matky k dítěti. Strach ze smrti dítěte může vytvořit dočasnou bariéru při budování vztahu k němu. Rodiče jsou pronásledováni pocitem viny, protože si myslí, že své nezralé dítě v inkubátoru dostatečně nemilují. Po překonání počáteční krize dítěte tyto pocity většinou vymizí. Mezi tím rodiče dítěte zpracují šok z předčasného porodu, což jim umožní vidět situaci v lepším obraze.

Ke zlepšení psychologického stavu matky je doporučováno například šití a pletení čepiček, ponožek, svetříků a jiných novorozeneckých oblečků. Ženám tato činnost rozvíjí přirozenou aktivní péči o nezralého nedonošence a navozuje jim kladný vztah vůči dítěti a zdravotnickému personálu. Ruční práce při přípravě oblečků představuje po porodu příjemnou relaxaci, odpočinek a zábavu ([www.vasedeti.cz](http://www.vasedeti.cz), cit. [on-line] 2011-04-01; Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, s. 42 - s. 52).

## 6.1 Bonding

Bonding znamená připoutání dítěte k matce a vytvoření pevné citové vazby. Po porodu patří novorozence co nejdříve k rodičům (pokud to jeho stav dovoluje). Jedná se o poporodní proces, kdy se tvoří hluboká emoční vazba mezi matkou a dítětem. Po předčasném porodu je dítě předáno neonatologům a uloženo do inkubátoru, ale i tak může bonding mezi nimi probíhat. U nedonošených dětí na JIP a IMP se nejdříve zajišťuje, aby se mohla žena na své dítě dívat přes inkubátor, sahat na něj a hladit ho. Dítě lze později z inkubátoru vyndat a klokánkovat. Tyto děti mají menší problémy s dýcháním a lépe prospívají, než děti neklokánkované. Vzájemný kontakt zvyšuje vyplavování a tvorbu hormonů, které zajišťují budování emočních vazeb mezi rodiči a dítětem a připravuje matku na kojení (Betynka, 2010, č. 4).

## 6.2 Klokání metoda (klokánkování)

Pro matku a dítě je ze všeho nejdůležitější mezi sebou po porodu navázat kontakt. Platí to i u otců. Jakmile to zdravotní stav matce po porodu dovolí, může své dítě na novorozenecké JIP začít navštěvovat. Nejdříve se rodiče na dítě jen dívají a dotýkají se ho přes inkubátor. Později, podle stavu dítěte, se může používat klokání metoda.

Klokání metoda byla zahájena v 70. letech v Kolumbii jako alternativní péče předčasně narozených dětí v inkubátorech, kterou založil Dr. Nelson Diniz de Oliviera. Dítě je přiloženo na obnažený hrudník matky, nebo otce, na hodinu denně (i déle). Může být použita jen se souhlasem neonatologa. Metoda není doporučována zdravotnickému personálu (u cizích dětí). Kontraindikací je sepse, krvácení, vnitřní poranění. Pro psychický vývin je důležitý vyrovnaný a pozitivní vztah matky a dítěte (www.mamaaja.cz, cit, [on-line] 2011-04-01; Leifer, 2004, s. 360).

### Výhody klokání metody

- Vyšší spokojenost matek se zdravotnickými výkony
- Dřívější návrat domů z nemocnice
- Sebejistota při péči o dítě
- Matky déle kojí a jsou méně úzkostlivé
- Úleva stresového aparátu dítěte od zátěže
- Děti do 6. měsíce méně pláčou

## 7. OŠETŘENÍ PŘEDČASNĚ NAROZENÉHO NOVOROZENCE

Ošetření předčasně narozených (nezralých) dětí závisí na termínu porodu, týdnu těhotenství, porodní hmotnosti, na funkční zralosti důležitých orgánů (CNS, srdce a plíce). Záleží na tom, jak kvalitně bylo nedonošené dítě připravováno na extrauterinní život. Celkový stav dítěte se hodnotí podle Apgar skóre (1., 5., 10. minuta po porodu). Sleduje se barva kůže, svalový tonus, reakce na podráždění, charakter dýchání a srdeční akce.

První tři hodiny jsou pro novorozence důležité, protože dochází ke všem adaptačním změnám. Po porodu se novorozenec musí adaptovat na život mimo dělohu. Průběh adaptace závisí na předchozím nitroděložním vývoji plodu (růst, vrozené vývojové vady, množství plodové vody), průběhu porodu a týdne těhotenství při narození. Prvním křikem se již začíná dítě adaptovat na extrauterinní život. Důležitou roli v poporodní adaptaci mají plíce. Po porodu se plíce musí rychle zbavit vody a nahradit ji vzduchem, aby mohly sloužit k výměně plynů a tím k okysličování krve. Čím dříve se dítě narodí, tím je adaptace plic horší. Dále je to adaptace na přestavbu krevního oběhu, kdy se srdce musí umět stáhnout a přečerpávat krev do plic a celého oběhu. Nejdůležitějším prvním krokem po porodu je zajistit novorozenci dostatečné teplo (Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, s. 53- s. 55; Dráč, 1983, s. 214).

### 7.1 Děti narozené v 35.- 37. týdnu těhotenství

Nejmenší stupeň nezralosti nedonošených dětí je v 35.- 37. týdnu těhotenství. Tito novorozenci se ošetřují jako děti donošené. Nejdříve je třeba zabránit tepelným ztrátám tím, že se zabalí tělíčko novorozence do předem zahřáté plínky. Je to z důvodu předcházení šoku z podchlazení. Ošetření novorozence má probíhat v prostředí se stálou optimální teplotou (vyhřátý box, nebo inkubátor). Vlhkost v inkubátorech by měla být okolo 60 % – 70 %. Trvale jsou monitorovány základní životní funkce (krevní tlak, puls, dech, tělesná teplota a saturace krve kyslíkem). Pokud nejsou volné horní dýchací cesty, provádí se odsávání obsahu z úst a nosohltanu. Po uvolnění horních dýchacích cest se provádí hodnocení životních funkcí podle Apgarové. Jestliže má hodnocení alespoň 8 bodů, novorozenec se může běžně ošetřovat. Dítě se osuší, na hrudník se napíše jeho číslo a na nohu příjmení. Ošetří se pupečník, provede

se kredeizace očí a do úst se nakape Kanavit. Nakonec se novorozenec zváží, změří, ukáže se matce a je přenesen na oddělení Intermediální péče (Dráč, 1983, s. 215).

### **7.2 Děti narozené v 31. – 34. týdnu těhotenství**

Jsou to středně nedonošení novorozenci hospitalizováni na jednotkách JIP, nebo RES. Pro udržení tělesné teploty novorozence se veškerá ošetření a vyšetření provádí v inkubátorech. Objevují se u nich respirační poruchy. Pokud se u předčasně narozených dětí neobjevují respirační problémy, není třeba aplikovat kyslík (Dráč, 1983, s. 215; <http://nedonosenci.blogspot.com>, cit, [on-line] 2011-04-01).

### **7.3 Děti narozené do 30. týdne těhotenství**

Tito novorozenci mají nejnížší porodní váhu s nedokončeným nitroděložním vyzráním. Jsou nejvíce ohroženi perinatální úmrtností. Její hlavní příčinou je syndrom dechové tísně, infekce a primární asfyxie. Těžce nezralé děti jsou intubovány a napojeny na dýchací přístroj. Častou komplikací u těchto novorozenců jsou apnoické pauzy. „V prvních dnech děti vyžadují kanylace žilního systému pro výživu i podávání léků. V některých případech je pro přesné měření krevního tlaku nutná i kanylace arteriálního řečiště.“ Vyšetřuje se u nich glykémie, PO<sub>2</sub>, teplota, anémie a přítomnost infekce (Dráč, 1983, s. 215-216; <http://nedonosenci.blogspot.com>, cit, [on-line] 2011-04-01).

### **Rozdělení předčasně narozeného novorozence podle porodní hmotnosti**

nad 2 500 gramů	NORMÁLNÍ PORODNÍ HMOTNOST
1500 – 2500 gramů	NÍZKÁ PORODNÍ HMOTNOST
1000 – 1500 gramů	VELMI NÍZKÁ PORODNÍ HMOTNOST
pod 1000 gramů	EXTRÉMNĚ NÍZKÁ PORODNÍ HMOTNOST

### **Rozdělení předčasně narozeného novorozence podle týdne těhotenství**

36. – 37. týden těhotenství	LEHKÁ NEZRALOST
32. – 35. týden těhotenství	STŘEDNÍ NEZRALOST
28. – 31. týden těhotenství	TĚŽKÁ NEZRALOST
pod 28. týden těhotenství	EXTRÉMNÍ NEZRALOST (Peychl, 2005, s. 15)



## 8. ORGANIZACE PÉČE PŘEDČASNÝCH PORODŮ V ČR

Péče o nedonošené novorozence je po finanční stránce náročná a klade vysoké nároky na přístrojové vybavení a obsazení zdravotních pracovníků. Od roku 1982 byla v České republice založena Sekce perinatální medicíny při České gynekologicko-porodnické společnosti a byly položeny základy kvalifikované péče o předčasné porody. V té době perinatální mortalita zaostávala a řadila se za vyspělé země Evropy a zámoří. V České republice je nyní 12. perinatologických center nejvyšší kategorie, které koncentrují vážné případy systémem transport in utero (transport dítěte v děloze matky do nemocničního zařízení). „V roce 1998 se do perinatologických center podařilo transportovat více než 90 % ohrožených matek předčasným porodem“. U nás je také zřízeno 20 intermediálních center na úrovni okresů v oblasti gynekologicko-porodnických oddělení (Čech, 2006, s. 195; www.zdn.cz, cit, [on-line] 2011-04-01).

Perinatologie zahrnuje péči o těhotnou ženu, plod a novorozence od viability plodu přes období porodu a šestinedělí. Perinatologickou péči tvoří třístupňová regionální péče o těhotné ženy a novorozence. I. stupeň je základní novorozenecké oddělení pro fyziologické novorozence, II. stupeň je oddělení intermediální péče a III. stupeň je jednotka intenzivní péče. Na novorozeneckém oddělení, které je součástí všech porodnic, jsou umístěni fyziologičtí novorozenci. Tito novorozenci se narodili v termínu porodu a jsou zcela zdraví bez komplikací. Délka hospitalizace je obvykle 4 dny. Oddělení intermediální péče je oddělení pro středně nezralé novorozence po 32. týdnu gestace. Vyžadují menší podporu v poporodní adaptaci a specializovanou ošetrovatelskou péči. Nemají vybavení pro dlouhodobou intenzivní péči. Na jednotce intenzivní péče jsou velmi nezralé děti, které se narodily v 23. až 32. týdnu těhotenství. Centra jsou vybavena nejmodernější přístrojovou technikou pro zajištění intenzivní péče jak matky, tak plodu = ultrazvukové přístroje, kardiokografy, infuzní pumpy, pulzní oxymetry, monitory pro sledování životních funkcí nezralých dětí atd. (Čech, 2006, s. 195; Dokoupilová, Fišárková, Novotná a kol., 2009, s. 56).

Organizace je zajištěna transportem in utero, při kterém je žena s počínajícím předčasným porodem převezena do příslušného perinatologického centra (podle délky těhotenství). Žena v 37. týdnu těhotenství rodí v příslušném porodnickém zařízení v místě svého bydliště (Čech, 2006, s. 195).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## Cíle bakalářské práce

- Zjistit tři nejčastěji se objevující komplikace v posledním těhotenství u 100 vybraných žen (respondentek), které měly vliv na předčasný porod.
- Zjistit tři nejčastěji se objevující epidemiologické faktory v posledním těhotenství u 100 vybraných žen, které měly vliv na předčasný porod.
- Zjistit povědomí žen o těhotenství a předčasném porodu.
- Zjistit zdravotní stav novorozenců po předčasném porodu a jejich momentální zdravotní stav (r. 2011).

## Metodika výzkumného šetření

K získání dat bylo použito výzkumné šetření dotazníkovou metodou. Dotazník (Příloha I.) se skládá z 28 otázek vytvořených k vyhodnocení a splnění stanovených cílů závěrečné práce. V dotazníku byly použity otázky otevřené s volnou odpovědí, otázky uzavřené s výběrem jedné možnosti odpovědi a otázky polouzavřené s výběrem jedné možnosti odpovědi a následným zkonkretizováním. V úvodu dotazníku jsem se respondentkám představila, vysvětlila důvod zjišťování čtyř cílů a poskytla informace k jeho vyplnění. V závěru nechybí poděkování za ochotu a čas věnovaný dotazníku.

**Cíl 1** je zaměřen na zjištění třech nejčastějších komplikací, které měly vliv na vznik předčasného porodu posledního těhotenství u 100 vybraných respondentek. Ke splnění prvního cíle jsem zvolila položky **8, 14, 22, 23, 24, 25, 26, 27**.

**Cíl 2** je zaměřen na zjištění třech nejčastějších epidemiologických faktorů, které měly vliv na vznik předčasného porodu posledního těhotenství u 100 vybraných respondentek a ke splnění cíle byly použity položky **1, 2, 3, 6, 10, 11**.

**Cílem 3** bylo zjistit povědomí žen o těhotenství a porodu položkou číslo **15, 16, 17, 18, 19, 20, 21**.

**Cílem 4** bylo zjistit zdravotní stav předčasně narozeného novorozence po narození a jeho momentální zdravotní stav položkou číslo **28**.

### **2.3 Zkoumaný soubor**

K vyplnění dotazníků bylo požádáno 40 respondentek (žen po předčasném porodu) z Fakultní nemocnice Olomouc (Novorozenecké oddělení, oddělení Intenzivní péče a oddělení Intermediální péče) a 20 žen z Rodinného centra Heřmánci. 150 respondentek mi vyplnilo dotazník na webové stránce, kde byl dotazník umístěn: [www.vyplnto.cz](http://www.vyplnto.cz). Za konečnou cílovou skupinu bylo celkem zvoleno 100 žen.

### **Organizace výzkumného šetření**

Výzkumné šetření probíhalo od 25.2.2011 do 28.3.2011. Bylo rozdáno 40 dotazníků do FN Olomouc (novorozenecká JIP a IMP) a vrátilo se mi zpět 23 kusů. Dále 20 dotazníků jsem umístila do Rodinného centra Heřmánci a vrátily se mi celkem 3 kusy. Dotazník jsem vytvořila a vyvěsila i na internetových stránkách: [www.nedoklubko.cz](http://www.nedoklubko.cz), [www.naseporodnice.cz](http://www.naseporodnice.cz), [www.cpapik.cz](http://www.cpapik.cz), [www.mamila.cz](http://www.mamila.cz), [www.maminkymaminkam.cz](http://www.maminkymaminkam.cz). Z webových stránek bylo použito k vyhodnocení 74 vyplněných dotazníků ze 150 dotazníků. Ostatní byly nehodnotitelné (nedostatečně vyplněné), proto jsem nemohla všechny použít do vyhodnocení praktické části práce.

### **Zpracování výsledků výzkumného šetření**

Výsledky výzkumného šetření dotazníkovou metodou jsou shrnuty v tabulkách a grafech. Byly vyhodnoceny a zpracovány v počítačovém systému Microsoft Exel a Microsoft Word. Relativní četnost je vyjádřena graficky. Absolutní četnost je vyjádřena v tabulkách.

## Interpretace výsledků výzkumného šetření

### Cíl 1 = Komplikace v těhotenství spojené s předčasným porodem

#### Položka č. 8: Bylo příčinou předčasného porodu vícečetné těhotenství?

Ze 100 dotázaných respondentek 37 (37%) žen uvedlo, že vícečetné těhotenství bylo příčinou předčasného porodu a u 63 (63%) respondentek nebylo vícečetné těhotenství příčinou.

Tabulka 1 – Vícečetné těhotenství

	ANO	NE	celkem
počet	37	63	<b>100</b>
%	37	63	<b>100</b>

Graf 1 – Vícečetné těhotenství



#### Položka č. 14: Trpíte nějakým závažným zdravotním problémem?

Ze 100 odpovědí odpovědělo 81 respondentek (81%), že netrpí žádným zdravotním problémem, 19 respondentek má zdravotní problém (9 žen má vysoký TK, 4 ženy Trombofilii, 3 Hypothyreozu, 1 trpí Epilepsií, 1 Depresí 1 Latentní tetanií).

Tabulka 2 Zdravotní problém respondentek

	ANO	NE	celkem
počet	19	81	<b>100</b>
%	19	81	<b>100</b>

**Graf 2** Zdravotní problém respondentek



**Položka č. 22: Měla jste infekci genitálního traktu?**

Ze zkoumaného počtu 100 respondentek mělo 33 (33%) žen infekci genitálního traktu a 67 (67%) žen infekci genitálního traktu v těhotenství nemělo.

**Tabulka 3** Infekce genitálního traktu

	ANO	NE	celkem
počet	33	67	<b>100</b>
%	33	67	<b>100</b>

**Graf 3** Infekce genitálního traktu



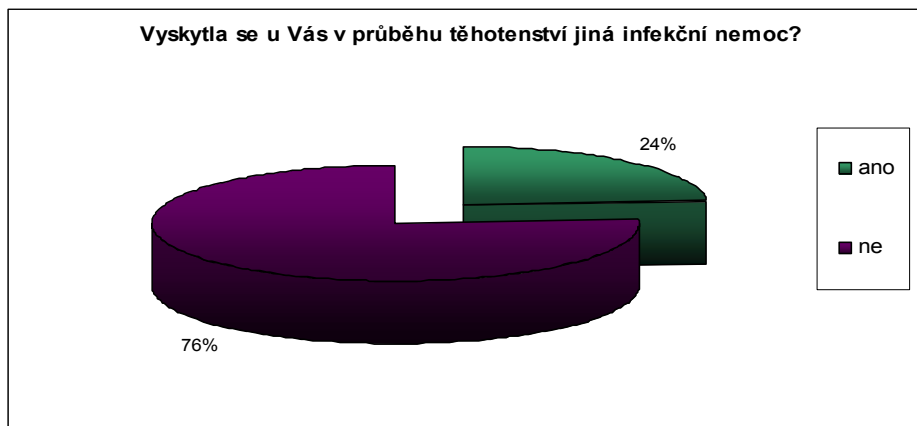
**Položka č. 23: Vyskytla se u Vás v průběhu těhotenství jiná infekční nemoc?**

Z celkového počtu 100 respondentek se u 76 žen (76%) nevyskytla během těhotenství žádná infekční nemoc a 24 žen (24%) infekční nemoc prodělalo.

**Tabulka 4 - Infekční nemoc**

	ANO	NE	celkem
počet	24	76	<b>100</b>
%	24	76	<b>100</b>

**Graf 4 - Infekční nemoc**



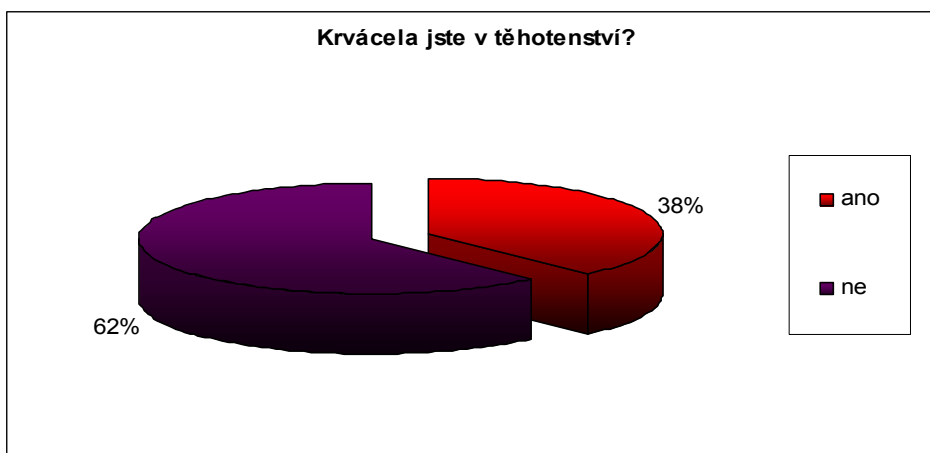
**Položka č. 24: Krvácela jste v těhotenství?**

Ze 100 respondentek 38 (38%) odpovědělo ano – krvácela jsem v těhotenství, 62 (62%) žen v těhotenství nekrvácelo.

**Tabulka 5 – Krvácení**

	ANO	NE	celkem
počet	38	62	<b>100</b>
%	38	62	<b>100</b>

**Graf 5 - Krvácení**



### Položka č. 25: Trpěla jste GDM nebo preeklampsii?

Z celkového počtu 100 respondentek trpělo těmato onemocněním 44 žen (44%) a 56 žen (56%) GDM nebo preeklampsii netrpělo. Ze 44 žen mělo 27 žen preeklampsii a 17 žen těhotenskou cukrovku v těhotenství (GDM).

**Tabulka 6 – GDM a Preeklampsie**

	ANO	NE	celkem
počet	44	56	<b>100</b>
%	44	56	<b>100</b>

**Graf 6 – GDM a Preeklampsie**



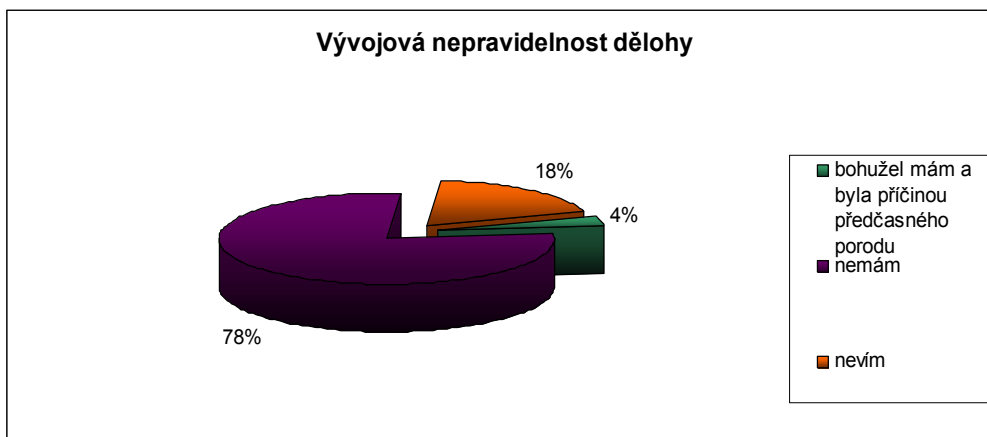
### Položka č. 26: Vývojová nepravidelnost dělohy

Ze 100 dotázaných respondentek 78 (78%) odpovědělo, že nemají vývojovou nepravidelnost dělohy, 18 (18%) respondentek nevědí, zda mají vývojovou nepravidelnost dělohy a 4 (4%) respondentek vývojovou nepravidelnost dělohy mají a ta byla příčinou předčasného porodu.

**Tabulka 7 – Vývojová nepravidelnost dělohy**

	Mám	Nemám	Nevím	celkem
počet	4	78	18	<b>100</b>
%	4	78	18	<b>100</b>

**Graf 7- Vývojová nepravidelnost dělohy**



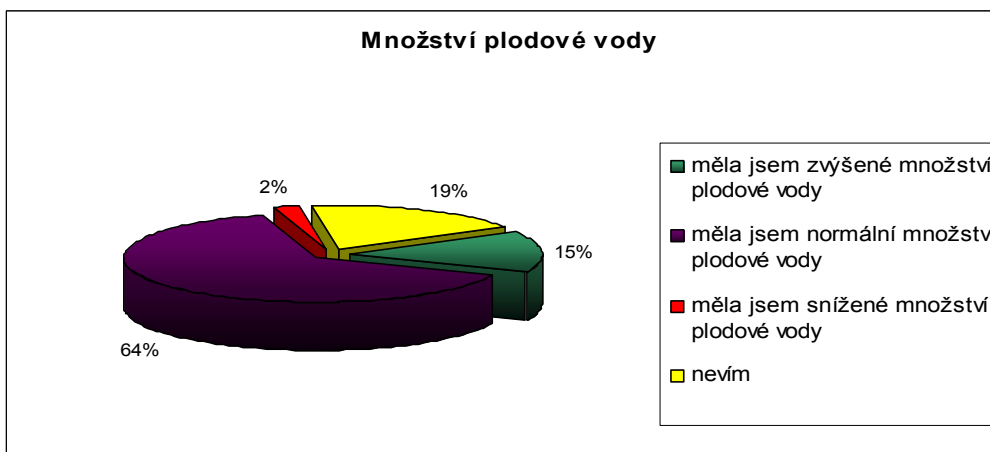
**Položka č. 27: Množství plodové vody**

Ze 100 respondentek mělo 64 (64%) žen normální množství plodové vody, 15 (15%) respondentek udává, že mělo zvýšené množství plodové vody, pouhé 2 (2%) respondentky měly snížené množství plodové vody a 19 (19%) respondentek mi na tuto otázku odpovědělo, že neví, kolik plodové vody měly.

**Tabulka 8- Plodová voda**

	Měla jsem zvýšené množství PV	Měla jsem normální množství PV	Měla jsem snížené množství PV	Nevím	celkem
počet	15	64	2	19	<b>100</b>
%	15	64	2	19	<b>100</b>

**Graf 8 – Plodová voda**





## Cíl 2 = Epidemiologické faktory v těhotenství spojené s předčasným porodem

### Položka č. 1: V kolika letech jste předčasně porodila?

Ze 100 dotázaných respondentek předčasně porodilo 7 (7%) žen do 20 - ti let, 27 (27%) žen předčasně porodilo mezi 21.- 26 rokem, 43 (43%) žen předčasně porodilo mezi 27.- 32. rokem a 23 (23%) porodilo předčasně po 32. roku.

Tabulka 9 – Věk

	do 20 let	21 – 26 let	27 – 32 let	nad 32 let	celkem
počet	7	27	43	23	<b>100</b>
%	7	27	43	23	<b>100</b>

Graf 9 – Věk



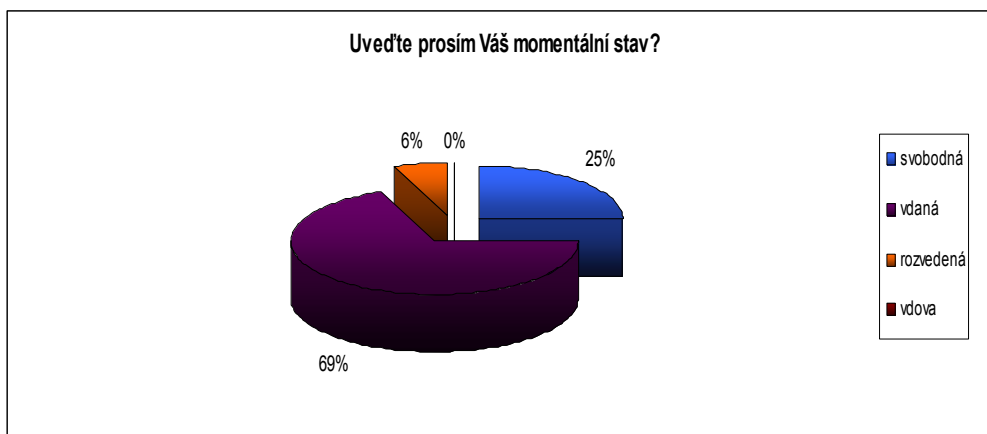
### Položka č. 2: Uveďte prosím Váš momentální rodinný stav

Ze 100 dotázaných respondentek je 25 (25%) žen svobodných, 69 (69%) žen je vdaných, 6 (6%) žen je rozvedených. Žádná z dotázaných respondentek není ovdovělá.

Tabulka 10 – Rodinný stav

	svobodná	vdaná	rozvedená	vdova	celkem
počet	25	69	6	0	<b>100</b>
%	25	69	6	0	<b>100</b>

**Graf 10- Rodinný stav**



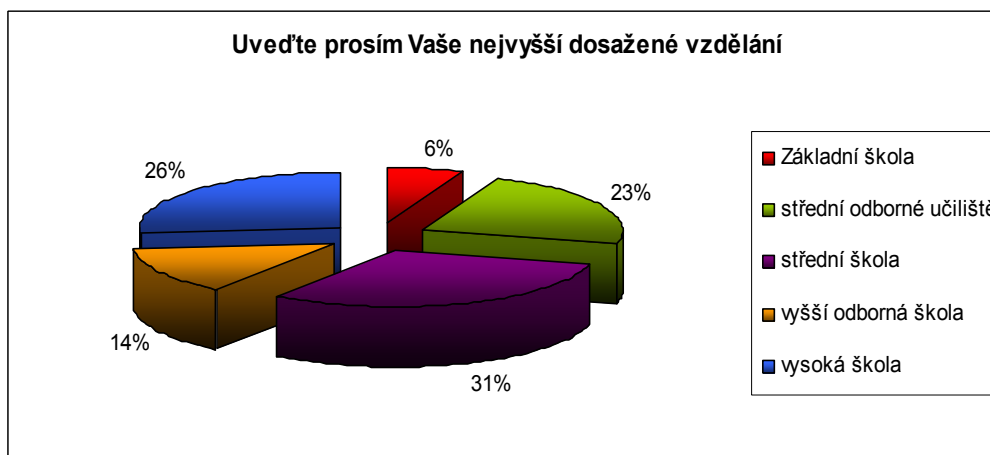
**Položka č. 3: Uvedte prosím Váše nejvyšší dosažené vzdělání**

Ze 100 dotázaných respondentek 6 (6%) žen dosáhlo pouze základního vzdělání, 23 (23%) žen vystudovalo střední odborné učiliště, 31 (31%) žen má střední školu, 14 (14%) žen vyšší odbornou školu a 26 (26%) dotázaných respondentek dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

**Tabulka 11 – Vzdělání**

	Základní škola	Střední odborné učiliště	Střední škola	Vyšší odborná škola	Vysoká škola	celkem
počet	6	23	31	14	26	<b>100</b>
%	6	23	31	14	26	<b>100</b>

**Graf 11 – Vzdělání**



### Položka č. 6: Měla jste opakovaně předčasné porody?

Ze zkoumaného souboru 100 respondentek mělo 23 (23%) žen opakované předčasné porody a 67 (67%) žen zatím nikdy nerodilo před termínem porodu.

**Tabulka 12** - Opakovaný předčasný porod

	ANO	NE	celkem
počet	23	77	<b>100</b>
%	23	77	<b>100</b>

**Graf 12** – Opakovaný předčasný porod



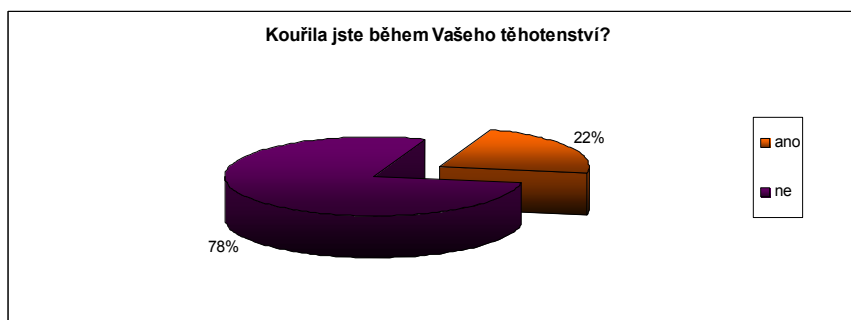
### Položka č. 10: Kouřila jste během Vašeho těhotenství?

Ze 100 dotázaných respondentek 22 (22%) žen kouřilo v průběhu těhotenství a 78 (78%) žen v těhotenství nekouřilo.

**Tabulka 13** – Kouření v těhotenství

	ANO	NE	celkem
počet	22	78	<b>100</b>
%	22	78	<b>100</b>

**Graf 13** – Kouření v těhotenství



### **Položka č. 11: Jak jste prožívala těhotenství a těšila jste se na miminko?**

Ze zkoumaného souboru 100 respondentek 70 (70%) žen těhotenství plánovalo a na miminko se těšilo, 18 (18%) žen bylo nevyrovnaných a nevěřilo si, že se zvládnou postarat o vlastní dítě, 12 (12%) žen odpovědělo, že těhotenství bylo nechtěné, zaskočilo je to, ale nepodstoupily interrupci.

**Tabulka 14 - Pocity**

	Těhotenství bylo plánované, na miminko jsem se těšila	Byla jsem nevyrovnaná, nevěřila jsem, že se zvládnou postarat o dítě	Těhotenství bylo nechtěné, zaskočilo mě, ale nepodstoupila jsem interrupci	celkem
počet	70	18	12	<b>100</b>
%	70	18	12	<b>100</b>

**Graf 14 – Pocity**



### **Cíl 3 = Informovanost žen o těhotenství a porodu**

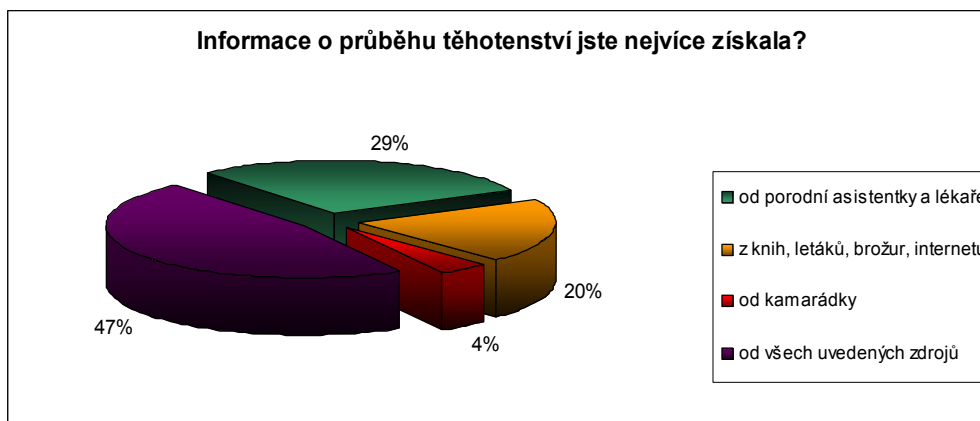
#### **Položka č. 15: Informace v průběhu těhotenství jste nejvíce získávala:**

Ze 100 dotázaných respondentek 29 (29%) odpovědělo, že získalo informace od porodní asistentky a lékaře, 20 (20%) studovalo z knih, internetu, letáků a brožur, 4 (4%) měly informace od kamarádky a 47 (47%) respondentek odpovědělo, že získalo informace od všech výše uvedených zdrojů.

**Tabulka 15 -** Informace v těhotenství

	Od porodní asistentky a lékaře	Z knih, letáků, brožur, internetu	Od kamarádky	Od všech výše uvedených zdrojů	celkem
počet	29	20	4	47	<b>100</b>
%	29	20	4	47	<b>100</b>

**Graf 15 –** Informace v těhotenství



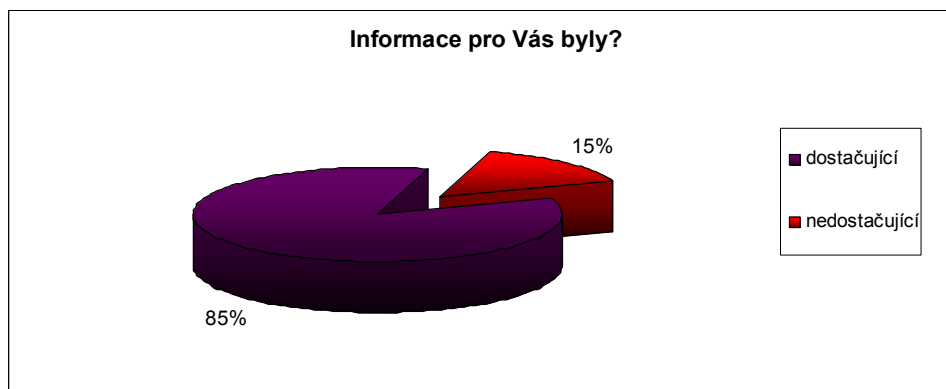
**Položka č. 16: Informace pro Vás byly**

Ze 100 respondentek 85 (85%) odpovědělo, že informace, které se jim dostaly, byly dostačující a 15 (15%) žen odpovědělo, že informace pro ně byly nedostačující.

**Tabulka 16 –** Informace (2)

	Dostačující	Nedostačující	celkem
počet	85	15	<b>100</b>
%	85	15	<b>100</b>

**Graf 16 –** Informace (2)



### **Položka č. 17: Víte, do kterého týdne mluvíme o předčasném porodu?**

Ze 100 respondentek 74 (74%) odpovědělo ano (vědí do kterého týdne se mluví o předčasném porodu, tj. do 37. týdne těhotenství) a 26 (26%) odpovědělo, že neví do kterého týdne se mluví o předčasném porodu.

**Tabulka 17 – Klasifikace předčasného porodu**

	ANO	NE	celkem
počet	74	26	<b>100</b>
%	74	26	<b>100</b>

**Graf 17 – Klasifikace předčasného porodu**



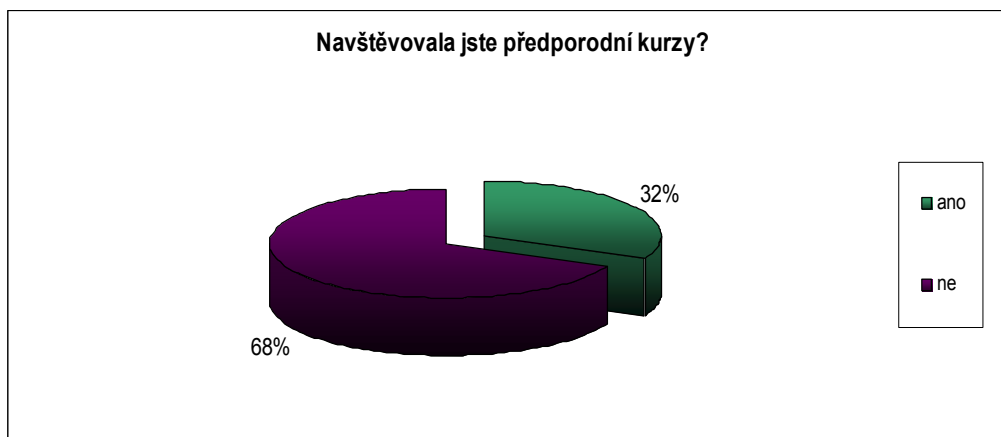
### **Položka č. 18: Navštěvovala jste předporodní kurzy?**

Ze 100 respondentek 32 (32%) odpovědělo ano – navštěvovala jsem předporodní kurzy a 68 (68%) odpovědělo, že předporodní kurzy v těhotenství nenavštěvovala.

**Tabulka 18 – Předporodní kurzy**

	ANO (navštěvovala)	NE (nenavštěvovala)	celkem
počet	32	68	<b>100</b>
%	32	68	<b>100</b>

## Grafy 18 – Předporodní kurzy



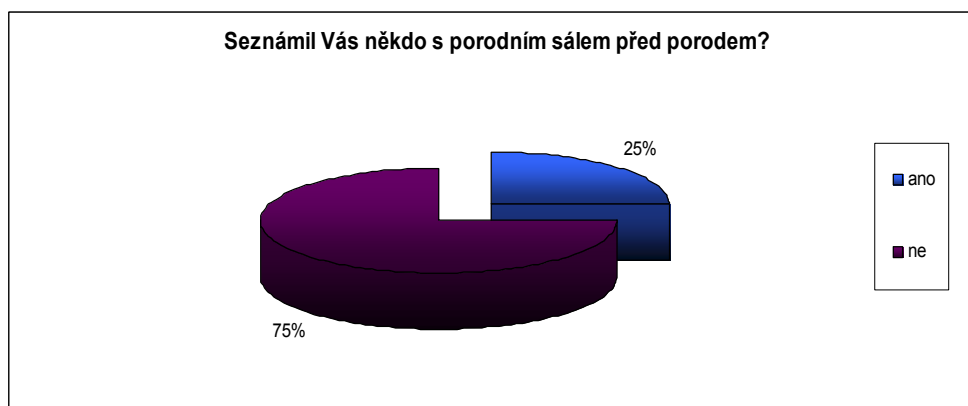
## Položka č. 19: Seznámil Vás někdo s porodním sálem před porodem?

Ze 100 respondentek odpovědělo ano 25 (25%) a ne 75 (75%).

Tabula 19 – Porodní sál

	ANO	NE	celkem
počet	25	75	<b>100</b>
%	25	75	<b>100</b>

Graf 19 – Porodní sál



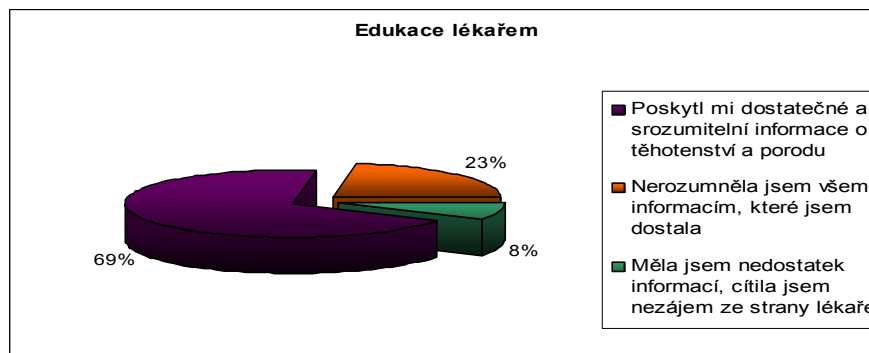
## Položka č. 20: Edukace lékařem

Ze 100 dotázaných respondentek 69 (69 %) odpovědělo, že jim lékař poskytl dostatečné a srozumitelné informace, 23 (23 %) nerozumělo všem informacím a 8 (8 %) žen mělo nedostatek informací a pocit nezájmu ze strany lékaře.

**Tabulka 20 - Edukace lékařem**

	Poskytl mi dostatečné a srozumitelné informace	Nerozuměla jsem všem informacím, které jsem dostala	Měla jsem nedostatek informací, cítila jsem nezájem ze strany lékaře	celkem
počet	69	23	8	<b>100</b>
%	69	23	8	<b>100</b>

**Graf 20 – Edukace lékařem**



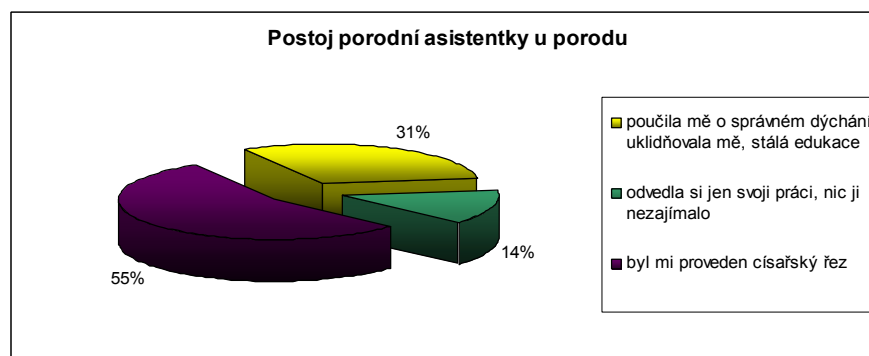
**Položka č. 21 - Postoj porodní asistentky u porodu**

Ze 100 respondentek 31(31%) odpovědělo, že je porodní asistentka neustále edukovala, dýchala s nimi a uklidňovala je, 14 (14%) odpovědělo, že porodní asistentka odvedla jen svou práci a 55 (55%) ženám byl proveden císařský řez.

**Tabulka č. 21 – Postoj porodní asistentky u porodu**

	Poučila mě...	Odvedla si jen svou práci, víc ji nezajímalo	Byl mi proveden císařský řez	celkem
počet	31	14	55	<b>100</b>
%	31	14	55	<b>100</b>

**Graf č. 21 – Postoj porodní asistentky u porodu**





#### **Cíl 4 – Zdravotní stav předčasně narozeného novorozence**

##### **Položka č. 28: Stav Vašeho dítěte po porodu a jeho momentální stav**

Z celkového počtu 100 dotázaných respondentek jsem vyhodnotila zdravotní stav u 137 (100%) dětí. 83 (83%) ženám se předčasně narodilo 1 dítě (83 dětí = 60,6%) a 37 ženám se narodila dvojčata (54 dětí = 39,4%)

##### **Stav novorozence po předčasném porodu:**

Zde jsem vymezila pět kategorií. V 1. kategorii byly zemřelé děti, ve 2. kategorii byly děti s kritickým zdravotním stavem po předčasném porodu, ve 3. kategorii byly děti s vážným zdravotním stavem po předčasném porodu, ve 4. kategorii byly děti s mírně vážným zdravotním stavem po předčasném porodu a v 5. kategorii byly děti po předčasném porodu stabilizované.

Z celkového počtu 137 (100 %) dětí zemřely 3 (2 %), v kritickém stavu bylo 28 (21 %) dětí, ve vážném stavu bylo 54 (39 %) dětí, v mírně vážném zdravotním stavu bylo 25 (18 %) dětí a 27 (20 %) předčasně narozených dětí bylo v pořádku (stabilizované).

Tuto otázku jsem pojala jako otázku s volnou odpovědí, kde se respondetky mohly rozepsat. Odpovědi se téměř u všech žen lišily. Nejčastěji se u nedonošených dětí po předčasném porodu objevovaly dýchací problémy (zástava dechu, intubace, CPAP), trávicí problémy (žaludeční sonda), sepse orgánů, žloutenka, DMO, anemie (transfuze).

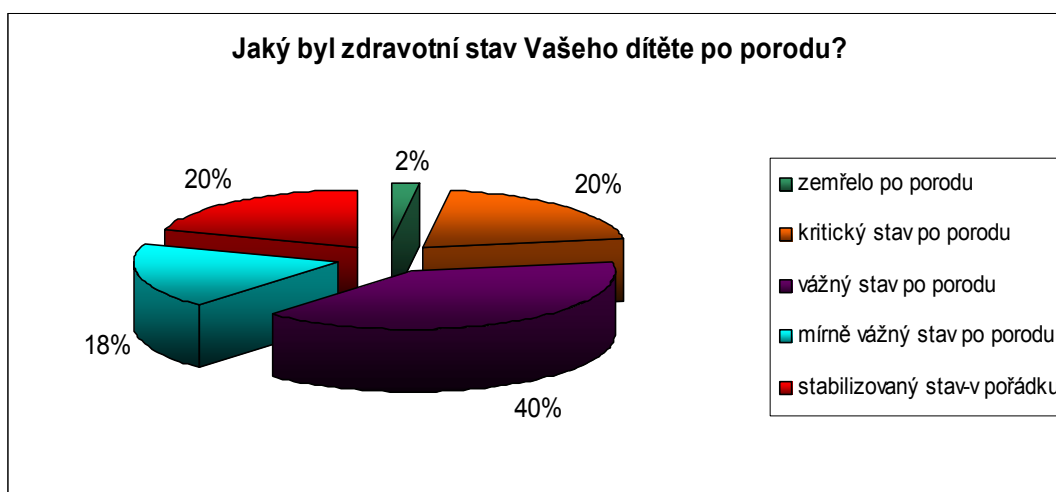
Za nejzávažnější zdravotní stav novorozence po porodu jsem zvolila odpověď č. 27 („kritický stav dvojčat, prasklé plíce, pneumotorax, anemie“), odpověď č. 10 („kritický stav chlapečka, 750g / 36cm, plicní ventilace, krvácení do mozku, bronchopulmonální dysplazie, retinopatie, anémie“) a odpověď č. 32 („kritický stav dvojčat, na plicní ventilaci, dvojče A - 5. den po porodu operováno pro neprůchozí dvanácterník, dvojče B – resuscitace, otevřená tepenná dučej“).

Všech 100 volých odpovědí k položce č. 28 od 100 respondentek jsem z dotazníků opsala to nejpoctatnější a zařadila k nahlednutí do přílohy bakalářské práce.

**Tabulka č. 22 - Zdravotní stav předčasného novorozence**

	Zemřelo po porodu	Kritický stav po porodu	Vážný stav po porodu	Mírně vážný stav po porodu	Stabilizovaný stav	celkem
počet	3	28	54	25	27	137
%	2	20	40	18	20	100

**Graf č. 22 - Zdravotní stav předčasného novorozence**



### **Momentální stav Vašeho dítěte**

Ve druhé části otázky jsem zjišťovala, jak jsou na tom po zdravotní stránce nedonošené děti v aktuální době. Volné odpovědi maminek se již shodovaly. Téměř všechny maminky odpovídaly, že jsou děti nyní v pořádku, zdravé, přibývají na váze nebo že jejich zdravotní stav je momentálně stabilizovaný a dobrý. Jedno dítě trpí autismem, nosí brýle a navševuje psychologa. U více dětí se objevoval opožděný psychomotorický vývoj, porucha imunity, otopedické vady, alergie, dětská vývojová dysplazie a VVV luxace kyčelního kloubu. Jedna žena uvedla že její dítě má podezření na autismus a navštěvuje psychologickou poradnu. Většina maminek cvičí se svými dětmi Vojtovu metodu. Díky této získané informaci jsem si k výstupu závěrečné bakalářské práce vybrala a zpracovala průvodní leták Vojtovy metody.

## **Ostatní položky (nesouvisí s žádným cílem):**

### **Položka č. 4: Otěhotněla jste po IVF?**

Ze 100 (100 %) respondentek odpovědělo 34 % ano – otěhotněla jsem po IVF, 66 % odpovědělo ne- neotěhotněla jsem po IVF.

### **Položka č. 5: Kolikrát jste již rodila?**

Ze 100 respondentek odpovědělo 57 % jedenkrát, 29 % dvakrát, 11 % třikrát a 3 % žen rodilo více než třikrát.

### **Položka č. 7: V kterém týdnu jste předčasně porodila?**

Ze 100 respondentek odpovědělo 14 % ve 33. týdnu, 14 % ve 34. týdnu, 12 % ve 36. týdnu, 10 % v 31. týdnu, 9 % v 30. týdnu, 8 % v 35. týdnu, 7 % ve 29. týdnu, 6 % ve 25. týdnu, 6 % ve 28. týdnu, 4 % ve 26. týdnu, 4 % ve 27. týdnu a 3 % ve 24. týdnu těhotenství.

### **Položka č. 9: Ležela jste před porodem na Gyn. – por. oddělení?**

Ze 100 respondentek 59 % leželo na Gynekologicko – porodním oddělení a 41 % neleželo na Gynekologicko – porodním oddělení.

### **Položka č. 12: Vaše účast v prenatální poradně byla**

Ze 100 respondentek 78 % žen navštěvovalo prenatální poradnu pravidelně, 8 % žen prenatální poradnu moc nenavštěvovalo a 14 % žen leželo po celou dobu těhotenství na Gynekologicko – porodnické klinice.

### **Položka č. 13: Pohlavní styk během těhotenství**

Ze 100 respondentek 64 % žen odpovědělo ano, u 33 % žen byl pohlavní styk občas i nepřiměřený a 3 % žen pohlavní styk v graviditě nemělo.

## DISKUZE

Bakalářská práce se zabývá problematikou Medicínských a psychologických aspektů předčasného porodu. Cílem práce bylo zjistit 3 nejčastější epidemiologické faktory a komplikace v těhotenství, které měly vliv na vznik předčasného porodu u 100 vybraných respondentek. Dále zjistit povědomí žen o těhotenství a porodu, zdravotní stav novorozenců po předčasném porodu a jejich momentální stav. K vyhodnocení výsledků výzkumného šetření bylo použito 100 dotazníků. Některé položky byly porovnány s výzkumným šetřením v pracích Bc. Jany Mlčkové, Bc. Ilony Kozubíkové a Bc. Evy Skřepkové z roku 2010.

**Prvním cílem bylo zjistit tři nejčastější komplikace, které měly vliv na vznik předčasného porodu u posledního těhotenství u 100 vybraných respondentek. Cíl jsem zjišťovala položkami číslo 8, 14, 22, 23, 24, 25, 26, 27.**

Bylo zjištěno, že první nejčastější komplikací v těhotenství byla ze 100 vybraných respondentek ve 44 % těhotenská cukrovka a preeklampsie. Z toho 27% žen mělo preeklampsii a 17 % žen trpělo těhotenskou cukrovku (GDM). V odborné literatuře se uvádí (Hájek, 2004, s. 285- s. 286), že nejčastější komplikací těhotenství vedoucí k předčasnému porodu je infekce genitálního traktu. Druhou nejčastější komplikací bylo v mém výzkumném šetření krvácení v těhotenství. Ze 100 žen krvácelo 38 %. Vedle krvácení se na třetí místo řadí vícečetné těhotenství a to ve 37 % případů předčasného porodu. Hájek uvádí, že se vícečetná gravidita velmi významně uplatňuje na etiologii předčasných porodů (Hájek, 2004, s. 267).

Podle Hájka je infekce genitálního traktu nejčastější příčina předčasného porodu. V mém výzkumu se ale řadí až na čtvrté místo. Infekci genitálního traktu mělo ze 100 respondentek 33 % žen. Na otázku, jestli trpí respondenty závažným onemocněním mi 19 % odpovědělo ano - trpí (např. hypertenze, latentní tetanie, hypothyreóza, trombofilie, deprese, epilepsie). Eva Skřepková ve své bakalářské práci uvádí, že více než 50 % respondentek nemělo žádné onemocnění ani před těhotenstvím, ani během těhotenství. Pokud se týká zvýšeného množství plodové vody, tuto komplikaci uvádí 15 % žen, patří tak mezi méně časté komplikace. Stejný počet respondentek - 15 % - mělo během těhotenství infekční nemoc. Poslední položkou

k zjištění 1. cíle jsem zvolila vývojovou nepravidelnost dělohy. Komplikace se vyskytuje u 4 % dotázaných respondentek.

**Druhý cílem bylo zjistit tři nejčastější epidemiologické faktory, které měly vliv na vznik předčasného porodu u posledního těhotenství u 100 vybraných respondentek. Cíl jsem zjišťovala položkami číslo 1, 2, 3, 6, 10, 11.**

23 % žen uvedlo, že měly předchozí předčasné porody a 77 % dotázaných žen předčasně rodilo poprvé. S porovnáním velkého počtu respondentek - prvorodiček (57% žen) z mého výzkumu vyplývá, že předchozí předčasný porod v anamnéze těhotné ženy významným rizikovým faktorem opakovaného předčasného porodu v dalším těhotenství. Kozubíková Ilona ve své práci z roku 2010 uvádí, že z 91 (100 %) respondentek mělo ve 34 % předchozí porod předčasný. Na moji otázku, zda respondentky kouřily v těhotenství, odpovědělo 22 % ano (kouřila jsem během těhotenství). Vysoké procento kouření mě dost překvapilo a zarazilo, protože tabák je jeden z velkých rizikových faktorů, které nepříznivě působí na vyvíjející se plod v děloze ženy a myslím si, že každá budoucí matka ví, jak škodlivě působí kouření cigaret na dítě. I přes tyto všechny možné následky vysoké procento žen během těhotenství nepřestalo kouřit. Co se týká rodinného vztahu, tak ze 100 respondentek je 69 % vdaných, 25 % svobodných a 6 % žen je rozvedených.

Těhotenství plánovalo a na miminko se těšilo 70 % respondentek, 18 % dotázaných žen označila možnost, že byly nevyrovnané a nevěřily si v péči o své dítě. U 12 % respondentek bylo těhotenství nechtěné, ale nakonec nepodstoupily interrupci. V odborné literatuře se uvádí, že psychický stav těhotných žen má značný vliv na předčasný porod. Vliv na porod před termínem má i věk těhotné ženy. 7 % respondentek předčasně rodilo do 20 let, 27 % respondentek rodilo mezi 21 – 26 rokem, 43 % respondentek rodilo mezi 27 – 32 rokem a 23 % respondentek rodilo ve věku nad 32 let. Nejvyšším dosaženým vzděláním byla u 6 % dotazovaných základní škola, u 23 % respondentek střední odborné učiliště, u 31 % střední škola, u 14 % vyšší odborná škola a 26 % dotazovaných žen dosáhlo vysokoškolského vzdělání.

Z výzkumu vyplývá, že některé epidemiologické faktory měly značný vliv na předčasný porod. V první řadě jsou to hlavně předchozí předčasné porody a kouření

cigaret během těhotenství. Ilona Kozubíková (*Zdravotně sociální faktory ve vztahu k předčasným porodem*) a Eva Skřepková (*Předčasný porod v závislosti na zdravotně – sociálních faktorech*) ve výzkumném šetření z roku 2010 uvádí, že epidemiologické faktory u jejich respondentek neměly značný vliv na vznik předčasného porodu.

**Třetím cílem bylo zjistit povědomí žen o těhotenství a předčasném porodu. Cíl jsem zjišťovala položkami 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.**

47 % respondentek uvedlo, že se jim nejvíce informací dostalo od všech výše uvedených zdrojů (lékař, porodní asistentka, knihy, internet, letáky, kamarádky). 29 % získalo nejvíce informací od porodní asistentky a lékaře, 20 % z knih, internetu, letáků, brožur a 4 % žen získalo nejvíce informací od kamarádky. Jana Mlčková ve své bakalářské práci uvádí jako největší zdroj informací na prvním místě lékaře, internet, kurzy, kamarádky, knihy a až na posledním místě porodní asistentky. Pro 85 % žen byly informace dostatečné a 15 % žen uvedlo, že informace byly nedostačující.

74 % žen odpovědělo, že ví, do kterého týdne těhotenství se mluví o předčasném porodu. Myslím si, že procentuální informovanost u vybraných respondentek, co se týče klasifikace předčasného porodu, je podprůměrná. U této položky jsem čekala vyšší procento kladných odpovědí než jen 74 %. Očekávala jsem, že ženy jsou seznámeny s tím, do kterého týdne těhotenství se klasifikuje předčasný porod, protože si situaci samy prošly a jejich porod byl před 37. týdnem gravidity.

Předporodní kurzy navštěvovalo jen 32 % respondentek. Je to zřejmě kvůli dostatečnému množství informací z informačních letáků, brožur, od zdravotnického personálu a z webových stránek. Jana Mlčková ve své bakalářské práci uvádí, že předporodních kurzů se zúčastnilo 49,1 % respondentek. Před porodem bylo s porodním sálem seznámeno 25 % žen. Prohlídka porodního sálu je většinou zajišťována v rámci předporodních kurzů – možná proto také malé procento (25 %).

U položky „Edukace lékařem“ 69 % respondentek odpovědělo, že jim lékař poskytl dostatečné a srozumitelné informace o těhotenství a porodu. Celkem 23 % žen zaznačilo možnost, že nerozuměly všem informacím, které dostaly, a nejmenší skupina 8 % žen měla nedostatek informací a cítila nezájem ze strany lékaře. Porodní asistentka dostatečně edukovala dotazované v 31 % případů. u 14 % respondentek mělo pocit, že si porodní asistentka odvedla jen svou práci a nic víc ji nezajímalo (jak

se rodička cítí, zda něco nepotřebuje apod.). U poloviny případů 55 % byl proveden císařský řez.

Poznatky a vědomosti byly uspokojivé. Respondentky byly během těhotenství dostatečně informovány. U odpovědí těhotných žen se taky objevoval špatný postoj lékaře a porodní asistentky.

**Cílem 4 bylo zjistit zdravotní stav nedonošeného novorozence po narození a jeho momentální zdravotní stav. Poslední cíl jsem se snažila zjistit položkou 28.**

Poslední otázka směřovala ke zdravotnímu stavu předčasně narozených dětí. Zajímal mě zdravotní stav ihned po porodu a pak aktuální stav těchto nedonošených dětí. Zdravotní stav nedonošených dětí závisí na gestačním týdnu narození. Podle Peychla jsou u nezralých dětí narozených před 32. týdnem těhotenství přítomna orgánová poškození s dlouhodobou nebo trvalou poruchou jednotlivých orgánů. Novorozenci mohou mít poruchy dýchání, krevního oběhu, trávicí činnosti, močového systému a dlouhodobé postižení v oblasti centrálního nervového systému (Peychl, 2005, s. 14).

Volné odpovědi respondentek se od sebe lišily. Zjišťovala jsem zdravotní stav u 137 dětí, protože 83 respondentkám se narodilo jedno dítě a 37 respondentkám se narodila dvojčata. Ke zpracování otázky jsem roztrídila novorozence do pěti kategorií a to podle zdravotního stavu ihned po porodu. Do první kategorie spadaly 2 % novorozenců, kteří po porodu zemřeli. Druhou kategorií tvořili novorozenci s kritickým zdravotním stavem po předčasném porodu - 21 %. Ve třetí kategorii byli novorozenci s vážným zdravotním stavem - 39 %. Čtvrtou kategorií byli novorozenci s mírně vážným stavem po porodu - 18 % a poslední pátou kategorií tvořili novorozenci, kteří měli zdravotní stav po porodu uspokojivý (stabilizovaný) - 20 %. Nejvíce se respondentky zmiňovaly o zdravotních problémech po porodu, jako jsou dechové problémy (apnoe, CPAP, plicní ventilace, syndrom dechové tísně), trávicí problémy (žaludeční sonda), sepse orgánů, anémie, DMO, otevřená tepenná dučej.

Zdravotní stav je momentálně téměř u všech dětí dobrý. Tak jak literatura uvádí, tak i u těchto 137 dětí se nejvíce objevuje opožděný psychomotorický vývoj, ortopedické vady a porucha imunity. Často cvičí Vojtovu metodu.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce byla zaměřena na příčiny předčasného porodu (tři nejčastější komplikace a epidemiologické faktory spojené s předčasným porodem) a povědomí žen o těhotenství a porodu. Zaměřila jsem se i na novorozené děti a na jejich zdravotní stav po porodu a na jejich nynější zdravotní stav (rok 2011).

### **První cíl byl splněn.**

Nejčastější komplikací, která se objevovala u 100 vybraných respondentek po předčasném porodu, byla preeklampsie a těhotenská cukrovka. Na druhé místo se mezi respondentkami řadí krvácení během těhotenství a třetí nejčastější možnou příčinou předčasného porodu bylo vícečetné těhotenství.

### **Druhý cíl byl splněn.**

Epidemiologickým faktorem s nejvyšším procentuálním zastoupením byly hlavně předchozí předčasné porody (23 %). Dalším velkým faktorem bylo kouření v těhotenství (22 %). Na základě výzkumu mohu konstatovat, že epidemiologické faktory v těhotenství měly u těhotných žen velký vliv na vznik předčasného porodu.

### **Třetí cíl byl splněn.**

Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že jsou ženy dostatečně informovány o těhotenství a porodu a je mnoho dostupných možností, jak se o této problematice informovat (odborné knihy). Do budoucna bych uvítala zvýšení procenta odpovědí na položku č. 17 („Víte, do kterého týdne mluvíme o předčasném porodu?“), protože pouze 74 % žen klasifikovalo správně předčasný porod. Naopak snížení výskytu odpovědí v negativním smyslu u položek č. 20 a č. 21, kde se větší procento žen zmiňovalo o nevyhovujícím postoji a jednání lékaře a porodní asistentky k rodiče.

### **Čtvrtý cíl byl splněn**

3 novorozenci ze 137 novorozenců po porodu zemřeli. Z toho se jednou jednalo o dvojčetné těhotenství. U ostatních novorozenců byl zdravotní stav po porodu kritický, závažný, méně závažný a stabilizovaný. Nyní je stav nedonošených dětí dobrý, přibývají na váze, navštěvují speciální poradny a cvičí Vojtovu metodu.



## LITERATURA A PRAMENY

1. ČECH, Evžen., HÁJEK, Zdeněk., MARŠÁL, Karel., a kol. *Porodnictví*. 2. přepracované vydání Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. 544s. ISBN 80-247-1313-9
2. IVANOVÁ, Kateřina., JURÍČKOVÁ, Lubica. *Písemné práce na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením*. 2. vydání Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. 99s. ISBN 978-80-244-1832-2
3. HÁJEK, Zdeněk. a kol. *Rizikové a patologické těhotenství*. 1. vydání Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 444 s. ISBN 80-247-0418-8
4. ROZTOČIL, Aleš. a kol. *Porodnictví*. 1. vydání Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 2001. 333 s. ISBN 80-7013-339-2.
5. BOREK, Ivo. a kol. *Vybrané kapitoly z neonatologie a ošetrovatelské péče*. 1. vydání Brno: Institut pro další vzdělávání ve zdravotnictví v Brně, 2001. 328 s. ISBN 80-7013-338-4
6. DOKOUPILOVÁ, Milena., Fišárková, Barbora., NOVOTNÁ, Lenka., a kol. *Narodilo se předčasně*. 1. vydání Praha: Portál, s. r. o, 2009, 320 s. ISBN 978-80-7367-552-3
7. DRÁČ, Pavel., JANÁČEK, Vladimír. *Předčasný porod*. 1. vydání: Vydavatelství Osveta, n. p, 1983, 264 s. ISBN 70-092-83
8. LEIFER, Gloria. *Úvod do porodnického a pediatrického ošetrovatelství*. 1. české vydání Praha: Grada Publishing, a. s., 2004, 998 s. ISBN 80-247-0668-7
9. PEYCHL, Ivan. *Nedonošené dítě v péči praktického a nemocničního lékaře*. 1. vydání Praga: Galén, 2005, 164 s. ISBN 80-7262-283-8

10. Betyňka : *Těhotenství*. Burda Praha. č. 4. Praha : Luxembourg Plaza, 2010. ISSN 1212-0480
11. SKŘEPKOVÁ, Eva. *Předčasný porod v závislosti na zdravotně - sociálních faktorech*. Ostrava, 2010. bakalářská práce (Bc.). OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ. Lékařská fakulta
12. KOZUBÍKOVÁ, Ilona. *Zdravotně sociální faktory ve vztahu k předčasným porodům*. Ostrava, 2010. bakalářská práce (Bc.). OSTRAVSKÁ UNIVERZITA V OSTRAVĚ. Lékařská fakulta
13. MLČKOVÁ, Jana. *Faktory ovlivňující průběh porodu*. Olomouc, 2010. bakalářská práce (Bc.). UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. Fakulta zdravotnických věd

### **Internetové zdroje:**

1. PŘIKRYLOVÁ, Lucie. *Nedonošená miminka*. [on-line] 25.7.2010, [citováno 2011-03-10; 2011-04-01; 2011-04-01]. Dostupné na WWW : <<http://www.nedonosenci.blogspot.com/>>
2. *Rodina*. [on-line], [citováno 2011-03-10] 1999-2011. Dostupné na WWW: <[www.rodina-deti.doktorka.cz/predcasny-porod/](http://www.rodina-deti.doktorka.cz/predcasny-porod/)>
3. ŠINDELÁŘOVÁ, Hana. *Ženská neplodnost*. [on-line] 2011, [citováno 2011-03-10]. Dostupné na WWW : <[www.zenska-neplodnost.cz/novinky/jak-rozpoznat-priznaky-predcasneho-porodu-229](http://www.zenska-neplodnost.cz/novinky/jak-rozpoznat-priznaky-predcasneho-porodu-229)>
4. *Fórum zdraví*. [on-line] 17.11.2008, [citováno 2011-03-11]. Dostupné na WWW : <<http://www.forumzdravi.cz/clanek-272-predcasny-porod>>

5. PECHOVÁ, Alena. *Nedoklubko*. [on-line] 6.3.2011, [citováno 2011-03-15;]. Dostupné na WWW : <<http://nedoklubko.cz/category/rodice/predcasny-porod/>>
6. PAŘÍZEK, Antonín. *Porodnice*. [on-line] 2002-2011, [citováno 2011-03-15]. Dostupné na WWW : <<http://www.porodnice.cz/predcasny-porod-0>>
7. HÁJEK, Zdeněk. *Porodnice*. [on-line] 2002-2011, [citováno 2011-03-15]. Dostupné na WWW: <<http://asistentky.porodnice.cz/predcasny-porod-1>>
8. *Nedoklubko.cz* [online]. 2011, 2011 [cit. 2011-03-28; 2011-03-30]. Předčasný porod. Dostupné z WWW: <[https://docs.google.com/document/d/1PL0qP7ritgdTTTCEkK2JgHgR95LaVKe87\\_NuQ94SKWs/edit?hl=cs&pli=1#](https://docs.google.com/document/d/1PL0qP7ritgdTTTCEkK2JgHgR95LaVKe87_NuQ94SKWs/edit?hl=cs&pli=1#)>
9. VYMĚTALOVÁ, Petra. *Vaše děti*. [on-line] 26.1.2010, [citováno 2011-04-01]. Dostupné na WWW : <<http://www.vasedeti.cz/tehotenstvi/ostatni-tehotenstvi/o-malych-nedockavcich-predcasnych-rodicich-a-nedoklubku/>>
10. JEŽKOVÁ, Zuzana. *Máma a já*. [on-line] 18.11.2010, [citováno 2011-04-01]. Dostupné na WWW : <[http://www.mamaaja.cz/ActiveWeb/Article/1289/klokani\\_metoda\\_pro\\_predcasne\\_narozene\\_deti.html](http://www.mamaaja.cz/ActiveWeb/Article/1289/klokani_metoda_pro_predcasne_narozene_deti.html)>
11. Zdravotnické noviny. [on-line] 25.2.2002, [citováno 2011-04-01]. Dostupné na WWW: < <http://www.zdn.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/prenatalni-pece-o-zeny-s-rizikovym-tehotenstvim-124456> >

## **SEZNAM ZKRATEK**

ATB = antibiotika

CNS = centrální nervový systém

CTG = kardiopografický záznam

ČR= Česká republika

FN = fakultní nemocnice

IMP = jednotka intermediální péče

JIP = jednotka intenzivní péče

PROM = předčasný odtok plodové vody

RDS = syndrom dechové tísně

RTG = rentgenové záření

TP = termín porodu

UZ = ultrazvukové vyšetření (ultrazvuk)

VV = vývojové vady

VVV = vrozené vývojové vady

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 - Vícečetné těhotenství	27
Tabulka 2 - Zdravotní problém respondentek	27
Tabulka 3 - Infekce genitálního traktu	28
Tabulka 4 - Infekční nemoc	29
Tabulka 5 – Krvácení	29
Tabulka 6 - GDM a Preeklampsie	30
Tabulka 7 - Vývojová nepravidelnost dělohy	30
Tabulka 8 - Plodová voda	31
Tabulka 9 – Věk	32
Tabulka 10 - Rodinný stav	32
Tabulka 11 - Vzdělání	33
Tabulka 12 - Opakovaný předčasný porod	34
Tabulka 13 - Kouření v těhotenství	34
Tabulka 14 - Pocity	35
Tabulka 15 - Informace v těhotenství	36
Tabulka 16 - Informace v těhotenství (2)	36
Tabulka 17 - Klasifikace předčasného porodu	37
Tabulka 18 - Předporodní kurzy	37
Tabulka 19 - Porodní sál	38
Tabulka 20 - Edukace lékařem	39
Tabulka 21 - Postoj porodní asistentky u porodu	39
Tabulka 22 - Zdravotní stav předčasně narozeného novorozence	41

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 - Vícečetné těhotenství	27
Graf 2 - Zdravotní problém respondentek	28
Graf 3 - Infekce genitálního traktu	28
Graf 4 - Infekční nemoc	29
Graf 5 – Krvácení	29
Graf 6 - GDM a Preeklampsie	30
Graf 7 - Vývojová nepravidelnost dělohy	31
Graf 8 - Plodová voda	31
Graf 9 - Věk	32
Graf 10 - Rodinný stav	33
Graf 11 - Vzdělání	33
Graf 12 - Opakovaný předčasný porod	34
Graf 13 - Kouření v těhotenství	34
Graf 14 - Pocity	35
Graf 15 - Informace v těhotenství	36
Graf 17 - Informace v těhotenství (2)	37
Graf 18 - Klasifikace předčasného porodu	37
Graf 19 - Předporodní kurzy	38
Graf 20 - Porodní sál	38
Graf 21 - Edukace lékařem	39
Graf 22 - Postoj porodní asistentky u porodu	39
Graf 23 - Zdravotní stav předčasného novorozence	41

## **PŘÍLOHY**

Příloha 1	Dotazník
Příloha 2	Výpis volných odpovědí z položky č. 28
Příloha 3	Perinatologická centra
Příloha 4	Grafické zobrazení položky č. 4
Příloha 5	Grafické zobrazení položky č. 5
Příloha 6	Grafické zobrazení položky č. 14
Příloha 7	Žádost o výzkumné šetření (FN Olomouc)
Příloha 8	Žádost o výzkumné šetření (Rodinné centrum Heřmánci)
Příloha 9	Fotografie

## Příloha č. 1: Dotazník

# DOTAZNÍK

Milá maminko,

Jmenuji se Lenka Švecová a jsem studentkou 3. ročníku prezenčního studia bakalářského studijního programu Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Chtěla bych Vás požádat o zodpovězení a vyplnění otázek, které mi velmi pomohou k vypracování praktické části bakalářské práce na téma: **MEDICÍNSKÉ A PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY PŘEDČASNÉHO PORODU**. Tento dotazník je určen ženám, kterým se předčasně narodilo dítě. Je zaměřen na zjištění třech příčin (komplikace a epidemiologické faktory) předčasného porodu v POSLEDNÍM TĚHOTENSTVÍ. Dále je zaměřen na zjištění zdravotního stavu novorozence ihned po porodu a jeho aktuální (nynější) zdravotní stav. Posledním cílem je zjistit povědomí žen o těhotenství a porodu.

Dotazník je anonymní a odpovědi budou použity jen k mému vyhodnocení závěrečné práce. Vaší odpověď prosím zakroužkujte. Do prostoru, který je vymezen tečkami, napište svou volnou odpověď.

Děkuji Vám za vyplnění

S pozdravem Švecová Lenka

---

### 1) V kolika letech jste porodila PŘEDČASNĚ? (u posledního těhotenství)

- |              |               |
|--------------|---------------|
| a) do 20 let | c) 27-32 let  |
| b) 21-26 let | d) nad 32 let |

### 2) Uveďte prosím Váš momentální stav:

- |             |              |
|-------------|--------------|
| a) svobodná | c) rozvedená |
| b) vdaná    | d) vdova     |

### 3) Uveďte prosím Vaše nejvýše dosažené vzdělání:

- a) základní škola
- b) střední odborné učiliště
- c) střední škola
- d) vyšší odborná škola
- e) vysoká škola



- 4) Otěhotněla jste po IVF? (*umělé oplodnění*) a) ANO b) NE
- 5) Kolikrát jste již rodila?  
 a) nyní jedenkrát c) nyní třikrát  
 b) nyní dvakrát d) vícekrát
- 6) Měla jste OPAKOVANĚ předčasné porody? a) ANO b) NE
- 7) V kterém týdnu jste porodila? (*předčasně*).....
- 8) Bylo příčinou předčasného porodu vícečetné těhotenství? (*porod dvojčat, trojčat*)  
 a) ANO b) NE
- 9) Ležela jste před porodem na Gyn. – por. oddělení? a) ANO b) NE
- 10) Kouřila jste během Vašeho těhotenství? a) ANO b) NE
- 11) Jak jste prožívala těhotenství a těšila jste se na miminko  
 a) Těhotenství bylo plánované a na miminko jsem se moc těšila  
 b) Byla jsem nevyrovnaná a nevěřila jsem, že se zvládnou postarat o své dítě.  
 c) Těhotenství bylo nechtěné, zaskočilo mě to, ale nakonec jsem nepodstoupila interrupci
- 12) Vaše účast v prenatalní poradně byla:  
 a) Do prenatalní poradny jsem chodila pravidelně, nezanedbala jsem žádnou kontrolu  
 b) Prenatalní poradnu jsem moc nenavštěvovala  
 c) Ležela jsem na Porodnicko-gynekologickém oddělení téměř po celou dobu těhotenství
- 13) Pohlavní styk během těhotenství:  
 a) Ano  
 b) Ano (*občas byl i bohužel nepřiměřený*)  
 c) Ne
- 14) Trpíte nějakým závažným zdravotním problémem?  
 a) ANO-trpím  
 Jakým?.....  
 b) NE-netrpím
- 15) Informace v průběhu těhotenství jste nejvíce získávala:  
 a) Od porodní asistentky a lékaře  
 b) Z knihy, internetu, letáků a brožur  
 c) Od kamarádky  
 d) Od všech výše uvedených zdrojů
- 16) Informace pro Vás byly: a) Dostačující b) Nedostačující
- 17) Víte, do kterého týdne těhotenství mluvíme o předčasném porodu?  
 a) ANO - klasifikujte ..... b) NE
- 18) Navštěvovala jste předporodní kurzy? a) ANO b) NE
- 19) Seznámil Vás někdo s porodním sálem před porodem? a) ANO b) NE
- 20) Edukace lékařem:  
 a) Poskytl mi dostatečně a srozumitelné informace o těhotenství a porodu

- b) Nerozuměla jsem všem informacím, které jsem dostala
- c) Měla jsem nedostatek informací, cítila jsem nezájem ze strany lékaře

**21) Postoj porodní asistentky u porodu:**

- a) Poučila mě o správném dýchání, dýchala se mnou, uklidňovala mě, stála edukace
- b) Odvedla si jen svou práci, víc ji nezajímalo
- c) Byl mi proveden císařský řez

**22) Měla jste infekci genitálního traktu?** a) ANO b) NE

**23) Vyskytla se u Vás v průběhu těhotenství nějaká jiná infekční nemoc?**

- a) ANO b) NE

Jaká to byla konkrétně?.....

**24) Krvácela jste v těhotenství?** a) ANO b) NE

**25) Trpěla jste TĚHOTENSKOU CUKROVKOU nebo PREEKLAMPSIÍ = otoky dolních končetin, bílkovina v moči, zvýšený tlak krevní ?**

- a) ANO- čím?..... b) NE

**26) Vývojovou nepravidelnost dělohy:**

- a) Bohužel mám a byla příčinou mého předčasného porodu
- b) Nemám
- c) Nevím

**27) Množství plodové vody:**

- a) Měla jsem zvýšené množství plodové vody a byla příčinou předčasného porodu
- b) Měla jsem normální množství plodové vody
- c) Měla jsem snížené množství plodové vody
- d) Nevím

**28) Stav Vašeho dítěte po porodu a momentální jeho stav:**

.....  
.....  
.....  
.....

**Místo pro Vaše dodatečné vyjádření:**

Děkuji Vám za ochotu a čas, který jste věnovala mému dotazníku

## **Příloha č. 2: Výpis volných odpovědí respondentek**

### **Položka č. 28: Stav Vašeho dítěte po porodu a momentální jeho stav**

1. Chlapec, váha: 990 g, AS: 6 -7 - 8, infekce z plodové vody, hypotrofický plod, po porodu uložen na oddělení intermediální péče.
2. Děvče po porodu zemřelo.
3. Chlapec, váha: 1820 g, dýchal sám, nevyvinuté ledviny, AS: 7-7-7, cvičí Vojtovu metodu. Nyní zdrav.
4. Dvojčata, váha: 2060 g / 2100 g, inkubátor, dýchají samy, jsou krmeny sondou.
5. Děvče, po porodu stav velmi kritický, váha 930 g. Nyní zdravotní stav stabilizovány.
6. Chlapec, váha 1240 g, problém s dýcháním, infekce. Nyní zdrav.
7. Chlapec, problém s dýcháním a trávením, váha: 1240 g, cvičí Vojtovu metodu, DMO.
8. Dvojčata, JIP, IMP, krmena sondou, infekce, dýchací problémy, žloutenka.
9. Děvče, JIP, kritický stav, nekrotizující enterokolitida.
10. Chlapec, kritický stav, plicní ventilace, krvácení do mozku, bronchopulmonální dysplazie, retinopatie, anémie, 750 g/ 32 cm. Nyní dýchá sám, dobrý stav.
11. Mrtvá dvojčata, váha po porodu: 1,6 kg a 1, 5 kg.
12. Chlapec, krmen sondou, neuměl sát, 1690 g / 39 cm. Teď zdravý, brýle, autismuz. Děvče umělo sát, 2450 g / 44 cm. Nyní alergie.
13. Chlapec, CPAP, cysty na mozečku, anemie (transfuze), zánět ledvin, DMO, hemiparéza. Nyní 21. měsíců- motorika po zadu, nesedí, nechodí, lázně, cvičení, cvičí Vojtovu metodu.
14. Dvojče A - DMO, hydrocefalus, schnut. Dvojče B - v pořádku.
15. Chlapec, CPAP, kyslík, za 24 hod. dýchal sám, poté žloutenka. Nyní je jeho stav stabilizovaný, přibývá na váze..
16. Chlapec, váha: 2700 g / 46 cm, žloutenka, operace žlučníku a štítné žlázy.
17. Dvojče A - intubace, zástava dechu - nezralost plic. Dvojče B - intubace. Nyní živé, usměvavé, BPD, cvičí Vojtovu metodu.
18. Chlapec, váha: 1630 g/ 44cm, 9 - 10 AS, ikterus, sepse, transfuze, soor.

19. Děvče, váha: 2250 g / 26 cm, JIP, infekce, ATB, Vojtova metoda. Nyní plně kojena, prospívá.
20. JIP - po 2. týdnech IMP, problémy s příjmem MM. Nyní zdravý chlapec.
21. Chlapec, váha: 1140 g, intubace, od 2. týdne sám dýchal, ikterus, transfuze. Nyní ortopedická vada.
22. Chlapec, váha: 1630 g/ 44 cm, 9 - 10 AS, žloutenka, sepse, transfuze. Nyní 3. měsíce, váha: 3450 g/ 55 cm, cvičí Vojtovu metodu.
23. Dvojče A - infekce, ATB, transfuze. Dvojče B- kříšen. Nyní stav dobrý, cvičí Vojtovu metodu.
24. Chlapec, váha 990 g/ 36 cm, spastická diparéza DPK, DMO. Nyní stav dobrý.
25. Dvojčata sama dýchala, váha 2002 g a 2004 g, žloutenka. Nyní dětská vývojová dysplazie, ADHD.
26. Děvče, váha: 700 g / 34 cm, infekce (ATB), plicní ventilace 10 dní pak CPAP. Od 7. týdne dýchá sama zdravotní stav stabilizovaný.
27. Dvojčata, váha: 1400 g, špatný stav, JIP, prasklá plíce, pneumotorax, transfuze. Nyní stav dobrý 1.rok.
28. Dvojče A - 2x infekce, 1- X sepse, krvácení do mozku. Nyní hypotonie. Dvojče B – pneumotorax. Nyní stav dobrý.
29. Chlapec, váha: 1700 g/ 41 cm. Po porodu dýchal sám, JIP (3 dny) Nyní je zdravotní stav stabilizovaný, žloutenka.
30. Kříšená holčička, inkubátor. Nyní v pořádku.
31. Chlapec, váha: 1390 g. ADHD, po porodu slabý. Nyní v pořádku.
32. Dvojčata na dýchacím přístroji 2 dny. Dvojče A- neprůchozí dvanácterník. Dvojče B - otevřená dučej, žloutenka. Nyní u obou dvojčat nedostatek FE.
33. Dvojče A - přidušený, resuscitace, infuze. Dvojče B- bez komplikací, VVV luxace kyčelního kloubu.
34. Chlapec, váha: 1780 g/ 40 cm AS 7 – 8 – 9, chudokrevnost, apnoe z nezralosti, kojen 15. měsíců. Nyní stav dobrý - plochá nožka.
35. Děvče, váha: 876 g / 36 cm, na dýchacím přístroji, infekce po 5 dnech, infuze, nevyvinutý vrátník, žloutenka. Nyní půl roku, váha: 6120 g / 63cm, cvičí Vojtovu metodu.

36. Děvče pneumotorax, inkubace, infekce, intolerance mléka. Nyní vše v pořádku.
37. Chlapec, váha 880 g / 30 cm, umělá plicní ventilace, propuštěn po 3. měsících. Dnes opožděný vývoj, přibývá, cvičí Vojtova metoda.
38. Chlapec, váha: 1860 g, brániční kýla, operace 2. den po porodu, RES. Nyní často nemocný, plánovaná operace pro reflex.
39. Děvče, AS 2 - 4 - 6. resuscitace, 5 dní v inkubátoru, otevřená tepenná dučej- operace, tříselná kýla. Nyní zdravotní stav v pořádku.
40. Děvče po porodu rozdýcháváno, hypoventilace trvalá, CPAP do 22 dne, pozdní sepse, UPV (11-13 den) E.coli v hemokultuře, žloutenka. Dnes bez problému.
41. Chlapec, váha: 592 g, 4 měsíce na JIP a IMP, infekce, operace tříselné kýly. Nyní stav dobrý.
42. Dvojče A, váha: 1980 g, nyní v pořádku. Dvojče B, váha: 2270 g, sepse orgánů, hypertonie hlavičky, Vojtova metoda. Nyní zdravá.
43. Děvče inkubátor (měsíc), dva dny kyslík, žaludeční sonda dva měsíce, cvičí Vojtovu metodu.
44. Dvojče A – 1850 g, infekce DC- CPAP. Dvojče B – 1400 g, žloutenka. U obou dětí silná nezralost, JIP. Nyní stav dobrý.
45. Chlapec, extrémně nízká porodní váha, nezralý, nekojený. Nyní stav dobrý.
46. Chlapec, 10 dní na JIP, CPAP, nyní 9 měsíců. Zdravotní stav nyní v pořádku.
47. Děvče, zdravotní stav po porodu dobrý. Nyní infekce střev, infuze.
48. Dvojčata po porodu v pořádku, B- vývoj značně nerovnoměrný, susp. ADHA
49. Dvojče A, váha: 1590 g, CPAP, žaludeční sonda. Dvojče B, váha: 1510 g, pouze sonda žaludeční.
50. Chlapec, po dechové stránce špatný – INTUBACE. Nyní stav stabilizovaný.
51. Dvojčata extrémně nezralá, zpožděný vývoj.
52. Děvče, váha: 960 g / 36 cm, CPAP. Nyní v pořádku.
53. Dvojčata AS 2 - 7- 9, váha: 1,5 kg / 41 cm. 3 dny na dýchacím přístroji, cvičí Vojtovu metodu, dokrmována. Nyní dobrý stav.
54. Děvče, váha: 1260 g / 38 cm, po porodu resuscitováno. Nyní v pořádku.

55. Dvojčata na CPAP, onemocnění DC. Nyní v pořádku.
56. Dvojčata v inkubátoru 3 dny, na kyslíku. Nyní v pořádku.
57. Chlapec, po porodu v pořádku, váha: 1610 g, po 10 dnech infekce MRSA - operace kolínka.
58. Chlapec, váha: 1420 g - dnes 1780 g, dýchá sám 9 hod, 3 hod podpora kyslíkem.
59. Dvojčata, poporodní váha: 1710 g a 1720 g, CPAP. Nyní stav dobrý.
60. Dvojčata, AS: 9-9, na CPAP. Nyní stav dobrý.
61. Děvče, váha: 2130 g, opožděný psychomotorický vývoj – Vojtova metoda.
62. Děvče, AS: 8 – 10, komplikace s dýcháním. Nyní stav dobrý.
63. Děvče, dýchá samo. Nyní podezření na infekci (ATB).
64. Chlapec, dětská JIP, stabilizován.
65. Dvojčata, nízká porodní hmotnost. Momentálně jsou váhově v pořádku, bez komplikací.
66. Dvojčata v pořádku, samy dýchaly. Nyní stav dobrý.
67. Dvojčata, váha: 1350 g a 1305 g. Nyní stav dobrý - přibývají.
68. Chlapec, váha po porodu 2130 g, dýchal sám, zdravý. Nyní žloutenka, váha 2300 g , kojen.
69. Děvče, váha: 1290 g, na JIP - přibývá.
70. Děvče, stav dobrý, dnes propuštěno domů, stabilní stav.
71. Chlapec, váha: 1530 g, 42 cm, dýchá sám. Nyní stabilizovaný stav.
72. Chlapec, stav dobrý, po porodu dýchal sám bez kyslíku, pije z lahvičky.
73. Děvče, váha: 1220 g. Nyní 1400 g, přibývá.
74. Děvče na JIP. Chlapec na IMP – stabilizování, cvičí Vojtovu metodu.
75. Stav dvojčat po porodu i nyní dobrý.
76. Dvojčata po porodu i teď v pořádku.
77. Chlapec, v pořádku, žloutenka, prospívá.

78. Děvče, váha: 740 g / 35 cm, AS: 7 - 8- 9, tříselná kýla.
79. Dvojčata v pořádku.
80. Děvče, 2 měsíce byla v inkubátoru. Nyní porucha imunity.
81. Děvče, váha: 870 g. Nyní kojená.
82. Chlapec, váha: 1650 g, 2 týdny na JIP, nostrilky.
83. Obě děti dva dny v inkubátoru, samy dýchaly. Nyní stav dobrý.
84. Dvojčata zdravá, váha: 2650 g a 2180 g.
85. Děvče, váha: 1990 / 43 cm, AS: 9, 10. Dýchala sama, žloutenka. Nyní v pořádku, váha: 2300 g.
86. Chlapec, váha: 1010 g / 45 cm. Po zdravotní stránce v pořádku.
87. Dvojčata v pořádku, stabilizované. Nyní dva roky.
88. Děvče, žloutenka, JIP, Vojtova metoda. Nyní stav v pořádku.
89. Děvče, váha: 850 g / 34 cm, 28. týden. Nyní váha: 6539 g / 62 cm. Zdravá.
90. Děvče, po porod stav dobrý. Nyní astma bronchiale, atopický ekzém.
91. Děvče, váha: 730 g / 33 cm. AS: 8 – 8 – 6. Zdravá, v pořádku.
92. Stav dětí po porodu dobrý, žloutenka, cvičí Vojtovu metodu.
93. Děvče, váha: 790 g / 39 cm, AS: 7 - 7- 9. Nyní zdravá.
94. Děvče, 3 dny v inkubátoru, bez ventilace. Nyní zdravá.
95. Děvče, váha: 1950 g / 47 cm. dýchalo samo, bronchitida. Nyní zdravá.
96. Dvojčata, váha: 2190 g a 2390 g. 8-7 AS. Nyní v pořádku, cvičí Vojtovu metodu.
97. Dvojčata, 2 dny na JIP, 5 týdnů na IMP, žloutenka. Cvičí Vojtovu metodu, jejich zdravotní stav nyní stabilizovaný.
98. Chlapec v inkubátoru na JIP, 10 dní na IMP. Dnes 4 roky – zdravý.
99. Chlapec, váha: 1950 g - stav dobrý, dýchal sám. Nyní v pořádku.
100. Dvojčata, stav dobrý, žloutenka, prospívají.

### **Příloha č. 3: Perinatologická centra**

#### **PŘEHLED PERINATOLOGICKÝCH CENTER**

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ - PRAHA 4 ( ÚPMD)

Novorozenecké oddělení Intenzivní a intermediální péče, Ambulanci neurofyziologie

VŠEOBECNÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE - PRAHA 2 (VFN)

Klinika dětského a dorostového lékařství, Poradna pro rizikové novorozence

NEMOCNICE V MOTOLE - PRAHA 5 (FN)

Neontologická ambulance, Centrum komplexní péče

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Novorozenecké oddělení Intenzivní a intermediální péče, Neontologická ambulance

FAKULTNÍ NEMOCNICE PLZEŇ

Centrum vývojové péče

FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ

Poradna pro rizikové novorozence

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA

Novorozenecké oddělení Intermediální a intenzivní péče, poradna pro rizikové novorozence

FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC

Novorozenecké oddělení Intermediální a intenzivní péče, Poradna pro předčasné novorozence

BAŤOVA KRAJSKÁ NEMOCNICE ZLÍN

Novorozenecké odd. Intermediální a JIP péče, ambulance rizikových kojenců a novorozenců



MASARYKOVA NEMOCNICE ÚSTÍ NAD LABEM

Poradna pro rizikové novorozence

NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE

Novorozenecké oddělení Intermediální (2) a intenzivní péče

NEMOCNICE MOST- Krajská zdravotní a.s.

Dětské a dorostové oddělení, poradna pro rizikové děti (Dokoupilová, Fišárková,  
Novotná a kol., 2009, s. 301- s. 310 ).

#### Příloha č. 4: Grafické zobrazení položky č. 5

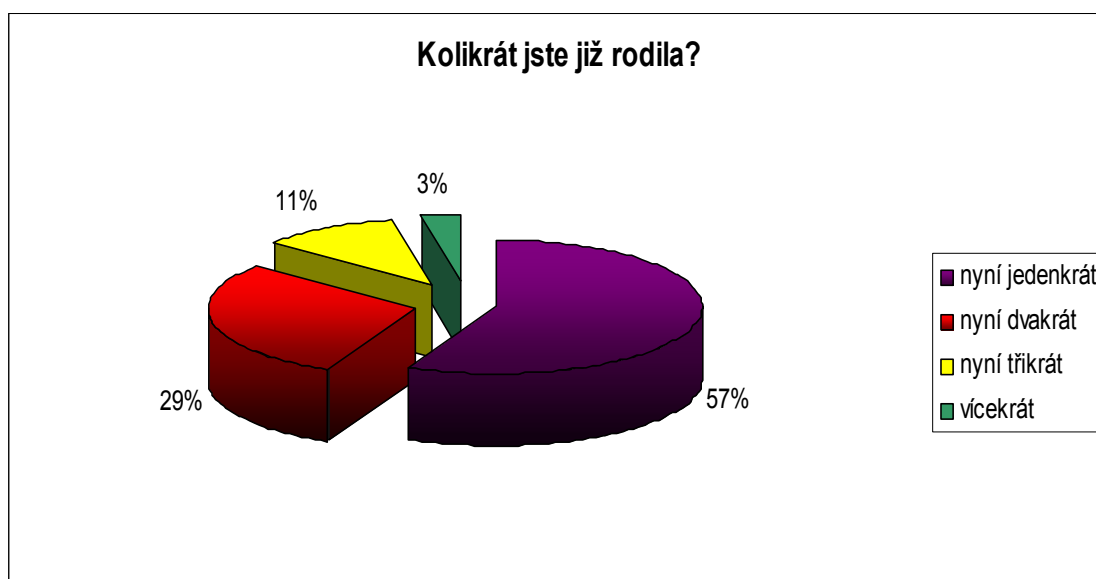
##### Položka č. 5: Kolikrát jste již rodila?

Ze 100 (100 %) respondentek odpovědělo 57 % jedenkrát, 29% dvakrát, 11 % třikrát a 3 % žen rodilo vícekrát než třikrát.

##### Tabulka :

	Nyní jedenkrát	Nyní dvakrát	Nyní třikrát	vícekrát	celkem
počet	57	29	11	3	100
%	57	29	11	3	100

##### Graf :



## Příloha č. 5: Grafické zobrazení položky č. 7

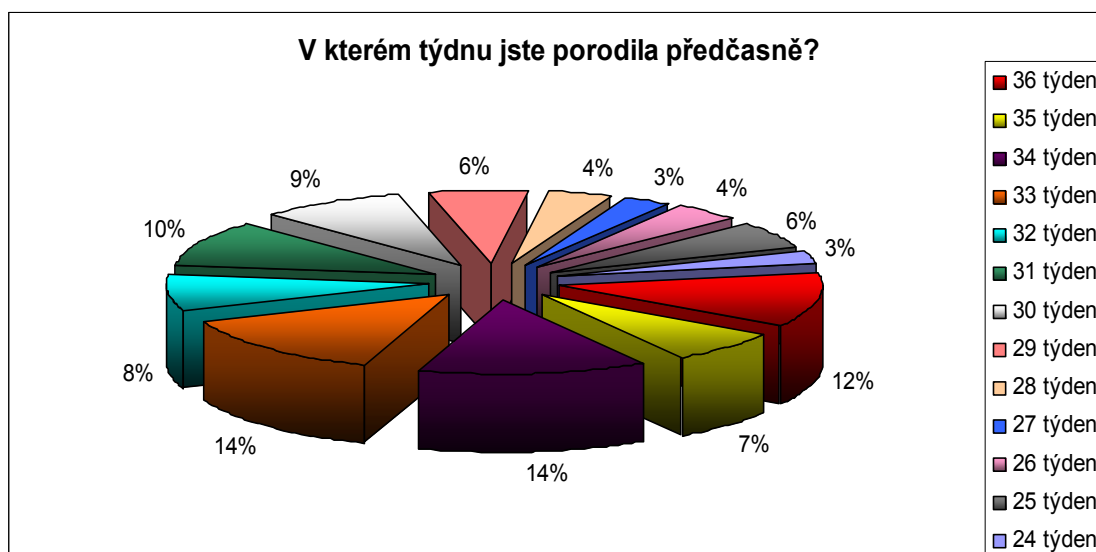
### Položka č. 7: V kterém týdnu jste předčasně porodila?

Ze 100 respondentek odpovědělo 14 % ve 33. týdnu, 14 % ve 34. týdnu, 12 % ve 36. týdnu, 10 % v 31. týdnu, 9 % v 30. týdnu, 8 % v 35. týdnu, 7 % ve 29. týdnu, 6 % ve 25. týdnu, 6 % ve 28. týdnu, 4 % ve 26. týdnu, 4 % ve 27. týdnu a 3 % ve 24. týdnu těhotenství.

#### Tabulka :

Týden gravidity	Počet	%
<b>36. týden</b>	12	12
<b>35. týden</b>	7	7
<b>34. týden</b>	14	14
<b>33. týden</b>	14	14
<b>32. týden</b>	8	8
<b>31. týden</b>	10	10
<b>30. týden</b>	9	9
<b>29. týden</b>	6	6
<b>28. týden</b>	4	4
<b>27. týden</b>	3	3
<b>26. týden</b>	4	4
<b>25. týden</b>	6	6
<b>24. týden</b>	3	3
<b>CELKEM</b>	100	100

#### Graf :



## Příloha č. 6: Grafické zobrazení druhé části položky č. 14

### Položka č. 14: Trpíte nějakým závažným problémem?

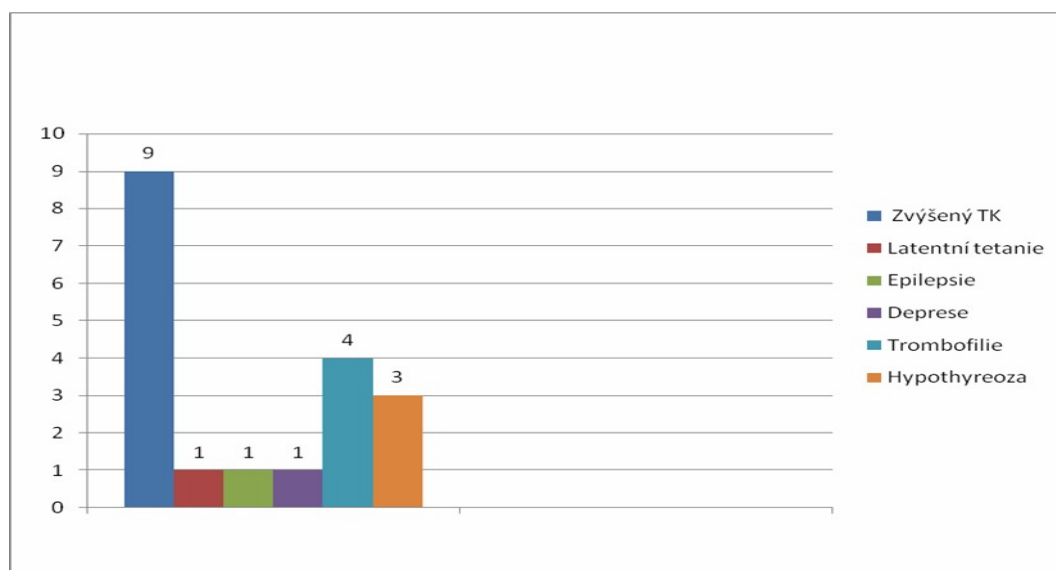
19 (19%) žen trpí onemocněním 9 (9%) žen trpí vysokým TK, 1 (1%) Latentní tetanií, 4 (4%) Trombofilií, 3 (3%) Hypothyreozou, 1 (1%) Epilepsií a 1 (1%) žena uvedla, že se u ní objevuje deprese.

#### Tabulka :

	ANO	NE	celkem
<b>počet</b>	19	81	100
<b>%</b>	19	81	100

	Počet	Procento
<b>Latentní tetanie</b>	1	1
<b>Epilepsie</b>	1	1
<b>Deprese</b>	1	1
<b>Trombofilie</b>	4	4
<b>Hypothyreozza</b>	3	3
<b>Vysoký TK</b>	9	9
<b>CELKEM</b>	19	19

#### Graf :



## Příloha č. 7: Žádost o výzkumné šetření – FN Olomouc, Novorozenecké oddělení

Fakultní nemocnice Olomouc  
Novorozenecké oddělení  
I.P. Pavlova 6, Olomouc  
I.

### Žádost o povolení výzkumného šetření dotazníkovou metodou

Dobrý den,

Jmenuji se Lenka Švecová a jsem studentkou 3. ročníku prezenčního studia bakalářského studijního programu Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Chtěla bych Vás požádat k povolení výzkumného šetření k mé závěrečné bakalářské práci prostřednictvím dotazníkové metody.

Bakalářskou práci píši na téma Medicinské a psychologické aspekty předčasného porodu a dotazníky by byly určeny 40 - ti respondentkám - ženám po předčasném porodu.

Výzkumné šetření by probíhalo od 25.2.2011 do 28.3.2011.

Moc Vám děkuji a přeji hezký den

S pozdravem Švecová Lenka

*Švecová Lenka*

### **Souhlasíme s výzkumným šetřením na Novorozeneckém oddělení**

Fakultní nemocnice Olomouc  
Novorozenecké oddělení  
I.P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc, 588 441 111  
řídící lékař: MUDr. Lumír Kantor, Ph.D.

*M. Muchová*  
MUDr. Martina Muchová  
58059

*M. Muchová*  
MUDr. Martina Muchová  
62451

## Příloha č. 8: Žádost o výzkumné šetření v Občanském sdružení Heřmánci

Občanské sdružení Heřmánci

Rodinné centrum Heřmánek  
Náves Svobody 49  
779 00 Olomouc

### Žádost o povolení výzkumného šetření dotazníkovou metodou

Dobrý den,

Jmenuji se Lenka Švecová a jsem studentkou 3. ročníku prezenčního studia bakalářského studijního programu Porodní asistentka na Fakultě zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci.

Chtěla bych Vás požádat o povolení výzkumného šetření k mé závěrečné bakalářské práci prostřednictvím dotazníkové metody.

Bakalářskou práci píši na téma Medicínské a psychologické aspekty předčasného porodu a dotazníky by byly určeny 20 - ti respondentkám - ženám po předčasném porodu.

Výzkumné šetření by probíhalo od 25.2.2011 do 28.3.2011.

Moc Vám děkuji a přeji hezký den

Lenka Švecová  
Vidče 52  
756 53 Vidče

S pozdravem Švecová Lenka

.....*Švecová Lenka*.....

**Souhlasíme s výzkumným šetřením v Občanském sdružení Heřmánci  
Rodinné centrum Heřmánek**

  
MUDr. Martina Švecová  
62771

OBČANSKÉ SDRUŽENÍ HEŘMÁNČI  
NÁVES SVOBODY 49, 783 71 OLOMOUČ  
IČ: 27049591, DIČ: CZ27049591  
E.Ú. 217635146/0300

.....*Martin Švec*.....

## Příloha č. 9: Fotografie

*„Není nic půvabnějšího, než maminka s dítětem v náručí, a nic ctihodnějšího než matka v kruhu dětí“ [Goethe Johann Wolfgang von]*



(Fotografie byla do 9. přílohy zařazena se souhlasem MUDr. Magdalény Chvilové Weberové. Fotografie je původu paní doktorky a jde o součást osobního souboru autorky).